



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)		EWEERSON 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
64081167	02/07/2020 15:15	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)





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 médico-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

Pag. 01753/01754 - carta\_03 - INVALIDEZ

00010877



Carta nº 14763249







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

Carta nº 14916040

Pag. 00175/00176 - carta\_01 - INVALIDEZ







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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







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

Pag. 01847/01848 - carta\_09 - INVALIDEZ

00060924



Carta nº 15063705







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 096.298.924-05 4 - Nome completo da vítima: VAREZILSON PAULO DA COSTA MATEUS

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

5 - Nome completo: VAREZILSON PAULO DA COSTA MATEUS 6 - CPF: 096.298.924-05  
7 - Profissão: REC INF 8 - Endereço: RUA JUCA FERRADO 9 - Número: 17 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 9700-1142

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

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

☒ CONTA POUQUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:   
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 1006325 6 AGÊNCIA: CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu dirijo direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que sou o impositivo (ou o representante legal) do beneficiário (ou do representante legal) e que não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Pelo motivo acima, declaro, sob as penas da lei, que não apresentarei o laudo do IML para fins de indenização por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prejuízo da futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) menor? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura do requerente: 35 - Nome legível de quem assina a rogatória: 36 - CPF legível de quem assina a rogatória: 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogatória: 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SURUBIM/PE 09/08/2019

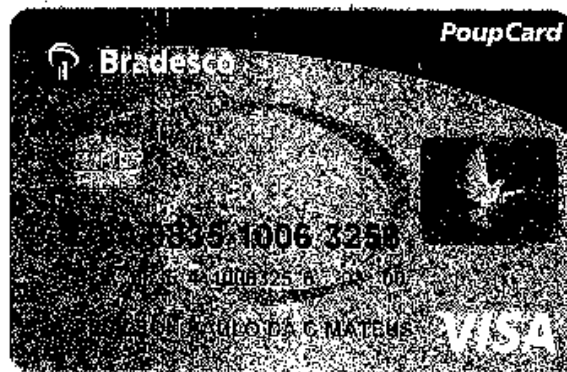
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração): VAREZILSON PAULO DA COSTA MATEUS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

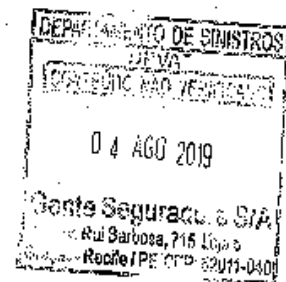
43 - Assinatura do Procurador (se houver):

01/0002/2019





120040







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  
0305385/19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206001936**

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

Complementa o BO Número: **19E0206001935**

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
JOSE 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: **8221822/SDS/PE (RG), 09629892403 (CPF), 05992492717 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MARCEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81988371553**

Residência: **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**

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

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

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





**VEÍCULO 01 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ FERNANDES SALES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDILSON PAULO COSTA MATEUS**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX EX** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PCD1064** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Chassi: **9C2KC2210GR052155**  
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**  
Descrição: **COO. RENAVAL 1114339144.**

**VEICULO 02 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVE/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Quantidade: **1 (UNIDADE)**

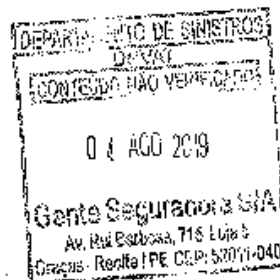
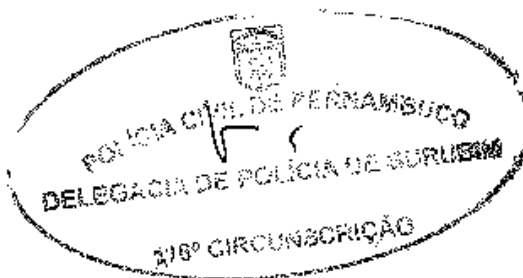
## Complemento / Observação

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

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

**VALDILSON PAULO COSTA MATEUS**  
**(VITIMA)**

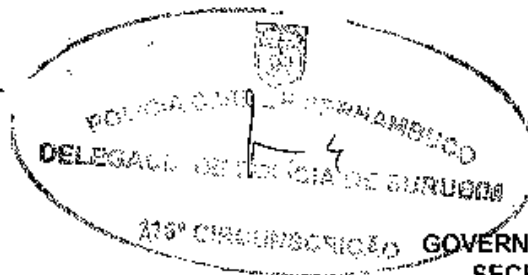
B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**



16/02/2012







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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206001935**

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

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

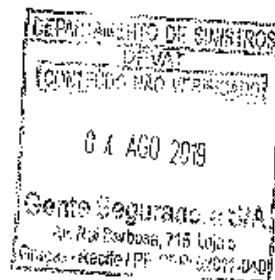
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SAO SEBASTIAO, 1 - Bairro: SAO SEBASTIAO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO SUPERMERCADO TODO DIA**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

**VADILSON PAULO COSTA MATEUS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSINEIDE MNARIA DA COSTA** Pai: **JOÃO FERNANDES MATEUS** Data de Nascimento: **18/8/1989** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8221522/SDS/PE (RG), 09629892405 (CPF), 05892492717 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MARCENEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81998371553**

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

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

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

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

**VEICULO 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**

16/08/2019



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

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

Ano Fabricação/Modelo: **2018/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **COD. RENAVAL 1114539144.**

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

**DESCONHECIDO**

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

Quantidade: **01 (UNIDADE)**

### Complemento / Observação

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

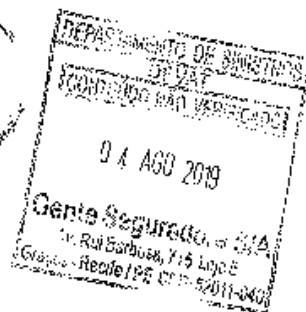
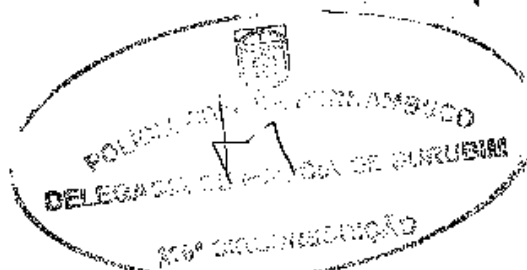
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**VADILSON PAULO COSTA MATEUS**

(VITIMA)

*Vadilson Paulo da Costa Mateus*

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







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

096.298.92405 VAREZILSON PAULO DA COSTA MATEUS

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

5 - Nome completo: VAREZILSON PAULO DA COSTA MATEUS 6 - CPF: 096.298.92405  
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: RUA JUCA FERRADO 9 - Número: 17 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 97001142

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

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

☒ CONTA POUQUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:   
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 1006325 6 AGÊNCIA: CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu dirijo direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que sou o impositivo legal de apresentar o Laudo do IML (Instituto Médico Legal) (titular ou representante legal) para fins de indenização por invalidez permanente, uma vez que assinalar uma das opções:

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

Pelo motivo acima ad, se inicia o processamento da análise de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prejuízo da futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÔNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Local de residência da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ão civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) menor? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Local e Data: SURUBIM/PE 09/08/2019  
35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido: VAREZILSON PAULO DA COSTA MATEUS  
36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido: 096.298.92405  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido:   
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SURUBIM/PE 09/08/2019  
VAREZILSON PAULO DA COSTA MATEUS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

01/0002/2019





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

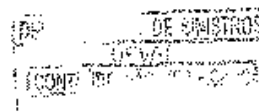
E-mail: apamisurubim@terra.com.br

## DECLARAÇÃO

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

Surubim, 13 de julho de 2019.

*Adriana Olívia Cabral*  
Adriana Olívia Cabral  
Funcionária Encarregada



04 AGO 2019

Agente Reguladora S/A  
Rua Barbosa, 115 - São  
Sebastião - PE - 55011-000





BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000001006325-6

---

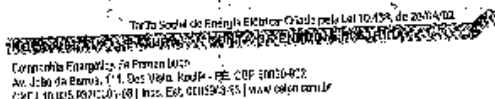
---

Nr. Autenticação

BRADESCO3010201905000000000023700835000001006325168750 PAGO







ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA J. CA. FERREIRO 17

CENTROJICA, TERRA DO  
SURI BIMP  
C/55-000

4008368770 07/2019  
19/07/2019 14/08/2019  
34/01

QUANTITY	PRICE (R)	VALUE (R)
30,000.00	0.1819256	5.46
70,000.00	0.2596583	18.18
		0.28
		3.40
		14.1
		8.60
		0.40
		0.34
		1.24
		3.20
		-0.86

TOTAL DEFAT (kg)

TOTAL DA FATURA								
Nº DO PROCESSO	TIPO DA FUNDO	ANEXO	DATA DE VENC.	VENC. R\$	VALOR R\$	PORCENTAGEM	AJUSTE	CREDITADO R\$
000000000	FUNDO		12-06-2014	12-06-2014	0-78,00		0,0000	78,00

DATE OF CALL/FILED	%	NUMBER OF CALLS/FILED	
Q. 10	100		
Q. 11	77		
Q. 12	6		
Q. 13	51		
Q. 14	18		
Q. 15	25		
Q. 16	90		
Q. 17	106		
Q. 18	78		
Q. 19	60		
Q. 20	81		
Q. 21	59		
Q. 22	71		

DATE OF CALL/FILED	%	NUMBER OF CALLS/FILED	
Q. 23	20.00	1.02	0.25
Q. 24	20.00	0.21	1.00
Q. 25			
Q. 26			
Q. 27			
Q. 28			
Q. 29			
Q. 30			
Q. 31			
Q. 32			
Q. 33			
Q. 34			
Q. 35			
Q. 36			
Q. 37			
Q. 38			
Q. 39			
Q. 40			
Q. 41			
Q. 42			
Q. 43			
Q. 44			
Q. 45			
Q. 46			
Q. 47			
Q. 48			
Q. 49			
Q. 50			
Q. 51			
Q. 52			
Q. 53			
Q. 54			
Q. 55			
Q. 56			
Q. 57			
Q. 58			
Q. 59			
Q. 60			
Q. 61			
Q. 62			
Q. 63			
Q. 64			
Q. 65			
Q. 66			
Q. 67			
Q. 68			
Q. 69			
Q. 70			
Q. 71			
Q. 72			
Q. 73			
Q. 74			
Q. 75			
Q. 76			
Q. 77			
Q. 78			
Q. 79			
Q. 80			
Q. 81			
Q. 82			
Q. 83			
Q. 84			
Q. 85			
Q. 86			
Q. 87			
Q. 88			
Q. 89			
Q. 90			
Q. 91			
Q. 92			
Q. 93			
Q. 94			
Q. 95			
Q. 96			
Q. 97			
Q. 98			
Q. 99			
Q. 100			

DATE OF CALL/FILED	%	NUMBER OF CALLS/FILED	
Q. 101	20.00	1.02	0.25
Q. 102	20.00	0.21	1.00
Q. 103			
Q. 104			
Q. 105			
Q. 106			
Q. 107			
Q. 108			
Q.			

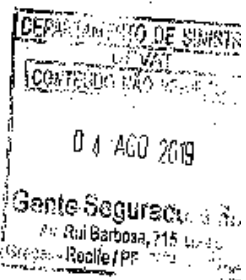
[illegible]

ATTENÇÃO: CLASSE INFORMADA QUE NÃO POSSUI DENTADA EM ABORTE

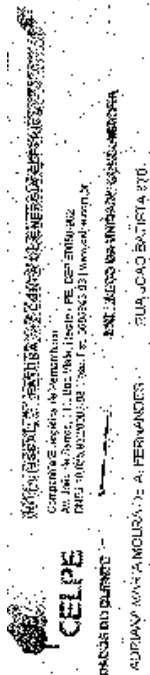
UNCLASSIFIED					
Agency	Classification	Year	Version	Dissem. Info	Notes
NSA/CSS	SECRET	12/17/98	22/01		

PERIOD					TENDANG		LIMITE	
PERIOD	INCOME	EXPENSE	TOTAL INCOME	TOTAL EXPENSE	PERIOD	PERIOD	PERIOD	
1970	100	50	150	100	1970	1970	1970	
1971	120	60	180	120	1971	1971	1971	
1972	140	70	210	140	1972	1972	1972	
1973	160	80	240	160	1973	1973	1973	
1974	180	90	270	180	1974	1974	1974	
1975	200	100	300	200	1975	1975	1975	
1976	220	110	330	220	1976	1976	1976	
1977	240	120	360	240	1977	1977	1977	
1978	260	130	390	260	1978	1978	1978	
1979	280	140	420	280	1979	1979	1979	
1980	300	150	450	300	1980	1980	1980	
1981	320	160	480	320	1981	1981	1981	
1982	340	170	510	340	1982	1982	1982	
1983	360	180	540	360	1983	1983	1983	
1984	380	190	570	380	1984	1984	1984	
1985	400	200	600	400	1985	1985	1985	
1986	420	210	630	420	1986	1986	1986	
1987	440	220	660	440	1987	1987	1987	
1988	460	230	690	460	1988	1988	1988	
1989	480	240	720	480	1989	1989	1989	
1990	500	250	750	500	1990	1990	1990	
1991	520	260	780	520	1991	1991	1991	
1992	540	270	810	540	1992	1992	1992	
1993	560	280	840	560	1993	1993	1993	
1994	580	290	870	580	1994	1994	1994	
1995	600	300	900	600	1995	1995	1995	
1996	620	310	930	620	1996	1996	1996	
1997	640	320	960	640	1997	1997	1997	
1998	660	330	990	660	1998	1998	1998	
1999	680	340	1020	680	1999	1999	1999	
2000	700	350	1050	700	2000	2000	2000	
2001	720	360	1080	720	2001	2001	2001	
2002	740	370	1110	740	2002	2002	2002	
2003	760	380	1140	760	2003	2003	2003	
2004	780	390	1170	780	2004	2004	2004	
2005	800	400	1200	800	2005	2005	2005	
2006	820	410	1230	820	2006	2006	2006	
2007	840	420	1260	840	2007	2007	2007	
2008	860	430	1290	860	2008	2008	2008	
2009	880	440	1320	880	2009	2009	2009	
2010	900	450	1350	900	2010	2010	2010	
2011	920	460	1380	920	2011	2011	2011	
2012	940	470	1410	940	2012	2012	2012	
2013	960	480	1440	960	2013	2013	2013	
2014	980	490	1470	980	2014	2014	2014	

..... TOTAL: 8 PAGES-581 ..... 340

[illegible]





Número do documento: 20070215154310400000062899271

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
COMANDO EM CHEFE  
04 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 115 - 1º Andar  
Graciosa - Recife/PE - CEP: 50.011-040

[illegible][illegible]



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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Peço exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF nº 574940534168 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS inscrito (a) no CPF sob o nº 09629892405, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS inscrito (a) no CPF sob o nº 09629892405, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

LI 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 Líder-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.

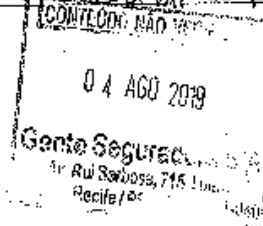
Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
E-mail <u>afseguropes394@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 97201998</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 966551524</u>

SURUBIM, 29 de AGOSTO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante







ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM

Rua Maria Barbosa S/Nº Centro, Surubim - PE

Fone: 81 - 36341624 Fax: 3634-1461

CNPJ: 11.754.025/0001-05

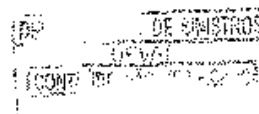
E-mail: apamisurubim@terra.com.br

## DECLARAÇÃO

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

Surubim, 13 de julho de 2019.

*Adriana Olívia Cabral*  
Adriana Olívia Cabral  
Funcionária Encarregada



04 AGO 2019

Agente Reguladora S/A  
Rua Barbosa, 115 Lapa  
Recife/PE CEP: 511-090





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

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

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

Registro: 48130

Paciente: VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

Nascimento: 18/08/1989 - Idade: 29 anos

Endereço: ST JUCA FERRADO

Bairro: ZONA RURAL

IBGE/Cidade: SURUBIM

Pai: JOAO FERNANDRS MATEUS

Mãe: JOSINEIDE MARIA DA COSTA

OUTRAS OCUPAÇÕES

Est. Civil:

Prontuário: 48130

Cor: Parda

Sexo: Masculino

C.P.F.

Nº  
Cep: 55750-000 Identidade: /

UF: PE Telefone: 92335031

G. instrução:

Ocupação:

Naturalidade: SURUBIM

OBS: SAMU

Anamênese e Exame Sumário:

8  
Paciente com dor abdominal  
na região superior esquerda  
há 36h, com  
caráter contínuo e  
moderado.  
Não há febre, vômito  
nem diarreia.

Exames Complementares:

H.R.A.  
S-5700151

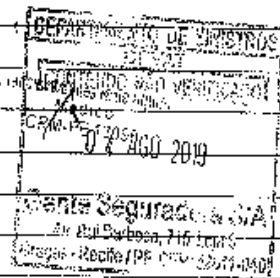
em urgência  
H.D. de 12h  
em B e f  
ben O.A.P.

Hip Diagnóstica /Cid:

Prescrição/Tratamento:

Reavaliação:

Materiais Usados:



Assinatura e Carimbo do Médico







SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA  
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME



### DECLARAÇÃO

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

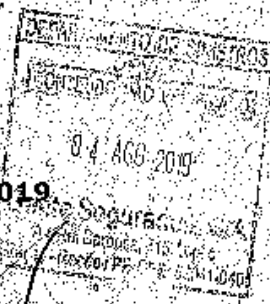
**OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.**

Atenciosamente;

Caruaru, 19 de Junho 2019.

109.794.975/0239-01  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
RUA 232, KM 1,30  
CARUARU - PE - CEP: 55.024.000

setor de Arquivo (same)





GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

PN 0867-1987

Rd \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_

183. Demetrius

[illegible]



## EXEMPLO REGIONAL DO AGRESTE

448 F. G. A. Ziegler et al.

Ngũgĩ

[illegible]

to Kelly

My dear friend  
I am so glad you are well.  
I hope you are happy.

Yours truly,  
C. J. [Signature]

1986-1987 TO 1988-1989

1989-1990

1990-1991

1991-1992

1992-1993

1993-1994

1994-1995

1995-1996

1996-1997

1997-1998

1998-1999

1999-2000

2000-2001

2001-2002

2002-2003

2003-2004

2004-2005

2005-2006

2006-2007

2007-2008

2008-2009

2009-2010

2010-2011

2011-2012

2012-2013

2013-2014

2014-2015

2015-2016

2016-2017

2017-2018

2018-2019

2019-2020

2020-2021

2021-2022

2022-2023

2023-2024

2024-2025

2025-2026

2026-2027

2027-2028

2028-2029

2029-2030

2030-2031

2031-2032

2032-2033

2033-2034

2034-2035

2035-2036

2036-2037

2037-2038

2038-2039

2039-2040

2040-2041

2041-2042

2042-2043

2043-2044

2044-2045

2045-2046

2046-2047

2047-2048

2048-2049

2049-2050

2050-2051

2051-2052

2052-2053

2053-2054

2054-2055

2055-2056

2056-2057

2057-2058

2058-2059

2059-2060

2060-2061

2061-2062

2062-2063

2063-2064

2064-2065

2065-2066

2066-2067

2067-2068

2068-2069

2069-2070

2070-2071

2071-2072

2072-2073

2073-2074

2074-2075

2075-2076

2076-2077

2077-2078

2078-2079

2079-2080

2080-2081

2081-2082

2082-2083

2083-2084

2084-2085

2085-2086

2086-2087

2087-2088

2088-2089

2089-2090

2090-2091

2091-2092

2092-2093

2093-2094

2094-2095

2095-2096

2096-2097

2097-2098

2098-2099

2099-2100

2100-2101

2101-2102

2102-2103

2103-2104

2104-2105

2105-2106

2106-2107

2107-2108

2108-2109

2109-2110

2110-2111

2111-2112

2112-2113

2113-2114

2114-2115

2115-2116

2116-2117

2117-2118

2118-2119

2119-2120

2120-2121

2121-2122

2122-2123

2123-2124

2124-2125

2125-2126

2126-2127

2127-2128

2128-2129

2129-2130

2130-2131

2131-2132

2132-2133

2133-2134

2134-2135

2135-2136

2136-2137

2137-2138

2138-2139

2139-2140

2140-2141

2141-2142

2142-2143

2143-2144

2144-2145

2145-2146

2146-2147

2147-2148

2148-2149

2149-2150

2150-2151

2151-2152

2152-2153

2153-2154

2154-2155

2155-2156

2156-2157

2157-2158

2158-2159

2159-2160

2160-2161

2161-2162

2162-2163

2163-2164

2164-2165

2165-2166

2166-2167

2167-2168

2168-2169

2169-2170

2170-2171

2171-2172

2172-2173

2173-2174

2174-2175

2175-2176

2176-2177

2177-2178

2178-2179

2179-2180

2180-2181

2181-2182

2182-2183

2183-2184

2184-2185

2185-2186

2186-2187

2187-2188

2188-2189

2189-2190

2190-2191

2191-2192

2192-2193

2193-2194

2194-2195

2195-2196

2196-2197

2197-2198

2198-2199

2199-2200

2200-2201

2201-2202

2202-2203

2203-2204

2204-2205

2205-2206

2206-2207

2207-2208

2208-2209

2209-2210

2210-2211

2211-2212

2212-2213

2213-2214

2214-2215

2215-2216

2216-2217

2217-2218

2218-2219

2219-2220

2220-2221

2221-2222

2222-2223

2223-2224

2224-2225

2225-2226

2226-2227

2227-2228

2228-2229

2229-2230

2230-2231

2231-2232

2232-2233

2233-2234

2234-2235

2235-2236

2236-2237

2237-2238

2238-2239

2239-2240

2240-2241

2241-2242

2242-2243

2243-2244

2244-2245

2245-2246

2246-2247

2247-2248

2248-2249

2249-2250

2250-2251

2251-2252

2252-2253

2253-2254

2254-2255

2255-2256

2256-2257

2257-2258

2258-2259

2259-2260

2260-2261

2261-2262

2262-2263

2263-2264

2264-2265

2265-2266

2266-2267

2267-2268

2268-2269

2269-2270

2270-2271

2271-2272

2272-2273

2273-2274

2274-2275

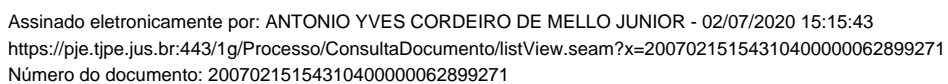
2275-2276

2276-2277

2277-2278

2278-2279

2279-2280





# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGENCIA

Formulário de Anamnese

Nome	
Endereço	
Idade	
Sexo	
Profissão	
Religião	
Estado Civil	
Cor	
Altura	
Peso	
Temperatura	
Frequência Cardíaca	
Frequência Respiratória	
Pressão Arterial	
Saturação de O2	
Temperatura retal	
Temperatura axilar	
Temperatura oral	
Temperatura timpânica	
Temperatura retal	
Temperatura axilar	
Temperatura oral	
Temperatura timpânica	

1. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

2. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

3. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

4. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

5. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

6. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

7. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

8. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

9. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

10. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

11. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

12. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

13. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

14. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

15. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

16. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

17. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

18. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

19. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

20. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

21. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

22. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

23. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

24. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

25. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

26. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

27. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

28. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

29. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

30. Qual a natureza da doença? ☐ Paciente ☐ Familiar

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

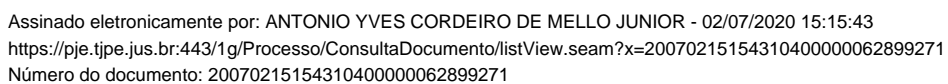
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215154310400000062899271

Número do documento: 20070215154310400000062899271



## LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

0.4 461 449







NOME: U. de Urologia O. de Urologia U. de Urologia  
U. de Urologia

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura do fêmur direito CID-10: S.32.1, foi

submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

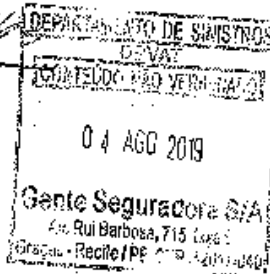
10/06/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

On o fêmur direito, fratura  
do fêmur direito, fratura -  
do fêmur direito, fratura -  
do fêmur direito, fratura -

Bezerros, 29/07/19 10/07/19

U. de Urologia

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





09/05/15 20:15

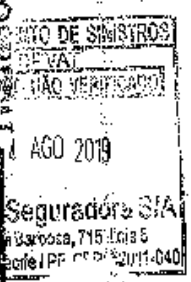
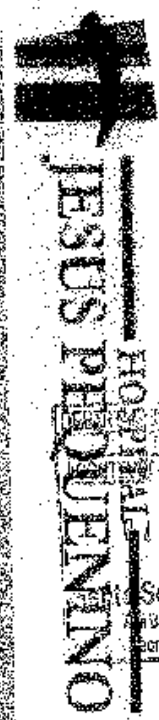
Co. 1st. Jato

Exame fcs. de mo. hda. ps

dr. J. J. 29/05/15

9/15

João Antônio V. Costa  
Traumatismo Ortopédico  
CRM-PE 5385



NOME: Wagner Pires de Azevedo

REG: 125704

DATA DE NASCIMENTO: 18/08/1989

DATA DA CIRURGIA: 10/06/2015

DIAGNÓSTICO: Lesão por trauma

Lesão do O. C. 5.825

TRATAMENTO: Exatidão e Precisão

DATA DO RETORNO: 07/07/15

MOTIVO DO RETORNO: Pris me

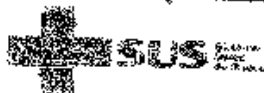
Exame fcs. de mo. hda. ps

João Antônio V. Costa  
Traumatismo Ortopédico  
CRM-PE 5385





0305385/19



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO		2 - CNES 2344254	
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO		4 - CNES 2344254	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - Nome do Paciente VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS		6 - Número do Prontuário 126707	
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 702807757071149	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) SÍTIO JUCA FERRADO, 0 - ZONA RURAL			
16 - Tipo de residência SOLUBIM		17 - Cod. IBGE município	18 - UF PE
19 - CEP			
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
20 - Principais sinais e sintomas clínicos SATURADO NO NID -> LETADO. BOLEIA. NID: EDENALDO TOLOJOLO RE: SATURADO NO TOLOJOLO.			
21 - Condições que justificam a internação CLINICAS.			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados) RE: FETURAL.			
23 - Diagnóstico inicial FETURAL NO TORNO SELO			
24 - CID 10 Principais S82.5		25 - CID 10 Sec	26 - CID 10 Causas associadas 04000.054
27 - Descrição do Procedimento Solicitado H-141200 GASTROSCOPIA.		28 - Código do procedimento 090805057-8	
29 - Clínica HOSPITAL JESUS PEQUENINO	30 - Centro de Internação	31 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 090805057-8
33 - Nome do Profissional Solicitante ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	34 - Data de Solicitação 02/07/2020	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do Conselho) CRM 3379	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
36 - ( ) Acidente de Trânsito	38 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	
37 - ( ) Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	
38 - ( ) Acidente de Trabalho atípico		44 - ICBSOR	
45 - Vínculo com a Previdência ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não segurado			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cod. Órgão Emissor	
48 - Documento ( ) CNS ( ) CPF		52 - Nr. Autorização de internação hospitalar	
49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador		51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	
50 - Data da Autorização		53 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	

Contido Com Documento  
Original de  
Hospital Jesus  
Pequeno  
Ass. Antônia  
Assistente Social  
CRM 3379

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





**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

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

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

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

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

Sexo: MASCULINO Cor:  
Est. Civil:  
C.P.F. 09629892405  
Identidade: 8221522 SDS PE  
Telefone: 81.98371553  
G. Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade:

Obs.: SENHA ORT. 583244

Queixa do Paciente:

FRATURA DE COTOVELO

H.D.A.:

Exame Físico:

BOM TC,  
H.D. EXAME DO COTOVELO,  
APRESENTANDO DO TUMOR SÓLIDO,

H.D.:

FRATURA DO TUMOR SÓLIDO MATEUS.

Tratamento:

QUIRURGIA

Conferido Com Documento  
Original Bezerros PE  
Hospital Jesus Pequeno

29.06.2019

Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESPPE Nº 4.471

Bezerros, 08 de junho de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Artur de Souza Leao  
Ortopedia - Vascular  
CRM 2054-0/PE-01679484-04





# HOSPITAL JESUS PEQUENINO

## FICHA 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: SÍTIO JUCA FERRADO,  
Bairro: ZONA RURAL CEP:  
IBGE/Cidade: SURUBIM UF: PE  
Pai: JOAO FERNANDES MATEUS  
Mãe: JOSINEIDE MARIA DA COSTA  
Nacionalidade: BRASIL

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

Recepcionista:

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

### Alta Hospitalar

Data: 11/06/19

Médico:

Assinatura / CRM

João Marinho V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM-PE 5890

### Observação

10/06/19

Lesão na coxa  
e placa e parafusos

João Marinho V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM-PE 5890

### Transferência Hospitalar

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

### Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: fratura malada

permanecer a os

João Marinho V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM-PE 5890

Diagnóstico Definitivo: O mesmo

João Marinho V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM-PE 5890

Diagnóstico Secundário:

Contido Com Desempenho  
Original/Beberes  
Hospital Jesus Pequeno

João Marinho V. Costa  
Assistente Social  
CRM-PE N° 4.473







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

NOME: VALDIRTON PAULO DA COSTA MATEUS DATA: 08, 06, 19  
HD: HEMORRAGIA NO TÓRAX DEPOIS DE

EM USO DE:

SINTOMÁTICO

DADOS DE ENFERMAGEM:

DISGLICEMIA ( ) SIM ( ) NÃO ☒

DISTERMIA ( ) SIM ( ) NÃO ☒

PRESSÃO ARTERIAL NORMAL ( ) ☒

QUEIXAS

DOR

EXAME FÍSICO:

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

( ) OUTROS

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

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

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

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

( ) DOR À PALPAÇÃO EM

( ) OUTROS

OUTROS:

EXT: ( ) SEM EDEMAS ( ) OUTROS

CONDUZA:

HEMORRAGIA DE TÓRAX

Dr. Arthur de Souza Neto  
Assistente Social  
Assistente Social  
CRESPIN N° 4471

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO





RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS	NÚMERO DO REGISTRO
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	DR BARBARA CHACON
ANESTESIA RAQUI ANESTESIA	
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 ATE PLANO OSSEO. REDUÇÃO CRUENTA EM FRATURA E FIXAÇÃO COM PARAFUSO ESPONJOSO N. 50 COM ARROLEA NO MALEOLO MEDIAL	
LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA COM SORO FISIOLÓGICO	
HEMOSTASIA E DRENO	
FECHAMENTO POR PLANOS	
CURATIVO E MOBILIZAÇÃO GESSADA	

João Marilton  
Ortopedista  
CRM 5980

Conferido Com Documento  
Original Bezerros de 2019  
Hospital Jesus Pequening  
Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESS/PE Nº 4.471

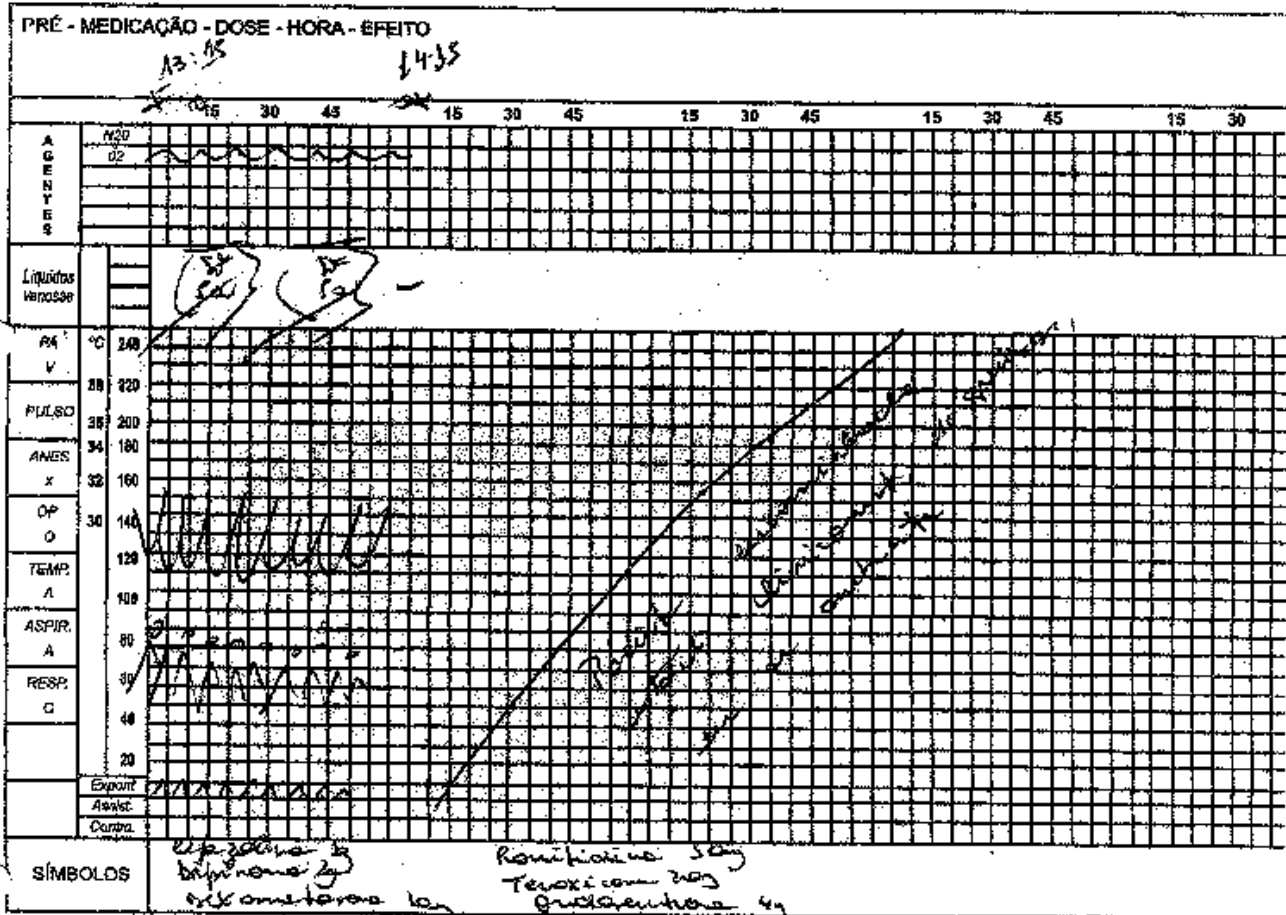




# FICHA DE ANESTESIA

Nº \_\_\_\_\_  
Data: 10/06/19

Anestesia: Racquinonitric + Sedativa NB  
Nome: Valdeir Paulo da Costa Nº do Registro: 125302 Nº. na Clínica: \_\_\_\_\_  
Clínica: Otorrinolaringologia Quarto: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Idade: 29 Sexo: MASC Cor: \_\_\_\_\_  
Operador: Dr. João Hamilton Assist.: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Saitano  
Diag. Preop.: Enfisema de TN2 Diag. Pósop.: o mesmo  
Op. Proposta: do tímpano TN2 Op. Realizada: o mesmo  
Premedicação: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco: 2-3-4



AGENTES	DOSE	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A. <u>Valproato de Sódio</u>	<u>15g</u>	<u>Racquinonitric</u>	
B. <u>midazolam</u>	<u>80g</u>	<u>Tenex retardo 5mg</u>	
C.		<u>antiespasmódico</u>	
D. <u>benzodiazepina</u>	<u>10g</u>	<u>midazolam 2g</u>	
E. <u>Midazolam</u>	<u>5g</u>	<u>midazolam 2g</u>	
F.		<u>1. intubação</u>	
G.		<u>Sedativa 4. H2O 2L</u>	
LÍQUIDOS		<u>28min</u>	
<u>SFO, 9. 100ml</u>		<u>CÂMULA - NASOFARINGEA</u>	
		<u>NASOFARINGEA - CEGA</u>	
		<u>BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO</u>	
		<u>SOB - MÁSCARA</u>	
		<u>DIFICULDADE TÉCNICA</u>	
TOTAL		<u>Tempo da Anestesia</u>	
OPERAÇÃO:		<u>1h</u>	
ANESTESISTA:		CIRURGIÃO:	PERDA SANGÜÍNEA:

Conferido Com Documento  
Original Bezarros PE 10/06/19  
Hospital Jesus Pequeno  
Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESS/PE N° 4.471





# HOSPITAL JESUS PEQUENINHO

COMANDA 2180443

## MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Valdilson Paulo da Costa Neto Registro Nº 125407  
 Apt.: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Data: 10/06/19  
 Cirurgia: Esp. Taz "O" Cirurgião: Dr. João  
 Anestesia: Raquel Anestesista: Dr. Barbara  
 Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
<b>MEDICAMENTOS</b>		<b>MEDICAMENTOS</b>	
Adrenalina		Metronidazol 500mg	
Água Destilada	01 ampul	Nausedron	01 ampul
Atropina		Narcan	
Bicarbonato de Sódio		Neomicina Pomada	
Cediladine		Nipride	
Cisatracura		Omeprazol	
Cloreto de Sódio		Piasol	
Cloreto de Potássio		Propofol	
Clindamicina		Prostomine	
Dramin		Quelcion	
Dexametazona Pomada		Rapifen	
Decadron	01 ampul	Ranitidina	01 ampul
Diazepam		Revivan	
Dipirona	02 ampul	Ringer c/ Lactato	
Dimorf 0.1	03 ampul	Rocetil 1g	
Polantina		Sarvorfurano	
Dormonid		Sintocinon	
Efortil		Soro Fisiológico	02 und
Enoxeparina 40mg		Soro Glicosado	
Fenergan		Styptanon	
Fentanil Espinha		Sulfato de Magnésio	
Fentanil 5ml	01 ampul	Tansamin	
Flumazenil		Tenoxican	01 ampul
Glicose		Thionembulal	
Gluconato Cálcio		Tramal	
Hidrocortizona 100mg		Vitamina K	
Hidrocortizona 500mg		Voluvern	
Inysilon		Xylocaina 2% s/a	
Keflin	01 ampul	Xylocaina 1% s/a	
Ketalar		Xylocaina Geléia	
Lasix		Xylocaina Spray	
Manitol		Xylocaina Pesada	
Marcaina c/a		<b>MATERIAIS</b>	
Marcaina s/a		Agulha deac. 25x7/40x12/0.45x13	04 und
Marcaina Pesada	01 ampul	Agulha de Pflexo	
Methergin		Agulha Raque	01 und
		Algodão Hidrófilo	

Conferido Com Documento

Origina Bazaros de

Hospital Jesus Pequenininho

10/06/19

Assinado Social

CRESS/PE nº 44721





Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
Algodão Ortopédico	01 unid	Fio de Algodão	
Atadura Crepe 15	04 unid	Fio de Aço	
Atadura Gesso		Fio Kirschner	
Azul de Metileno		Fio Maleável	
Bolsa p/ Colostomia		Monocryl	
Cateter Nasal	01 unid	Mononylon 2.0	01 unid
Clamp Umbilical		Polycot	
Coletor Sistema Aberto		Propelene	
Coletor Sistema Fechado		PDS	
Camp. Cirúrgica	10 unid	Seda	
Dreno de Sucção		Vicryl	
Dreno Penrose		<b>LÍQUIDOS</b>	
Dreno Tórax		Água Oxigenada	50 ml
Eletrodos	05 unid	Alcool à 70%	50 ml
Equipo Macro Gotas		Glutaraldeido	
Escova de Degermação	03 unid	Éter	
Esparradrapo	TX	Formol	
Esparradrapo Micropore		Cloroxidina Degermante	100 ml
Gase 7x5x7,5	03 unid	<b>TAXAS</b>	
Heusegeon		Oxímetro de Pulso	TX
Inflador p/soluções Parenteraj 2 vias		Aspirador	
Intracath		Bisturi Elétrico	
Jeico		Desfibrilador	
Liga Clip		Monitor	TX
Lâmina Bisturi 21	02 unid	<b>OXIGÊNIO</b>	
Látex 204		Das _____ às _____	
Luva Estéril 45.7	04 pares		
Luva Descartável	03 pares		
Máscaras	04 unid		
Polifix			
Pró-Pés	05 pares		
Scalp			
Seringa de 01 cc			
Seringa 03 cc	02 unid		
Seringa 05 cc	02 unid		
Seringa 10 cc			
Seringa 20 cc			
Sonda Nasogástrica n°			
Sonda Foley n°			
Sonda Uretral n°			
Sonda 3v n°			
Transfix			
Pulseiras de RN			
Toucas	05 unid		
FIOS			
CatGut Simpa s/a			
CatGut Simpa c/a 0	01 unid		
CatGut Crom s/a			
CatGut Crom c/a			

Conferido Com Documento  
 Original Bateria de  
 Hospital Jusus Bateria de  
 Anis Amorim  
 Residente Social  
 CRESS/PE nº 14.172

Servina Aparecida dos Santos  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN PE 388127





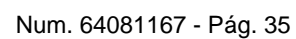


Scanned with  
CamScanner

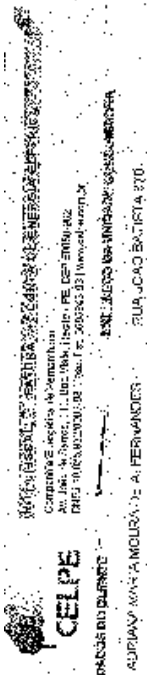




DEPARTAMENTO DE SUBSIDIOS  
DE VOT  
(CONTENIDO NÃO VERIFICADO)  
04 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A  
Rua Barbosa, 715 Lda 5  
Recife/PE 51060-040







Num. 64081167 - Pág. 36

DB: 700618.R. RM  
SUBSIDIARIE  
95753-000

BT: REST: RNCIAL  
RESOLVA: NUL

09022773  
UNICA  
050073010  
0001777116  
2011: FOLIOE  
3753000

Quantidade: 113.0770000

Medio (R\$): 2,3858165

Valor (R\$): 269.652,08

38,71  
0,77  
6,84  
1,45

Coligado: ANACAP (2P)

Acesso: Bateria AMPELA

Correl: NIM FOLIOE: NUNCA

SPRINT: FOLIOE: AC 21 (R/L: 0452417)

**TOTAL CATEGORIA**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO
1	113.0770000	269.652,08	2,3858165

**ANALISE DE PREÇOS**

ITEM
------



[illegible]



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder das  
Condições de Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305385/19

Vítima: VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

CPF: 096.298.924-05

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 06/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDILSON PAULO DA  
COSTA MATEUS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

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

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

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

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800.0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

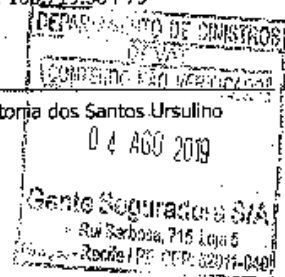
Data da entrega: 04/09/2019  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Isabelly Antônia dos Santos Ursulino





SURUBIM (PE), 30 DE OUTUBRO 2019.

À LÍDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 3190514702

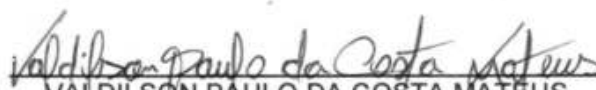
Prezado Senhor(a),

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

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

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

  
\_\_\_\_\_  
VALDILSON PAULO DA COSTA MATEUS





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 04/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

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

**Documentos  
complementares:**

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 25/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 04/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

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

**Documentos  
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 25/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE 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

