



Número: **0000262-65.2020.8.17.2340**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Brejo da Madre de Deus**

Última distribuição : **13/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE (AUTOR)		KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70475935	04/11/2020 10:05	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190527407 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE **Data do acidente:** 19/05/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO HÁLUX ESQUERDO. P2/4/5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 1º DEDO DO PÉ 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 DO 1º DEDO DO PÉ
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00





SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE
DATA DO ACIDENTE 19/08/2019 CPF DA VÍTIMA 33.908.044-05
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA COLOMBIA
Nº 23 COMPLEMENTO _____ BAIRRO MARICÓ DE MARI
CIDADE CARUARU UF PE CEP 55012-260
E-MAIL msseguro.dam@arua.com.br TELEFONE (011) 9826-5922

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (*) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(*) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(*) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(*) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(*) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(*) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(*) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(*) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- * MORTE = R\$ 13.500,00
 - * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA Caruaru de 09.09.2019

IDENTIDADE

ASSINATURA Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

RESPONSÁVEL: PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA Caruaru de 09.09.2019

NOME

ASSINATURA [Assinatura]

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (Vítima beneficiária)

NOME: MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE
IDENTIDADE: 70378559, CPF: 737907044-09
EST.CIVIL: SOLTEIRO, PROFISSÃO: _____
ENDEREÇO: VL BARRA DO FARIAS N:82
BAIRRO: ZONA RURAL
CIDADE: BREJO DA M DE DEUS, UF: PE

OUTORGADO (Procurador)

NOME: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
RG: 2.923.963 SDS/PE, CPF: 386.058.134-15, EST.CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO.
END: RUA COLOMBIA N°43, BAIRRO: MAURICIO DE NASSAU, CIDADE: CARUARU, UF: PE.

Feio presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me a seguradora líder dos consorcio do seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT da VÍTIMA: MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE
CPF: 737907044-09, COBERTURA: _____

Data do acidente: 79/05/2019

Mateus Oliveira Alexandre

ASSINATURA DO OUTORGANTE (VITIMA/BENEFICIÁRIO)

Reconhecer firma por autenticidade

BREJO DA M DE DEUS, 05 de SETEMBRO de 2019

Local e data:

CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)
Av. Glória Campelo, nº 237 - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213

Reconheceu Por Autenticidade a firma de MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE
Dou fe. 05/09/2019 10:04:04 MARIA MARIA LIRA
VITIMA DE OLIVEIRA - TABELIA 0,45 Emcl. R\$ 3,39 TERC. R\$ 0,80 FENC. R\$ 0,45 FENC. R\$ 0,04 FUNSEOS R\$ 0,08 ISS R\$ 0,20 - Total R\$ 4,87

Selo: C073437.EBQ08201901.000000
"Consulte autenticidade em: www.jus.br/selautenticidat"



Cartório Único Ofício
Brejo da Madre de Deus - PE
(81) 3747-1213

ARUANA SEGURODORA
11 SET 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315153/19

Vítima: MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

CPF: 131.901.044-09

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/05/2019

Titular do CPF: MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

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

MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE : 131.901.044-09

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 ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela 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: 11/09/2019
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Josyelli de Oliveira Cabral



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315153/19

Número do Sinistro: 3190527407

Vítima: MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

CPF: 131.901.044-09

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 19/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 16/10/2019
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA





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

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527407

Vítima: MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

Data do Acidente: 19/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000002778**

Conta: **00000048456-1**

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

Pag. 01083/01084 - carta_15R - INVALIDEZ

00020542





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

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527407

Vítima: MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

Data do Acidente: 19/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

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

Pag. 00269/00270 - carta_01 - INVALIDEZ

00320135



Carta nº 14920204





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

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190527407

Vítima: MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

Data do Acidente: 19/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/10/2019, 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. 00553/00554 - carta_09 - INVALIDEZ

00290277



Carta nº 15010246





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

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190527407

Vítima: MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

Data do Acidente: 19/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 09/01/2020, 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. 00059/00060 - carta_09 - INVALIDEZ

00070030



Carta nº 15339367





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (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 445/2012

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)-33-38216677 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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00
☐ R\$1.501,00 A R\$2.500,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA 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: 2778

CONTA: 048 256

AGÊNCIA:

CONTA:

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 (assinale 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.

Peço motivo assinado, 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 (ou 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 (se houver)?

☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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 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, CAVALO-PE 09 de SETEMBRO de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PPS.001 V002/2019





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª
CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS
- DP107ªCIRC DINTER1/17ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº.
19E0197000847**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/09/2019 às 11:24

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Delito (Consumado) que aconteceu no dia 19/7/2019 às 08:08

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1. SÍTIO BAIXINHA - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS, PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ CARLOS DA SILVA (OUTRO)
MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE (VÍTIMA)**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE.

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

.....
MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE (pessoa no plágio) - Sexo: Masculino; Mãe: LUCIANA BATISTA DE OLIVEIRA - Pai: JOSÉ ALEXANDRE FILHO Data de Nascimento: 2/8/2000 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10378539/SDS/PE (RG), 13190104409 (CPF) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 35992573/909



Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, VILA BARRA DE FARIAS - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL.

DESCONHECIDO (não presente no plágio) - **Socio:** Desconhecido **Naturalidade:** NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL.

JOSE CARLOS DA SILVA (não presente no plágio) - **Socio:** Desconhecido **Naturalidade:** NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL.

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): JOSE CARLOS DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): MATHEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: PFA6773 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 456986375 Chassi: 9C2KC1670CR516699
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE ESTAVA PASSANDO PELO SÍTIO BAIXINHA, QUANDO EM DETERMINADO MOMENTO, PAROU NA ESTRADA, E LOGO EM SEGUIDA, VEIO OUTRO MOTOCICLISTA E COLIDIU NA TRASEIRA DA MOTO EM QUE ESTAVA A VÍTIMA. COM O IMPACTO, A VÍTIMA CAIU E QUEBROU O DEDO DO PÉ ESQUERDO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES ATÉ O HOSPITAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS, LOGO EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, EM CARUARU. NO OUTRO DIA, A VÍTIMA FOI NOVAMENTE TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE BEZERRAS, ONDE PASSOU POR UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. PORTANTO COMPARECEU A ESTA DE PARA INFORMAR FATO OCORRIDO.

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

MATHEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: JOSE WILSON DE SAPOS CORREIA - Matrícula: 350839-0





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (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 445/2012

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)-33-38216677 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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00
☐ R\$1.501,00 A R\$2.500,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA 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: 2778

CONTA: 048 256

AGÊNCIA:

CONTA:

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 (assinilar 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.

Peço motivo assinado, 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 (ou 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:

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (se houver)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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 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, CAVALO-PE 09 de SETEMBRO de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PPS.001 V002/2019



**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA**



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE
 Data Nasc.: 02/08/2000 Idade: 18 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: 13190104409 RG: 10378539 CNS: 898003436304249
 Endereço: VILA BARRA DE FARIA Nº: 84
 Bairro: VILA BARRA DE FARIA Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS Estado: PE
 CEP: 55170970 Fone: 996156424 Profissão: ESTUDANTE
 Nome da Mãe: LUCIANA BATISTA DE OLIVEIRA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO
 Clínica: ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 510076

Prontuário: 338815

2 - ATENDIMENTO

Data: 18/05/2019 05:24

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Trauma em 1º Env. L3 L4

Exame Físico:

PA: FC: FR:

*União de Contingência
Defensivos*

Diag. Provisório:

lesão de 1º PD

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

① Polv - 100 mg Env

AP / 12h

ARQUIVADA
 11 SET 2019

1 de 2

RX - REALIZADO

18 / 05 / 19



~~HIRA~~

Revised Rules of Order

☐ Paciente ☐ Familiar

Assinatura

☐ Paciente ☐ Familiar

Assinatura

Destino do Paciente

*) Transferência: HIP () Internamento

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Data: ____/____/____ Hora: ____ Médico: _____ CRM: _____

Usuario do Atendimento
SERGIOHS

do Atendimento
REGIÕES

ARQUIVAMENTO
11 SET 2013



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02778

CONTA: 000000048456-1

Nr. da Autenticação 18E7548EFA8E084F





NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50090-902
CNPJ 14.835.932/0001-08 | Insc. Est. 300349-65 | www.celpe.com.br

EXERCISES TO COMPLETE

JOSE ALEXANDRE FILHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

V. BARRA DE FARIAS 82

CPF 812 404 574-48 NIS 12538923400

classificato

EN RESIDENCIAL
BAIA RENDA COM NIS

VILA BARRA DE FARIAS BARRA FARIAS
BREJO DA MADRE DE DEUS PE
55170-000

Nº DA NOTIFICAÇÃO	DATA	ASSUNTO
00000000	10/04/2016	00000000
APPROVAÇÃO	Nº DO PROCESSO	Nº DA NOTIFICAÇÃO
2015/2016	2015/2016	50000000

55170-000	
DATA D'ENTRATA	DATA DI USCITA
7008790544	05/2019
DATA DI USCITA	DATA DI USCITA
30/05/2019	21/06/2019
TOTALE A PAGARE	50,38

DESCRIÇÃO DA MOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo ate 30 kWh	30,0000000	R 19494342	5,94
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh	70,0000000	R 23401170	22,30
Consumo Ativo superior a 100 ate 300 kWh	32,0000000	R 60740843	11,03
Adicional de Bandeira AMARELA			0,56
Copio. Imp. Pauta Municipal			R 54

TOTAL LAFATUE=

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA PONTAÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE C/D	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
71.415.728	147	23-04-2018	8.997,00	23-05-2018	9.482,00	0	0,00000		485,00

WSTĘP DO PRAC CONCLUSIVO

INFORMAÇÕES DE TRIBUNAL

COMPTON'S 3000000

[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

Downloaded At: 11:53 11 September 2009

	CONSUMO PRODUTOS LIXE	VALOR MENSUAL	LIMITE MENSUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DMC	MATERIALS	1,00	5,75	1,25	23,18
FFQ	MATERIALS	3,00	3,30	0,80	13,28
CMC	MATERIALS	0,80	3,37	0,00	0,00

© 1999 Blackwell Science Ltd

LIMITE DE VARIACAO (%)	LIMITE DE VARIACAO (%)	
	MINIMO	MAXIMO
2.0	2.0	2.2

Lecture 07 8/13/22

6.66 - Valor da Divulgação da Oferta em Captação de Recursos - R\$ 10,39

CODIGO CONTRATO	MESIANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
3008TR0543	05/2019	30/05/2019	

83870000000-1 50360011007-5 00879054410-0 13982150463-2



6 ARUANA SE
11 SET 2013



AVENIDA CRUZ CABRERA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0193
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compeda.com.br

Nº Documento: 2019076336914

Escritório: CARUARU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DATA DO ATENTE

MARIA JOSE DE SIQUEIRA ARAUJO

R COLOMBIA, N. 00043 - MUNICIPIO DE NASSAU CARIBBE PR 55012-260

DESCRITO: 041.541.330.0189.000

Grupo: 3

matricula:

00633691.4

07/2019-3

OPCLD DISE. AUTOMATIC: 00633691.4

REGDNEAVBL

2000年10月1日 第1000号

SITUAÇÃO AGUA LEGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVEL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL	INDUSTRIAL	PUBLICO
HEBIDROMETRO A03P002937	DATA LEIT. ANTERIOR 26/06/2019	OBSERVAÇÃO 25/07/2019			TIPO DE CONSUMO (X/E) REAL /
AGUA LEIT. ANT.: 1663 LEIT. ATUAL: 1680 LEIT. FAT.: 1680	CONSUMO: 17	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:			VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERENCIAL/CONSUMO		NÚMEROS DE ANÁLISES			
		PARÂMETROS	EXIC. PELA PORT. NR 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ADHEREN A LEGISLAÇÃO
06/2019	167	TURBIDEZ	185	189	119
05/2019	157	COR APARENTE	186	189	93
04/2019	157	CLORO RESIDUAL	186	189	189
03/2019	147	COLIFORMES TOTAIS	186	189	189
02/2019	177	E.COLI	185	189	189

OBSERVAÇÃO: (1) COLIFORMES TOTAIS AGÊNCIA EM 316 DAS ANÁLISES EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	7 M3	33,18
MULTA F/IMPONTUALIDADE 06/2019		1,43
JUROS DE MORA 05/2019 03/2019		2,43

Variable	Mean	SD	Median	Mode	Range	Skewness	Kurtosis
PLS	74,48	1,85	74,48	74,48	72,50 - 76,42	1,23	5,66
CONFIRM	74,43	7,60	74,43	74,43	60,00 - 88,89	0,95	3,25

05/08/2019

TOTAL A PAGAR: 78,31

IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 72.86. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A
 NEGA-TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

Smilga pos. INTERNET

06/09/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185



0800-2813844

NATRICULA:

00633691.4

07/2019-3

VENCIMENTO: 05/08/2019

TOTAL A PAGAR:	78,31
----------------	-------

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COLLETTA

8282000000-5 78310018041-5 00633691401-5 07201930003-1



AUTENTICACÃO MECÂNICA

13



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:05:16
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410051624300000069102606>
 Número do documento: 20110410051624300000069102606

Num. 70475935 - Pág. 19



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu MARIO JANDOIR DE ARAUJO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 386.058.134 / 15
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE Inscrito
(a) no CPF sob o Nº 323.901.044/05 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE Inscrito (a) no CPF sob o Nº 323.901.044/05, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ 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 RUA COLOMBIA		Número 43	Complemento
Bairro MAURICIO DE NASSAU	Cidade CARUARU	Estado PE	CEP 55012-260
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
			81 99832-9777/81 98216-8877

Caruaru, 09 de SETEMBRO de 2019

Local e Data

Mario Jandoir de Araujo
Assinatura do Declarante

DLDRL-001 V001/2017

ARUANA SEGURADORA
11 SET 2019





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda à sexta-feira, das 9h às 18h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4033-1908 / Outras regiões: 0800 022 12 04
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Operadora: 0800 022 91 95

Eu, JOSE CARLOS DA SILVA

RG nº 5391391

data de expedição 1/1

Órgão S.S.P. PE

portador do CPF nº 024908784-90

com domicílio na cidade de BREJO DA M DE DEUS, no Estado de PERNAMBUCO

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

VL BARRA DO FARIAS

nº 514

complemento CASA

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE, cujo o condutor era

MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA CG 150 FAN Ano: 2012

Placa: PFA 6773 Chassi: 9C2KC1620CR516699

Data do Acidente: 19/05/2019

Local e Data: BREJO DA M DE DEUS DS-09-2019

Jose Carlos da Silva

Assinatura do Declarante

Mateus Oliveira Alexandre

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)

R. Olyta Campelo, nº 277 - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213

Reconheço Por Autenticidade as firmas de MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE, JOSE CARLOS DA SILVA

Doc. fe. de 09/2019 10:05:28 ROZANIA MARIA

LIA VIEIRA DE OLIVEIRA - TABELIA

Empl. R\$ 6,78 TSNR R\$ 1,60

FERR. REG. FERM R\$ 0,08 FUNSEG R\$ 0,16

ISS R\$ 0,00 - Total R\$ 8,52.

Selo: 073437.KIB08201901.00286\0073437.WM308201901.00287

*Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seloagptel

Cartório Único Ofício
Brejo da Madre de Deus - PE
(81) 3747-1213



NOME: Matheus de Lencas Alexandre

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do polegar (L) CID-10: S92, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 23, 05, 19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 7461 CRM-PE 21625

Bezerros, 20, 08, 19

ARUANA SEGURADORA
11 SET 2019



**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA**



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE
 Data Nasc.: 02/08/2000 Idade: 18 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: 13190104409 RG: 10378539 CNS: 898003436304249
 Endereço: VILA BARRA DE FARIA Nº: 84
 Bairro: VILA BARRA DE FARIA Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS Estado: PE
 CEP: 55170970 Fone: 996156424 Profissão: ESTUDANTE
 Nome da Mãe: LUCIANA BATISTA DE OLIVEIRA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO
 Clínica: ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 510076

Prontuário: 338815

2 - ATENDIMENTO

Data: 18/05/2019 05:24

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Trauma em 1º Env. L3 L4.

Exame Físico:

PA: FC: FR:

*União de Contingência
Defensivos*

Diag. Provisório:

lesão de 1º PD

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

① Polv - 100 mg - 1x

AP / 1x

ARQUIVADA
 11 SET 2019

1 de 2

RX - REALIZADO

18 / 05 / 19



~~HIRA~~

Polymers
 Resins
 & Solids

☐ Paciente ☐ Familiar

Assinatura

☐ Paciente ☐ Familiar

Assinatura

Destino do Paciente

Transferência: HIC ☐ internamente

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: / / Hora: Médico: CRM:

2 de 2

SERGIONS

do Atendimento
ERGIONS

ARUANA S. C. 1034
11 SET 2013





NOME: MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

REGISTRO: 125344

DATA DA CIRURGIA: 23/05/2019

ALTA: 24/05

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXACAO DO HALUX

TRATAMENTO: RAFI

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 20/06 AS 7HS

2 REVISÃO

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:

Dr. Feli. Cordeiro
Cirurgia e Anestesia
CRM - 137451
22/05/2019



FICHA DE EMERGÊNCIA

Reg: 731227

DATA:			
19/05/19			
HORA:	TELEFONE:	NUMERO DO PRONTUARIO:	
03:08			
NOME:			
Mauricio Oliveira Alexandre			
DATA DE NASCIMENTO:		SUS/CPF/RG:	
		SD.	
IDADE:	SEXO:	ESTADO CIVIL:	
18 anos	M.		
RESPONSÁVEL:			
O mesmo			
ENDEREÇO:			
St. Barra de Farias			
CIDADE:			
B. Moura.			
ENFERMEIRO CHEFE:			
Karla			
TÉCNICO DE ENFERMAGEM:			
MÉDICOS:			
Dr. Henrique + Dr. André			
EXAME FÍSICO:			
Pc. regular, sem sinais de desidratação			
PRESSÃO ARTERIAL:	HGT:	TEMPERATURA:	PESO:
CONDIÇÃO:			
- Fígado icterico, fígado normal			
Consultas Simples ()			
Pequena Cirurgia: _____			
Consultas / Observação ()			
transferência ()			
ASSINATURA: _____			
SOMA: 5687013			



PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UPA – MESTRE CAMARÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o (a) paciente:
Mateus Oliveira Alexandre
foi assistido (a) em caráter de urgência nesta Unidade de saúde,
no dia 19/05/19.

Brejo da Madre de Deus 21/08/19

Atenciosamente

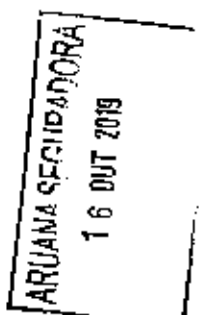

Lucinalva Silva
Direção Administrativa
Diretora

Praça Vereador Abel de Freitas S/N
Brejo da Madre de Deus CEP:55170000
Fone:3747-1164





NOME: Matheus de Oliveira Alexandre



LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do hálux (L) CID-10: S92, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 23, 05, 19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25104-PE 21025

Bezerros, 20, 06, 19



Atendimento: 544071 Data: 19/05/2019 Hora: 16:46
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. SERGIO MEDEIROS DA S. JUNIOR

Recepo.: SIMONE VITORIA DE SANTANA
Matricula: 706504314386796
Identidade:
Cartão SUS: 706504314386796

Paciente: 125344 MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE
Nascimento: 02/08/2000 - 18 Anos e 9 Meses.
Endereço: VILA BARRA DE FARIAS, 84
Bairro: ZONA RURAL CE
IBGE/Cidade: 2602605 BREJO DA MADRE DE DEUS UF:
Pai: JOSE ALEXANDRE FILHO
Mãe: LUCIANA BATISTA DE OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo:	MASCULINO	Cor:	
Est. Civil:			
C.P.F.	13190104409		
Identidade:	10378539	SDS	PE
Telefone:			
G.Instrução:			
Ocupação:			
Naturalidade:	OSASCO-SP		

Obs.: SENHA ORT. 575186

Queixa do Paciente:

Queda de modo e natureza de feno halux e) hox.
Relata exposica de tecido osso e) reduca e situe no
servico de origem.

H.D.A.:

ϕ abaya ϕ comariboden

Exame Físico:

ARUANA SEGURODORA
16 OUT 2019

H.D.:

Tratamento:

Internica
VPM

Bezerros, 19 de maio de 2019

Sergio M. S. Junior
Assina

Assinatura e Carimbo do Médico

Conferido Com Documento

Original Bezerras PE 3012918
Hospital Jesus Pequeno

Jose Lourivaldo dos Santos
Assistente Social
CRESS 10177



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:05:16
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410051624300000069102606>
 Número do documento: 20110410051624300000069102606

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER_04 - LEITO-02

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 544071 Data: 19/05/2019 Hora: 16:45
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. SERGIO MEDEIROS DA S. JUNIOR

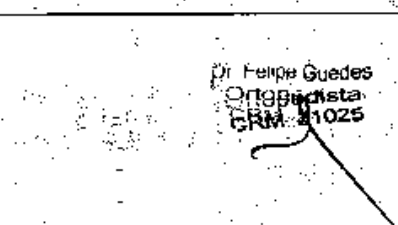
Recep.: SIMONE VITORIA DE SANTANA
Matricula: 706504314386796
Identidade:
Cartão SUS: 706504314386796

Paciente: 125344 MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE
Nascimento: 02/08/2000 - 18 Anos e 9 Meses
Endereço: VILA BARRA DE FARIAS, 84
Bairro: ZONA RURAL CEP:
IBGE/Cidade: 2602605 BREJO DA MADRE DE DEUS UF: PE
Pai: JOSE ALEXANDRE FILHO
Mãe: LUCIANA BATISTA DE OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.: 13190104409
Identidade: 10378539 SDS PE
Telefone:
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: OSASCO-SP

Recepcionista:

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

Atendimento Hospitalar	Data: 24/05/19
Médico:	
	
Assinatura / CRM	

Observação

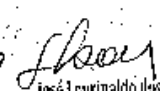
Transferência Hospitalar	Data: / /
Médico:	
	
Assinatura / CRM	

Diagnósticos
Diagnóstico Provisório:

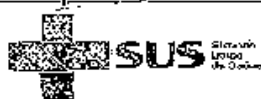
Óbito	Data: / /
Médico:	
	
Assinatura / CRM	

Diagnóstico Definitivo:

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 30/09/19
Hospital Jesus Pequeno


José Leonardo dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE			6 - Número do Prontuário 125344	
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 706504314386796	8 - Data Nascimento 02/08/2000	9 - Sexo MASCULINO 1	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe LUCIANA BATISTA DE OLIVEIRA			12 - Telefone de Contato	
13 - Nome Responsável			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) VILA BARRA DE FARIAS, 84 () - ZONA RURAL				
16 - Município da residência BREJO DA MADRE DE DEUS		17 - Cod. IBGE município 2602605	18 - UF PE	19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos Fratura de hálux @				
21 - Condições que justificam a internação Trto especializado				
22 - Principais resultados das provas diagnósticas (Resultados de exames realizados) Ex @ 04.08.05-242.0				
23 - Diagnóstico inicial Fratura de hálux	24 - CID 10 Principais S924	25 - CID 10 Sec @	26 - CID 10 Causas associadas 04.11-04.05.5	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado Internação @ 04.08.06.418.4				
28 - Código do procedimento				
29 - Clínica Ortopedia	30 - Caráter de Internação Urgente	31 - Documento (X) CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 203.4086.3045.3700	
33 - Nome do Profissional Solicitante Sergio Medeiros de S	34 - Data da solicitação 19/05/2013	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho) Sergio M. de S. Médico @		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Data do Bilhete	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CNA
38 - () Acidente de Trabalho trajeto		45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Apos. @	

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cod. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261910545824-4
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)		

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 2009 13
Hospital Jesus Pequenino

José Lourenço dos Santos
Assistente Social
CRAC 111111

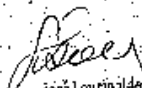




RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE CLÍNICA ORTOPÉDICA	NUMERO DO REGISTRO 125344
CIRURGIÃO JOSE FELIPE GUEDES	ANESTESISTA DRA LUCIA
ANESTESIA BLOQUEIO DIGITAL + SEDAÇÃO	
DATA DA OPERAÇÃO 23/05/2019	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DO HALUX ESQUERDO + FERIMENTO EM HALUX ESQUERDO + LESÃO DE TENDÃO EXTENSOR DO HALUX ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DO HALUX ESQUERDO + FERIMENTO EM HALUX ESQUERDO + LESÃO DE TENDÃO EXTENSOR DO HALUX ESQUERDO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DO HALUX ESQUERDO + DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM HALUX ESQUERDO + TENORRRAFIA DO EXTENSOR DO HALUX ESQUERDO	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
RESUMO DA OPERAÇÃO	
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS 3. DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM HALUX ESQUERDO 4. REDUÇÃO DE LUXAÇÃO EXPOSTA 5. FIXAÇÃO COM FIO DE K 6. TENORRRAFIA DO EXTENSOR 7. LAVAGEM COM SF0,9% 8. SUTURA POR PLANOS 9. CURATIVO	

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assistente Social
CRESS 10150

Conferido Com Documento
Original Bezeros PE 309119
Hospital Jesus Pequeno


José Lourenço dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150

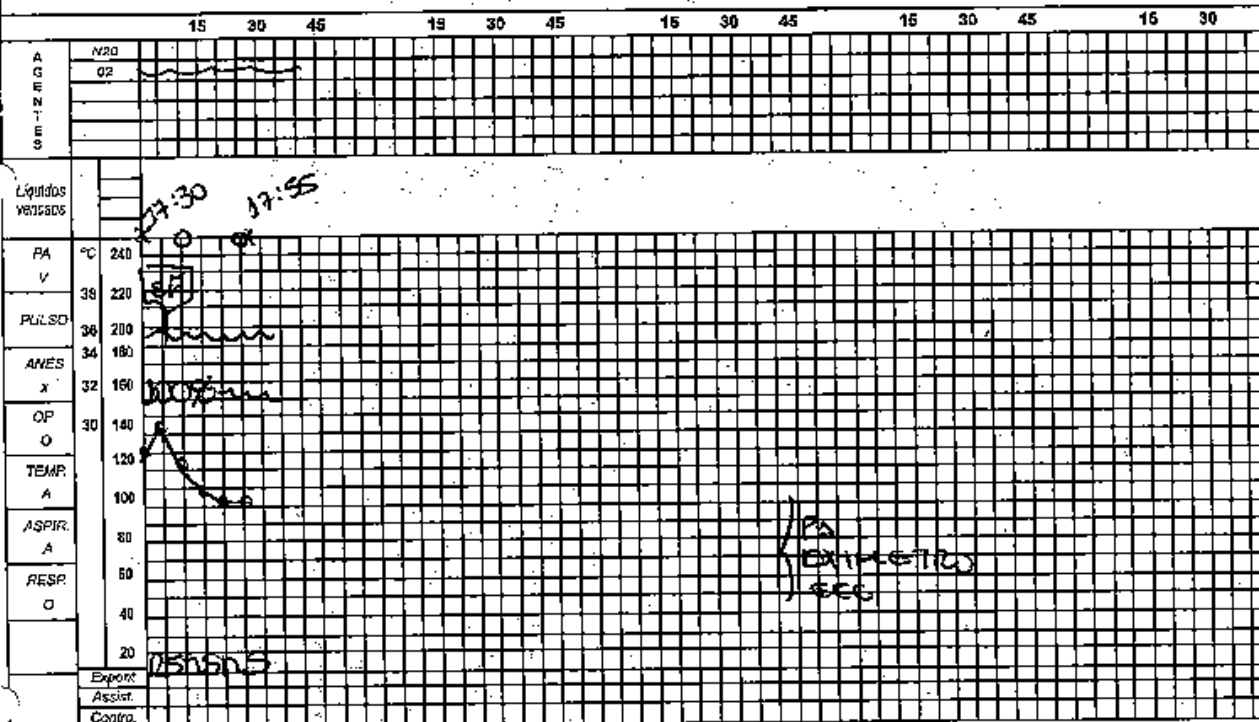


FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
Data: 23/05/19

Anestesia: Bloqueio troncular + sedação
Nome: Mateus de Oliveira Nº do Registro _____ Nº. na Clínica: _____
Clínica: Ortopedia Quarto: _____ Leito: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____
Operador: Felipe Cuedes Assist.: _____ Anestesista: Lucia Lima
Diag. Preop.: _____ Diag. Posop.: _____
Op. Proposta: Tratamento cirúrgico de fratura de 1º (Hálux)
Premeditação: _____ Hora: _____ Resultado: (MO 1-2-3) Risco 1-2-3-4
(AO 1-2-3)

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A. ① Midazolam	5mg	Bloqueio Troncular + sedação	
B. ② Fentanyl	75ug		
C. ③ Ketorolac	20mg		
D. ④ Xarelto	200mg		
E.			
F.			
G.			
LÍQUIDOS		CÂMULA - NASOFARÍNGEA NASOFARÍNGEA - CEGA BAL. - TAM. - CALIBRE DO TUBO SOB. - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
SF 0,9% - 500ml			
TOTAL		Tempo de Anestesia	
OPERAÇÃO:			
ANESTESISTA:		GIRURGIÃO:	
Lucia Lima		Dr. Felipe Cuedes	
CRM: 75.594.40		Ortopedista	
		CRM: 21026	
		PERDA SANGÜÍNEA:	

Conferido Com Documento Original Bezerros PE 2023/19





HOSPITAL JESUS PEQUENINHO

COMANDA

474347

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Mateus de Oliveira Alexandre Registro Nº 125344
Apt.: _____ Enfermaria: _____ Data: 23/05/19
Cirurgia: Fratura luxação de 1º DDE Cirurgião: Dr. Felipe
Anestesia: Coloquiu local Anestesiista: Dr. Lucas
Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	valor unit.	valor Total	Especificação	Quant.	valor unit.	valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Dipirona			
Nauseazon				Narcan			
Água Destilada				Nitride			
Tenoxicam				Dimorf 0,1			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmina			
Cloreto de Sódio				Fentanil Espinhal			
Cediladine				Quelicin			
Decadron				Hidrocortizona 100mg			
Dormonid				Hidrocortizona 500mg			
Diazepam				Rocafin 1g			
Dolantina				Seurifurano			
Neomicina Pomada				Reviven			
Efonil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Omeprazol				Styptanon			
Fentanil 5ml				Clindamicina			
Dexametazona Pomada				Sulfato de Magnésio			
Flumucil				Soro Glicosado			
Ranitidina				Soro Fisiológico			
Tramal				Tiionembulal			
Gluconato Cálcio				Xilocaina Pesada			
Glicose				Xilocaina 2% s/a			
Propofol				Xilocaina 2% c/a			
Rapifen				Xilocaina 1% s/a			
Cisatracur				Xilocaina Geléa			
Tansemín				Xilocaina Spray			
Vitamina M				Metronidazol 500mg			
Keilin				Enxofantina 40mg			
Ketalar				Drenin			
Lesix				lovsilon			
Methergin							
Marcosina Pesada							
Marcosina s/a							
Marcosina c/a							
Voluvam							

Conferido Com Documento

Original Bezerras PE 302919

Ital Jesus Pequenininho

Jose Moura dos Santos
Assistente Social
CRESS 13190



Especificação	Quant.	valor unit.	valor Total	Especificação	Quant.	valor unit.	valor Total
Jeico				Coletor Sistema Fechado			
Aguilha desc. 25x7140x1210,45x13	03	unid		Coletor Sistema Aberto			
Aguilha de Flexo				Azul de Metileno			
Aguilha Raças				FICS			
Equipo de Micação Gotas				PSD			
Algodão Hidrômico				CatGut Simpa s/a			
Algodão Ortopédico	01	unid		CatGut Simp c/a			
Dreno de Sucção				CatGut Crom s/a			
Atadura Crepe 15cm	01	unid		CatGut Crom c/a			
Atadura Gesso				Fio de Algodão			
Bolsa p/ Colostomia				Fio de Aço			
Comp. Cirúrgica	01	unid		Fio Kirschner 1,50			
Dreno Tórax				Fio Maleável			
Dreno Penrose				Mononylon			
Polifix				Mononylon			
Equipo Macro Gotas				Procelene			
Esparradrapo	1x			Propelene			
União p/ soluções Parenteral 2 vias				Polycot			
Esparradrapo Micropore				Seda			
Liga Glip				Mono Cril			
Gaze 7x5x7,5 - III	03	unid		Vicryl			
Escova de Degermação	03	unid		LÍQUIDOS			
Pulseiras de RN				Água Oxigenada	50	ml	
Clama Umbilical				Alcool 70%	50	ml	
Intracath				Glutaraldeído			
Luva Descartável 70x15	04	unid		Éter	30	ml	
Luva Comum				Formol			
Lâmina Bisturi 21	01	unid		Clarexidina	100	ml	
Lêter 204				Glutaril			
P.S. Petersen				Por Descontante			
P.L. Sherman				CHIC 250			
Pr.S. Petersen				Das ás			
Per. Sherman				TABAS			
Pino Stelman				Oxímetro de Pulso	1x		
Prótese Tompson				Aspirador			
Scalp				Bisturi Elétrico			
Seringa 03 cc				Desfibrilador			
Seringa 05 cc	01	unid		Monitor	1x		
Seringa 10 cc	01	unid		Eletrodos	05	unid	
Seringa 20 cc							
Toucas	04	unid					
Máscaras	04	unid					
Pro-Pés	04	unid					
Seringa de 01 cc							
Sonda Estom n°							
Catelet Nasal	01	unid					
Sonda Uretral n°							
Sonda Foley n°							
Sonda 3v n°							



REF 32015E

LOT 16343

Reg. ANVISA: 10209720010

Severina Aparecida dos Santos
Técnica de Enfermagem
COREN PE 669427





HOSPITAL
JESUS PEQUENINHO
EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME: Mateus de Oliveira Alexandre DATA: 19/05/19
HD: Exat 1: PDD
EM USO DE: _____

DADOS DE ENFERMAGEM:

DISGLICEMIA () SIM () NÃO _____

DISTERMIA () SIM () NÃO _____

PRESSÃO ARTERIAL NORMAL () _____

QUEIXAS

EXAME FÍSICO:

EG : ☒ CONSCIENTE () ORIENTADO () CORADO () HIDRATADO () EUPNEICO () AFEBRIL
() OUTROS _____

ACY : ☒ RCR em 2T, BNFS/S () OUTROS _____ FC _____ bpm
PA x mmHg

AR : ☒ MV + em AHT, S/RA () OUTROS _____ SATO2 _____ %

ACY : ☒ ABDOME _____, FLÁVIO, DEPRESSÍVEL, S/VMG, RHA + NORMATIVOS () INDOLOR

() DOR À PALPAÇÃO EM _____

() OUTROS _____

OUTROS: _____

EXT : ☒ SEM EDEMAS () OUTROS _____

CONDUTA:

Plat 08

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 200913
Hospital Jesus Pequenininho

Assinatura
José Lourenço dos Santos
Assistente Social
CRESS 10153

Assinatura
Dr. João André G. Sampaio
Médico
CRM PE 25313

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
131.901.044-09

Nome
MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

Nascimento
02/08/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

OIR-23

Mateus Oliveira Alexandre

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
 SERIAL **10.378.539** DATA DE
 EMISSÃO **16/05/2016**

Nome
<< MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE >>

FILIAÇÃO
<< JOSÉ ALEXANDRE FILHO >>
<< LUCIANA BATISTA DE OLIVEIRA >>

NATURALIDADE
OSASCO - SP DATA DE NASCIMENTO
02/08/2000

DOC. ORDEM **<< CN.14163 LA.237 F.252 CART.OSASCO-
 SP 04.08.2008 >>**

CNPJ
131.901.044-09

Assinatura do Diretor

ARJANA S. GUARDADORA
 11 SET 2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 014357141504	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CSS, RESERVA	INSTR	EXERCÍCIO
1	456986275	*****	2019
NOME			
JOSE CARLOS DA SILVA			
Cidade			
CARUARU-PE			
CNPJ		PLACA	
024.908.184-90		PFA6773	
PLACANTAR		CATEGORIA	
*****		9C2KC1670CR516699	
ESPECIE/TIPO		COMBUSTÍVEL	
FAS MOTOCICLETA		ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO		ANO FAB. - ANO MOD.	
HONDA/CG 150 FAN ESI		2012 2012	
CAPACIDADE	CATEGORIA	COR/PAV. DOMINANTE	
2P/149CL	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
1º IPVA 2019 QUITADO		1º *****	
2º *****		2º *****	
3º *****		3º *****	
PREMIO TARIÁRIO (R\$)		PREMIO TARCIAL (R\$)	
80.11		0.32	
DATA DE PAGAMENTO		19/02/19	
SEM RESERVA			
Assinado eletronicamente por: Roberto Carlos Moreira Fontelles			
CARUARU-PE 21/02/19			
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR			

SEGURO OBRIGATORIO DE TRANSPORTES CAUSADOS POR VEICULO			
PE Nº 014357141504 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
JOSE CARLOS DA SILVA			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT			
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO			
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 822 1204			
Cidade		EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO	
CARUARU-PE		2019 21/02/19	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	024.908.184-90	PFA6773	
REN/ANM	MARCA / MODELO	ANO FAB. - ANO MOD.	
456986375	HONDA/CG 150 FAN ESI	2012 2012	
ANO FAB.	ANO MOD.	VENC. COTA ÚNICA	
2012	09	9C2KC1670CR516699	
PREMIO TARIÁRIO			
PREMIO TARIÁRIO (R\$)	PREMIO TARCIAL (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
80.05	4.01	40.05	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	COF (R\$)	PREMIO TARCIAL SEMPRE (R\$)	
4.15	0.32	84.58	
☒ COTA ÚNICA	PAGAMENTO	DATA DE OUTRADA	
	ENCERREDO	14/02/19	
SEGURODORA LIDER - DPVAT			
CNPJ 05.245.804/0001-04			
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.			
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO			

11 SET 2019