



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO	14/07/95
NOME DA MÃE	CLEONICE RIBEIRO DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	998.137
DATA DO ATENDIMENTO	04/05/17
HORA DO ATENDIMENTO	08:57
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTO DE FACE
CID 10	S01.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma de face, Abdomen sem queixas, Glasgow 15. Presença de ferimento corto-contuso de dorso nasal.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TRATAMENTO:

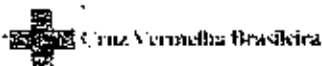
Realizado sutura de ferimento na face.

ALTA HOSPITALAR:	04/05/17
DATA DA EMISSÃO:	21/08/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO em -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 998137



Identificação do paciente			
ID 1167154	Nome MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 14/07/1995	Idade 21 anos 9 meses 20 dias	Estado civil	Religião
Mãe CLEONICE RIBEIRO DE OLIVEIRA	Pai CLAUDIO JOSE OLIVEIRA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) CICERA IZABELE DE BRITO - ESPOSO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988936185	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cria	
Local de procedência TORRE	Tipo BARRO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58303360	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro MONSENHOR S. PIES FERRÉIRA
Número 140	Complemento	Bairro MUNICÍPIOS	
Admissão			
Data e Hora 04/05/2017 08:57:22	Número da pulseira 1000006088308	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA			

Imprimir

16/106

05

COT

Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 5221 TEOT 7705

3:55A - PACIENTE COM FRATURA
ORTOPÉDICA DO BOM BR. PR. PR. PR.
E MÃO ESQUERDA. HA DOB. M. 9.00

Local com escoriações, sem detritos
compartimentos táticos

ao: Solto R. X
Recuperação Após.

Hospitalar 14:00

R. X Fratura de B. de 2^o metacarpo
Fratura de metacarpo lateral de 1^o metacarpo

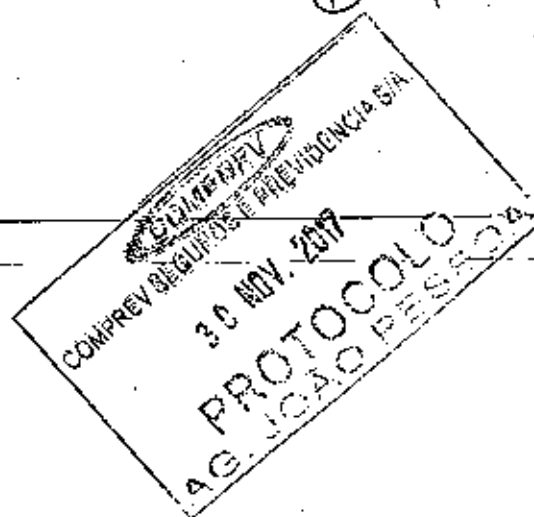
CD = Permeabilidade ao ar e fumaça

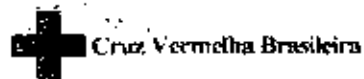
SA + 5000 V. 4.00

Diphenol 01 FA 1AD EV

Tilact 01 q. V. 0

Dr. Mateus Enomoto
MÉDICO
CRM 19204





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

VERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA		BAE 998137	Data/Hora Entrada 04/05/2017 08:57:22	Data Baixa
Data de nascimento 14/07/1995	Idade 21	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988935165
Mãe CLEONICE RIBEIRO DE OLIVEIRA			Prontuário	
Endereço MONSENHOR S. PIRES FERREIRA, 140		Bairro MUNICÍPIOS	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEÍCULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS		Nº Cons. Regional 4827/PB
Data/Hora Classificação 04/05/2017 08:57:22			Data/Hora Prescrição 04/05/2017 09:15:32	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO COM OUTRA MOTO, RELATO DE DESMAIO, GLASGOW 15 EPISTAXE POR PROVAVEL FRATURA NASAL, EUPNEICO. AUSCULTA RESPIRATORIA NORMAL, ABDOME FLACIDO, INDOLOR. DB NEGATIVO, PROVAVEL FRATURA EM MIE, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, ESCORIAÇÕES EM MMSS. CD: SOLICITO PARECER DA NEURO, ORTOPEDIA E BUCO-MAXILO-> LIBERADO DA CIRURGIA GERAL (REVALIAÇÃO SE NECESSÁRIO)

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., CONTINUA, DURANTE 24 HORA(S)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA, (OBSERVAÇÕES: DESMAIO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA EM MAO E MID)

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: FRATURA NASAL)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS
(4827/PB)

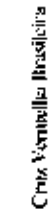
MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA

Dr. Emerson Medeiros
Urologista / Cir. Geral
CRM-PB: 4827 CREMEPE 13853



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:	IDADE: 21	DT. ENTRADA:	DATA:
PROCEDÊNCIA:	[] Domicílio [] Ambulância de resgate [X] Ambulância SAMU [] Polícia		
TIPO DE ACIDENTE:	[] Moto [] Automóvel [] Ônibus [] Bicicleta [] Atropelamento [] Envenenamento [] Incêndio [] Explosão [] Arma de Fogo [] Arma branca [] Outros:		
TIPO DE LESÃO:	[] Fratura fechada [] Ferimento aberto [] Estagnamento [] Laceração [] Queimadura [] Mordedura [] Objeto encravado [] Ferimento contínuo [] Amputação membro [] Outros:		
LOCAL DA LESÃO:	[] Membros sup. [] Membros inf. [] Tronco [] Cabeça e pescoço [] Outros:		
DADOS CLÍNICOS (sintomas)			
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:	/ /		
EXAME FÍSICO	PA: ____ / ____ mmHg P: ____ bpm SpO2: ____ Tax: ____		
Sistema Neurológico:			
Nível de Consciência:	[X] Consciente [] Inconsciente [X] Orientado [] Desorientado		
Avaliação das pupilas:	Simetria: [] Isocóricas [X] Anisocóricas Tamanho: [] Midríase [] Miose		
Sistema Respiratório:	[] Ventilação invasiva [X] Ventilação espontânea [] Vias aéreas patentes [] Traqueostomia [] Respiração rápida [] Obstrução parcial das vias aéreas [] Respiração ruidosa [] Suporte ventilatório não invasivo [] Obstrução total das vias aéreas		
Sistema Circulatorio:	[] Pulso ausente [] Pele fria e úmida [] Perфуssão tissular satisfatória [] Taquicardia [] Bradicardia [] Perфуssão tissular comprometida [] Palidez [] Outros:		
Sistema Digestório:	[] HDA [] Uso de SNG [] Vômitos [] Dor à palpação superficial [] HDB [] Corpo estranho [] Dor à palpação profunda Outros: [] Rigidez abdominal [] Distensão abdominal		
Sistema Genito-urinário:	[] Disúria [] Hematúria [] Oligúria [] Polúria [] SVD [] Outros:		
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:	[] Hipertensão [] Diabetes [] Câncer [] Alergias [] Cirurgias [] Internações [] Outros: Especificar:		
USO DE MEDICAÇÃO?	[] Sim [] Não Especificar:		
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:			
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?	[] Sim [] Não		
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:	Pelo motivo da situação de saúde do paciente, segue anexa o laudo de exame com resultado de exames.		
DESTINO:	ENFERMEIRO: COREN:		



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAIBA

RUA ORESTES LISBOA, SIN - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA	14/07/1995	21	MASCULINO	988137		04/05/2017 09:15:32
Motivo do Atendimento	Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a	
ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector					04/05/2017 09:15:32

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apresentação
1 Solução Ringer Lactato 500ml	1500.0	ML		E.V.		CONTINUA		
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						Observação: DESMAIO	5/11
3 PARECER ORTO	0.0						Observação: TRAUMA EM MÃO E MIRE	5/11
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						Observação: FRATURA NASAL	5/11

04 de Maio de 2017

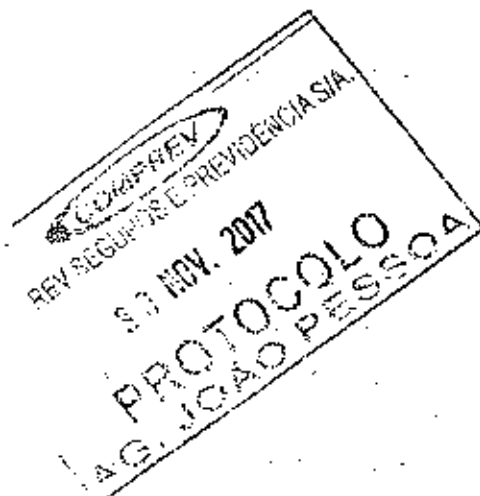
EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS

CRM: 4827

Alachua

Dr. Emerson M. de Aguiar e Carmo do Profissional
Cf. Cir. 1963

Urology 1961; 12: 487
 CRM-28: 487



9

CERTIDÃO

Nº. 1185/2017

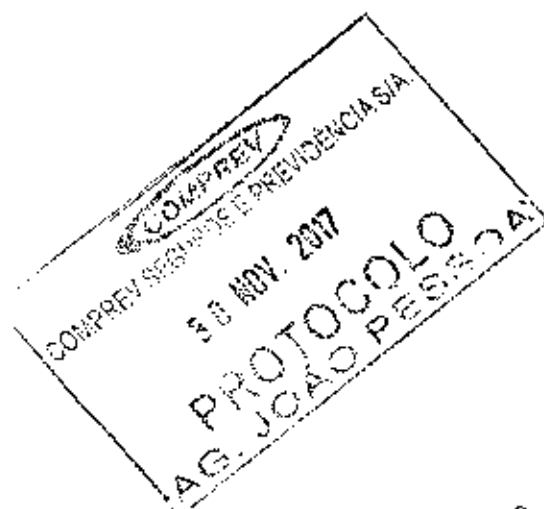
Atendendo solicitação de EVANDRO G. DO NASCIMENTO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 27019 e Prontuário Nº 2017.05.000536 pertencentes a **MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 04/05/2017 às 18H07min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 09/05/2017 com alta médica dia 12/05/2017.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 28 de agosto de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGE. CAL JOSE COSTA DUARTE S/N
48056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 27019 Atd: Nao Regulad
Data: 04/05/2017
Hora: 18:07:09
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS ALV
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.05.000536

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988935165

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 14/05/1995 Id: 22 ano(s)

End.: RUA MONSENHOR SOARES PIRES FERREIRA, 140

Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: CLEONICE RIBEIRO DE OLIVEIRA

Pai: CLAUDIO JOSE DE OLIVEIRA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DESEMPREGADO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ESPOSA/CICERA ISABELE

Idoc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COL.MOTOXMOTO HJ AS 08:00 NA TORRE

Vitima de violencia por: CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Quiloxa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispnheia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observar

30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paralelo com o eixo do trauma com lesões de, apresentando
frat. de tornozelo e

Diagnostico

Conduta

fo não p
rx tne e

Prescrição

Horario da medicacao

Prescrição avaliação da Buro Paralelo

Solicito aux. da imagem qual p/ sutura de partes nobr em mão
Esquerda.

Dr. Tiago Brito F. Ribeiro
CRM 10933-PB

325

Pela sua alta em nome
médico (Dr. Cez. Soares,

Date e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo) ovário . A
com o Pac. Anterior com - cava
em 2017 - 12 (12 meses). Sem 3-3
em 12-15 anos em 12.
ca. 12 Anos 12 Anos

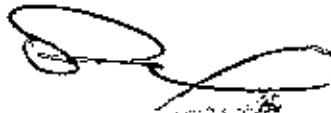
Cirurgia

Conduta: Sutura

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
		Alta da Cirurgia		


Dra. Ingrida Lacerda
Cirurgia Geral
CRM-PB 8074


CRO 309

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
PROCEDIMENTO REALIZADO
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AGILIDADE PESSOA

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ JML

Ricarda Soares de Brito

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Matheus R. Oliveira Data da Admissão: 04/05/2017
 Prontuário: _____ Idade: 22a Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 QPD: Dor + linf. max. + edema ext. DZ E
 HDA: Paciente vítima de acidente de moto hoje, apresentando
fratura de fêmur esquerdo.
Fract. de T12 E.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em ____ [] Prurido [] Sudorese
 [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
 [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema Outros: _____

ABD: [] Dor [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
 [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
 [] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF
[] 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: Rx evidenciando fratur. de 1ª e 2ª

Hipóteses Diagnósticas: Fratur. 1ª e 2ª esp.

Conduta: - Internação p/ fixação cirúrgica

- av. da articulação

- av. do baciaxial

Dr. Tiago Bruns F. Ribeiro
Médico
CRM 10883-PB

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal, anestesiado com bloqueio raquiano, com a cabeça elevada e o membro inferior direito em flexão de 90 graus.

Incisão:

Realizada a incisão de 10 cm, no terço médio da face medial do tornozelo, com a pele e o tecido subcutâneo dissecados até a medula óssea.

Achados:

Fratura da tibia com uma placa de 2 pontos e 2 parafusos corticais e medula de redução da fratura do malleolo lateral.

Conduta:

Fixação da fratura com um parafuso medular tibial, hemostase e fechamento da ferida com pontos por Vlasov, antisséptico e curativo. Toda a perna foi bem.

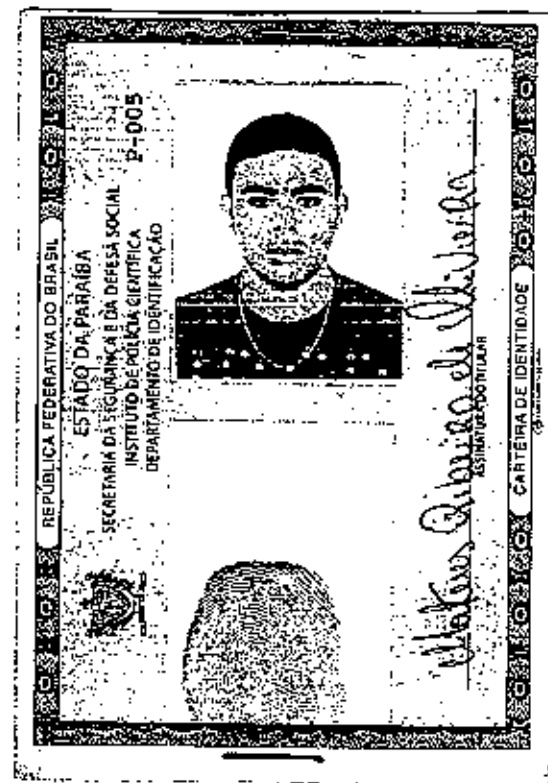
Fechamento:

OBS:

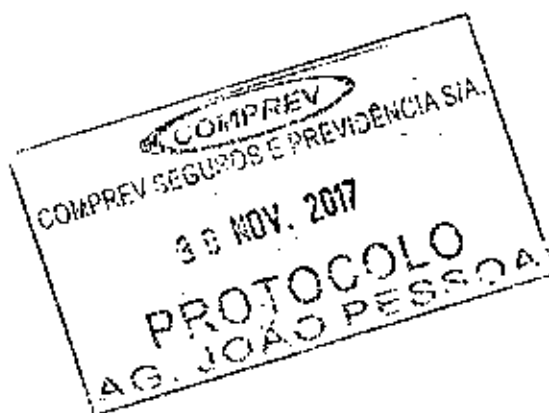
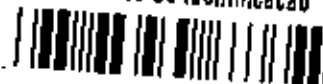
COMPROV. DE RECEBIMENTO
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Data:

MÉDICO/CRM



Documentos de Identificação





ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

JOSE EDUARDO DA SILVA
NOME
CPF: 054.552.581-5
DATA DE NASCIMENTO: 02/04/1987
ENDEREÇO: Rua... 10/04/2015
NOME DO ADVOGADO: JOSE EDUARDO DA SILVA
NOME DO ADVOGADO: JOSE EDUARDO DA SILVA
NOME DO ADVOGADO: JOSE EDUARDO DA SILVA

12578

CAE
CARTÃO DE ADVOGADO

JOSE EDUARDO DA SILVA
NOME
CPF: 054.552.581-5
DATA DE NASCIMENTO: 02/04/1987
ENDEREÇO: Rua... 10/04/2015
NOME DO ADVOGADO: JOSE EDUARDO DA SILVA
NOME DO ADVOGADO: JOSE EDUARDO DA SILVA
NOME DO ADVOGADO: JOSE EDUARDO DA SILVA

05701485

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DETRAN - PB Nº 012974284533
42270419474

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRM 20170000005427-6

VIA 1 0111297721-7 00/00000000

MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA

R SEBASTIAO A LUCENA 240

TIBIRI II

58300000 SANTA RITA-PB

12118864418 QED0123/PB

NOVO RUMO MOTORES E PECAS LTDA

NOVO 1 PB 9C2JB0100HR248455

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC

HONDA/POP 1101

2 P/109 /CI

CATEGORIA PARTIC

A.F.ADM DE CONC NACIÓN HONDA LTDA

N. Motor : JB01E0H248487

SANTA RITA - PB - LOCAL 42234

22/03/2017

7003781

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DETRAN - PB Nº 012974284533

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRM 20170000005427-6

VIA 1 0111297721-7 00/00000000

MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA

12118864418

QED0123/PB

NOVO 1 PB 9C2JB0100HR248455

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC

HONDA/POP 1101

2 P/109 /CI

CATEGORIA PARTIC

A.F.ADM DE CONC NACIÓN HONDA LTDA

1: IPVA PAGO EM 00/00/0000

2: TAXA PVA

3: PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TAFACAO IRSI

PREMIO TAFACAO IRSI

PREMIO TAFACAO IRSI

PREMIO TAFACAO IRSI

PREMIO TAFACAO IRSI

PREMIO TAFACAO IRSI

PREMIO TAFACAO IRSI

PREMIO TAFACAO IRSI

PREMIO TAFACAO IRSI

DUT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463289/17
Vítima: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA
CPF: 121.188.644-18

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 04/05/2017
Titular do CPF: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA : 121.188.644-18

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2017
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170643643 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/05/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

Procuração



OUTORGANTE:

Mateus Ribeiro de Oliveira
 brasileiro(a), estado civil solteiro profissão voluntário
 CI RG nº 4.177.316
 CPF/MF nº 121.488.644-18, residente e domiciliado(a) à Rua Mons. Pires Ferreira, 440 - Tibiri
 Cidade de Santa Rita Estado Paraíba
 CEP: 58303-360 telefone 83-99342-1170 3512-8500

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Santa Rita, 28 de setembro de 20 17

3º OFÍCIO

Mateus Ribeiro de Oliveira

OUTORGANTE

COMPREV
 30 NOV. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESS





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 3140643643 CPF da Vítima: 121.188.644-18 Nome completo da vítima: Mateus Ribeiro de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<u>Mateus Ribeiro de Oliveira</u>	<u>121.188.644-18</u>	<u>Estudante</u>
Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Nova Pura Ferreira</u>	<u>140</u>	
Bairro	Cidade	Estado
<u>Tiburi</u>	<u>Santa Rita</u>	<u>PB</u>
Email	CEP	Telefone (DDD)
<u>valeria.ribeiro.cascauchanti@hotmail.com</u>	<u>58303-360</u>	<u>(83) 9105-5363</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ DE R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÍ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

AGÊNCIA: _____

AGÊNCIA: _____

AGÊNCIA: _____

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Santa Rita 22 de Janeiro de 2018
Local e Data

Mateus Ribeiro de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

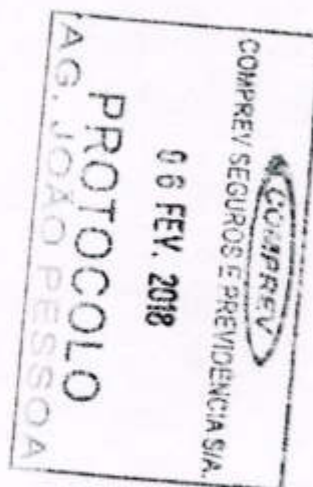
CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 05/02/2018

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 3348 TIBIRI OPER: 013 CONTA: 7.059-1
PERIODO: 01012018 ATE: 05022018 CPF: 121.188.644-18
NOME: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIR VLR.BLQ.JUD. :

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
02/02/2018	000000	DP DINH AG	0,00000000	5,00 C	5,00 C

SALDO EM 02/02/2018 R\$ ~~5,00~~ C
F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG.
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

3140643643

CPF da Vítima

121.188.644-18

Nome completo da vítima

Matheus Ribeiro de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Matheus Ribeiro de Oliveira		CPF titular da conta 121.188.644-18	Profissão Estudante
Endereço Rua Moura Pereira Ferreira		Número 140	Complemento
Bairro Tiburi	Cidade Santa Rita	Estado PB	CEP 58303-360
Email valeria.ribeiro.oliveira@hotmail.com		Telefone (DDD) (83) 99105-5363	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)				
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				
AGÊNCIA (informar dígito se existir) 3348	CONTA (informar dígito se existir) 4059	CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO AGÊNCIA (informar dígito se existir)		

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Santa Rita, 22 de Janeiro de 2018
Local e Data

Matheus Ribeiro de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

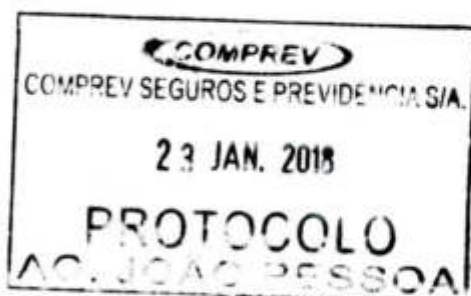
CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 19/01/2018

>> NAO HA LANÇAMENTOS PARA O PERÍODO | EXTRATO DE POUÇANÇA
PAG: 001

AG: 3348 TIRIRI OPER: 013 CONTA: 7.059-1
PERÍODO: 01012018 ATE: 19012018 CPF: 121.188.644-18
NOME: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA VLR.BIQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
----------	------------------	------	-------	-------

F1 AJUDA	SALDO EM 18/01/2018 R\$		0,00
F3 RETORNAR	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.	
	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANÇAR PAG.	F12 FINALIZAR



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3170643643**

Vitima: **MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **04/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170643643**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12080021



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA**

Sinistro: **3170643643**
Vítima: **MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA**
Data do Acidente: **04/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170643643** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2018

Carta nº 12177680

A/C: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170643643 ASL-0463289/17
Vitima: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 04/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Carta nº 12322062

A/C: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170643643 ASL-0463289/17
Vitima: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 04/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12425042

A/C: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3170643643
Vítima: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 04/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003348

Conta: 000007059-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170643643 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **R MNS S PIRES FERREIRA nº 140 - MUNICIPIOS - SANTA RITA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4177316 - SSP**
Data local do exame: **27/12/2017 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FERIMENTO CORTO CONTUSO NO NARIZ E MUCOSA LABIAL SUPERIOR
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.
FRATURA DO 2º METACARPO ESQUERDO**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

**FERIMENTO CORTO CONTUSO NO NARIZ E MUCOSA LABIAL SUPERIOR TRATADA COM SUTURA LOCAL E QUE EVOLUIU SEM SEQUELAS FUNCIONAIS OU ANATÔMICAS INCAPACITANTES OU DEFINITIVAS DA FACE E DA MÃO DIREITA
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS MALEOLARES BILATERAIS DE 08 E 05 CM . LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, EDEMA .**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO

IV. Segundo o previsto no inciso II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

TORNOZELO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 27/12/2017

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB

João Fernandes de Sousa
CRM 2013

Assinatura do perito Examinador - CRM



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: CPF da Vítima: 121.188.644-18 Nome completo da vítima: Mateus Ribeiro de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Mateus Ribeiro de Oliveira CPF titular da conta: 121.188.644-18 Profissão: estudante
Endereço: Av. Mons. Ruyes Ferreira Número: 140 Complemento:
Bairro: Tibiri Cidade: Santa Rita Estado: PE CEP: 58303-360
Email: aleamandrecavardante@hotmail.com Telefone (DDD): 83-99342-1170

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ 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 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADSPCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: DUV: CONTA: DUV:
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: Mateus Ribeiro de Oliveira NOME:
AGÊNCIA: 3268 DUV: 8 CONTA: 54.666
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência, e, após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

J. Pessoa 30 de Novembro de 2017
Local e Data

Mateus Ribeiro de Oliveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL S.A.
29/08/2017 - AUTO-ATENDIMENTO - 15.08.14 /
0126870977

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 1268-8 CONTA: 54.606-6
CLIENTE: MATEUS R DE OLIVEIRA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
19/05/2017		
Saldo Anterior		
NAO HA LANÇAMENTOS		

Juros *		
Data de Debito de Juros	02/10/2017	
IOF *		
Data de Debito de IOF	02/10/2017	

(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mes anterior ao debito.

OBSERVAÇÕES:

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01787.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01787.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:15 horas do dia 26 de setembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA**, CPF nº 121.188.644-18, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Eletricista, filho(a) de Cleonice Ribeiro de Oliveira e Claudio José de Oliveira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/07/1995 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Sebastião Araújo Lucena, Nº 240, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Material da Construção, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98659-2785.

Dados do(s) Fatos:

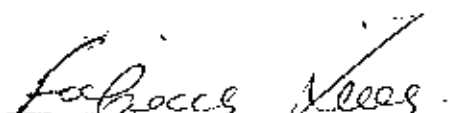
Local: Av. Sinésio Guimarães X Av. Barão de Mamanguape, Esquina do Bar do Vascaíno, João Pessoa/PB, bairro Torro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/05/17 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/POP 110I, COR PRETA, 2017/2017, PLACA QFD0123/PB. CHASSI 9C2JB0100HR248455, REGISTRADA EM NOME DO NOTICIANTE, pela Av. Sinésio Guimarães quando ao passar pelo cruzamento com a Av. Barão de Mamanguape foi atingido na lateral esquerda por outra MOTOCICLETA DE MARCA Kawasaki, COR VERDE COM PRETO, placa não identificada; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1185/2017, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 28.08.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sendo posteriormente transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

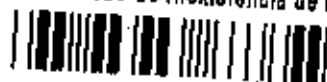
João Pessoa/PB, 26 de setembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA
Notificante



Procedimento Policial: 01787.01.2017.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Matheus Ribeiro de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 4.177.366 e inscrito no CPF sob o nº 121.188.644-18 residente e domiciliado na Av. Pires Ferreira, 140 - Taboão, Cidade Santa Rita, Estado Paraná, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Matheus Ribeiro de Oliveira

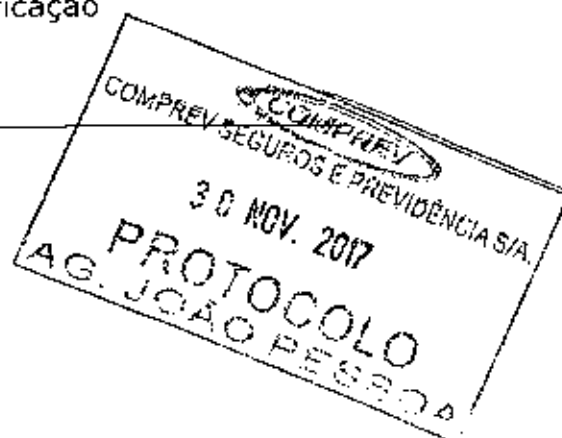
Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

J. Pessoa

30/11/2017

Local e data

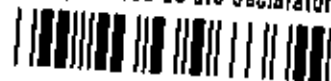




PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 711/038, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo 1685887, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA, idade 22 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto) no dia 04/05/2017, na Rua Sinésio Guimarães, Bairro: Torre - João Pessoa - aproximadamente às 08:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 21 de Novembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estadístico
CREJIS nº 40171
SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Comptons

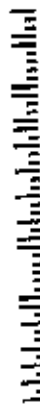
Cód. para Déb. Aquisição: 0000000000

019:0

Matheus Ribeiro de Oliveira



Fatura Mensal		Vencimento da Fatura	Total da fatura	Pagamen
Número do Cartão: 526965XXXXXX3655		28/10/2017	R\$ 50,00	R\$ 7
Atendimento a Clientes: 40049009				
Demais Localidades: 0800 9409009				
ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e aportados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor m. encargos em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,44 Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017				



OTC RECIFE PE PLUS
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 58
MANAIRA
58038-460 JOAO PESSOA PB

Demonstrativo		Cidade/Pais	Valor US\$	Crédito/Di
Data	Descrição	Valor Original	Cotação	
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			
28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO			
	Subtotal Nacional			

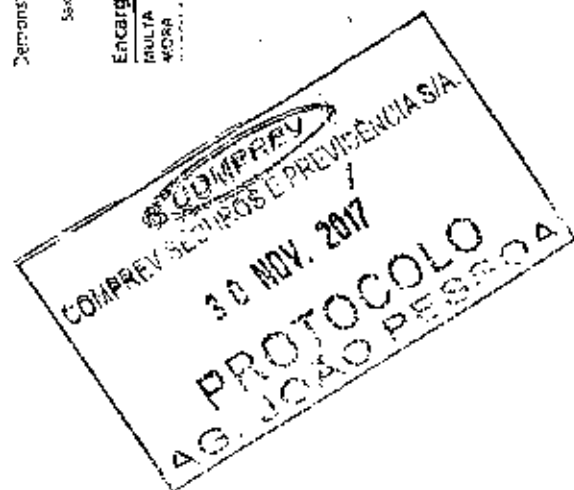
JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXXX3655
Movimentações Nacionais
13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 02/04
Subtotal Nacional

Total Nacional
Total Internacional
Total da Fatura

Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa

Saldo Disponível 22276 Pontos a Expirar 1230

Encargos 2,00 %
TAXA 1,00 %
MORA 5,00 %





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Edmundo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 466.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Mateus Ribeiro de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.188.644/18 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Mateus Ribeiro de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.188.644/18, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER – DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Av. Maria Rose</u>		<u>58</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Marina</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58038-460</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>edmundojulia@hotmail.com</u>	<u>(83) 3517-8500</u>		<u>99342-1170</u>

João Pessoa, 21 de Novembro de 2017
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante