
Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592924

Vítima: MATHEUS VALENTE DE LIMA

Data do Acidente: 28/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATHEUS VALENTE DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592924

Vítima: MATHEUS VALENTE DE LIMA

Data do Acidente: 28/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATHEUS VALENTE DE LIMA

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 dos punhos

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: **MATHEUS VALENTE DE LIMA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000008757**

Conta: **0000038893-2**

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.

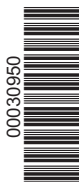
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 425/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 8757 CONTA: 38893 2 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 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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: ☐ Sim ☐ Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 16/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

agência - 8457
conta - 38893-2

Nº da Agência/Conta/DAC

Cliente
Nome (sem abreviação)

MATHEUS VALENTE DE LIMA

Bem-vindo ao Itaú. É uma grande satisfação ter você como cliente.

Recebemos a Proposta de Abertura da Conta Universal Itaú, de Contratação de Serviços - PF e de Pacote de Serviços; assim que for aceita, você será comunicado e passará a ter acesso a Conta Universal Itaú e aos serviços a ela vinculados.

Na Proposta de Abertura da Conta, você solicitou a contratação dos seguintes serviços:

- | | | |
|---|---|------------------------------|
| Cartão Provisório Itaú | ☒ Sim | ☐ Não |
| Entrega de Cheques em Domicílio | ☒ Sim | ☐ Não |
| Adiantamento a Depositantes (AD) | ☒ Sim | ☐ Não |
| LIS - Limite Itaú para Saque | ☒ Sim | ☐ Não |
| Seguro LIS Itaú | ☒ Sim | ☐ Não |
| Cartão de Crédito Itaúcard: MULTIPLE | ☒ Sim | ☐ Não |
| Serviço de Avaliação Emergencial de Crédito | ☒ Sim | ☐ Não |
| Cartão de Débito Itaú | ☒ Sim | ☐ Não |
| Seguro Cartão Protegido (Múltiplo e/ou Débito) | ☒ Sim | ☐ Não |
| Aplicações e Resgates Automáticos (Aplic. Aut. Mais Itaú) | ☒ Sim | ☐ Não |
| Fatura Digital | ☒ Sim | ☐ Não |

Pacote de Serviços - () não solicitou - (x) solicitou Pacote Padronizado III com mensalidade de R\$ 29,40. Para conhecer os serviços incluídos neste pacote, consulte a Tabela Geral de Tarifas, disponível nas agências ou no site www.itaubr.com.br.

Cartão 1º titular - () não solicitou - (x) solicitou MULTIPLE MASTERCARD

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 06 vezes sem juros, com vencimento todo dia 06 de cada mês.

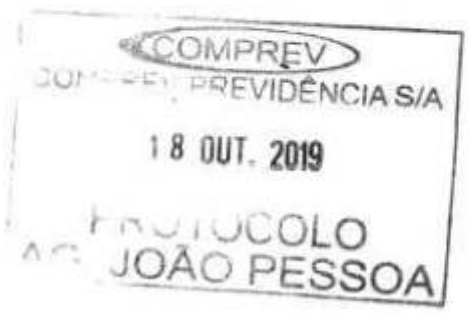
Cartão 2º titular - (x) não solicitou - () solicitou

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 06 vezes sem juros, com vencimento todo dia de cada mês.

Cartão adicional - (x) não solicitou () solicitou

da anuidade cobrada do respectivo titular

O cartão pagará 50%





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11525.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11525.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:03 horas do dia 03 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Dioclécio Ferreira de Lima**, CPF nº null, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Maria Martins da Guia e Renato Ferreira de Lima, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/10/1980 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rodrigues dos Santos, Nº 112, complemento CASA, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Igreja Universal., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99647-3005.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua José Constantino da Cunha, Próximo Ao Condomínio Irmã Dulce., João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/12/17 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

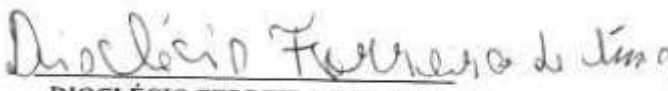
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

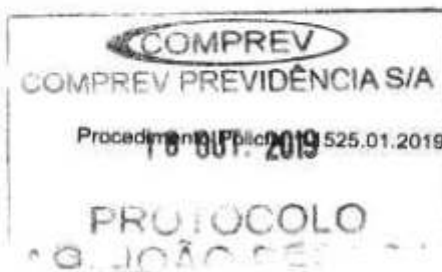
QUE, segundo a declarante no dia 28/12/2017 por volta das 21:00 horas seu filho menor MATHEUS VALENTE DE LIMA portador do CPF: 703.323.894-05 transitava na garupa da moto tipo YAMAHA/FAZER YS250 ano e modelo: 2011/2012, de cor prata; de placa: OFB8060/PB CHASSI: 9C6KC0460C0057408 pertencente ao Sr. Walber Lima Monteiro, Que o declarante pilotava normalmente na Rua José Constantino da Cunha, Gramame, João Pessoa-PB, quando um caminhão não identificado entrou de uma vez na sua frente, Que o declarante não teve tempo hábil de frenagem, vindo a colidir com na traseira do caminhão, que devido ao fato seu filho menor MATHEUS VALENTE DE LIMA veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde, posteriormente foi transferido para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde o menor foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 0227/2019, FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA CRM/PB 3883.

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

João Pessoa/PB, 03 de outubro de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


DIOCLÉCIO FERREIRA DE LIMA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 425/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 8757 CONTA: 38893 2 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 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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 16/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

agência - 8457
conta - 38893-2

Nº da Agência/Conta/DAC

Cliente
Nome (sem abreviação)

MATHEUS VALENTE DE LIMA

Bem-vindo ao Itaú. É uma grande satisfação ter você como cliente.

Recebemos a Proposta de Abertura da Conta Universal Itaú, de Contratação de Serviços - PF e de Pacote de Serviços; assim que for aceita, você será comunicado e passará a ter acesso a Conta Universal Itaú e aos serviços a ela vinculados.

Na Proposta de Abertura da Conta, você solicitou a contratação dos seguintes serviços:

- | | | |
|---|---|------------------------------|
| Cartão Provisório Itaú | ☒ Sim | ☐ Não |
| Entrega de Cheques em Domicílio | ☒ Sim | ☐ Não |
| Adiantamento a Depositantes (AD) | ☒ Sim | ☐ Não |
| LIS - Limite Itaú para Saque | ☒ Sim | ☐ Não |
| Seguro LIS Itaú | ☒ Sim | ☐ Não |
| Cartão de Crédito Itaúcard: MULTIPLE | ☒ Sim | ☐ Não |
| Serviço de Avaliação Emergencial de Crédito | ☒ Sim | ☐ Não |
| Cartão de Débito Itaú | ☒ Sim | ☐ Não |
| Seguro Cartão Protegido (Múltiplo e/ou Débito) | ☒ Sim | ☐ Não |
| Aplicações e Resgates Automáticos (Aplic. Aut. Mais Itaú) | ☒ Sim | ☐ Não |
| Fatura Digital | ☒ Sim | ☐ Não |

Pacote de Serviços - () não solicitou - (x) solicitou Pacote Padronizado III com mensalidade de R\$ 29,40. Para conhecer os serviços incluídos neste pacote, consulte a Tabela Geral de Tarifas, disponível nas agências ou no site www.itaubr.com.br.

Cartão 1º titular - () não solicitou - (x) solicitou MULTIPLE MASTERCARD

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 06 vezes sem juros, com vencimento todo dia 06 de cada mês.

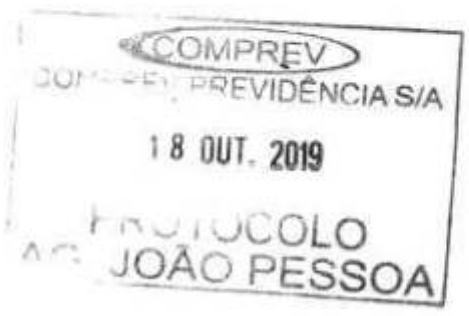
Cartão 2º titular - (x) não solicitou - () solicitou

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 06 vezes sem juros, com vencimento todo dia de cada mês.

Cartão adicional - (x) não solicitou () solicitou

da anuidade cobrada do respectivo titular

O cartão pagará 50%



MUNICÍPIO DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 90210

Atd: Nao Regulad

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE GOV. TARCISIO BURITTY

Data: 28/12/2017

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 22:19:16

56056-334 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERRA

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MATHEUS VALENTE DE LIMA

Num. Prontuario: 2017.12.003953

CNS: 898002721124309 Sexo: M IDENTIDADE: 4086199 Fone: 987753016

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/11/2002 Id: 15 ano(s)

End.: RUA JOSE RODRIGUES DOS SANTOS, 112

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ROSENILDA VALENTE DA SILVA

Pai: DIOCLECIO FERREIRA DE LIMA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: PAI

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Tra porte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 15:30/COLINAS

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO S/A

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Displasia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

C. AG MOTO X CARRO. TRAUMA EM MSE.

PACIENTE ENCAMINHADO PELO HEETSHL, CONFORME PACTUACAO. LIBERADO PELAS DEMAIS ESPECIALIDADES NO HEETSHL (SIC).

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

- Aberto Trauma Bacia Inferior @ P/ Anestesia
6 Horas de evolução.

Diagnostico

| Conduta

Prescrição

| Horario da medicacao

Aberto Trauma @
L. de Prescrição
C.R. 106973
Hospital Unimed, JP

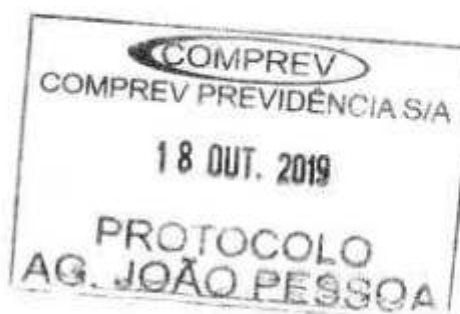
ferrou ferrou
Ao Baco Cerebral
P/ Rota de
L. de Prescrição
C.R. 106973
Hospital Unimed, JP

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
18-01-2019
AG. JOAO PESSOA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS VALENTE DE LIMA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08757

CONTA: 000000038893-2

Autenticação:

4A31271B1269221A3F0232B1025429F703E3588A7DBD55195CCA086DA437D637

CERTIDÃO

Nº. 0227/2019

Atendendo solicitação de DIOCLECIO FERRERIA DE LIMA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial N°90210 e prontuário de N°2017.12.003953 pertencente a **MATHEUS VALENTE DE LIMA** que foi atendido dia 28/12/2017 às 22H19min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em punho esquerdo.

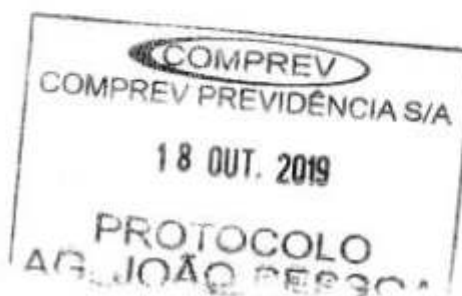
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos do antebraço esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/12/2017 com alta médica dia 29/12/2017.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 01 de março de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



MUNICÍPIO DE JOAO PESSOA
HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
56056-334 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 90210 Atd: Nao Regulad
Data: 28/12/2017
Hora: 22:19:16
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERRA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MATHEUS VALENTE DE LIMA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 898002721124309 Sexo: M IDENTIDADE: 4086199 Fone: 987753016 Num. Prontuario: 2017.12.003953
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/11/2002 Id: 15 ano(s)
End.: RUA JOSE RODRIGUES DOS SANTOS, 112
Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: ROSENILDA VALENTE DA SILVA Pai: DIOCLECIO FERREIRA DE LIMA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: ESTUDANTE Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: PAI
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Tra porte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 15:30/COLINAS

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO S/A

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispnéia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

C - AO MOTO X CARRO. TRAUMA EM MSE.

PACIENTE ENCAMINHADO PELO HEETSHL, CONFORME
PACTUACAO. LIBERADO PELAS DEMAIS ESPECIALIDADES
NO HEETSHL (SIC).

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Examinado e liberado do trauma de moto x carro
- Aberto Trauma de moto x carro
6 horas de evolução.*

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

*Aberto Trauma de moto x carro
Ao Baco da
? / 2017*

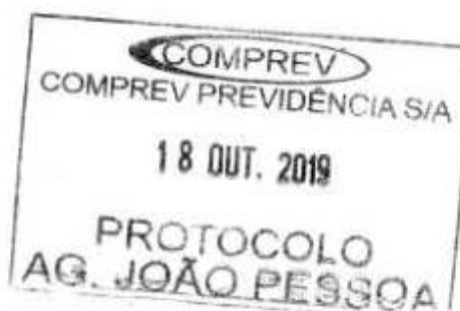
*Examinado e liberado do trauma de moto x carro
6 horas de evolução.*

*Examinado e liberado do trauma de moto x carro
6 horas de evolução.*

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

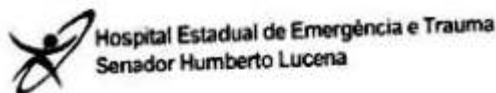
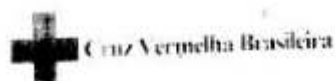
PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MATHEUS VALENTE DE LIMA	BAE 1051669	Data/Hora Entrada 28/12/2017 16:21:12	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/2002	Idade 15	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987753016
Mãe ROSENILCA VALENTE DA SILVA			Prontuário
Endereço DAS PITANGUEIRAS, 31	Bairro MUÇUMAGRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 28/12/2017 16:21:12	Data/Hora Prescrição 28/12/2017 17:53:43		Senha
Convênio SUS	Nº Matrícula		

anamnese

/Ortopedia

Paciente com histórico de queda de moto hoje. Queixando-se de dor em punho esquerdo.

EFO: Dor, limitação funcional, e deformidade em punho esquerdo

RX: Fratura de rádio e ulna distais com desvio

CD: Imobilização. Aguarda Liberação das demais clínicas para encaminhar ao ortotrauma

Staff: Dr. Thales Seabra

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

CID10

Código	Descrição
S52.6	Fratura da extremidade distal do rádio e do cúbito [ulna]

Conduta

Em observação

MATHEUS VALENTE DE LIMA

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10575/PB

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)



RELATÓRIO DE CIRURGIA

[illegible]

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal
horizontal. Site limpo
com antisséptico
após lavagem com água e sabão.

Incisão:

Achados:

Conduta:

Aplicação de sutura imbricada
de 4/0 de algodão negro.
Fixação da pele com 02
Fios PDS 2.0.
Rx controlada
com Agulha Polar

Fechamento:

OBS:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 OUT. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Eneas P. Bessa Neto

MÉDICO
CRM 8498

Data: 28/12/17

MÉDICO/CRM

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: matheus valentini Data da Admissão: 28/12/12
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: _____
 HDA: Paciente com dor abdominal
depois de comer e febre
alta para seguir tratamento
em ambulatório

Medicações em uso: _____

COMPREV
 COMISSÃO PREVIDÊNCIA S/A

18 OUT. 2019

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Purido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

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

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

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

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

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

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

Dr. Eneas P. Bessa Neto
MÉDICO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-005

Matheus Valente de Lima
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.086.199 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/08/2012

NOME MATHEUS VALENTE DE LIMA

FILIAÇÃO DIOCLÉCIO FERREIRA DE LIMA
ROSENILDA VALENTE DA SILVA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 06/11/2002

DOC ORIGEM
NASC. N. 7.986 FLS. 168V LIV. A-13
CARTÓRIO 10º JOÃO PESSOA/PB
CPF 703.323.894-05

JOÃO PESSOA - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 OUT. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014202077250

VIA 1 0038933348-8 00/00000000 2018

WALBER LIMA MONTEIRO

10383781418

0FE8060/PB

NOVO PB

9C6KG0460C0057408

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

YAMAHA/FAYER YS250

2011

2012

2 P/249 /CI

PARTIC

PRATA

COTA ÚNICA

00/00/0000

1º

FAIXA / PVA

PARCELAMENTO / COTAS

2º

0

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

30/10/2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA - PB

31/10/2018

19267

7251

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190592924 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS VALENTE DE LIMA **Data do acidente:** 28/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

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 PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.5.6.7_CIRURGIA

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 dos punhos	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: 3190592924 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS VALENTE DE LIMA **Data do acidente:** 28/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

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 PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.5.6.7_CIRURGIA

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364908/19

Vítima: MATHEUS VALENTE DE LIMA

CPF: 703.323.894-05

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/12/2017

Titular do CPF: MATHEUS VALENTE DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MATHEUS VALENTE DE LIMA : 703.323.894-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019
Nome: MATHEUS VALENTE DE LIMA
CPF: 703.323.894-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MATHEUS VALENTE DE LIMA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA