



Número: **0010091-20.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS (AUTOR)	EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64081 167	02/07/2020 15:15	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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:

Documentação médica-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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, contados 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

Carta nº 14916040

Pag. 00175/00176 - carta_01 - INVALIDEZ



00330088



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>
Número do documento: 20070215154310400000062899271

Num. 64081167 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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

Rebedor: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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

Ran 01847/01848 - carta 09 - INVAL IDEZ



060924

Scatt no 150305



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43
<https://pj.e.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>
Número do documento: 20070215154310400000062899271

Núm. 64081167 - Pág. 4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro da ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
09629892405 VAZ DILSON PAULO DA COSTA MATEUS			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - Endereço:	7 - Profissão:	8 - CPF:
VAZ DILSON PAULO DA COSTA MATEUS	RUA JUCA FERRARIO	REC INF	09629892405
9 - Número:	10 - Complemento:	11 - Bairro:	12 - Cidade:
17	CASA	CENTRO	SURUAIMA
13 - Estado:	14 - CEP:	15 - Email:	16 - Tel (DDD):
PE	55750000		(81) 97201992

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:

- RECUSO INFORMAR R\$1,00 X 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 BANCARIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 08354 CONTA: 1006325 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (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 quem eu direi, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total, do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não tenho direito de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para a concessão da cobertura DPVAT, com base na seguinte razão:

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

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

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

Pelo motivo acima alegado, solicito a prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na declaração apresentada, considerando, desde já, em meu favor, a validade médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e/ou antecipação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.234/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa plena aceitação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil: Solteiro Casado (ou Civil) Viúvo Separado judicialmente VVVA: 24 - Detalhe: (Informar o dígito da unidade)

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 - Vívem: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos: Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos: Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/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 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 pelo artigo 299 do Código Penal.

34 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

35 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assinou o rogo/a pedido

38 - Local e Data: SUEURAIMA/PE 09/08/2019
 Xadilson Paulo da Costa Mateus
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

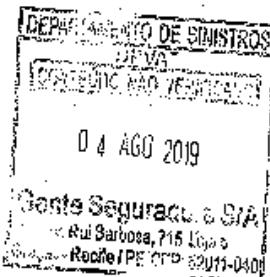
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

01/08/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>

Número do documento: 20070215154310400000062899271





545579

0305365 /19

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

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 FRENTÉ 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 (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: **18/8/1989** 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: **- 81988371553**

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

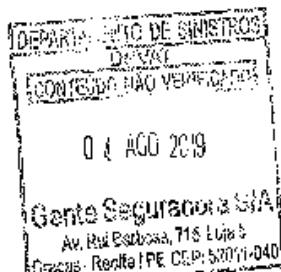
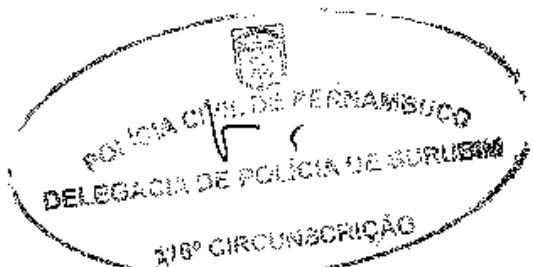
COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE VALDILSON PAULO COSTA MATEUS, NOTICIANDO QUE NO DIA 06/06/2019, DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN EX, COR PRETA, ANO/MOD 2016/2016, PLACA PDC-1064-PE, NA AV. SÃO SEBASTIÃO, BAIRRO SÃO SEBASTIÃO, NESTA CIDADE, QUANDO AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DO SUPERMERCADO TODO 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.

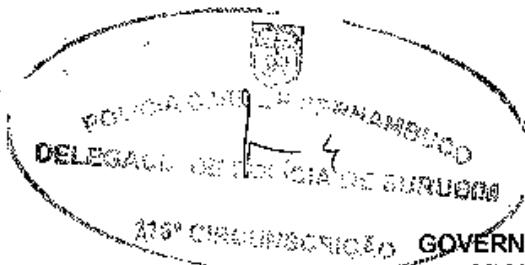
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

VALDILSON PAULO COSTA MATEUS
 (VITIMA)

Valdilson Paulo da Costa Mateus

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





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0206001935

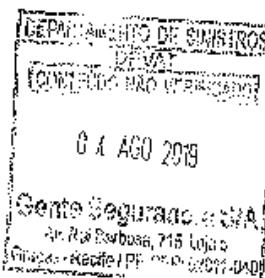
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/08/2019** às **11:20**

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: **18/8/1989** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **B221522/SOS/PE (RG), 09629892405 (CPF), 05992492717 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **MARCENEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81998371553**

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)

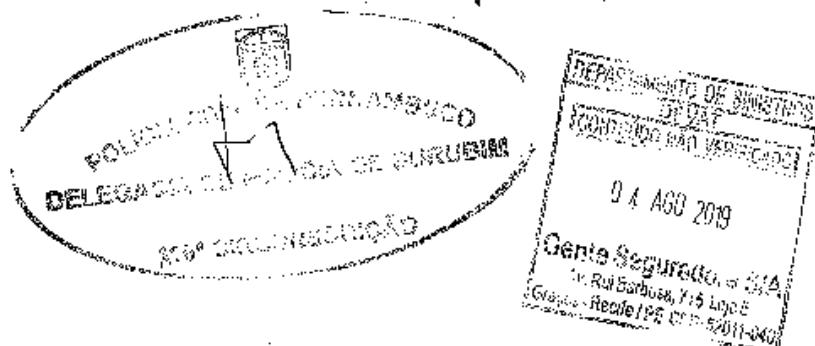
Complemento / Observação

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 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-PB, 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

VADILSON PAULO COSTA MATEUS
(VITIMA)

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MÓTÉ
2 - N° do sinistro da ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: 09629892405 VAZ DILSON PAULO DA COSTA MATEUS		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo: VAZ DILSON PAULO DA COSTA MATEUS	6 - CPF: 09629892405	7 - Profissão: REC INF	8 - Endereço: RUA JUCA FERRARIO	9 - Número: 17
10 - Bairro: CENTRO	11 - Cidade: SURUÍM	12 - Estado: PE	13 - CEP: 55750000	14 - Complemento: CASA
15 - Email:	16 - Tel (DDD): (81) 97201992			
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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA			
	<input type="checkbox"/> R\$1,00 X A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00		
	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCARIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORA)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 08354	CONTA: 1006325	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)	(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 tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total, do valor recebido.				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
Declaro, sob as penas da lei, que não tenho direito de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para a concessão da cobertura DPVAT, com base na seguinte razão:				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou				
<input type="checkbox"/> O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou				
<input type="checkbox"/> O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Pelo motivo acima alegado, solicito a prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em meu favor, a validade 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 plena aceitação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo da sua conclusão.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (ou Civil)	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente
24 - Detalhe:	Bônus de óbito			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companion(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companion(a), informar o nome completo:
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos?	<input type="checkbox"/> Vivos:	<input type="checkbox"/> Falecidos:
30 - Vítima deixou residência (se morrer):	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos?
33 - Vítima deixou pais/vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	34 - Vítima deixou pais/vivos falecidos?	<input type="checkbox"/> Vivos	<input type="checkbox"/> Falecidos:
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 pelo infração ao artigo 299 do Código Penal.				
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido				
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido				
37 - (*) Assinatura de quem assinou o rogo/a pedido				
40 - Local e Data, SURUÍM/PE 09/08/2019				
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) X/Assinatura de Paulo da Costa Mateus				
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)				
43 - Assinatura do Procurador (se houver)				

01/08/2019



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: apami.surubim@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
COMPETENCIAL
04 AGO 2019

Aente: *Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior*
Rua Maria Barbosa, 115
Centro
Surubim - PE
CEP: 54600-000



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

BRADESCO30102019050000000002370083500001006325168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>

Número do documento: 20070215154310400000062899271

Num. 64081167 - Pág. 13



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A FREITAS (a) no CPF 574940534-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário VANDILSON PAULO DA COSTA MATEUS (a) no CPF sob o Nº 096298924-05 do sinistro de DPVAT Cobertura INVALIDEZ da Vítima VANDILSON PAULO DA COSTA MATEUS 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 <u>Rua JOSÉ BATISTA</u>	Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Cidade <u>SURUBIM</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(81) 97001998</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9665-54320</u>
Email <u>aseguros1994@yahoo.com.br</u>	E-mail: <u>ASEGURADOS1994@YAHOO.COM.BR</u>	

SURUBIM/PE, 29 de AGOSTO de 2019

Local e Data

04 AGO 2019

Gente Segurada

Av. Rui Barbosa, 715 | Jardim
Recife/PE

Assinatura do Declarante

CDRL001 V001/2017





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: apami.surubim@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
COMPETENCIAL
04 AGO 2019

Aente: *Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior*
Rua Maria Barbosa, 115
Centro
Surubim - PE
CEP: 54600-000
Data: 04/08/2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>
Número do documento: 20070215154310400000062899271

Num. 64081167 - Pág. 17

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: *Sintomas agudos de origem se
tremores apreensão. Se o sono, inverno e
verão. Dolor. Dolor crônico. em 2
meses. 36h. sem
dor. dor no
ombro direito, dor*

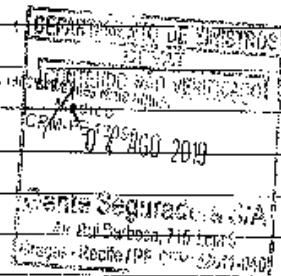
Exames Complementares:

*H.R.A.
S-5700(51)*

HC. Poliuria

*C. B. e gás.
ben o. AF*

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

SERVICO DE ARQUIVO MEDICO E ESTATISTICA – 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)

Avenida José Rodrigues de Jesus - Bl. 232 - Km. 130 - S/N - Bairro Indianópolis Caruaru - PE - CEP -
55.024.000
CNPJ - 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719-9348 / 3719.9400 (SAME)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>
Número do documento: 20070215154310400000062899271

Num. 64081167 - Pág. 19

HOSPITAL NACIONAL DE AGRESIONES EMERGENCIAS

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

2022 Page 10



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

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Mês de nascimento:

Idade:

Sexo:

Nome completo:

CPF:

Nº do RG:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

DDD:

Telefone:

E-mail:

Profissão:

Religião:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Religião:

Estado Civil:

Escolaridade:



MUNICÍPIO REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>

Número do documento: 20070215154310400000062899271

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>

Número do documento: 20070215154310400000062899271

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>

Número do documento: 20070215154310400000062899271

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>

Número do documento: 20070215154310400000062899271

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>

Número do documento: 20070215154310400000062899271

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>

Número do documento: 20070215154310400000062899271

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>

Número do documento: 20070215154310400000062899271

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>

Número do documento: 20070215154310400000062899271

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>

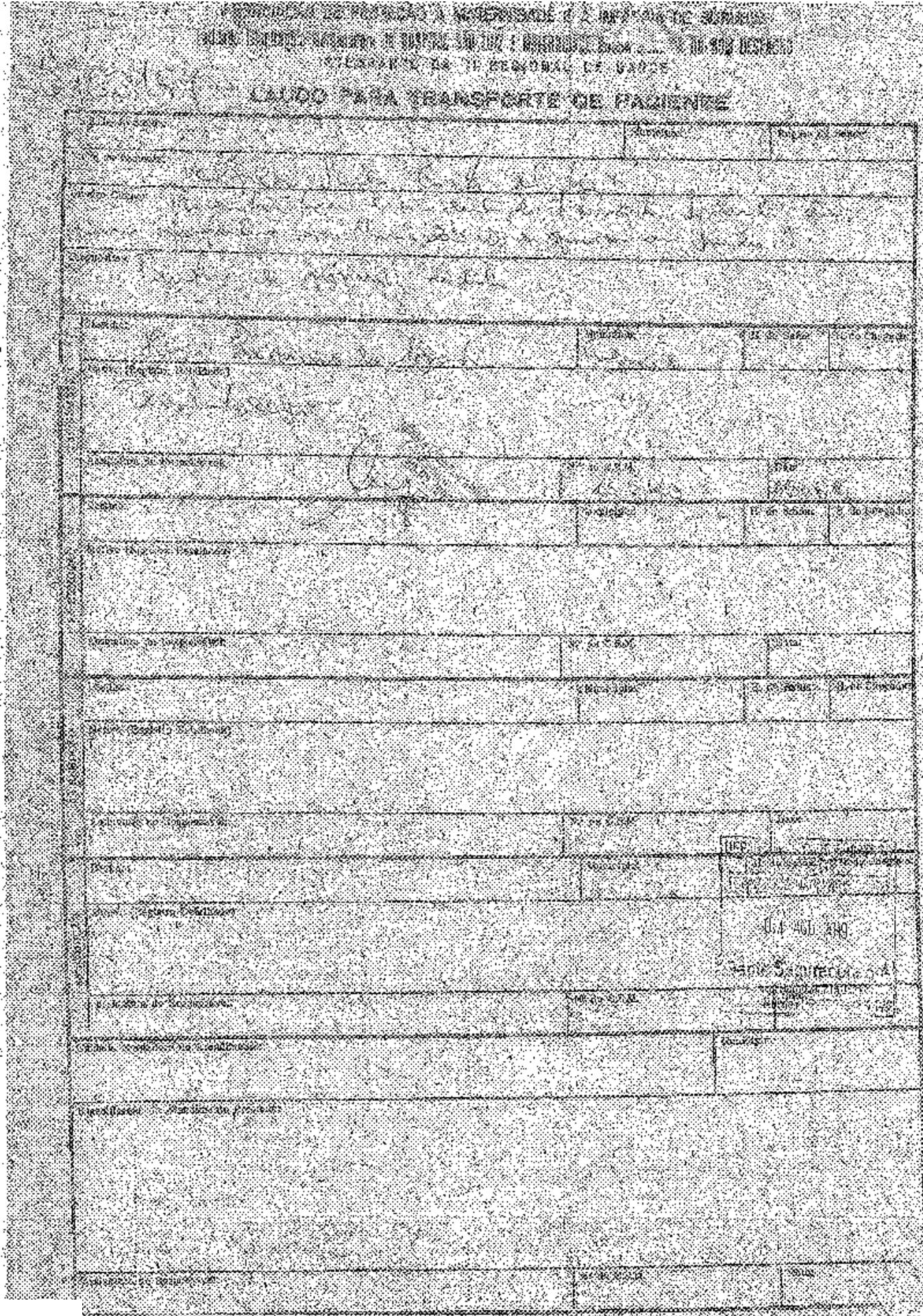
Número do documento: 20070215154310400000062899271

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>

Número do documento: 20070215154310400000062899271





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43
<https://pje.tjpe.jus.br:443/lgi/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>
Número do documento: 20070215154310400000062899271

Num. 64081167 - Pág. 23



NOME: C. de Souza G. abr. na cintura

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura aberta CID-10: E.82.0, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 10/06/15. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

*On 0 fracto pubis rebato
lateral com fratura do crural -
aberto. Bala que se fixou contusão*

Bezerros, 29/07/15

lho 1 de 07/16

DEPARTAMENTO DE SAÚDE	
CIA VIT	
CORTEUDO NÃO VERIFICADA	
04 AGO 2019	
Gente Seguradora S/A	
Av. Rui Barbosa, 715 Local 1	
Graciosa - Recife / PE CEP 52010-060	



Oct 11^s 20 lbs
is not back
now. for no other
man has

JESUS PREDIQUENO

Jeanne Gagnon
Traumato-Orthopédiste
C.R.E.P. 5386

NAME: W.M.P. Lomax Grade: 10 Month: October

DATA DE NASCIMENTO: 18/08/1982

DATA DE NASCIMENTO: 18 / 08 / 1982

DIGNÓSTICO: Gastritis estomacal grave
Gastritis grave Casi S. 825

TRATAMIENTO: Cortisofos y Dresfusaz

BEST SO RETORNO: 01/09/1960

MOTIVO DO RETORNO:

La pluma seca nos pone los dientes

卷之三

卷之三

A rectangular stamp with a black border. The text inside reads:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
SIA
VAL
NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019

Seguradora SIA
Aracaju, 715-000-5
www.sia.com.br



0305385/19

**LAUDO 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

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente
VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

2 - CNES
2344254

7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)
702807757071149

Protocolo: 2019100746

8 - Data Nascimento
18/08/1989

9 - 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 - Município de residência

SURUBIM

17 - Cod. IBGE município

18 - UF
PE

19 - CEP
54700-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sintomas e sintomas clínicos

*(ATH/44 NO NID) —> UST/44.
0046.
NID: EDEN NO IDUNO SÉLO
RE: MUSON NO SO KUN JELO.*

Conferido Com Documento
Original Bezerros Prefeitura
Hospitais
Assinatura Social
Processo N° 4471

21 - Condições que justificam a internação

CLINICAS.

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

Le. FUTURO.

23 - Diagnóstico (índice)

HIVULNO SÓLUS JEN.

24 - CID 10 Principais

S82S

25 - CID 10 Sec.

04 070 044,

09 880 057 - 8

04 880 057 - 8

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

04 127 050 646

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

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

Acomodação: ENFER_04 - LEITO_02
 Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

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

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

Obs.: SENHA ORT. 583244

Queixa do Paciente:

FORNA → COLETO ONYD.

H.D.A.:

Exame Físico:

SON. t6.
 H1G: CACAU NO TECIDO.
 LARINHO NO TECIDO.

H.D.:

FATIGA NO TECIDO.

Tratamento:

VITURALCO

Conforme Com Documento
 Original Bezerrós
 Dr. Artur da Souza Leao
 Enfermaria Jesus Pequeno
 08/06/2019

Ana Amorim
 Assistente Social
 CRESC/PE N° 4471

Bezerros, 08 de junho de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Artur da Souza Leao
 Radiologia / Pediatria / Vascular
 CRM-2064-CNPJ: 01.379.484-04

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

MESA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER_04 - LEITO-02

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

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: 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.: 08629892405
 Identidade: 8221522 SDS PE
 Telefone: 81.98371553
 G.Instrução:
 Ocupação:
 Naturalidade:

Recepção:

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

Alta Hospitalar

Data: 11/04/98

Médico:

Assinatura / CRM

João Marlon V. Costa
 Traumato-Ortopedia
 CRM-PE 5650

Observação

10/06/13

Cintos de cintura

4 placas + fixadores

João Marlon V. Costa
 Traumato-Ortopedia
 CRM-PE 5650

Transferência Hospitalar

Data: 11/04/98

Médico:

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: Fratura Palato

permeável a ob

João Marlon V. Costa
 Traumato-Ortopedia
 CRM-PE 5650

Diagnóstico Definitivo: O maxilar

João Marlon V. Costa
 Traumato-Ortopedia
 CRM-PE 5650

Óbito

Data: 11/04/98

Médico:

Assinatura / CRM

Diagnóstico Secundário:

Conforme Comissão Permanente
 Regional Belo Horizonte
 Hospital Universitário
 Dr. Antônio
 Assentorio Bozan
 CRM-PE N. 4.471

HOSPITAL
JESUS PEQUENINO
EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME: VANDICION PAULO DE CALTA MATEUS DATA: 08/06/19
HD: FLAVIO NO TOLWINSKI D'AGOSTO.

EM USO DE:

SINTUCA

DADOS DE ENFERMAGEM:

DISLIGÊNCIA SIM NÃO

DISTERMIA SIM NÃO

PRESSÃO ARTERIAL NORMAL

QUEIXAS

DOL.

EXAME FÍSICO:

EG: CONSCIENTE ORIENTADO LORADO 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 _____, FLÁVIOO, DEPRESSÍVEL S/V/MG, RHA + NORMATIVOS INDUTOR

DOR À PALPAÇÃO EM

OUTROS

OUTROS:

EXT: SEM EDÉMIAS OUTROS

CONDUTA:

Medicar Olhos.

Dr. Antônio Yves Cordeiro de Melo Junior
Assistente Social
Hospital São Lucas
Original Beiramar Pessoal
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO



RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS CLÍNICA ORTOPÉDICA	NÚMERO DO REGISTRO
CIRURGIAO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA RAQUI ANESTESIA	DR BARBARA CHACON
DATA DA OPERAÇÃO 10/06/2019	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO FRATURA LUXAÇÃO EM TORNозELO DIREITO + LESÃO DE LIGAMENTO EM TORNозELO + LESÃO CAPSOLIGAMENTAR + DESBRIDAMENTO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRAT CIRURGICO COM FIXAÇÃO + RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR + LESÃO CAPSOLIGAMENTAR + DESBRIDAMENTO	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
CAMPO CIRURGICO COM POLVIBINE	
INCISÃO LATERAL EM TORNозELO 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: 5960

Conferido Com Documento
Original Bezerros de 10/06/2019
Hospital Jesus Pequeno
Assistente Social
Ana Amorim
CRESS/PE nº 4.471



FICHA DE ANESTESIA

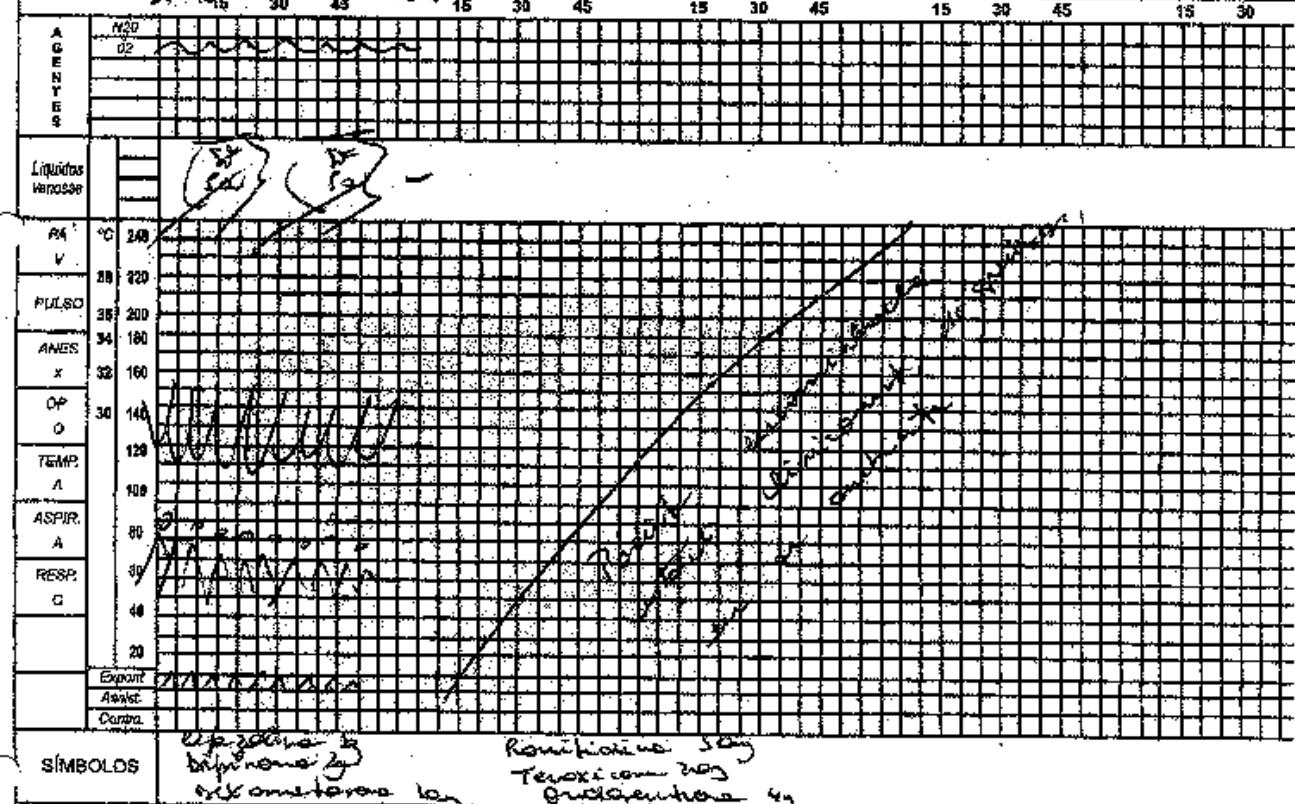
Nº _____
Data: 10/06/17

Anestesia:	Racemicine + Sedox	NB				
Name:	Voldeon Paulo da Costa	Nº do Registro 125702	Nº na Clínica:			
Clinica:	Ortopedia	Quarto:	Leito:	Idade: 29	Sexo: MASC	Cor:
Operador:	In. José Hamilton	Assist.:	Anestesista:	Dr. Batlava		
Diag. Preop.:	Fratura de TN2	Diag. Posop.:	O mesmo			
Op. Proposta:	fixo cimento TN2	Op. Realizada:	O mesmo			
Premedicação:		Hora:		Resultado:	(MO 1-2-3)	Risco: G 2-3-4
(AO 1-2-3)						

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

13:15 14:35

X 15 30 45 X 15 30 45 X 15 30 45 X 15 30 45 X 15 30



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTACÕES
A. Brupi. Hipert. D.T. 15g	15g	Racemicine	port 2
B. Nitrox 80g	80g	paciente setado enxerido	
C.		antagoniz. junc / paroxidivis	
D. Pentotal 100g	100g	intub. Ag 24 / Ag 21, 63+64 /	
E. Helezolol 15g	15g	reduz press / finaliz junc	
F.		1-2-100g	
G.		Sedox 100mg	
LÍQUIDOS	SEU, SEU, tecox	20ml/min 10% Colch	
		CANTIL - NASO/OROFARINGEA BAL - TRAP + CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFÍCULDADE TÉCNICA	
		Tempo de Anestesia	
TOTAL		1h	
OPERAÇÃO:			
ANESTESISTA:	Batlava	CIRURGIAO:	PERDA SANGUÍNEA:

Conferido Com Documento 1219
Original Bezerra PE
Hospital Jesus Pequenino
Ang. Assistente Social
Assistente Social
CRESS/PE N° 4.473

Laringo - Espasmo - Excesso Seco
Depressão Respiratória - Hipoxia.
"BUCKING" - Vomito

Hemorragia Antimeta
Bradí - Taquicardia - Choque



COMANDA 2180443

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Valdilson Paulo da Costa Natura | Registro N° 125407
 Apt.: _____ Enfermaria: _____ Data: 10/06/19
 Cirurgia: GAST. TALZ "O" Cirurgião: Dr. Joca
 Anestesia: Roque Anestesista: Dr. Barbosa
 Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS			
Adrenalina		Metronidazol 500mg	
Água Destilada	01 ampol	Nauseodron	01 ampol
Atropina		Nercan	
Bicarbonato de Sódio		Neomicina Pomada	
Cadiladine		Nilpride	
Cisatracure		Omeprazol	
Cloreto de Sódio		Plast	
Cloreto de Potássio		Propofol	
Clindamicina		Prostigmine	
Dramin		Quelcon	
Dexametasona Pomada		Rapifen	
Decadron	01 ampol	Ranitidina	01 ampol
Diazepam		Revivan	
Dipirona	02 ampol	Ringer Lactato	
Dimorf 0,1	02 ampol	Roxefil 1g	
Ecclantina		Sancofuran	
Dormonid		Sintopinon	
Efortil		Soro Fisiológico	02 und
Enoxaparina 40mg		Soro Glucosado	
Fenergan		Styptanol	
Fentanil Espinal		Sulfato de Magnésio	
Fentanil Smi	01 unid	Tansamin	
Flumazenil		Tenoxicam	01 ampol
Glicose		Thionembutal	
Glutonato Cálcio		Tramal	
Hidrocortisona 100mg		Vitamina K	
Hidrocortizona 500mg		Volvem	
Ipysilon		Xilocaina 2% s/a	
Keflin	01 ampol	Xilocaina 1% s/a	
Ketalar		Xilocaina Gelada	
Lasix		Xilocaina Soray	
Manitol		Xilocaina Pesada	
Marcaína c/a		MATERIAIS	
Marcaína s/a		Aguifa reac. 20g/40g/120g x 13	04 und
Marcaína Pesada	01 ampol	Aguifa de Pflex	
Methergin		Aguifa Rague	01 und
		Algodão Hidrófilo	

Assinado por:
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRPFPE: 4471



Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
Algodão Ortópédico	01 und	Fio de Algodão	
Atadura Crepe 15	04 und	Fio de Aço	
Atadura Gasso		Fio Kirschner	
Azul de Maltélico		Fio Maleável	
Bolsa p/ Colostomia		Monocryl	
Cateter Nasal	04 und	Mononylon 2,0	04 und
Clamp Umbilical		Polycat	
Coletor Sistema Aberto		Propelene	
Coletor Sistema Fechado		PDS	
Campo Clínico	10 und	Seda	
Dreno de Succção		Vicryl	
Dreno Penrose		Líquidos	
Dreno Tórax		Água Oxigenada	
Eletrodos	05 und	Álcool à 70%	50 ml
Equipo Macro Golas	03 und	Glutaraldeído	50 ml
Escova de Dergemação		Eter	
Espadrapo	+X	Formol	
Espadrapo Micropore		Cloroxidina Degemente	
Gaze 7x5x7,5		TAXAS	100 ml
Hausseador	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	02 und		
Látex 204		OXIGÉNIO	
Luva Estéril 45 + 3	04 pares	Das _____ às _____	
Luva Descartável	03 pares		
Máscaras	04 und		
Polifix			
Pró-Pés	05 pares		
Scalp			
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		
FIOS			
CatGut Simpa s/a			
CatGut Simpa c/a	03 und		
CatGut Crom s/a			
CatGut Crom c/a			

Severino Aparecida dos Santos
Técnica de Enfermagem
COPEN PE 2002/27
30/07/2020

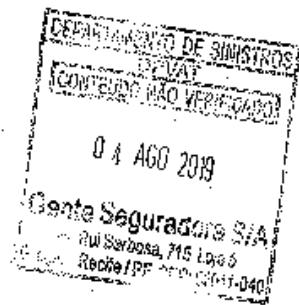
Conferido Com:
Original Bezerros
Hospital Universitário
Assinante do(a):
GREGORIETTE
Data: 02/07/2020





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>
Número do documento: 20070215154310400000062899271

Num. 64081167 - Pág. 34



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>
Número do documento: 20070215154310400000062899271

Num. 64081167 - Pág. 35



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:15:43
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271>
Número do documento: 20070215154310400000062899271

Num. 64081167 - Pág. 36

CELCIPE - CECILIA PELLEGRINI
CARRARA - Viale XX settembre, 1 - 44121 CARRARA (MS)
TEL. 0585/200000-200001 - FAX 0585/200002-0585/200003
E-mail: celcipe@msn.com - celcipe@tiscali.it

AT 10:57:11 DS-100-A-00001 E00 LINE 14

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Centro
Guarapari - ES - CEP 29210-040

ESTAMOS MUITO SENSIBELIZADOS PESSOAS CAUTELOSAS E REUDEM
A GESTÃO DE SEUS BEMES NO DIA A DIA. NADA DE ASSUSTAR

MAIS SE FOR LUGAR COMUM SE JUNTAR

P.E. No. 20070215154310400000062899271 - PRIMEIR DE ESTADO DA VILA

DE PERNAMBUCO - DATA: 02/07/2020

ESTE É O SEU BILHETE DE PEGAR O DIA
PARA JUZGAR VITÓRIAS. CÉA NO PÉS
AS COORDENADAS CERTAS RECONHECERÁ

WWW.SEGURANCAVILADE.COM.BR

SEGURANÇA VILA DE

PRIMEIR DE ESTADO DA VILA
DE PERNAMBUCO - DATA: 02/07/2020

P.E. No. 20070215154310400000062899271 - PRIMEIR DE ESTADO DA VILA

DE PERNAMBUCO - DATA: 02/07/2020

P.E. No. 20070215154310400000062899271 - PRIMEIR DE ESTADO DA VILA

P.E. No. 20070215154310400000062899271 - PRIMEIR DE ESTADO DA VILA

P.E. No. 20070215154310400000062899271 - PRIMEIR DE ESTADO DA VILA

P.E. No. 20070215154310400000062899271 - PRIMEIR DE ESTADO DA VILA

P.E. No. 20070215154310400000062899271 - PRIMEIR DE ESTADO DA VILA

P.E. No. 20070215154310400000062899271 - PRIMEIR DE ESTADO DA VILA

P.E. No. 20070215154310400000062899271 - PRIMEIR DE ESTADO DA VILA

P.E. No. 20070215154310400000062899271 - PRIMEIR DE ESTADO DA VILA

P.E. No. 20070215154310400000062899271 - PRIMEIR DE ESTADO DA VILA

P.E. No. 20070215154310400000062899271 - PRIMEIR DE ESTADO DA VILA

P.E. No. 20070215154310400000062899271 - PRIMEIR DE ESTADO DA VILA

P.E. No. 20070215154310400000062899271 - PRIMEIR DE ESTADO DA VILA

PRIMEIRO PARIFARO

CONFIDENCIAL

PRIMEIRO PARIFARO

REMITENTE:

PRIMEIRO PARIFARO

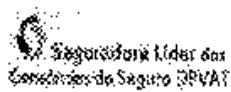
PRIMEIRO PARIFARO

04 AGO 2019

Caixa Segurança S/A
Av. Rio Branco, 713
Recife - PE
CEP 50010-000



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



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

Titular do CPF: VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

DOCUMENTOS ENTREGUEIS

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.dpvaseguro.com.br ou ligue 0800-02222041.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6.194/77.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada deve ser enviada em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocoladas como comprovante de entrega por meio de chamele ou cartório, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no arquivo de sinistro digital.

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

Passador da documentação entregue:

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

Re-sponsável pelo cadastramento na seguradora:

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



Isabelli Antônia dos Santos Ursulino

04 AGO 2019

Gente Seguradora S/A
Av Barroso, 715 Loja 5
Belo Horizonte - MG - CEP: 30211-040



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

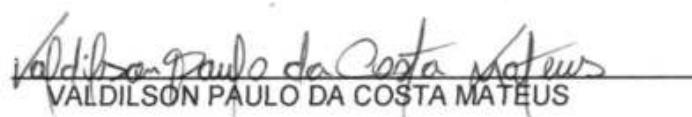
Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, 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^a, 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 **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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍTESE 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 EVIDENÇIA 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 **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 OSTEOSSÍTESE 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 **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

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 sequelas

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 EVIDENÇIA 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 **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 OSTEOSSÍTESE 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

