

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

---

Rio de Janeiro, 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:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	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.
<b>Declaração do Proprietário do Veículo</b>	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



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

---

Rio de Janeiro, 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.**

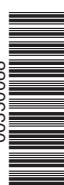
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



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

---

Rio de Janeiro, 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, retorno 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



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

---

**Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15063705

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha os(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASU:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <b>VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS</b>		

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

5 - Nome completo: <b>VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS</b>	6 - CPF: <b>09629892405</b>		
7 - Profissão: <b>REC INF</b>	8 - Endereço: <b>RUA JUCA FERRAZO</b>	9 - Número: <b>17</b>	10 - Complemento: <b>CASA</b>
11 - Bairro: <b>CENTRO</b>	12 - Cidade: <b>SURUBIM</b>	13 - Estado: <b>PE</b>	14 - CEP: <b>55750000</b>
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD): <b>(81) 9700999</b>	

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo, Asaí não é uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0835**

CONTA: **1006325**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

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

INVALIDEZ PERMANENTE

## 22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não tenho laudo médico, se apresentando o(a) médico(a) que atende a minha residência ou que atende o(a) beneficiário(a) que permanece comigo, que não assinarei nenhuma das opções:

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

Pelo motivo acima adotado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na declaração feita, apresentada, declarando, desde já, em meu submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência ou não antecedentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de indenização a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

MORTE

23 - Estado: <b>PE</b>	24 - Data da morte: <b>07/06/2019</b>				
25 - Gênero da vítima: <b>Fêmea</b>	26 - Vítima deixou herdeiro(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou herdeiro(s), informar o nome completo: _____			
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tem filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos <input checked="" type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiro(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tem irmãos, informar teve irmãos? <input type="checkbox"/> Vivos <input checked="" type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou herdeiro(s): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider puxará, caso devido, a intimação do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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.

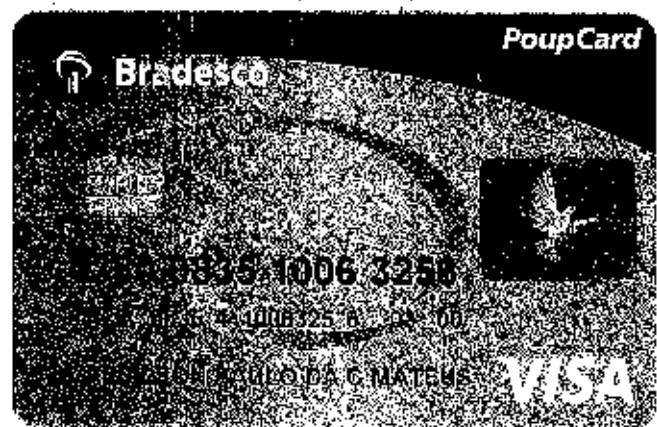
NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	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: _____				40 - Local e Data: <b>SURUBIM/PE 07/06/2019</b>
			Assinatura da testemunha	

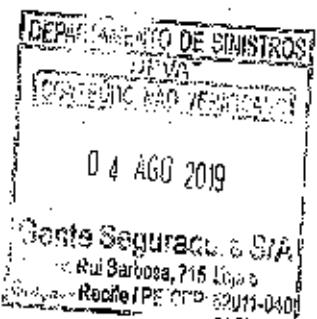
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



122640





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

545579  
0305365 /19

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 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 - Culposo (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 FRETE AO SUPERMERCADO TODO DIA**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): VALDILSON PAULO COSTA MATEUS  
VEICULO: (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: **8221622/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 ASEMBÉIA DE DEUS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 56750-000** - Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL, PRÓXIMO A ASEMBÉIA 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): **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: **9C2KC2210GR052155**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**  
 Descrição: **COD. RENAVAN 1114539144.**

**VEÍCULO 02 (VEICULO)** 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: **1 (UNIDADE)**

### Complemento / Observação

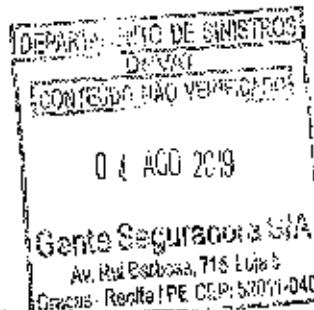
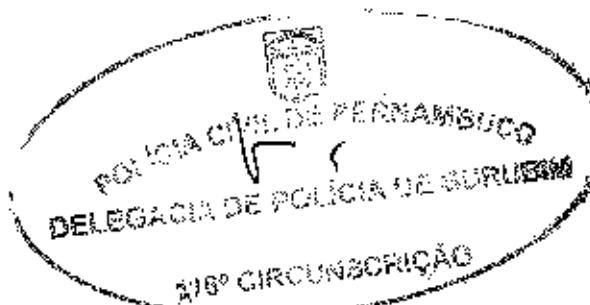
**COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE VALDILSON PAULO COSTA MATEUS, NOTICIANDO QUE NO DIA 06/06/2019, DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN EX, COR PRETA, ANO/MOD 2016/2016, PLACA PDC-1064-PE, NA AV. SÃO SEBASTIÃO, BAIRRO SÃO SEBASTIÃO, NESTA CIDADE, QUANDO AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DO SUPERMERCADO TODO 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 URGENCIA (SAMU) PARA O HOSPITAL SÃO LUIZ DESTA CIDADE E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EM CARUARU-PE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO E FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/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 de Costa Mateus*

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



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DA 116ª ZONA DA POLÍCIA CIVIL DE SURUBIM  
116ª CIRCUNSCRIÇÃO



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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206001935

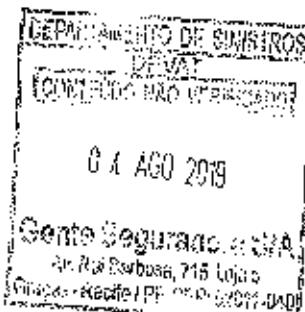
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/08/2019** às **11:20**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 FRONTE AO SUPERMERCADO TODO DIA**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

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: **15/8/1989** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8221522/S05/PE (RG), 09629892405 (CPF), 05892492717 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **MARCENEIRO(A)** Telefones Celulares: **-81998371583**

Residencial: **SÍTIO JUCÁ FERRADO, PRÓXIMO A ASEMBÉIA DE DEUS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL, PRÓXIMO A ASEMBÉIA 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. RENAVAN 1114539144.

**VEÍCULO 02 (VEICULO)** 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 06/06/2019, 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 SEGUITA 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.

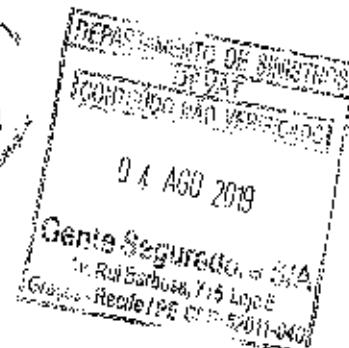
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**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 os(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASU:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <b>VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS</b>		

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

5 - Nome completo: <b>VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS</b>	6 - CPF: <b>09629892405</b>		
7 - Profissão: <b>REC INF</b>	8 - Endereço: <b>RUA JUCA FERRAZO</b>	9 - Número: <b>17</b>	10 - Complemento: <b>CASA</b>
11 - Bairro: <b>CENTRO</b>	12 - Cidade: <b>SURUBIM</b>	13 - Estado: <b>PE</b>	14 - CEP: <b>55750000</b>
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD): <b>(81) 9700999</b>	

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo, Asaí não é uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0835**

CONTA: **1006325**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

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

INVALIDEZ PERMANENTE

## 22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não tenho laudo médico, se apresentando o(a) médico(a) que atende a minha residência ou que atende o(a) beneficiário(a) que permanece comigo, em que não assinaria nenhuma das opções:

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

Pelo motivo acima adotado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na declaração feita, apresentada, corroborando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e/ou antecipação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão devida ou futura avaria/máquina ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

MORTE

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

23 - Estado Civil:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data da morte: \_\_\_\_\_

25 - Gênero Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou herdeiro(s):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou coherdeiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tem filhos, informar teve filhos?  Vivos  Falecidos 30 - Vítima deixou herdeiro(s):  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tem irmãos, informar teve irmãos?  Vivos  Falecidos 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider puxará, caso devido, a interdição do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF): _____	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		
		Assinatura da testemunha	

40 - Local e Data:

**SURUBIM/PE 08/10/2019**

**XADILSON PAULO DA COSTA MATEUS**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001/V002/2019

TESTEMUNHAS



**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 transito, feito atendimento, em seguida transferido para o Hospital Regional do Agreste conforme consta em prontuário medico de nosso arquivo.

Surubim, 13 de julho de 2019.

*Adriana Olívia Cabral*  
Adriana Olívia Cabral  
Funcionária Encarregada

DE SINISTROS

CONTRATO DE SINISTRO

04 AGO 2019

Assento registrador: 018  
rua Barbosa, 715 bairro:  
Sete Igrejas CEP: 54110-000

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: 00001006325-6

---

Nr. Autenticação

BRADESCO30102019050000000002370083500001006325168750 PAGO





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

Para maiores 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 reseguro.

<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.

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

I.I 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	
Rua JOSÉ BATISTA		370	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SURUPEM	PE	55750 000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)	
aseguros1994@yahoo.com.br	(81) 97101998	(81) 916614549	
			COMUNICADO NÃO FIZ

SURUPEM/PE 29 de AGOSTO de 2019

Local e Data

04 AGO 2019

Gente Segurada  
Av. Rui Barbosa, 715  
Recife/PE  
CEP: 50010-000

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 transito, feito atendimento, em seguida transferido para o Hospital Regional do Agreste conforme consta em prontuário medico de nosso arquivo.

Surubim, 13 de julho de 2019.

*Adriana Olívia Cabral*  
Adriana Olívia Cabral  
Funcionária Encarregada

DE SINISTROS  
CONTRATO DE SINISTRO  
04 AGO 2019

Aente Seguradora: S.A.  
Av. Barbosa, 715 bairro  
Centro /PE CEP: 54100-000

**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/EMERGÊNCIA

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

Nº

C.P.F.

Cep: 55750-000

Identidade: /

UF: PE

Telefone: 92335031

G. instrução:

Ocupação:

Naturalidade: SURUBIM

OBS: SAMU

Anamnese e Exame Sumário:

Exames Complementares:

Hip Diagnóstica / Cid:

Prescrição/Tratamento:

Reavaliação:

Materiais Usados:

DEPARTAMENTO DE URGENCIAS
DATA: 06/06/2019
CRM: 12056
06/06/2019
ASSINATURA DO MÉDICO
Assinatura: Dr. Wilson
CRÉDITO: CRM-PE 12056

Assinatura e Carimbo do Médico

SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

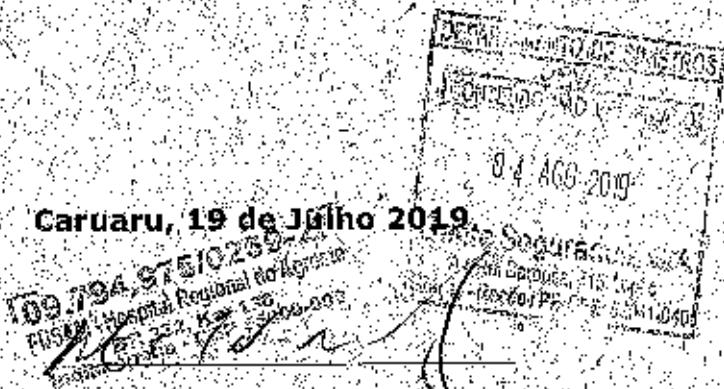
**DECLARAÇÃO**

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.**



**setor de Arquivo (same)**



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO**

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

ESTADUAL REGIONAL DO SUL/SC

卷之三

卷之三

20

HISTORIAL MEDICO Y DE AGRESIONES  
EMERGENCIA

Nombre de la persona que denuncia: M. J. Lopez

Relacionado con el familiar:

Es un hombre de 35 años de edad, de tez clara, ojos marrones, pelo negro, de 1.70 mts. alto, con una estatura media, con una gran fuerza, de constitucion mediana.

Nombre:

Apellido:

Domicilio:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Nombre:

Apellido:

Domicilio:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Nombre de la persona:

Apellido:

Domicilio:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Nombre de la persona:

Apellido:

Domicilio:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Nombre de la persona:

Apellido:

Domicilio:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Lugar de detención:  
Policia

**LAWSON TRUCK TRANSPORTATION PARTNERS**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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	534	535	536	537	538	539	540
541	542	543	544	545	546	547	548	549	550
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560
561	562	563	564	565	566	567	568	569	570
571	572	573	574	575	576	577	578	579	580
581	582	583	584	585	586	587	588	589	590
591	592	593	594	595	596	597	598	599	600
601	602	603	604	605	606	607	608	609	610
611	612	613	614	615	616	617	618	619	620
621	622	623	624	625	626	627	628	629	630
631	632	633	634	635	636	637	638	639	640
641	642	643	644	645	646	647	648	649	650
651	652	653	654	655	656	657	658	659	660
661	662	663	664	665	666	667	668	669	670
671	672	673	674	675	676	677	678	679	680
681	682	683	684	685	686	687	688	689	690
691	692	693	694	695	696	697	698	699	700
701	702	703	704	705	706	707	708	709	710
711	712	713	714	715	716	717	718	719	720
721	722	723	724	725	726	727	728	729	730
731	732	733	734	735	736	737	738	739	740
741	742	743	744	745	746	747	748	749	750
751	752	753	754	755	756	757	758	759	760
761	762	763	764	765	766	767	768	769	770
771	772	773	774	775	776	777	778	779	780
781	782	783	784	785	786	787	788	789	790
791	792	793	794	795	796	797	798	799	800
801	802	803	804	805	806	807	808	809	810
811	812	813	814	815	816	817	818	819	820
821	822	823	824	825	826	827	828	829	830
831	832	833	834	835	836	837	838	839	840
841	842	843	844	845	846	847	848	849	850
851	852	853	854	855	856	857	858	859	860
861	862	863	864	865	866	867	868	869	870
871	872	873	874	875	876	877	878	879	880
881	882	883	884	885	886	887	888	889	890
891	892	893	894	895	896	897	898	899	900
901	902	903	904	905	906	907	908	909	910
911	912	913	914	915	916	917	918	919	920
921	922	923	924	925	926	927	928	929	930
931	932	933	934	935	936	937	938	939	940
941	942	943	944	945	946	947	948	949	950
951	952	953	954	955	956	957	958	959	960
961	962	963	964	965	966	967	968	969	970
971	972	973	974	975	976	977	978	979	980
981	982	983	984	985	986	987	988	989	990
991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000



NOME: C. de Souza G. da Cunha

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura aberta tibial CID-10: S.82.1, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

10/06/15. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

On 09/06/15 paciente público nomeado  
Waldemar Gonçalves da Silva -  
dat. 10/06/15 para reabilitação

Bezerros, 29/07/15 lara 10/07/15

G. I. P. - N. S. da Cunha

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DEVAT	CODEDO DA VERDADE
04 AGO 2019	
Gente Seguradora S/A Av. Rio Branco, 715 Local 1 Recife / PE 52010-000	

09/01/15 20 00  
No est. São  
Bento - São Paulo

# HOSPITAL JESUS PIQUENINO

Jesu  
lho  
Traumato-Ortopedico  
CRM-PE 9305

NOME: Wagner Clark de Paula Melo

REG.: 125305

DATA DE NASCIMENTO: 18/10/1989

DATA DA CIRURGIA: 10/06/2015

DIAGNÓSTICO: No braço metade direita  
Gesso no braço direito

TRATAMENTO: Cirurgia e Draqueuse

DATA DO RETORNO: 01/07/15 06:00

MOTIVO DO RETORNO: Pré op. Pós op.

Prótese plástica braço direito  
do lado esquerdo

Jesu  
lho  
Traumato-Ortopedico  
CRM-PE 9305

AVISO DE SAIROS  
EXATA  
DAO VERSAISON  
AGO 2015  
Seguradora SIA  
Barroso, 715 Edif 5  
CNPJ 07.111.011/0001-040

LAUÐO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante  
HOSPITAL JESUS PEQUENINO  
3 - Nome do Estabelecimento Executante  
HOSPITAL JESUS PEQUENINO

Protocolo: 2019100446

2 - CNES  
2344254  
4 - CNES  
2344254

## Identificação do Paciente

## 5 - Nome do Paciente

VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

6 - Número do Prontuário  
125707

7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)  
702607757071148

8 - Data Nascimento  
18/08/19899 - Sexo  
MASCULINO

10 - Raça/Cor

10.1 - Etnia

11 - Nome da Mãe

JOSINEIDE MARIA DA COSTA

12 - Telefone de Contato  
81.98371553

13 - Nome Responsável

14 - Telefone de Contato

15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)

SITIO JUCA FERRADO, () - ZONA RURAL

16 - Bairro de residência

SURUBIM

17 - Cod. IBGE município

18 - UF  
PE

19 - CEP

## 20 - Principais sinais e sintomas clínicos

(AH)4 NO NID → LSTO.  
 BOLAS.  
 NID: EDEN NO TOLWATO  
 RE: DYSMID NO SO KIP TOLO.

## 21 - Condições que justificam a internação

CHN (LTS).

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

LE, FORTALEZA.

## 23 - Diagnóstico inicial

FATIGA NA PELVE SENS.

24 - CID 10 Principais

S82.5

25 - CID 10 Sec.

26 - CID 10 Causas associadas

S40-S04

S40-S04

## 27 - Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do procedimento

04128570646

## 29 - Ofício

NOTA DE SOLICITAÇAO

30 - Cartão de Internação

31 - Documento

() CNS () CPF

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

04128570646

## 33 - Nome do Profissional Solicitante

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

34 - Data de solicitação

03/10/19

35 - Assinatura e carimbo (n.º do registro e nome profissional)

Assinatura: Dr. J. G. Bezerra

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

36 - ( ) Acidente de Trânsito

39 - CNPJ da Seguradora

40 - Nr. do Bilhete

Bilhete: 0000000000000000

37 - ( ) Acidente de Trabalho típico

42 - CNPJ da Empresa

43 - CNA da Empresa

CNA: 44-0000000000000000

38 - ( ) Acidente de Trabalho trajeto

CBOR: 3375

45 - Vinculo com a Previdência

( ) Empregado ( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado

47 - Cód. Orgão Emissor

52 - Nr. Autorização de internação hospitalar

48 - Documento

() CNS () CPF

50 - Data da Autorização

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

CNPJ: 00000000000000000000

Assinatura e Carimbo (N.º do Registro do Conselho)

Prefeitura Municipal de Bezerros

Secretaria de Saúde

NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL

261910545864-0

**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
**MICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

Acomodação: ENFER\_04 - LEITO\_02  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Identificação: 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: SITIO JUCA FERRADO,  
Bairro: ZONA RURAL  
IBGE/Cidade: SURUBIM  
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:

TOXA -> Leito 04 NID.

H.D.A.:

Exame Físico:

BOM TT.  
HID Edema no Abdômen.  
Linfadenomegalia no Tórax.

Conferido Com Documento  
Original Bezerros DR. Artur da Souza Leao  
Respiratório 08/06/2019  
Assistente Social 29/06/2019  
CRESS/PB N° 4.071

Ag. 2019  
Assistente Social  
CRESS/PB N° 4.071

Tratamento:

VIGILANCIA

Dr. Artur da Souza Leao  
Radiologia e Angiologia - Vasculhar  
CRM 2084 C.R.P. 08073684-04

Bezerros, 08 de junho de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

#### **ANEXO DE ATENDIMENTO DE INTERNACÃO (Complemento)**

Acomodação: ENFER\_04 - LEITO-02  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 546881 Date: 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 SIS: 702607757071149

Paciente: 125707 VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS  
Nascimento: 18/08/1989 - 29 Anos e 9 Meses  
Endereço: SITIO 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.: 08629892405  
Identidade: 8221522 SDS PE  
Telefone: 81.98371553  
G.Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade:

Recepcionista:

Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 horas

Assinei o termo

Observação	10/10/113
6 mts sob vegetação	
4 places e 10 cm prof.	
FABIANO V. SOUZA Monitor de Ambiente CEMAP-PI 5050	

<b>Transferência Hospitalar</b>	<b>Data:</b> _____ / _____ / _____
<b>Médico:</b> _____	
<p style="text-align: center;">_____</p> 	
<p style="text-align: center;">_____</p> 	
<hr/> <p><b>Assinatura / CRM</b></p>	

**Diagnósticos**  
Diagnóstico Provisório: fratura palato  
periorbita e os  
João Matheus V. da Cunha

**Óbito** Data: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo:	<i>O acidente</i>
<i>João Manoel V. Costa Traumato-Ortopedia CRM-PE 5830</i>	
Diagnóstico Secundário:	<p>Colherido Com <i>João Bezerros</i>  <i>Hospital de Jesus</i></p> <p><i>Autor da transferência: Assistente Social DRE/PE N. 4.473</i></p>



**HOSPITAL  
JESUS PEQUENINO**

NOME: VANDILSON PAULO N COSTA MATTOS DATA: 08/06/19  
HD: FLUXO NO TROMPOSE D 46150.

**EM USO DE:**

Submitted

**DADOS DE ENFERMAGEM:**

**DISGLICEMIA** ( ) SIM ( ) NÃO \_\_\_\_\_

**DISTERNA**  SIM  NÃO

PRESSÃO ARTERIAL NORMAL (X)

**QUEIXAS** [Ver todos](#)

**EXAME FÍSICO:**  
EG:  CONSCIENTE  ORIENTADO  CORADO  HIDRATADO  EUPNEICO  AFEBRIL

OUTROS \_\_\_\_\_

26 [View](#)

SAT<sub>O</sub>2 %

© 2018, Издательство Юрайт | Книги | Каталог | Помощь | О нас | Акции | Услуги | Контакты | Справка | Помощь

LÍDORÁ FM PÁPAGÃO FM

OUTROS \_\_\_\_\_

**OUTROS:** \_\_\_\_\_

**EXT:**  SEM EDEMAS  OUTROS \_\_\_\_\_

**CONDUTA:** *Conduita de 100 mm² com 100 m de extensão.*

*Melissa officinalis*

ASS. E CARUMBO DO MÉDICO

**RELATÓRIO CIRÚRGICO**

NOME DO PACIENTE VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS CLÍNICA ORTOPÉDICA	NUMERO DO REGISTRO
CIRURGIAO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA ANESTESIA RAQUI ANESTESIA	DR BARBARA CHACON
DATA DA OPERAÇÃO 10/06/2019	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA LUXAÇÃO EM TORNOZELO DIREITO + LESÃO DE LIGAMENTO EM TORNOZELO + LESÃO CAPSOLIGAMENTAR + DESBRIDAMENTO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRAT CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO + RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR + LESÃO CAPSOLIGAMENTAR + DESBRIDAMENTO	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
CAMPO CIRÚRGICO COM POLVIDINE	
INCISÃO LATERAL EM TORNOZELO ATÉ PLANO OSSEO. REDUÇÃO CRUENTA EM FRATURA E FIXAÇÃO COM PARAFUSO ESPONJOSO N. 50 COM ARROLEA NO MALELO 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 Bento de 10/06/2019  
Hospital Jeunes Pequenins  
Ana Amorim

Assistente Social  
CRESS/PE nº 4.471

# FICHA DE ANESTESIA

Nº \_\_\_\_\_  
Data: 10/06/17

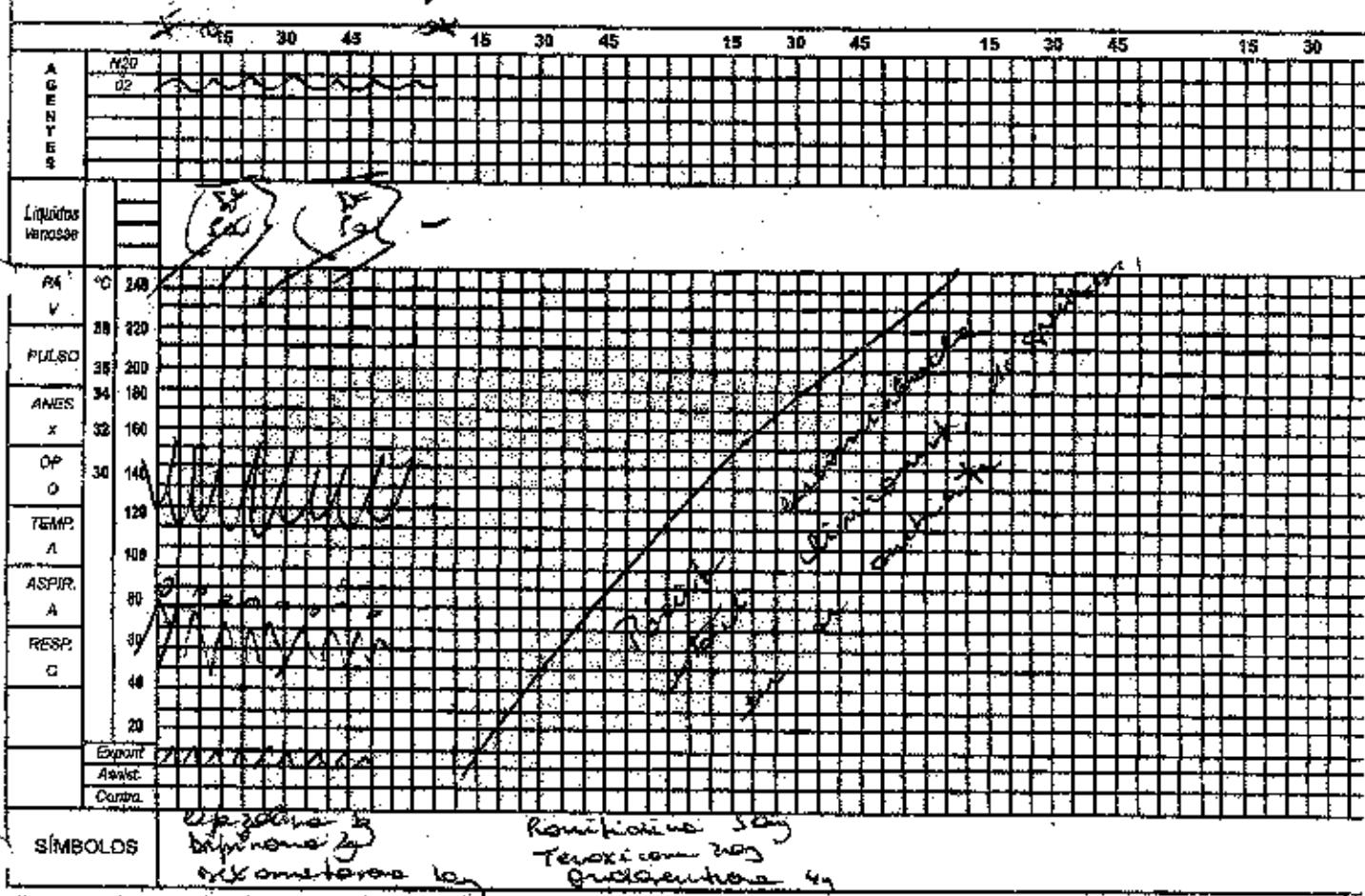
Anestesia: Racemic Ketamine + Sedation

NB

Name: Volodíleno Paulo da Costa Nº do Registro 125702 Nº na Clínica: \_\_\_\_\_  
Clínica: Ortopedia Quarto: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Idade: 27 Sexo: MASC Cor: \_\_\_\_\_  
Operador: H. José Henrique Assist.: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Sáloni  
Diag. Preop.: Fratura de TN2 (6) Diag. Posop.: mesma  
Op. Proposta: fixo cirurgico TN2 (6) Op. Realizada: o mesmo  
Premarkitato: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Resultado: (MO 1-2-3)  
(AO 1-2-3) Risco: 2 - 3 - 4

## PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

13:45 14:35



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTACÕES:
A. Butadi. Hipnot. 0,5g	15g	Racemic Ketamine	work?
B. Nitrou.	8%	Patient intubado orotracheal	
C.		autotransfusão primitiva	
D. Fentanyl	100ug	intub. 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36, 38, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98, 100, 102, 104, 106, 108, 110, 112, 114, 116, 118, 120, 122, 124, 126, 128, 130, 132, 134, 136, 138, 140, 142, 144, 146, 148, 150, 152, 154, 156, 158, 160, 162, 164, 166, 168, 170, 172, 174, 176, 178, 180, 182, 184, 186, 188, 190, 192, 194, 196, 198, 200, 202, 204, 206, 208, 210, 212, 214, 216, 218, 220, 222, 224, 226, 228, 230, 232, 234, 236, 238, 240, 242, 244, 246, 248, 250, 252, 254, 256, 258, 260, 262, 264, 266, 268, 270, 272, 274, 276, 278, 280, 282, 284, 286, 288, 290, 292, 294, 296, 298, 300, 302, 304, 306, 308, 310, 312, 314, 316, 318, 320, 322, 324, 326, 328, 330, 332, 334, 336, 338, 340, 342, 344, 346, 348, 350, 352, 354, 356, 358, 360, 362, 364, 366, 368, 370, 372, 374, 376, 378, 380, 382, 384, 386, 388, 390, 392, 394, 396, 398, 400, 402, 404, 406, 408, 410, 412, 414, 416, 418, 420, 422, 424, 426, 428, 430, 432, 434, 436, 438, 440, 442, 444, 446, 448, 450, 452, 454, 456, 458, 460, 462, 464, 466, 468, 470, 472, 474, 476, 478, 480, 482, 484, 486, 488, 490, 492, 494, 496, 498, 500, 502, 504, 506, 508, 510, 512, 514, 516, 518, 520, 522, 524, 526, 528, 530, 532, 534, 536, 538, 540, 542, 544, 546, 548, 550, 552, 554, 556, 558, 560, 562, 564, 566, 568, 570, 572, 574, 576, 578, 580, 582, 584, 586, 588, 590, 592, 594, 596, 598, 600, 602, 604, 606, 608, 610, 612, 614, 616, 618, 620, 622, 624, 626, 628, 630, 632, 634, 636, 638, 640, 642, 644, 646, 648, 650, 652, 654, 656, 658, 660, 662, 664, 666, 668, 670, 672, 674, 676, 678, 680, 682, 684, 686, 688, 690, 692, 694, 696, 698, 700, 702, 704, 706, 708, 710, 712, 714, 716, 718, 720, 722, 724, 726, 728, 730, 732, 734, 736, 738, 740, 742, 744, 746, 748, 750, 752, 754, 756, 758, 760, 762, 764, 766, 768, 770, 772, 774, 776, 778, 780, 782, 784, 786, 788, 790, 792, 794, 796, 798, 800, 802, 804, 806, 808, 810, 812, 814, 816, 818, 820, 822, 824, 826, 828, 830, 832, 834, 836, 838, 840, 842, 844, 846, 848, 850, 852, 854, 856, 858, 860, 862, 864, 866, 868, 870, 872, 874, 876, 878, 880, 882, 884, 886, 888, 890, 892, 894, 896, 898, 900, 902, 904, 906, 908, 910, 912, 914, 916, 918, 920, 922, 924, 926, 928, 930, 932, 934, 936, 938, 940, 942, 944, 946, 948, 950, 952, 954, 956, 958, 960, 962, 964, 966, 968, 970, 972, 974, 976, 978, 980, 982, 984, 986, 988, 990, 992, 994, 996, 998, 1000, 1002, 1004, 1006, 1008, 1010, 1012, 1014, 1016, 1018, 1020, 1022, 1024, 1026, 1028, 1030, 1032, 1034, 1036, 1038, 1040, 1042, 1044, 1046, 1048, 1050, 1052, 1054, 1056, 1058, 1060, 1062, 1064, 1066, 1068, 1070, 1072, 1074, 1076, 1078, 1080, 1082, 1084, 1086, 1088, 1090, 1092, 1094, 1096, 1098, 1100, 1102, 1104, 1106, 1108, 1110, 1112, 1114, 1116, 1118, 1120, 1122, 1124, 1126, 1128, 1130, 1132, 1134, 1136, 1138, 1140, 1142, 1144, 1146, 1148, 1150, 1152, 1154, 1156, 1158, 1160, 1162, 1164, 1166, 1168, 1170, 1172, 1174, 1176, 1178, 1180, 1182, 1184, 1186, 1188, 1190, 1192, 1194, 1196, 1198, 1200, 1202, 1204, 1206, 1208, 1210, 1212, 1214, 1216, 1218, 1220, 1222, 1224, 1226, 1228, 1230, 1232, 1234, 1236, 1238, 1240, 1242, 1244, 1246, 1248, 1250, 1252, 1254, 1256, 1258, 1260, 1262, 1264, 1266, 1268, 1270, 1272, 1274, 1276, 1278, 1280, 1282, 1284, 1286, 1288, 1290, 1292, 1294, 1296, 1298, 1300, 1302, 1304, 1306, 1308, 1310, 1312, 1314, 1316, 1318, 1320, 1322, 1324, 1326, 1328, 1330, 1332, 1334, 1336, 1338, 1340, 1342, 1344, 1346, 1348, 1350, 1352, 1354, 1356, 1358, 1360, 1362, 1364, 1366, 1368, 1370, 1372, 1374, 1376, 1378, 1380, 1382, 1384, 1386, 1388, 1390, 1392, 1394, 1396, 1398, 1400, 1402, 1404, 1406, 1408, 1410, 1412, 1414, 1416, 1418, 1420, 1422, 1424, 1426, 1428, 1430, 1432, 1434, 1436, 1438, 1440, 1442, 1444, 1446, 1448, 1450, 1452, 1454, 1456, 1458, 1460, 1462, 1464, 1466, 1468, 1470, 1472, 1474, 1476, 1478, 1480, 1482, 1484, 1486, 1488, 1490, 1492, 1494, 1496, 1498, 1500, 1502, 1504, 1506, 1508, 1510, 1512, 1514, 1516, 1518, 1520, 1522, 1524, 1526, 1528, 1530, 1532, 1534, 1536, 1538, 1540, 1542, 1544, 1546, 1548, 1550, 1552, 1554, 1556, 1558, 1560, 1562, 1564, 1566, 1568, 1570, 1572, 1574, 1576, 1578, 1580, 1582, 1584, 1586, 1588, 1590, 1592, 1594, 1596, 1598, 1600, 1602, 1604, 1606, 1608, 1610, 1612, 1614, 1616, 1618, 1620, 1622, 1624, 1626, 1628, 1630, 1632, 1634, 1636, 1638, 1640, 1642, 1644, 1646, 1648, 1650, 1652, 1654, 1656, 1658, 1660, 1662, 1664, 1666, 1668, 1670, 1672, 1674, 1676, 1678, 1680, 1682, 1684, 1686, 1688, 1690, 1692, 1694, 1696, 1698, 1700, 1702, 1704, 1706, 1708, 1710, 1712, 1714, 1716, 1718, 1720, 1722, 1724, 1726, 1728, 1730, 1732, 1734, 1736, 1738, 1740, 1742, 1744, 1746, 1748, 1750, 1752, 1754, 1756, 1758, 1760, 1762, 1764, 1766, 1768, 1770, 1772, 1774, 1776, 1778, 1780, 1782, 1784, 1786, 1788, 1790, 1792, 1794, 1796, 1798, 1800, 1802, 1804, 1806, 1808, 1810, 1812, 1814, 1816, 1818, 1820, 1822, 1824, 1826, 1828, 1830, 1832, 1834, 1836, 1838, 1840, 1842, 1844, 1846, 1848, 1850, 1852, 1854, 1856, 1858, 1860, 1862, 1864, 1866, 1868, 1870, 1872, 1874, 1876, 1878, 1880, 1882, 1884, 1886, 1888, 1890, 1892, 1894, 1896, 1898, 1900, 1902, 1904, 1906, 1908, 1910, 1912, 1914, 1916, 1918, 1920, 1922, 1924, 1926, 1928, 1930, 1932, 1934, 1936, 1938, 1940, 1942, 1944, 1946, 1948, 1950, 1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966, 1968, 1970, 1972, 1974, 1976, 1978, 1980, 1982, 1984, 1986, 1988, 1990, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2020, 2022, 2024, 2026, 2028, 2030, 2032, 2034, 2036, 2038, 2040, 2042, 2044, 2046, 2048, 2050, 2052, 2054, 2056, 2058, 2060, 2062, 2064, 2066, 2068, 2070, 2072, 2074, 2076, 2078, 2080, 2082, 2084, 2086, 2088, 2090, 2092, 2094, 2096, 2098, 2100, 2102, 2104, 2106, 2108, 2110, 2112, 2114, 2116, 2118, 2120, 2122, 2124, 2126, 2128, 2130, 2132, 2134, 2136, 2138, 2140, 2142, 2144, 2146, 2148, 2150, 2152, 2154, 2156, 2158, 2160, 2162, 2164, 2166, 2168, 2170, 2172, 2174, 2176, 2178, 2180, 2182, 2184, 2186, 2188, 2190, 2192, 2194, 2196, 2198, 2200, 2202, 2204, 2206, 2208, 2210, 2212, 2214, 2216, 2218, 2220, 2222, 2224, 2226, 2228, 2230, 2232, 2234, 2236, 2238, 2240, 2242, 2244, 2246, 2248, 2250, 2252, 2254, 2256, 2258, 2260, 2262, 2264, 2266, 2268, 2270, 2272, 2274, 2276, 2278, 2280, 2282, 2284, 2286, 2288, 2290, 2292, 2294, 2296, 2298, 2300, 2302, 2304, 2306, 2308, 2310, 2312, 2314, 2316, 2318, 2320, 2322, 2324, 2326, 2328, 2330, 2332, 2334, 2336, 2338, 2340, 2342, 2344, 2346, 2348, 2350, 2352, 2354, 2356, 2358, 2360, 2362, 2364, 2366, 2368, 2370, 2372, 2374, 2376, 2378, 2380, 2382, 2384, 2386, 2388, 2390, 2392, 2394, 2396, 2398, 2400, 2402, 2404, 2406, 2408, 2410, 2412, 2414, 2416, 2418, 2420, 2422, 2424, 2426, 2428, 2430, 2432, 2434, 2436, 2438, 2440, 2442, 2444, 2446, 2448, 2450, 2452, 2454, 2456, 2458, 2460, 2462, 2464, 2466, 2468, 2470, 2472, 2474, 2476, 2478, 2480, 2482, 2484, 2486, 2488, 2490, 2492, 2494, 2496, 2498, 2500, 2502, 2504, 2506, 2508, 2510, 2512, 2514, 2516, 2518, 2520, 2522, 2524, 2526, 2528, 2530, 2532, 2534, 2536, 2538, 2540, 2542, 2544, 2546, 2548, 2550, 2552, 2554, 2556, 2558, 2560, 2562, 2564, 2566, 2568, 2570, 2572, 2574, 2576, 2578, 2580, 2582, 2584, 2586, 2588, 2590, 2592, 2594, 2596, 2598, 2600, 2602, 2604, 2606, 2608, 2610, 2612, 2614, 2616, 2618, 2620, 2622, 2624, 2626, 2628, 2630, 2632, 2634, 2636, 2638, 2640, 2642, 2644, 2646, 2648, 2650, 2652, 2654, 2656, 2658, 2660, 2662, 2664, 2666, 2668, 2670, 2672, 2674, 2676, 2678, 2680, 2682, 2684, 2686, 2688, 2690, 2692, 2694, 2696, 2698, 2700, 2702, 2704, 2706, 2708, 2710, 2712, 2714, 2716, 2718, 2720, 2722, 2724, 2726, 2728, 2730, 2732, 2734, 2736, 2738, 2740, 2742, 2744, 2746, 2748, 2750, 2752, 2754, 2756, 2758, 2760, 2762, 2764, 2766, 2768, 2770, 2772, 2774, 2776, 2778, 2780, 2782, 2784, 2786, 2788, 2790, 2792, 2794, 2796, 2798, 2800, 2802, 2804, 2806, 2808, 2810, 2812, 2814, 2816, 2818, 2820, 2822, 2824, 2826, 2828, 2830, 2832, 2834, 2836, 2838, 2840, 2842, 2844, 2846, 2848, 2850, 2852, 2854, 2856, 2858, 2860, 2862, 2864, 2866, 2868, 2870, 2872, 2874, 2876, 2878, 2880, 2882, 2884, 2886, 2888, 2890, 2892, 2894, 2896, 2898, 2900, 2902, 2904, 2906, 2908, 2910, 2912, 2914, 2916, 2918, 2920, 2922, 2924, 2926, 2928, 2930, 2932, 2934, 2936, 2938, 2940, 2942, 2944, 2946, 2948, 2950, 2952, 2954, 2956, 2958, 2960, 2962, 2964, 2966, 2968, 2970, 2972, 2974, 2976, 2978, 2980, 2982, 2984, 2986, 2988, 2990, 2992, 2994, 2996, 2998, 3000, 3002, 3004, 3006, 3008, 3010, 3012, 3014, 3016, 3018, 3020, 3022, 3024, 3026, 3028, 3030, 3032, 3034, 3036, 3038, 3040, 3042, 3044, 3046, 3048, 3050, 3052, 3054, 3056, 3058, 3060, 3062, 3064, 3066, 3068, 3070, 3072, 3074, 3076, 3078, 3080, 3082, 3084, 3086, 3088, 3090, 3092, 3094, 3096, 3098, 3100, 3102, 3104, 3106, 3108, 3110, 3112, 3114, 3116, 3118, 3120, 3122, 3124, 3126, 3128, 3130, 3132, 3134, 3136, 3138, 3140, 3142, 3144, 3146, 3148, 3150, 3152, 3154, 3156, 3158, 3160, 3162, 3164, 3166, 3168, 3170, 3172, 3174, 3176, 3178, 3180, 3182, 3184, 3186, 3188, 3190, 3192, 3194, 3196, 3198, 3200, 3202, 3204, 3206, 3208, 3210, 3212, 3214, 3216, 3218, 3220, 3222, 3224, 3226, 3228, 3230, 3232, 3234, 3236, 3238, 3240, 3242, 3244, 3246, 3248, 3250, 3252, 3254, 3256, 3258, 3260, 3262, 3264, 3266, 3268, 3270, 3272, 3274, 3276, 3278, 3280, 3282, 3284, 3286, 3288, 3290, 3292, 3294, 3296, 3298, 3300, 3302, 3304, 3306, 3308, 3310, 3312, 3314, 3316, 3318, 3320, 3322, 3324, 3326, 3328, 3330, 3332, 3334, 3336, 3338, 3340, 3342, 3344, 3346, 3348, 3350, 3352, 3354, 3356, 3358, 3360, 3362, 3364, 3366, 3368, 3370, 3372, 3374, 3376, 3378, 3380, 3382, 3384, 3386, 3388, 3390, 3392, 3394, 3396, 3398, 3400, 3402, 3404, 3406, 3408, 3410, 3412, 3414, 3416, 3418, 3420, 3422, 3424, 3426, 3428, 3430, 3432, 3434, 3436, 3438, 3440, 3442, 3444, 3446, 3448, 3450, 3452, 3454, 3456, 3458, 3460, 3462, 3464, 3466, 3468, 3470, 3472, 3474, 3476, 3478, 3480, 3482, 3484, 3486, 3488, 3490, 3492, 3494, 3496, 3498, 3500, 3502, 3504, 3506, 3508, 3510, 3512, 3514, 3516, 3518, 3520, 3522, 3524, 3526, 3528, 3530, 3532, 3534, 3536, 3538, 3540, 3542, 3544, 3546, 3548, 3550, 3552, 3554, 3556, 3558, 3560, 3562, 3564, 3566, 3568, 3570, 3572, 3574, 3576, 3578, 358	

COMANDA 2180443

## MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Valdirson Paulo da Costa Neto  
Registro N°: 125407  
Apt.: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Eng. Tatz D Cirurgião: Dr. Joao  
Anestesia: Roger Anestesista: Dr. Barbara  
Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Data: 10/10/19

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
<b>MEDICAMENTOS</b>			
Adrenalina		Metronidazol 500mg	
Água Destilada	01 ampol	Nauseodron	01 ampol
Atropina		Narcan	
Bicarbonato de Sódio		Neomicina Pomada	
Cadiladine		Nilpride	
Cisatracure		Omeprazol	
Cloreto de Sódio		Plastil	
Cloreto de Potássio		Propofol	
Clindamicina		Prostigmine	
Dramin		Quelolin	
Dexametasona Pomada		Rapifen	
Decadron	01 ampol	Ranitidina	01 ampol
Diazepam		Revivan	
Dipirona	02 ampol	Ringer c/ Lactato	
Dimorf 0,1	04 ampol	Roxefil 1g	
Dolantina		Serofuran	
Dormonid		Sintonin	
Efextil		Soro Fisiológico	02 ampol
Enoxaparina 40mg		Soro Glucosado	
Fenergen		Styptaron	
Fentanil Espinal		Sulfato de Magnésio	
Fentanil 5ml	01 ampol	Tansamin	
Flumazenil		Tenoxicam	01 ampol
Glicose		Thionembutal	
Gluconato Cálcio		Tramal	
Hidrocortisona 100mg		Vitamina K	
Hidrocortisona 500mg		Volvem	
Irysilon		Xilocaina 2% s/a	
Keflin	01 ampol	Xilocaina 1% s/a	
Ketalar		Xilocaina Geléia	
Lasix		Xilocaina Soray	
Manitol		Xilocaina Pesada	
Marcaína c/a		<b>MATERIAIS</b>	
Marcaína s/a		Aguilha dec. 25k/40x12/0,45x13	04 ampol
Marcaína Pesada	03 ampol	Aguilha de Plexo	
Methergin		Aguilha Rague	07
		Ajodão Hidrófilo	01 mdc

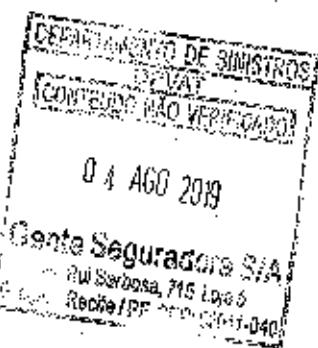
Assistente Social  
Assistente de Enfermagem  
Assistente de Enfermagem

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
Algodão Ortopédico	03 und	Fio de Algodão	
Atadura Crepe 15	04 und	Fio de Aço	
Atadura Gasco		Fio Kirschner	
Azul de Metileno		Fio Maleável	
Bolsa p/ Colostomia		Monocryl	
Cateter Nasal	04 und	Mononylon 2.0	01 und
Clamp Umbilical		Polycat	
Coletor Sistema Aberto		Propelene	
Coletor Sistema Fechado		PDS	
Comp. Cirúrgica	10 und	Seda	
Dreno de Succión		Vicryl	
Dreno Penrose		LÍQUIDOS	
Dreno Tórax		Água Oxigenada	50 ml
Eletrodos	05 und	Álcool à 70%	50 ml
Equipo Macro Gotas		Glutaraldeído	
Escova de Dergemação	03 und	Éter	
Espadrador	+ X	Fomol	
Espadrador Micropore		Clorexidina Degermante	100 ml
Gaze 7x5x7,5		TAXAS	
Hausseidon	03 und	Oxímetro de Pulso	+ X
Infusor p/soluções Parenteral 2 vias		Aspirador	
Intracath		Bisturi Elétrico	
Jalco		Desfibrilador	
Liga Clip		Monitor	+ X
Lâmina Bisturi	21	OXIGÊNIO	
Látex 204	02 und	Das às	
Luva Estéril 75 + 3	04 pares		
Luva Descartável	03 pares		
Máscaras	04 und		
Polifix			
Pró-Pés			
Scalp	05 pares		
Seringa de 01 cc			
Seringa 03 cc	02 und		
Seringa 05 cc	02 und		
Seringa 10 cc	02 und		
Seringa 20 cc			
Sonda Nasogástrica nº			
Sonda Foley nº			
Sonda Uretral nº			
Sonda 3v nº			
Transfix			
Pulseiras de RN			
Toucas	05 und		
PIOS			
CatGut Simples s/a			
CatGut Simples c/a	01 und		
CatGut Crom s/a			
CatGut Crom c/a			

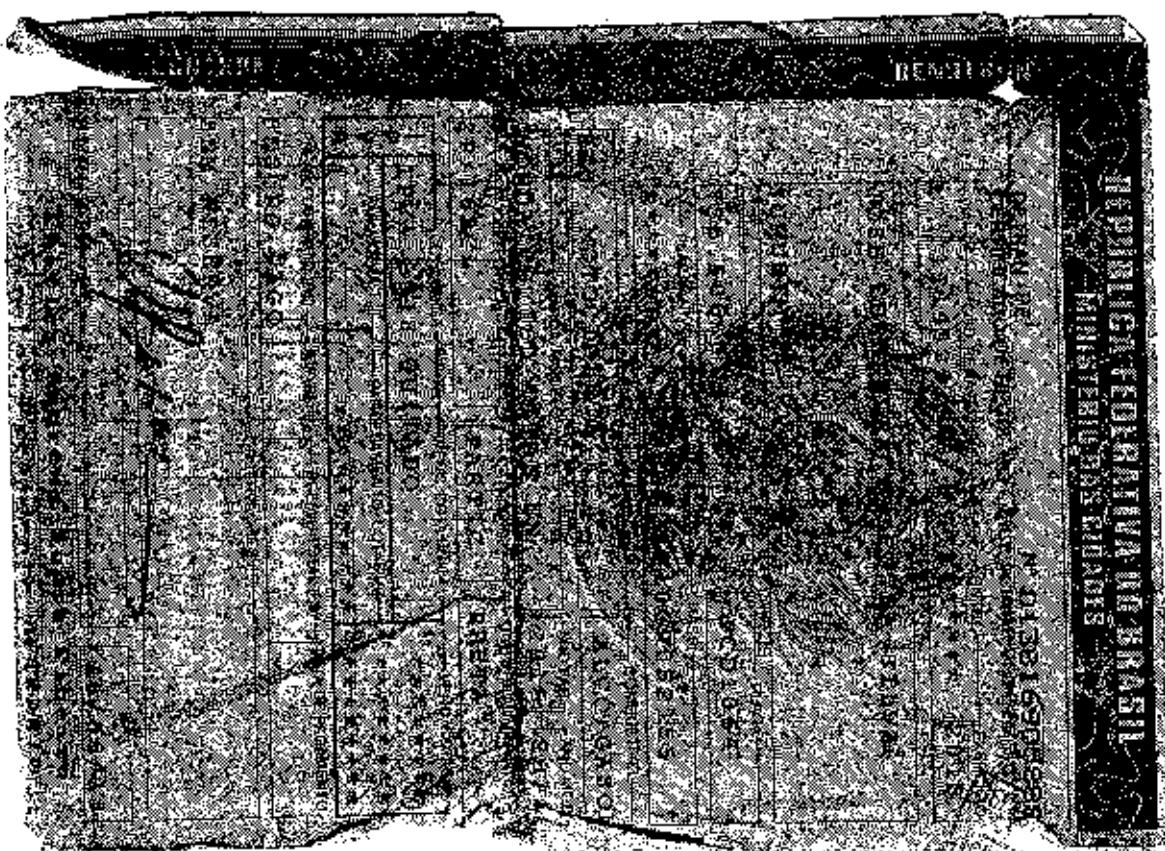
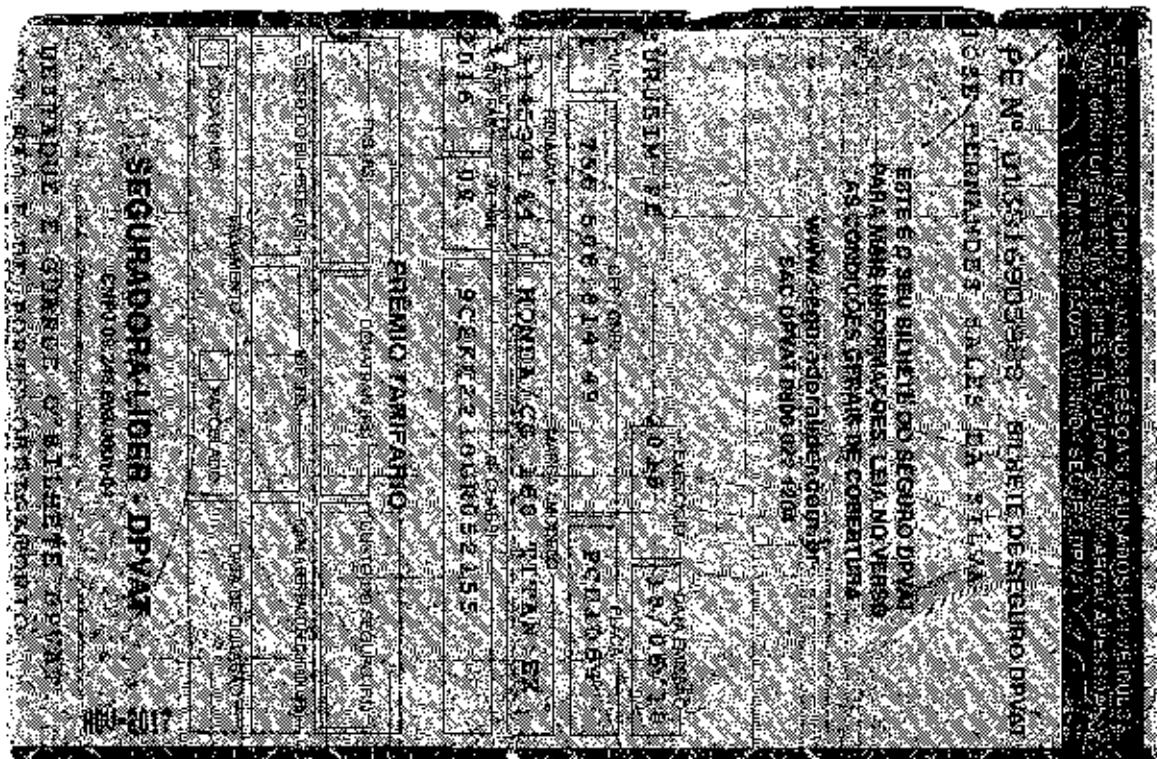
Serena Aparecida dos Santos  
Técnica de Enfermagem  
COFEN PE 388271  
03/09/2009

Conferido Com Dr. J. P. M. G. de Oliveira  
Original: Seringas e Catgut  
Hospital Jesus P. de Oliveira  
Data: 20/09/2009  
Assinatura Social: GRESS/PE N. 4.492





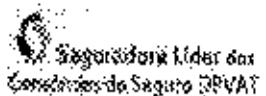




044002079

04/00 2019

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305385/19

Vítima: VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

CPF: 096.298.924-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/06/2019

Titular do CPF: VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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.dpvtokio.com.br](http://www.dpvtokio.com.br) ou ligue 0800-02215204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 12.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 01947/76.

- Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Passador da documentação entregue

### Re-sponsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/09/2019

Data do cadastramento: 04/09/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

Nome: Isabelli Antônia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

CEPAP - CÓDIGO DE CONTRATOS

COMPACTO PARA IDENTIFICAÇÃO

Isabelli Antônia dos Santos Ursulino

04 AGO 2019

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Gente Seguradora S/A  
Av. Barbosa, 715 Loja 5  
Recife / PE CEP: 52011-040

SURUBIM (PE), 30 DE OUTUBRO 2019.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 3190514702

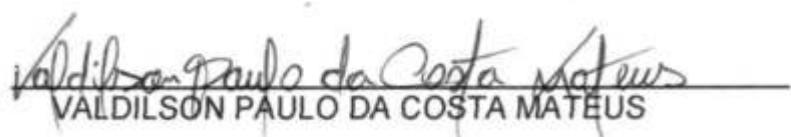
Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S<sup>a</sup>, 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 medico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S<sup>a</sup>, que meu processo seja REANALISADO para que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas. Estou à 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      **Data do acidente:** 06/06/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A  
MATEUS

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

**Data da análise:** 04/11/2019

**Valorização 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 EVIDENCIAM PRESENÇAS 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      **Data do acidente:** 06/06/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A  
MATEUS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 04/11/2019

**Valorização 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 EVIDENCIAM PRESENÇAS 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      **Data do acidente:** 06/06/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A  
MATEUS

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