

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190514702                      Vítima: VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

Data do Acidente: 06/06/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

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

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Documentação médico-hospitalar        | Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis. |
| Declaração do Proprietário do Veículo | Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.                         |

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

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

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190514702**

**Vítima: VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS**

**Data do Acidente: 06/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

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

**Senhor(a), VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS**

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

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190514702

Vítima: VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| 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

Recebedor: VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 000001006325-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190514702**

**Vítima: VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS**

**Data do Acidente: 06/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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 ASU: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **00629892405 VAREZILSON PAULO DA COSTA MATEUS**

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

5 - Nome completo: **VAREZILSON PAULO DA COSTA MATEUS** 6 - CPF: **00629892405**  
7 - Profissão: **REC INF** 8 - Endereço: **RUA JUCA FERRADO** 9 - Número: **17** 10 - Complemento: **CASA**  
11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **SURUBIM** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55750000**  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): **(81) 97001998**

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 ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO:   
AGÊNCIA: **0835** **4** CONTA: **1006325** **6** AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu divo direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação da 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 não impedi o acesso de apresentar o laudo do IML (Instituto Médico Legal) para a análise de pericia do acidente de trânsito, conforme Lei nº 6.194/74, art. 3º, § 1º, e Lei nº 6.194/74, art. 3º, § 2º, declarando que esta autorização não significa preclusão da ação de indenização por danos materiais decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 6.194/74, art. 3º, § 1º, e Lei nº 6.194/74, art. 3º, § 2º.

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo ato do assinado, se inicia 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 LIDER para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 6.194/74, art. 3º, § 1º, e Lei nº 6.194/74, art. 3º, § 2º, declarando que esta autorização não significa preclusão da ação de indenização por danos materiais decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 6.194/74, art. 3º, § 1º, e Lei nº 6.194/74, art. 3º, § 2º.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Local de residência da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva: 24 - Data do óbito da vítima:   
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:   
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ 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 LIDER pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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 ao artigo 299 do Código Penal.

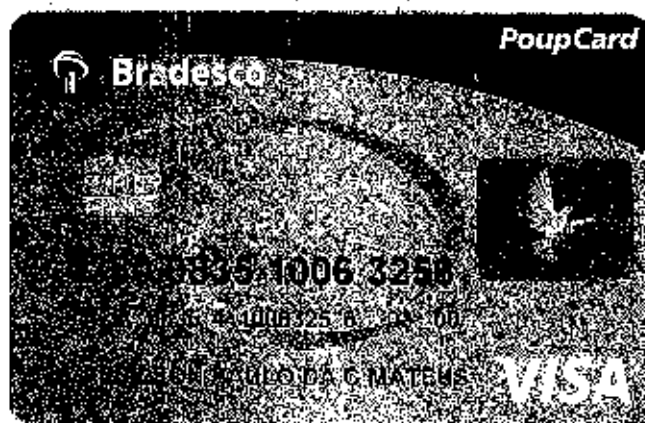
34 - Local e Data: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data:

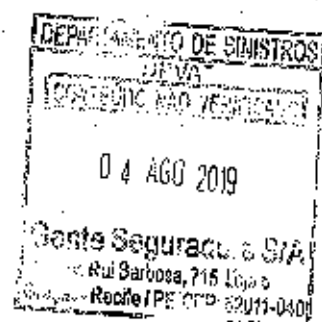
**SURUBIM PE 08/12/2019**  
**VAREZILSON PAULO DA COSTA MATEUS**  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Poup





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC  
 DINTER1/16ªDESEC

545579  
 0305385/19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206001936**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/08/2019** às **11:26**

Complementa o BO Número: **19E0206001935**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **6/6/2019** às **11:20**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SÃO SEBASTIAO, 1 - Bairro: SÃO SEBASTIAO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO SUPERMERCADO TODO DIA**  
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
 JOSÉ FERNANDES SALES DA SILVA (OUTRO)  
 VALDILSON PAULO COSTA MATEUS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDILSON PAULO COSTA MATEUS**  
 VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**VALDILSON PAULO COSTA MATEUS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSINEIDE MNARIA DA COSTA** Pai: **JOÃO FERNANDES MATEUS** Data de Nascimento: **18/8/1988** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8221522/SDS/PE (RG), 09629892403 (CPF), 05992492717 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **MARCEIRO(A)** Telefones Celulares: **81998371553**

Residência: **SÍTIO JUCÁ FERRADO, PRÓXIMO A ASSEMBÉIA DE DEUS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL, PRÓXIMO A ASSEMBÉIA DE DEUS**

**JOSÉ FERNANDES SALES DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)



**VEÍCULO 01 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ FERNANDES SALES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDILSON PAULO COSTA MATEUS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX EX** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PCD1064** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Chassi: **9C2KC2210GR052153**

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **COD. RENAVAL 1114539144.**

**VEÍCULO 02 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE)**

### Complemento / Observação

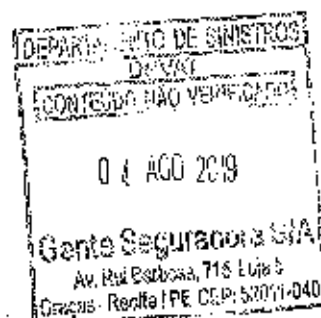
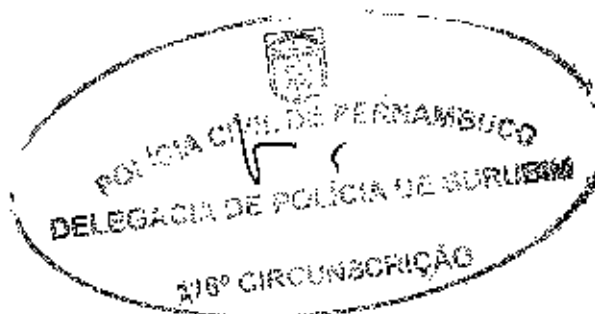
COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE VALDILSON PAULO COSTA MATEUS, NOTICIANDO QUE NO DIA 08/06/2019, DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN EX, COR PRETA, ANO/MOD 2016/2016, PLACA PDC-1064-PE, NA AV. SÃO SEBASTIÃO, BAIRRO SÃO SEBASTIÃO, NESTA CIDADE, QUANDO AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DO SUPERMERCADO TODO DIA, O MOTORISTA DE UM VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA QUE ESTAVA PARADO, ABRIU A PORTA DO VEÍCULO E O MESMO ACABOU COLIDINDO COM A PORTA DO VEÍCULO E CAINDO JUNTAMENTE COM A MOTOCICLETA E NA QUEDA SOFRIDO LESÕES GRAVES SENDO SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA (SAMU) PARA O HOSPITAL SÃO LUIZ DESTA CIDADE E EM SEQUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO E FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO HOSPITAL SÃO LUIZ E DECLARAÇÃO DO HRA. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

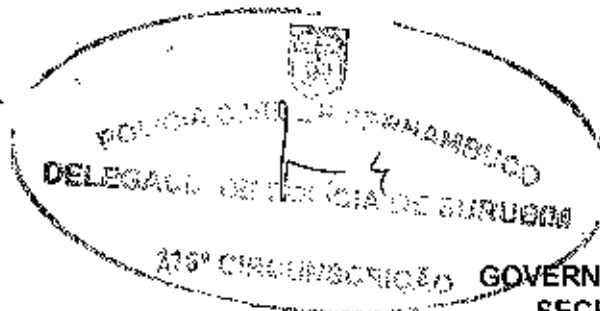
**VALDILSON PAULO COSTA MATEUS**  
(VITIMA)

*Valdilson Paulo da Costa Mateus*

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **1195344**







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC  
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206001935**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/08/2019** às **11:20**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **6/6/2019** às **11:20**

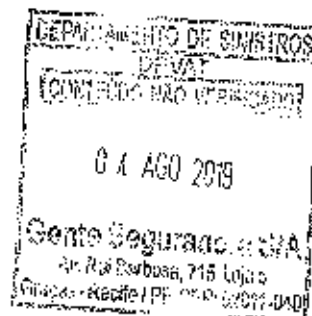
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SAO SEBASTIAO, 1** - Bairro: **SAO SEBASTIAO** -  
**SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO SUPERMERCADO TODO DIA**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
JOSÉ FERNANDES SALES DA SILVA (OUTRO)  
VADILSON PAULO COSTA MATEUS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **VADILSON PAULO COSTA MATEUS**



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**VADILSON PAULO COSTA MATEUS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSINEIDE MNARIA DA COSTA** Pai: **JOÃO FERNANDES MATEUS** Data de Nascimento: **18/8/1989** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8221522/SDS/PE (RG), 09629892405 (CPF), 05992492717 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MARCENEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81998371583**

Residencial: **SÍTIO JUCÁ FERRADO, PRÓXIMO A ASEMBEIA DE DEUS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL, PRÓXIMO A ASEMBEIA DE DEUS**

**JOSÉ FERNANDES SALES DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**VEÍCULO 01 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ FERNANDES SALES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VADILSON PAULO COSTA MATEUS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX EX** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PCD1064** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Chassi: **9C2KC2210GR052155**

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **COD. RENAVAL 1114539144.**

**VEÍCULO 02 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **01 (UNIDADE)**

### Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE VADILSON PAULO COSTA MATEUS, NOTICIANDO QUE NO DIA 08/06/2019, DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN EX, COR PRETA, ANO/MOD 2016/2016, PLACA PDC-1064-PE, NA AV. SÃO SEBASTIÃO, BAIRRO SÃO SEBASTIÃO, NESTA CIDADE, QUANDO AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DO SUPERMERCADO TODO DIA, O MOTORISTA DE UM VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA QUE ESTAVA PARADO, ABRIU A PORTA DO VEÍCULO E O MESMO ACABOU COLIDINDO COM A PORTA DO VEÍCULO E CAINDO JUNTAMENTE COM A MOTOCICLETA E NA QUEDA SOFRIDO LESÕES GRAVES SENDO SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA (SAMU) PARA O HOSPITAL SÃO LUIZ DESTA CIDADE E EM SEQUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO E FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO HOSPITAL SÃO LUIZ E DECLARAÇÃO DO HRA. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

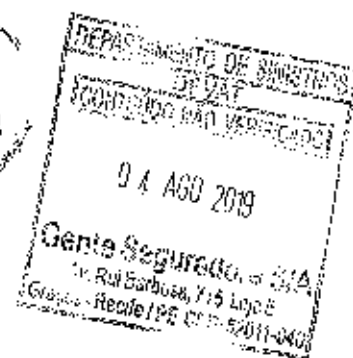
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**VADILSON PAULO COSTA MATEUS**

(VITIMA)

*Vadilson Paulo da Costa Mateus*

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**



# 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 ASU: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **00629892405 VAREZILSON PAULO DA COSTA MATEUS**

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

5 - Nome completo: **VAREZILSON PAULO DA COSTA MATEUS** 6 - CPF: **00629892405**  
7 - Profissão: **REC INF** 8 - Endereço: **RUA JUCA FERRADO** 9 - Número: **17** 10 - Complemento: **CASA**  
11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **SURUBIM** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55750000**  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): **(81) 97001998**

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 ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: **0835** **4** CONTA: **1006325** **6** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu divo direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação da 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 não impedi o acesso de apresentar o Laudo do IML (Instituto Médico Legal) para a análise de pericia do acidente de trânsito, conforme Lei nº 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa preclusão da ação de indenização por morte decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei nº 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa preclusão da ação de indenização por morte decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei nº 6.194/74, art. 3º, §1º.

☒ 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 ato do assinado, se inicia 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 LIDER para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa preclusão da ação de indenização por morte decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei nº 6.194/74, art. 3º, §1º.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Cidade: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ 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 LIDER pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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 ao artigo 299 do Código Penal.

34 - Local e Data: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

**SURUBIM PE 08/12/2019**  
**VAREZILSON PAULO DA COSTA MATEUS**  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM

Rua Maria Barbosa S/Nº Centro, Surubim - PE

Fone: 81 - 36341624 Fax: 3634-1461

CNPJ 11.754.025/0001-05

E-mail: apamisurubim@terra.com.br

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS deu entrada neste serviço no dia 06/06/19, trazido pelo SAMU após acidente de trânsito, feito atendimento, em seguida transferido para o Hospital Regional do Agreste conforme consta em prontuário médico de nosso arquivo.

Surubim, 13 de julho de 2019.

*Adriana Olívia Cabral*  
Adriana Olívia Cabral  
Funcionária Encarregada



Fonte: regurgest.com.br  
Rua Barbosa, 715 Lda  
Cidade/PE 55000-000

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000001006325-6

Nr. Autenticação

BRADESCO3010201905000000000023700835000001006325168750 PAGO



Terça-Feira de Férias Eletrônicas pelo Lei 10.439, de 26-04-02

Correspondência Eletrônica: 24 Promen 1005  
Av. João de Barros, 1.1 Set. Vitor Raulier - CEP 01016-002  
CNPJ 13.045.082/01-08 | Inz. Eng. 0101933-55 | [www.0800.com.br](http://www.0800.com.br)

**DADOS DO CLIENTE**  
ANTONIO SILVANO DA SILVA  
PROX. ASSEMBLEIA DE DEUS

CU # 025.148.356-68

CLASSIFICAÇÃO  
R1 RESIDENCIAL  
PARAPRINCIPAIS COMISS

|           |        |          |
|-----------|--------|----------|
| CR0920015 | UNCLAS | 20070719 |
|-----------|--------|----------|

12017012 202406555 5773114

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA JI CA FERRADO 17

CENTROJICA (FERRAS)  
SUIBIMPE  
05/01/000

4008368770 07/2019

19/07/2019 14/08/2019

34.01

|  | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--|------------|-------------|-------------|
| Consumo MW até 30 Kw/h                   | 30,000000  | 0,1819556   | 5,35        |
| Consumo MW superior a 30 kw/h F18694     | 70,000000  | 0,3485683   | 23,90       |
| Acrescimo Bandeira AMARELA               |            |             | 0,28        |
| Contrib. Int. Publica Mop. Ind           |            |             | 0,48        |
| Multa por atraso NF 081734531 - 14/10/16 |            |             | 3,41        |
| Multa por atraso NF 081734213 - 12/04/19 |            |             | 0,60        |
| Multa por atraso NF 081734522 - 12/04/19 |            |             | 0,60        |
| Multa por atraso NF 081734541 - 14/05/19 |            |             | 0,46        |
| Multa por atraso NF 081734286 - 12/04/19 |            |             | 1,24        |
| Multa por atraso NF 081734631 - 14/05/19 |            |             | 3,23        |
| Multa por atraso NF 081734631 - 14/05/19 |            |             | 3,23        |
| Base de Imp. de 21 dias de 0,4302812     |            |             | -0,86       |

TOTAL DEFAT (kg)

| PROJETO   | TIPO DA FUNÇÃO | DATA | VALOR | DATA | VALOR | CONTRIBUIÇÃO | ADJUSTE | CONTRIBUIÇÃO |
|-----------|----------------|------|-------|------|-------|--------------|---------|--------------|
| PROJETO 1 | TIPO DA FUNÇÃO | DATA | VALOR | DATA | VALOR | CONTRIBUIÇÃO | ADJUSTE | CONTRIBUIÇÃO |

| DATE    | TIME | DATE OF CALL | %     | WAGER | ODDS |
|---------|------|--------------|-------|-------|------|
| 2-11-10 | 100  |              |       |       |      |
| 2-11-10 | 77   | 10MS         | 25.00 | 1.00  | 0.20 |
| 2-11-10 | 66   | PS           | 20.00 | 8.00  | 1.00 |
| 2-11-10 | 55   | COFFIN       |       |       |      |

FT-10 25

| Age Group | Should Take Action (%) | Should Not Take Action (%) |
|-----------|------------------------|----------------------------|
| 18-29     | 90                     | 10                         |
| 30-49     | 90                     | 10                         |
| 50-69     | 90                     | 10                         |
| 70+       | 90                     | 10                         |

0.01 0.05 0.1 0.5 1 5 10 50 100

CSA TCF2B NR4A2 BTB3-02 NF-DLEC40.DCS

\_\_\_\_\_

© 2008 Pearson Education, Inc. All rights reserved. This publication is protected by copyright. Any unauthorized distribution or reproduction of this work may result in legal action against the individual(s) responsible.

[illegible]

*(continued)*

ATENÇÃO: O CELERADOR INFORMA QUE NÃO POSSUI REGISTRO EM NENHUM DOS  
FIVE SERVIÇOS DE INVESTIGAÇÃO DE CRIMES DA POLÍCIA DELEGADA.

| Word   | Mean | SD   | Word   | Mean | SD   |
|--------|------|------|--------|------|------|
| Word 1 | 3.40 | 1.21 | Word 2 | 3.40 | 1.21 |

© 1987 by American Psychological Association  
0893-3200/87 \$02.00 DOI: 10.1037/0893-3200.1.1.6

[illegible]

TENSÃO LUMINOSA

| DATE     | DESCRIPTION | AMOUNT | CHECK NO. | BANK        | INTEREST | TOTAL  |
|----------|-------------|--------|-----------|-------------|----------|--------|
| 12/15/19 | DEPOSIT     | 100.00 |           | WELLS FARGO |          | 100.00 |
| 12/16/19 | PAYROLL     | 150.00 | 1234      | WELLS FARGO |          | 150.00 |
| 12/17/19 | RENT        | 200.00 | 1235      | WELLS FARGO |          | 200.00 |
| 12/18/19 | UTILITIES   | 50.00  | 1236      | WELLS FARGO |          | 50.00  |
| 12/19/19 | SALES       | 300.00 | 1237      | WELLS FARGO |          | 300.00 |
| 12/20/19 | DEPOSIT     | 100.00 |           | WELLS FARGO |          | 100.00 |
| 12/21/19 | PAYROLL     | 150.00 | 1238      | WELLS FARGO |          | 150.00 |
| 12/22/19 | RENT        | 200.00 | 1239      | WELLS FARGO |          | 200.00 |
| 12/23/19 | UTILITIES   | 50.00  | 1240      | WELLS FARGO |          | 50.00  |
| 12/24/19 | SALES       | 300.00 | 1241      | WELLS FARGO |          | 300.00 |
| 12/25/19 | DEPOSIT     | 100.00 |           | WELLS FARGO |          | 100.00 |
| 12/26/19 | PAYROLL     | 150.00 | 1242      | WELLS FARGO |          | 150.00 |
| 12/27/19 | RENT        | 200.00 | 1243      | WELLS FARGO |          | 200.00 |
| 12/28/19 | UTILITIES   | 50.00  | 1244      | WELLS FARGO |          | 50.00  |
| 12/29/19 | SALES       | 300.00 | 1245      | WELLS FARGO |          | 300.00 |
| 12/30/19 | DEPOSIT     | 100.00 |           | WELLS FARGO |          | 100.00 |
| 12/31/19 | PAYROLL     | 150.00 | 1246      | WELLS FARGO |          | 150.00 |
| 12/31/19 | RENT        | 200.00 | 1247      | WELLS FARGO |          | 200.00 |
| 12/31/19 | UTILITIES   | 50.00  | 1248      | WELLS FARGO |          | 50.00  |
| 12/31/19 | SALES       | 300.00 | 1249      | WELLS FARGO |          | 300.00 |
| 12/31/19 | DEPOSIT     | 100.00 |           | WELLS FARGO |          | 100.00 |
| 12/31/19 | PAYROLL     | 150.00 | 1250      | WELLS FARGO |          | 150.00 |
| 12/31/19 | RENT        | 200.00 | 1251      | WELLS FARGO |          | 200.00 |
| 12/31/19 | UTILITIES   | 50.00  | 1252      | WELLS FARGO |          | 50.00  |
| 12/31/19 | SALES       | 300.00 | 1253      | WELLS FARGO |          | 300.00 |
| 12/31/19 | DEPOSIT     | 100.00 |           | WELLS FARGO |          | 100.00 |
| 12/31/19 | PAYROLL     | 150.00 | 1254      | WELLS FARGO |          | 150.00 |
| 12/31/19 | RENT        | 200.00 | 1255      | WELLS FARGO |          | 200.00 |
| 12/31/19 | UTILITIES   | 50.00  | 1256      | WELLS FARGO |          | 50.00  |
| 12/31/19 | SALES       | 300.00 | 1257      | WELLS FARGO |          | 300.00 |
| 12/31/19 | DEPOSIT     | 100.00 |           | WELLS FARGO |          | 100.00 |
| 12/31/19 | PAYROLL     | 150.00 | 1258      | WELLS FARGO |          | 150.00 |
| 12/31/19 | RENT        | 200.00 | 1259      | WELLS FARGO |          | 200.00 |
| 12/31/19 | UTILITIES   | 50.00  | 1260      | WELLS FARGO |          | 50.00  |
| 12/31/19 | SALES       | 300.00 | 1261      | WELLS FARGO |          | 300.00 |
| 12/31/19 | DEPOSIT     | 100.00 |           | WELLS FARGO |          | 100.00 |
| 12/31/19 | PAYROLL     | 150.00 | 1262      | WELLS FARGO |          | 150.00 |
| 12/31/19 | RENT        | 200.00 | 1263      | WELLS FARGO |          | 200.00 |
| 12/31/19 | UTILITIES   | 50.00  | 1264      | WELLS FARGO |          | 50.00  |
| 12/31/19 | SALES       | 300.00 | 1265      | WELLS FARGO |          | 300.00 |
| 12/31/19 | DEPOSIT     | 100.00 |           | WELLS FARGO |          | 100.00 |
| 12/31/19 | PAYROLL     | 150.00 | 1266      | WELLS FARGO |          | 150.00 |
| 12/31/19 | RENT        | 200.00 | 1267      | WELLS FARGO |          | 200.00 |
| 12/31/19 | UTILITIES   | 50.00  | 1268      | WELLS FARGO |          | 50.00  |
| 12/31/19 | SALES       | 300.00 | 1269      | WELLS FARGO |          | 300.00 |
| 12/31/19 | DEPOSIT     | 100.00 |           | WELLS FARGO |          | 100.00 |
| 12/31/19 | PAYROLL     | 150.00 | 1270      | WELLS FARGO |          | 150.00 |
| 12/31/19 | RENT        | 200.00 | 1271      | WELLS FARGO |          | 200.00 |
| 12/31/19 | UTILITIES   | 50.00  | 1272      | WELLS FARGO |          | 50.00  |
| 12/31/19 | SALES       | 300.00 | 1273      | WELLS FARGO |          | 300.00 |
| 12/31/19 | DEPOSIT     | 100.00 |           | WELLS FARGO |          | 100.00 |
| 12/31/19 |             |        |           |             |          |        |

|     |     |      |      |       |  |  |  |
|-----|-----|------|------|-------|--|--|--|
| SRG | 200 | 0.25 | 8.72 | 13.43 |  |  |  |
| FRD | 000 | 0.00 | 3.06 | 0.00  |  |  |  |

União Nacional 17/22 2022 - 1º ano do Ensino Médio - Livro de Exercícios 1 - 75-14-21

|                      |  |                   |    |
|----------------------|--|-------------------|----|
| DATE OF VERIFICATION |  | TOTAL & FINANCIAL | 34 |
|----------------------|--|-------------------|----|

00010001 3 000136877010 4 14124411723

338300000004 340100110043 000000010000

**CERTIFICATE OF MERIT**

1994

Copyright 1995

04 AGO 2019

**Gente Segura** 33

Dr. Rui Barbosa, 715

Stephen Reiche / pp. 10-11



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 SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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.

Peio exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF nº 574940534/68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS inscrito (a) no CPF sob o nº 096298924/05, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS inscrito (a) no CPF sob o nº 096298924/05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Eu 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.

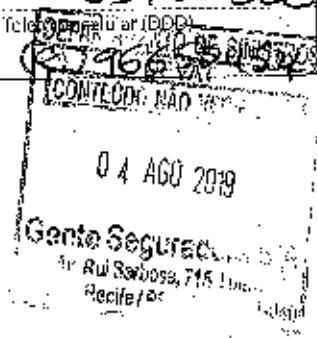
|   |                          |   |  |
|---|--------------------------|---|--|
| Endereço<br><u>RUA JOAO BATISTA</u>         |                          | Número<br><u>370</u>                            | Complemento<br><u>CASA</u>                     |
| Bairro<br><u>CENTRO</u>                     | Cidade<br><u>SURUBIM</u> | Estado<br><u>PE</u>                             | CEP<br><u>55750-000</u>                        |
| E-mail<br><u>apseguros1994@yahoo.com.br</u> |                          | Telefone comercial(DDD)<br><u>(81) 97001998</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>(81) 96655452</u> |

SURUBIM, de 29 de AGOSTO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante







ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM

Rua Maria Barbosa S/Nº Centro, Surubim - PE

Fone: 81 - 36341624 Fax: 3634-1461

CNPJ 11.754.025/0001-05

E-mail: apamisurubim@terra.com.br

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS deu entrada neste serviço no dia 06/06/19, trazido pelo SAMU após acidente de trânsito, feito atendimento, em seguida transferido para o Hospital Regional do Agreste conforme consta em prontuário médico de nosso arquivo.

Surubim, 13 de julho de 2019.

  
Adriana Olívia Cabral  
Funcionária Encarregada



Conte Reguereira S/A  
Rua Barbosa, 715 Lda  
Cidade/PE 55011-400

**HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA**

Atendimento: 119/96470      Data: 06/06/2019 12:28  
Convênio: SUS      Matrícula:  
Médico: FRANCISCO EUDES R DE AQUINO

Recep: WILSON  
Setor: URGENCIA/EMERGENCIA  
Cartão SUS: 165510769560004

Registro: 48130  
Paciente: VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS  
Nascimento: 18/08/1989 - Idade: 29 anos  
Endereço: ST JUCA FERRADO  
Bairro: ZONA RURAL  
IBGE/Cidade: SURUBIM  
Pai: JOAO FERNANDRS MATEUS  
Mãe: JOSINEIDE MARIA DA COSTA  
OUTRAS OCUPAÇÕES  
Est. Civil:

Prontuário: 48130  
Cor: Parda  
Sexo: Masculino  
C.P.F.:  
Cep: 55750-000 Identidade: /  
UF: PE  
Telefone: 92335031  
G. instrução:  
Ocupação:

Naturalidade: SURUBIM

OBS: SAMU

Anamênese e Exame Sumário:

8. História clínica atual de  
doença aguda de início súbito  
em 05/06/2019, após consumo  
de 1 litro de leite.  
AR. Tórax

Exames Complementares:

H.R.A.  
P-5700151

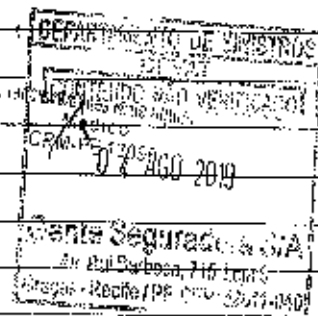
Exame físico: normal  
H.D. de 1 litro  
G.B. e fígado  
sem D.A.P.

Hip Diagnóstica /Cid:

Prescrição/Tratamento:

Reavaliação:

Materiais Usados:



Assinatura e Carimbo do Médico



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr(a) **Valdilson Paulo da Costa Mateus**, Esteve Interno Nesta Unidade Hospitalar no Período do dia **06/06/2019** e foi transferido para outra unidade hospitalar em **08/06/2019**. Registro Hospitalar: **339860**

**OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.**

Atenciosamente;

Caruaru, 19 de Julho 2019.

109.794.975/0239-44  
FUSAM Hospital Regional do Agreste  
R. 232, Km 130  
Ind. Saúde - Caruaru - PE - 55.024-000

PERNAMBUCO DO AGRESTE  
04 AGO 2019  
Segurança  
Caruaru, PE - 55.024-000  
Fone: 3398-0000

setor de Arquivo (same)

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

## EMERGENCIA

1. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

2. ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

3. PROFUSÃO: \_\_\_\_\_

4. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

5. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

6. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

7. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

8. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

9. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

10. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

11. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

12. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

13. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

14. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

15. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

16. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

17. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

18. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

19. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

20. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

21. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

22. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

23. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

24. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

25. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

26. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

27. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

28. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

29. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

30. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

31. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

32. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

33. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

34. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

35. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

36. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

37. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

38. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

39. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

40. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

41. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

42. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

43. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

44. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

45. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES  
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Município de Pernambuco

Região

Nome

Idade

Sexo

Profissão

EDUCAÇÃO

*Dr. [illegible]*  
*Dr. [illegible]*  
*Dr. [illegible]*  
*Dr. [illegible]*

*Dr. [illegible]*

*Dr. [illegible]*

*[illegible signature]*

*Dr. [illegible]*

*Dr. [illegible]*

*Dr. [illegible]*

*Dr. [illegible]*

|    |             |
|----|-------------|
| 15 | 10 DE JUNHO |
| 16 | 11 DE JUNHO |
| 17 | 12 DE JUNHO |
| 18 | 13 DE JUNHO |
| 19 | 14 DE JUNHO |
| 20 | 15 DE JUNHO |
| 21 | 16 DE JUNHO |
| 22 | 17 DE JUNHO |
| 23 | 18 DE JUNHO |
| 24 | 19 DE JUNHO |
| 25 | 20 DE JUNHO |
| 26 | 21 DE JUNHO |
| 27 | 22 DE JUNHO |
| 28 | 23 DE JUNHO |
| 29 | 24 DE JUNHO |
| 30 | 25 DE JUNHO |



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGENCIA

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is a vertical margin line on the left side, creating a narrow left margin. The paper appears to be from a notebook or a standard ruled document.

Centre for Research in Foundations of Arts & Design

### What Is a Family?

As condições de trabalho em geral, incluindo a jornada de trabalho, não foram avaliadas como insatisfatórias, as condições de trabalho foram avaliadas como insatisfatórias.



5572192

50%  $\Delta$  GSK-3 $\beta$  mRNA

EC2 H2      Termination

3352

100

53-54011-945

[illegible]

12345678910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565758596061626364656667686970717273747576777879808182838485868788899091929394959697989910010110210310410510610710810911011111211311411511611711811912012112212312412512612712812913013113213313413513613713813914014114214314414514614714814915015115215315415515615715815916016116216316416516616716816917017117217317417517617717817918018118218318418518618718818919019119219319419519619719819920020120220320420520620720820921021121221321421521621721821922022122222322422522622722822923023123223323423523623723823924024124224324424524624724824925025125225325425525625725825926026126226326426526626726826927027127227327427527627727827928028128228328428528628728828929029129229329429529629729829930030130230330430530630730830931031131231331431531631731831932032132232332432532632732832933033133233333433533633733833934034134234334434534634734834935035135235335435535635735835936036136236336436536636736836937037137237337437537637737837938038138238338438538638738838939039139239339439539639739839940040140240340440540640740840941041141241341441541641741841942042142242342442542642742842943043143243343443543643743843944044144244344444544644744844945045145245345445545645745845946046146246346446546646746846947047147247347447547647747847948048148248348448548648748848949049149249349449549649749849950050150250350450550650750850951051151251351451551651751851952052152252352452552652752852953053153253353453553653753853954054154254354454554654754854955055155255355455555655755855956056156256356456556656756856957057157257357457557657757857958058158258358458558658758858959059159259359459559659759859960060160260360460560660760860961061161261361461561661761861962062162262362462562662762862963063163263363463563663763863964064164264364464564664764864965065165265365465565665765865966066166266366466566666766866967067167267367467567667767867968068168268368468568668768868969069169269369469569669769869970070170270370470570670770870971071171271371471571671771871972072172272372472572672772872973073173273373473573673773873974074174274374474574674774874975075175275375475575675775875976076176276376476576676776876977077177277377477577677777877978078178278378478578678778878979079179279379479579679779879980080180280380480580680780880981081181281381481581681781881982082182282382482582682782882983083183283383483583683783883984084184284384484584684784884985085185285385485585685785885986086186286386486586686786886987087187287387487587687787887988088188288388488588688788888989089189289389489589689789889990090190290390490590690790890991091191291391491591691791891992092192292392492592692792892993093193293393493593693793893994094194294394494594694794894995095195295395495595695795895996096196296396496596696796896997097197297397497597697797897998098198298398498598698798898999099199299399499599699799899910001001100210031004100510061007100810091010101110121013101410151016101710181019102010211022102310241025102610271028102910301031103210331034103510361037103810391040104110421043104410451046104710481049105010511052105310541055105610571058105910601061106210631064106510661067106810691070107110721073107410751076107710781079108010811082108310841085108610871088108910901091109210931094109510961097109810991100110111021103110411051106110711081109111011111112111311141115111611171118111911201121112211231124112511261127112811291130113111321133113411351136113711381139114011411142114311441145114611471148114911501151115211531154115511561157115811591160116111621163116411651166116711681169117011711172117311741175117611771178117911801181118211831184118511861187118811891190119111921193119411951196119711981199120012011202120312041205120612071208120912101211121212131214121512161217121812191220122112221223122412251226122712281229123012311232123312341235123612371238123912401241124212431244124512461247124812491250125112521253125412551256125712581259126012611262126312641265126612671268126912701271127212731274127512761277127812791280128112821283128412851286128712881289129012911292129312941295129612971298129913001



100

100

15

18

U.S. 1910 ED. MICHAEL

第 3 章 数据库







NOME: V. M. de Souza, Paulo da Costa, Sr.

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura múltipla lateral da CID-10: S.82.1, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 10/06/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

On o fratura múltipla lateral da ulna e rádio distal, com deslocamento e lesão da articulação do cotovelo. Tratado cirurgicamente com placa e parafusos.

Bezerros, 29/07/19 por 10/07/19  
G/10 Michels

Ass. Marilene Costa  
Número Ordémada  
CRM-PE 5890

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
D-VAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
04 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Lapa I  
Graciosa - Recife/PE CEP: 51.040-060



01/05/15 20:45

Co. 105. 105

Quem faz de mo. 105

Ar. 105 29/05/15

9/10

João Antônio Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM-PE 5986



HOSPITAL  
JESUS PIEDRENTINO

CONTROLE DE SINTOMAS  
NÃO VERIFICADO  
AGO 2019  
Seguradora SIA  
Barroca, 715 Eixo 5  
Recife/PE CEP 52011-040

NOME: Wagner P. Costa da Silva

REG: 125305

DATA DE NASCIMENTO: 18/08/1989

DATA DA CIRURGIA: 10/06/2015

DIAGNÓSTICO: Lesão por trauma

Lesão do 1º grau

TRATAMENTO: Curativo e fisioterapia

DATA DO RETORNO: 01/07/15

MOTIVO DO RETORNO: 105

105

João Antônio Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM-PE 5986

0305385/19

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante  
HOSPITAL JESUS PEQUENINO2 - CNES  
23442543 - Nome do Estabelecimento Executante  
HOSPITAL JESUS PEQUENINO4 - CNES  
2344254

## Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente  
VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS6 - Número do Prontuário  
1257077 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)  
7028077570711498 - Data Nascimento  
18/08/19899 - Sexo  
MASCULINO [1]

10 - Raça/Cor

10.1 - Etnia

11 - Nome da Mãe  
JOSINEIDE MARIA DA COSTA12 - Telefone de Contato  
81.98371553

13 - Nome Responsável

14 - Telefone de Contato

15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)  
SÍTIO JUCA FERRADO, () - ZONA RURAL16 - Início da residência  
SURUBIM

17 - Cod. IBGE município

18 - UF  
PE

19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos

SATUR 4 NO MID → LETA  
BOLE 28,  
MID: EDEN + NO TORNO SELO  
RE: PULSO NO TORNO SELO

21 - Condições que justificam a internação

CLINICAS

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

RE: FETURAL

23 - Diagnóstico Inicial

FETURAL NO TORNO SELO

24 - CID 10 Principais  
S82.5

25 - CID 10 Sec

26 - CID 10 Causas associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

FETURAL NO TORNO SELO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do procedimento

29 - Clínica

VOTRECH

30 - Cartão de Internação

31 - Documento  
( ) CNS ( ) CPF

32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante

33 - Nome do Profissional Solicitante

VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

34 - Data de Solicitação

35 - Assinatura e Carimbo (nr. do registro do profissional)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito

39 - CNPJ da Seguradora

40 - Nr. do Bilhete

37 - ( ) Acidente de Trabalho típico

42 - CNPJ da Empresa

43 - CNA da Empresa

38 - ( ) Acidente de Trabalho trajeto

44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência

( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nr. Autorização de internação hospitalar

48 - Documento  
( ) CNS ( ) CPF

49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)

Prefeitura Municipal de Bezerros  
Secretaria de Saúde  
NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL  
261910545884-0

Conferido Com Documento  
Original de exames de  
Hospital Jesus Pequeno  
Assistente Social  
CRESSIPE Nº 4.471

# HOSPITAL JESUS PEQUENINO

## FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER 04 - LEITO-02  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 546881 Data: 08/06/2019 Hora: 17:28  
Unidade: SES - ORTOPEDIA  
Responsável:  
Médico: DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LEAO

Recepção: SIMONE VITORIA DE SANTANA  
Matrícula: 702607757071149  
Identidade:  
Cartão SUS: 702607757071149

Paciente: 125707 VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS  
Nascimento: 18/08/1989 - 29 Anos e 9 Meses  
Endereço: SÍTIO JUCA FERRADO,  
Bairro: ZONA RURAL CEP:  
IBGE/Cidade: SURUBIM UF: PE  
Pai: JOAO FERNANDES MATEUS  
Mãe: JOSINEIDE MARIA DA COSTA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor:  
Est. Civil:  
C.P.F. 09829892405  
Identidade: 8221522 SDS PE  
Telefone: 81.98371553  
G. Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade:

Obs.: SENHA ORT. 583244

Queixa do Paciente:

FRATURA → LADO VOMID.

H.D.A.:

Exame Físico:

BOM EF.  
H.D. : EXAME DO MEMBRADO,  
AVALIAÇÃO DO TÓRAX E L.,

H.D.:

FRATURA DO TÓRAX E L. MAG. FO.

Tratamento:

QUIRÚRGICO.

Conferido Com Documento  
Original Bezerros

Hospital Jesus Pequeno

29.06.19

Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESP/PE Nº 4.471

Dr. Artur de Souza Leão  
Radiologia: Dr. Vascular  
CRM 2054 CRM 04079884-04

Bezerros, 08 de junho de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

Atendimento: 546881 Data: 08/06/2019 Hora: 17:28  
 Convênio: SES - ORTOPEDIA  
 Responsável:  
 Médico: DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LEAO

Recepção: SIMONE VITORIA DE SANTANA  
 Matrícula: 702607757071149  
 Identidade:  
 Cartão SUS: 702607757071149

Paciente: 125707 VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS  
 Nascimento: 13/08/1989 - 29 Anos e 9 Meses  
 Endereço: SÍTIO JUÇA FERRADO,  
 Bairro: ZONA RURAL CEP:  
 IBGE/Cidade: SURUBIM UF: PE  
 Pai: JOAO FERNANDES MATEUS  
 Mãe: JOSINEIDE MARIA DA COSTA  
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor:  
 Est. Civil:  
 C.P.F.: 08629892405  
 Identidade: 8221522 SDS PE  
 Telefone: 81.98371553  
 G. Instrução:  
 Ocupação:  
 Naturalidade:

Recepcionista:

Motivo Alta: ( ) Curado (x) Melhorado ( ) A Pedido ( ) Transferido ( ) Evasão Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 horas  
 Assinou o termo

Alta Hospitalar

Data: 11/06/19

Médico:

Assinatura / CRM

João Martin V. Costa  
 Traumatista Ortopedista  
 CRM-PE 5890

Transferência Hospitalar

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Óbito

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Observação

10/06/19

Exat 1/2 mda esquerda  
 e placa e parafusos

João Martin V. Costa  
 Traumatista Ortopedista  
 CRM-PE 5890

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

Fratura malata

permanecer a os

João Martin V. Costa  
 Traumatista Ortopedista  
 CRM-PE 5890

Diagnóstico Definitivo:

O mesmo

João Martin V. Costa  
 Traumatista Ortopedista  
 CRM-PE 5890

Diagnóstico Secundário:

Conferido Com Documento  
 Original Betavets  
 Hospital Jesus Pequeno

Ass. Flaminia  
 Assisente Social  
 CREAS/PE Nº 4.473



HOSPITAL  
**JESUS PEQUENINHO**  
**EVOLUÇÃO MÉDICA**

NOME: VALDILTON PAULO DA COSTA MATEUS DATA: 08/06/19

HD: HEMORRÓIA NO TÓRAX DEBILITANTE

EM USO DE:

SINTOMÁTICO

**DADOS DE ENFERMAGEM:**

DISGLICEMIA ( ) SIM ( ) NÃO ☒

DISTERMIA ( ) SIM ( ) NÃO ☒

PRESSÃO ARTERIAL NORMAL ( ) ☒

QUEIXAS

DOR

**EXAME FÍSICO:**

EG: ( ) CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) CORADO ( ) HIDRATADO ( ) EUPNEICO ( ) AFEBRIL

( ) OUTROS

ACV: ( ) RCR em ZT, BNFS/S ( ) OUTROS FC \_\_\_\_\_ bpm

PA \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg

AR: ( ) MV + em AHT, S/RA ( ) OUTROS SATO2 \_\_\_\_\_ %

ACV: ( ) ABDOME \_\_\_\_\_, FLÁVICO, DEPRESSÍVEL, S/VMG, RHA + NORMATIVOS ( ) INDICOR

( ) DOR À PALPAÇÃO EM

( ) OUTROS

OUTROS:

EXT: ( ) SEM EDEMAS ( ) OUTROS

CONDUTA:

História clínica

Dr. Arthur da Costa Lima  
Assistente Social  
CRM 20000/000000  
Original Bezerros  
Hospital Jesus Pequenininho  
Assistente Social  
CHES/PE Nº 4471

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO

| RELATÓRIO CIRÚRGICO   |                    |
|---|--------------------|
| NOME DO PACIENTE<br>VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS   | NÚMERO DO REGISTRO |
| CLÍNICA ORTOPÉDICA  |                    |
| CIRURGIÃO<br>JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA   |                    |
| ANESTESIA<br>RAQUI ANESTESIA  | DR BARBARA CHACON  |
| DATA DA OPERAÇÃO<br>10/06/2019  |                    |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO<br>FRATURA LUXAÇÃO EM TORNOZELO DIREITO + LESÃO DE LIGAMENTO EM TORNOZELO + LESÃO CAPSOLIGAMENTAR + DESBRIDAMENTO  |                    |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO<br>O MESMO   |                    |
| OPERAÇÃO PROPOSTA<br>TRAT CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO + RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR + LESÃO CAPSOLIGAMENTAR + DESBRIDAMENTO                             |                    |
| OPERAÇÃO REALIZADA<br>A MESMA   |                    |
| CAMPO CIRÚRGICO COM POLVIDINE   |                    |
| INCISÃO LATERAL EM TORNOZELO ATE PLANO OSSEO. REDUÇÃO CRUENTA EM FRATURA E FIXAÇÃO COM PARAFUSO ESPONJOSO N. 50 COM ARROLEA NO MALEOLO MEDIAL |                    |
| LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA COM SORO FISIOLÓGICO   |                    |
| HEMOSTASIA E DRENO  |                    |
| FECHAMENTO POR PLANOS   |                    |
| CURATIVO E MOBILIZAÇÃO GESSADA  |                    |

João Marilton  
Ortopedista  
CRM 5980

Conferido Com Documento  
Original Bezerros PE 08/10/19  
Hospital Jesus Pequeening  
10/06/2019  
Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESS/PE Nº 4.471

Anestesia: Roquiometria + Sedação

NB

Nome: Valdison Paulo da Costa Nº do Registro 125703 Nº. na Clínica: \_\_\_\_\_

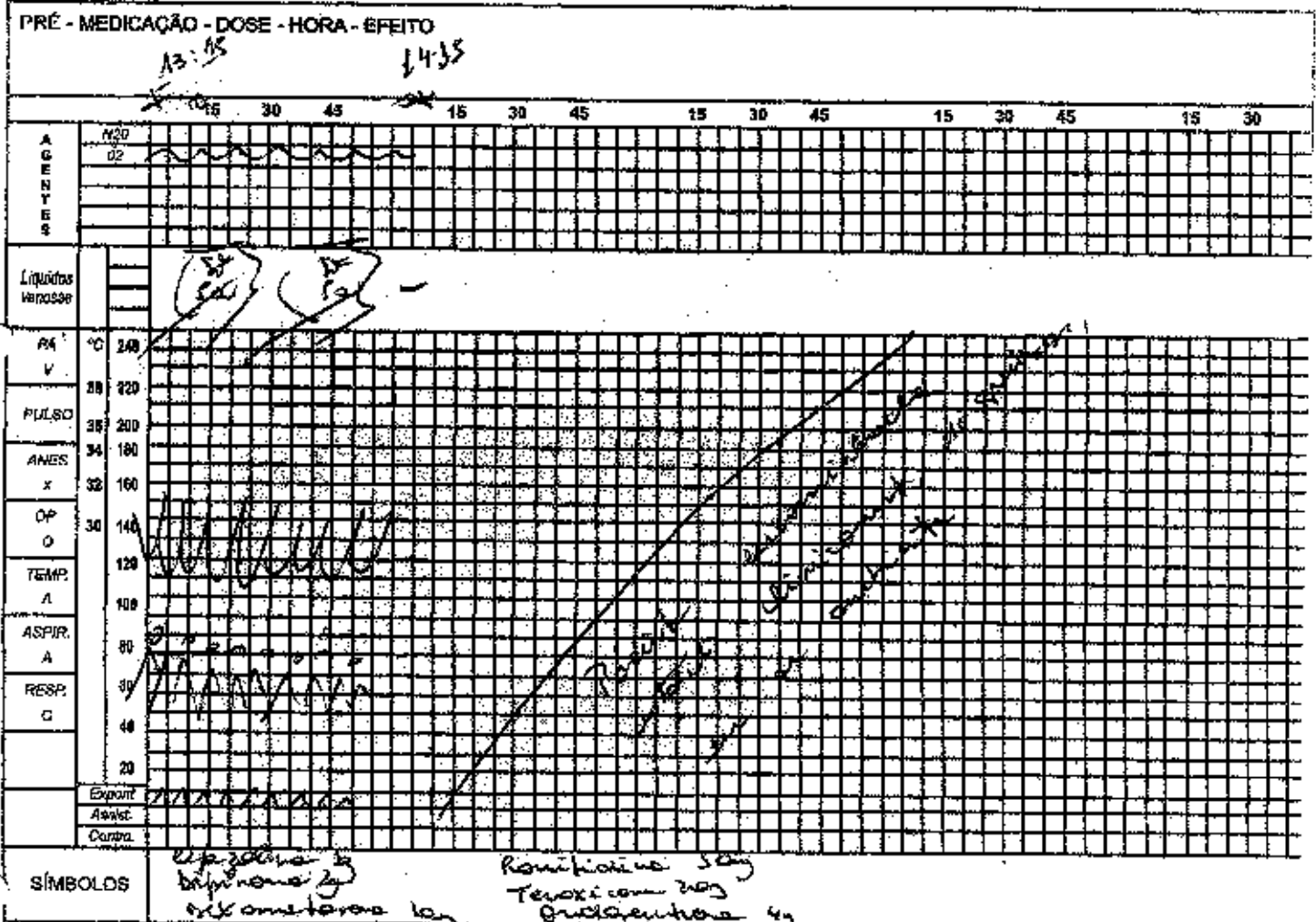
Clinica: Ortopedia Quarto: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Idade: 29 Sexo: MASC Cor: \_\_\_\_\_

Operador: M. José Hamilton Assist.: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Saitano

Diag. Prep.: Fratura de TNZ (C) Diag. Pósop.: o mesmo

Op. Proposta: No membro TNZ (C) Op. Realizada: a mesma

Premedicação: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco: 2-3-4



| AGENTES                      | DOSES        | TÉCNICA                             | ANOTAÇÕES:       |
|------------------------------|--------------|-------------------------------------|------------------|
| A. <u>Bupiv. Hipoc. 0.5%</u> | <u>15g</u>   | <u>Roquiometria</u>                 |                  |
| B. <u>Minon</u>              | <u>20g</u>   | <u>Taxol 200mg</u>                  |                  |
| C.                           |              | <u>antimigra. 100mg</u>             |                  |
| D. <u>Pentonal</u>           | <u>100mg</u> | <u>antid. 2g</u>                    |                  |
| E. <u>Midazolam</u>          | <u>5g</u>    | <u>sedação</u>                      |                  |
| F.                           |              | <u>1.2mg</u>                        |                  |
| G.                           |              | <u>Sedação 1.2mg</u>                |                  |
| LÍQUIDOS                     |              | <u>CRÂNIO - NASOFARINGEA</u>        |                  |
| <u>SFO, 8% 100ml</u>         |              | <u>NASOFARINGEA - CEGA</u>          |                  |
|                              |              | <u>BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO</u> |                  |
|                              |              | <u>SOB - MÁSCARA</u>                |                  |
|                              |              | <u>DIFICULDADE TÉCNICA</u>          |                  |
|                              |              | <u>Tempo de Anestesia</u>           |                  |
| TOTAL                        |              | <u>1h</u>                           |                  |
| OPERAÇÃO:                    |              |                                     |                  |
| ANESTESISTA:                 |              | CIRURGIÃO:                          | PERDA SANGÜÍNEA: |
| <u>Barbosa</u>               |              | <u>João</u>                         |                  |

Conferido Com Documento  
Original Bezarros PE  
Hospital Jesus Pequeno  
Ana Amador  
Assistente Social  
CRESP/PE Nº 4.471

Lorng - Espasmo - Excesso Soro  
Depressão Respiratória - Hipoxia  
"BUCKING" - Vômito  
Hemorragia Antifila  
Bradi - Taquicardia - Choque



# HOSPITAL JESUS PEQUENINHO

COMANDA 480443

## MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Valdirson Paulo da Costa Neto Registro Nº 125407  
 Apt.: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Data: 10/06/19  
 Cirurgia: Exst. T. 2.º D. Cirurgião: Dr. João  
 Anestesia: Raque Anestesista: Dr. Barbara  
 Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

| Especificação        | Quant.   | Especificação                    | Quant.   |
|----------------------|----------|----------------------------------|----------|
| <b>MEDICAMENTOS</b>  |          | Metronidazol 500mg               |          |
| Adrenalina           |          | Nausedron                        | 01 ampul |
| Água Destilada       | 01 ampul | Narcan                           |          |
| Atropina             |          | Neomicina Pomada                 |          |
| Bicarbonato de Sódio |          | Nitride                          |          |
| Cediladine           |          | Omeprazol                        |          |
| Cisatracura          |          | Plasil                           |          |
| Cloreto de Sódio     |          | Prosofol                         |          |
| Cloreto de Potássio  |          | Prostamhe                        |          |
| Clindamicina         |          | Quelcion                         |          |
| Dramin               |          | Rapifen                          |          |
| Dexametazona Pomada  |          | Ranitidina                       | 01 ampul |
| Decadron             | 01 ampul | Revivan                          |          |
| Diazepam             |          | Ringer c/ Lactato                |          |
| Dipirona             | 02 ampul | Rocelin 1g                       |          |
| Dimorf 0.1           | 01 ampul | Sarvorfurano                     |          |
| Colantina            |          | Sintocinon                       |          |
| Dormonid             |          | Soro Fisiológico                 | 02 und   |
| Efortil              |          | Soro Glicosado                   |          |
| Enoxeparina 40mg     |          | Syptanon                         |          |
| Fenergan             |          | Sulfato de Magnésio              |          |
| Fentanil Espinhal    |          | Tensamin                         |          |
| Fentanil 5ml         | 01 ampul | Tenoxican                        | 01 ampul |
| Flumazenil           |          | Thionambutel                     |          |
| Glicose              |          | Tramal                           |          |
| Gluconato Cálcio     |          | Vitamina K                       |          |
| Hidrocortizona 100mg |          | Voluven                          |          |
| Hidrocortizona 500mg |          | Xylocaina 2% s/a                 |          |
| Ibuprofen            |          | Xylocaina 1% s/a                 |          |
| Keflin               | 01 ampul | Xylocaina Geléia                 |          |
| Ketalar              |          | Xylocaina Sorav                  |          |
| Lasix                |          | Xylocaina Pesada                 |          |
| Martol               |          | <b>MATERIAIS</b>                 |          |
| Marcalina c/a        |          | Aguilha deac. 25x7/40x12/0.45x13 | 04 und   |
| Marcalina s/a        |          | Aguilha de Plexo                 |          |
| Marcalina Pesada     | 01 ampul | Aguilha Raque                    | 01 und   |
| Methergin            |          | Algodão Hidrófilo                |          |

Conferido Com Documento

Origina Bezerra PE

Hospital Jesus Pequenininho

10/06/19

And. Amorim  
Assistente Social  
CRSS/PE nº 4473



| Especificação                        | Quant.   | Especificação          | Quant.  |
|--------------------------------------|----------|------------------------|---------|
| Algodão Ortopédico                   | 01 unid  | Fio de Algodão         |         |
| Atadura Crepe 15                     | 04 unid  | Fio de Aço             |         |
| Atadura Gesso                        |          | Fio Kirschner          |         |
| Azul de Metileno                     |          | Fio Maleável           |         |
| Bolsa p/ Colostomia                  |          | Monocryl               |         |
| Cateter Nasal                        | 01 unid  | Mononylon 2.0          | 01 unid |
| Clamp Umbilical                      |          | Polycot                |         |
| Coletor Sistema Aberto               |          | Propelene              |         |
| Coletor Sistema Fechado              |          | PDS                    |         |
| Campo Cirúrgico                      | 10 unid  | Seda                   |         |
| Dreno de Sucção                      |          | Vicryl                 |         |
| Dreno Penrose                        |          | LÍQUIDOS               |         |
| Dreno Tórax                          |          | Água Oxigenada         |         |
| Eletrodos                            | 05 unid  | Álcool à 70%           | 50 ml   |
| Equipo Macro Gotas                   |          | Glutaraldeído          | 50 ml   |
| Escova de Degermação                 | 03 unid  | Éter                   |         |
| Esparradrapo                         | tx       | Formol                 |         |
| Esparradrapo Micropore               |          | Clorexidina Degermante |         |
| Gaze 7x5x7,5                         | 03 unid  | TAXAS                  | 100 ml  |
| Hemoseção                            |          | Oxímetro de Pulso      | tx      |
| Infusor p/soluções Parenteraj 2 vias |          | Aspirador              |         |
| Intracath                            |          | Bisturi Elétrico       |         |
| Jeico                                |          | Desfibrilador          |         |
| Liga Clip                            |          | Monitor                | tx      |
| Lâmina Bisturi 21                    | 02 unid  |                        |         |
| Látex 204                            |          | OXIGÊNIO               |         |
| Luva Estéril 7,5 x 7                 | 04 pares | Das _____ às _____     |         |
| Luva Descartável                     | 03 pares |                        |         |
| Máscaras                             | 04 unid  |                        |         |
| Polifix                              |          |                        |         |
| Pró-Pés                              | 05 pares |                        |         |
| Scalp                                |          |                        |         |
| Seringa de 01 cc                     |          |                        |         |
| Seringa 03 cc                        | 02 unid  |                        |         |
| Seringa 05 cc                        | 02 unid  |                        |         |
| Seringa 10 cc                        |          |                        |         |
| Seringa 20 cc                        |          |                        |         |
| Sonda Nasogástrica nº                |          |                        |         |
| Sonda Foley nº                       |          |                        |         |
| Sonda Uretral nº                     |          |                        |         |
| Sonda 3v nº                          |          |                        |         |
| Transfix                             |          |                        |         |
| Pulseiras de RN                      |          |                        |         |
| Toucas                               | 05 unid  |                        |         |
| FIOS                                 |          |                        |         |
| CatGut Simpa s/a                     |          |                        |         |
| CatGut Simpa c/a                     | 01 unid  |                        |         |
| CatGut Crom s/a                      |          |                        |         |
| CatGut Crom c/a                      |          |                        |         |

Conferido Com Documento  
Original Bateria de  
Hospital Jesus Poqueiro

Ata de  
Ata de  
Ata de

Ata de  
Ata de  
Ata de

Serviço Aparecida dos Santos  
Técnica de Enfermagem  
COREN PE 38827  
3208

ID: PA1012566

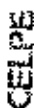


Ant



Ant



[illegible]

2005年12月15日

100-107573-12-051043016-3862

11  
 12  
 13  
 14  
 15  
 16  
 17  
 18  
 19  
 20  
 21  
 22  
 23  
 24  
 25  
 26  
 27  
 28  
 29  
 30  
 31  
 32  
 33  
 34  
 35  
 36  
 37  
 38  
 39  
 40  
 41  
 42  
 43  
 44  
 45  
 46  
 47  
 48  
 49  
 50  
 51  
 52  
 53  
 54  
 55  
 56  
 57  
 58  
 59  
 60  
 61  
 62  
 63  
 64  
 65  
 66  
 67  
 68  
 69  
 70  
 71  
 72  
 73  
 74  
 75  
 76  
 77  
 78  
 79  
 80  
 81  
 82  
 83  
 84  
 85  
 86  
 87  
 88  
 89  
 90  
 91  
 92  
 93  
 94  
 95  
 96  
 97  
 98  
 99  
 100  
 101  
 102  
 103  
 104  
 105  
 106  
 107  
 108  
 109  
 110  
 111  
 112  
 113  
 114  
 115  
 116  
 117  
 118  
 119  
 120  
 121  
 122  
 123  
 124  
 125  
 126  
 127  
 128  
 129  
 130  
 131  
 132  
 133  
 134  
 135  
 136  
 137  
 138  
 139  
 140  
 141  
 142  
 143  
 144  
 145  
 146  
 147  
 148  
 149  
 150  
 151  
 152  
 153  
 154  
 155  
 156  
 157  
 158  
 159  
 160  
 161  
 162  
 163  
 164  
 165  
 166  
 167  
 168  
 169  
 170  
 171  
 172  
 173  
 174  
 175  
 176  
 177  
 178  
 179  
 180  
 181  
 182  
 183  
 184  
 185  
 186  
 187  
 188  
 189  
 190  
 191  
 192  
 193  
 194  
 195  
 196  
 197  
 198  
 199  
 200  
 201  
 202  
 203  
 204  
 205  
 206  
 207  
 208  
 209  
 210  
 211  
 212  
 213  
 214  
 215  
 216  
 217  
 218  
 219  
 220  
 221  
 222  
 223  
 224  
 225  
 226  
 227  
 228  
 229  
 230  
 231  
 232  
 233  
 234  
 235  
 236  
 237  
 238  
 239  
 240  
 241  
 242  
 243  
 244  
 245  
 246  
 247  
 248  
 249  
 250  
 251  
 252  
 253  
 254  
 255  
 256  
 257  
 258  
 259  
 260  
 261  
 262  
 263  
 264  
 265  
 266  
 267  
 268  
 269  
 270  
 271  
 272  
 273  
 274  
 275  
 276  
 277  
 278  
 279  
 280  
 281  
 282  
 283  
 284  
 285  
 286  
 287  
 288  
 289  
 290  
 291  
 292  
 293  
 294  
 295  
 296  
 297  
 298  
 299  
 300  
 301  
 302  
 303  
 304  
 305  
 306  
 307  
 308  
 309  
 310  
 311  
 312  
 313  
 314  
 315  
 316  
 317  
 318  
 319  
 320  
 321  
 322  
 323  
 324  
 325  
 326  
 327  
 328  
 329  
 330  
 331  
 332  
 333  
 334  
 335  
 336  
 337  
 338  
 339  
 340  
 341  
 342  
 343  
 344  
 345  
 346  
 347  
 348  
 349  
 350  
 351  
 352  
 353  
 354  
 355  
 356  
 357  
 358  
 359  
 360  
 361  
 362  
 363  
 364  
 365  
 366  
 367  
 368  
 369  
 370  
 371  
 372  
 373  
 374  
 375  
 376  
 377  
 378  
 379  
 380  
 381  
 382  
 383  
 384  
 385  
 386  
 387  
 388  
 389  
 390  
 391  
 392  
 393  
 394  
 395  
 396  
 397  
 398  
 399  
 400  
 401  
 402  
 403  
 404  
 405  
 406  
 407  
 408  
 409  
 410  
 411  
 412  
 413  
 414  
 415  
 416  
 417  
 418  
 419  
 420  
 421  
 422  
 423  
 424  
 425  
 426  
 427  
 428  
 429  
 430  
 431  
 432  
 433  
 434  
 435  
 436  
 437  
 438  
 439  
 440  
 441  
 442  
 443  
 444  
 445  
 446  
 447  
 448  
 449  
 450  
 451  
 452  
 453  
 454  
 455  
 456  
 457  
 458  
 459  
 460  
 461  
 462  
 463  
 464  
 465  
 466  
 467  
 468  
 469  
 470  
 471  
 472  
 473  
 474  
 475  
 476  
 477  
 478  
 479  
 480  
 481  
 482  
 483  
 484  
 485  
 486  
 487  
 488  
 489  
 490  
 491  
 492  
 493  
 494  
 495  
 496  
 497  
 498  
 499  
 500  
 501  
 502  
 503  
 504  
 505  
 506  
 507  
 508  
 509  
 510  
 511  
 512  
 513  
 514  
 515  
 516  
 517  
 518  
 519  
 520  
 521  
 522  
 523  
 524  
 525  
 526  
 527  
 528  
 529  
 530  
 531  
 532  
 533

32.71  
2.77  
6.84  
-1.45

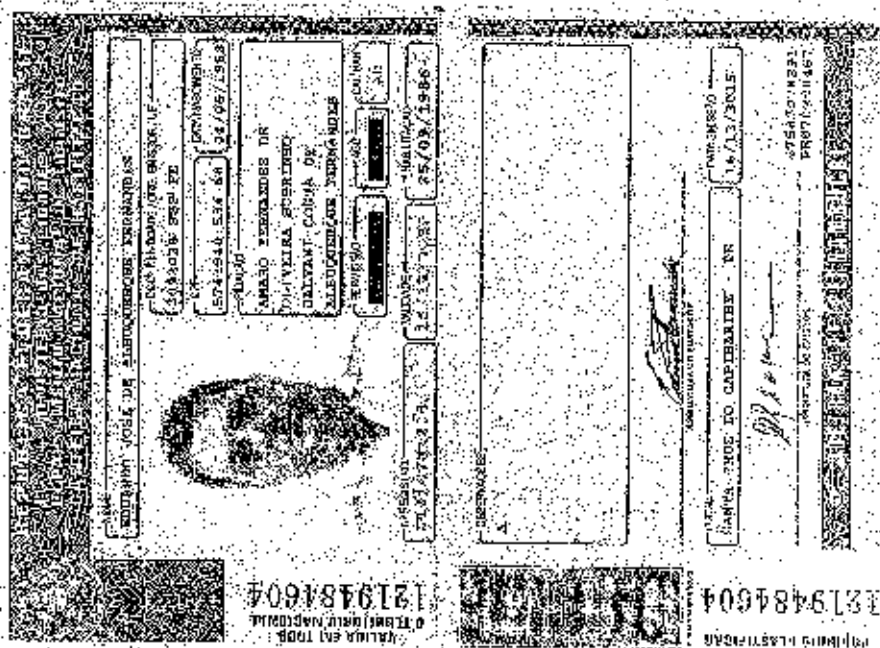
| TESTO DA<br>FUNDOR | -ANTERIOR-  | LUTRERA    | DATA       | ATUAL    | ESTRADA | DAG     | CORRIANTE | ATLÉTICA | COMBUSTIVO (MCM) |
|--------------------|-------------|------------|------------|----------|---------|---------|-----------|----------|------------------|
| KMPH 4             | 70-6-2-27-C | 26-02-2000 | 08-09-27-C | 33-08-04 | %       | 1-00000 |           |          | 17270            |

| DATE     | TIME  | LOCATION | TYPE | NO. OF<br>SOURCES | %     | VALUED<br>REPORTED | REMARKS          |
|----------|-------|----------|------|-------------------|-------|--------------------|------------------|
| 12-13-73 | 12:30 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | General strength |
| 12-14-73 | 10:10 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | Transmitted      |
| 12-15-73 | 10:10 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | General strength |
| 12-16-73 | 10:10 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | Transmitted      |
| 12-17-73 | 10:10 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | General strength |
| 12-18-73 | 10:10 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | Transmitted      |
| 12-19-73 | 10:10 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | General strength |
| 12-20-73 | 10:10 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | Transmitted      |
| 12-21-73 | 10:10 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | General strength |
| 12-22-73 | 10:10 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | Transmitted      |
| 12-23-73 | 10:10 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | General strength |
| 12-24-73 | 10:10 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | Transmitted      |
| 12-25-73 | 10:10 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | General strength |
| 12-26-73 | 10:10 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | Transmitted      |
| 12-27-73 | 10:10 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | General strength |
| 12-28-73 | 10:10 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | Transmitted      |
| 12-29-73 | 10:10 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | General strength |
| 12-30-73 | 10:10 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | Transmitted      |
| 12-31-73 | 10:10 | LA 12    | IS   | 10-20             | 70.00 | 22.10              | General strength |

04 AGO 2019

**Gente Seguradora S/A**  
Av. Rui Barbosa, 715 Lapa  
Graciosa - Recife/PE - CEP: 50.041-040

110. 77.1052 661-A 4-25-82 E. G. F. O. 2 1414

[illegible]





# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder das  
Condições do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305385/19

Vítima: VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

CPF: 096.298.924-05

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 06/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68**

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

**VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS : 096.298.924-05**

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 quantidade 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 protocoladas como comprovante de entrega por meio de canetas 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

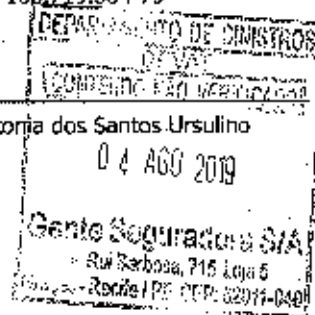
Data da entrega: 04/09/2019  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019  
Nome: Isabelly Antônia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antônia dos Santos Ursulino



SURUBIM (PE), 30 DE OUTUBRO 2019.

À LÍDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3190514702

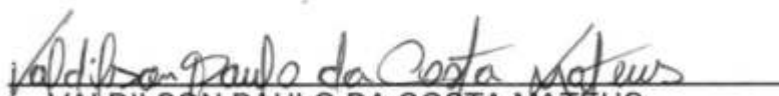
Prezado Senhor(a),

Solicito de V.Sª, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 06/06/2019, onde sofri FRATURA NO MEU TORNOZELO DIREITO, fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. Não fui submetido a PÉRICIA por um médico indicado pela Líder para avaliar minha seqüela e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliado por um médico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que meu processo seja REANALISADO para que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas. Estou a disposição da Seguradora para ser avaliada por qualquer médico indicado pela Líder.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

  
VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190514702 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 04/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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:** 3190514702 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 25/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOC PÁG. 03 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 05 //

**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 tornozelo | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total  |  |  | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190514702 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 04/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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:** 3190514702 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 25/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOC PÁG. 03 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 05 //

**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 tornozelo | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total  |  |  | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |