



Número: **0801193-28.2019.8.18.0049**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Elesbão Veloso**

Última distribuição : **08/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
INDELSON PEREIRA (AUTOR)		FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
94557 19	29/04/2020 17:01	Citação	Citação
85722 07	29/02/2020 06:43	Despacho	Despacho
81188 25	30/01/2020 13:30	Certidão	Certidão
55774 28	08/07/2019 13:55	Petição Inicial	Petição Inicial
55774 35	08/07/2019 13:55	DOC INDELSON PEREIRA	Documentos



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
CABINETE DA Vara Única da Comarca de Elesbão Veloso DA COMARCA DE ELESBÃO
VELOSO
Praça Santa Teresinha, 242, Centro, ELESBÃO VELOSO - PI - CEP: 64325-000

PROCESSO Nº: 0801193-28.2019.8.18.0049
CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]
AUTOR: INDELSON PEREIRA

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CARTA DE CITAÇÃO

Ao Senhor

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Comunico-lhe que tramita nesta **Vara Única da Comarca de Elesbão Veloso** a Ação PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) (Processo n.º 0801193-28.2019.8.18.0049) que tem como requerente AUTOR: INDELSON PEREIRA

e como requerido REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

É, pois, a presente para **CITAR**, por meio de Vossa Senhoria, REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

, para **CONTESTAR**, querendo, esta ação no prazo de **15 (quinze) dias úteis**, sob pena de se considerarem verdadeiros os fatos alegados pela autora, nos termos do art. 344 do Novo Código de Processo Civil.

As cópias dos documentos necessários podem ser acessadas, utilizando as chaves de acesso abaixo,



na url <https://tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> :

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	190708135355359000000005341718
DOC INDELSON PEREIRA	Documentos	190708135355597000000005341724
Certidão	Certidão	20013013300110500000007754214
Despacho	Despacho	20022906430933600000008186048

ELESBÃO VELOSO-PI, 29 de abril de 2020.

LAIANE DOS SANTOS OLIVEIRA
Secretaria da Vara Única da Comarca de Elesbão Veloso





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

**Vara Única da Comarca de Elesbão Veloso DA COMARCA DE
ELESBÃO VELOSO**

Praça Santa Teresinha, 242, Centro, ELESBÃO VELOSO - PI - CEP: 64325-000

PROCESSO Nº: 0801193-28.2019.8.18.0049

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]

AUTOR: INDELSON PEREIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Vistos etc. Defiro os benefícios da gratuidade da Justiça, assim como, a inversão do ônus da prova em favor da parte autora.

Ante as especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, reservo-me para momento posterior a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, VI, do CPC e em consonância com o Enunciado nº 35 da ENFAM ("Além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI, do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo").

Cite-se, pois, a Seguradora demandada - para contestar a presente ação, querendo, no prazo legal, ressaltando que a ausência de contestação implicará no decreto da revelia e na presunção de veracidade dos fatos elencados na petição inicial.

Cumpra-se.

ELESBÃO VELOSO-PI, 29 de fevereiro de 2020.

Juiz de Direito da Vara Única da Comarca de Elesbão Veloso





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

CABINETE DA Vara Única da Comarca de Elesbão Veloso DA COMARCA DE ELESBÃO VELOSO

Praça Santa Teresinha, 242, Centro, ELESBÃO VELOSO - PI - CEP: 64325-000

PROCESSO Nº: 0801193-28.2019.8.18.0049

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]

AUTOR: INDELSO PEREIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Certidão de Triagem

Certifico que, nesta data, realizei a triagem e constatei a regularidade da representação, motivo pelo qual faço sua conclusão para despacho inicial.

ELESBÃO VELOSO-PI, 30 de janeiro de 2020.

ANTONIO PEREIRA DA SILVA

Secretaria da Vara Única da Comarca de Elesbão Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO PEREIRA DA SILVA - 30/01/2020 13:30:01

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013013300110500000007754214>

Número do documento: 20013013300110500000007754214

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUÍZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA
DE ELESBÃO VELOSO - PI**

INDELSON PEREIRA, brasileiro, solteiro, operador de máquinas, inscrito no CPF nº 019.484.493-58 e portador do RG nº 50247093-SSP/PI, residente e domiciliado na Localidade Xiquexique, S/N, CEP: 64325-000 zona rural do Município de Elesbão Veloso - PI, por seu Advogado "*in fine*" assinado, constituído nos termos do incluso instrumento de mandato (doc. em anexo), com endereço profissional na Rua das Orquídeas, nº 1097, Bairro de Fátima, CEP: 64.049-534 Teresina- PI, onde recebem intimação e correspondências de estilo, telefones para contato: (86) 99973-0022/ 99446-7935/ 3231-2809/ 99996-4692, E-mail: frmoliveira@hotmail.com, vem, mui respeitosamente, com a devida vênua à honrosa presença de Vossa Excelência, com supedâneo nos artigos 319 do Novo Código de Processo Civil, da Lei Federal 6.194/74 e 8.441/92, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, pessoa jurídica inscrita no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º Andar, Bairro Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-201, pelo motivo de fato e de direito a que passa a expor, ponderar e ao final requerer:

1 – PRELIMINARMENTE

1.1 - DA JUSTIÇA GRATUITA

O requerente solicita o benefício da gratuidade de justiça, nos termos da Legislação Pátria, inclusive para efeito de possível recurso, tendo em vista a impossibilidade de o autor arcar com as despesas processuais sem prejuízo próprio e de sua família nos termos da Lei 1.060/50.

2 – DOS FATOS



O Autor, em data de **25/06/2016 (vinte e cinco de junho de dois mil e dezesseis)**, por volta das 20:35 horas, era condutor em uma motocicleta Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS, cor: VERMELHA de placa DYL-0257-DIADEMA-SP conduzida pela a parte autora, o mesmo trafegava na motocicleta acima mencionada pela rua Paulo Nishi na cidade de Morro Agudo – SP, no sentido centro x bairro, quando a cerca de cem metros já que teria adentrado na referida foi fechado por um veículo cuja características não pode anotar, sendo que em tal momento veio por se acidentar caindo sobre uma calçada e colidindo com uma árvore. Após foi socorrido ao hospital local, onde foi diagnosticado com fraturas em sua coluna torácica, conforme BOLETIM DE OCORRÊNCIA N ° 869/2016 (documento em anexo).

Assim, inequivocamente, tendo em vista o fato supra noticiado, o Autor é beneficiário da indenização de **SEGURO DPVAT**, conforme dispõe a legislação de regência.

O requerente teve como resultado do trágico acidente uma **enfermidade incurável**, conforme se observa no **Laudo/Relatório médico** em anexo, o requerente apresentou fratura do corpo vertebral de T 7 e platô superior de T 8, com discreta luxação lateral T 7 – T 8 (documentos em anexo).

Assinale que o Autor, mediante procedimento administrativo, deu entrada em requerimento de indenização de **SEGURO DPVAT**, **sendo que a seguradora responsável negou o pagamento da indenização, que em caso de debilidade permanente** o valor estipulado pela Lei 6.194/74, com as alterações da Lei 11.482/07, é no importe de **R\$ 13.500,00 (TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS)**.

Tal entendimento, Preclaro Magistrado, é fundamentado na **Lei Federal n.º 6.194/1974** com as respectivas alterações **da Lei n.º 11.482/07**, que ampara e assegura, de forma incontroversa, o direito do autor de receber o **SEGURO DPVAT – INVALIDEZ PERMANENTE** no patamar de **R\$ 13.500,00 (TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS)**, em face **da comprovação da invalidez permanente**, como restara devidamente provada no LAUDO MÉDICO.

Desta forma, as sequelas restam inequivocamente provadas mediante a juntada aos autos, como ora se faz, **do Laudo Médico, Boletim de Ocorrência**, de que foi vítima o autor, bem assim, e fundamentalmente, a **INVALIDEZ PERMANENTE** (docs. em anexo).

A verdade é uma só Excelência, o Requerente é beneficiário da indenização do **SEGURO DPVAT** em seu valor máximo de **R\$ 13.500,00 (TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS)**, pois foi vítima de acidente de trânsito, em que restou aqui comprovado o grau de **INVALIDEZ PERMANENTE** do mesmo, conforme **LAUDO MÉDICO**.

Desta forma, a demandada deverá indenizar o requerente, conforme determina a **Lei Federal 6.194/74 alterada pela Lei 11.482/07**, que assegura o pagamento aos beneficiários de Seguro DPVAT em caso de **INVALIDEZ PERMANENTE** o importe de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, conforme se demonstrará a seguir.

3 – DO DIREITO

Nos termos do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, os danos pessoais circundados pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de



assistência médica e suplementar:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Certamente, no caso de **Invalidez Permanente, o pagamento da indenização de Seguro DPVAT**, conforme determina a lei 6.194/74 com as alterações **da lei 11.482/07, deverá ser de 13.500,00 (TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS).**

Outra não é a realidade fática do caso em exame, tendo em vista, relatório médico em anexo, que comprova o grau de **invalidez permanente** do autor, o que autoriza de forma iniludível o deferimento da verba indenizatória no patamar fixado pelo dispositivo legal acima, qual seja, **R\$ 13.500,00 (TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS).**

Impende mencionar que a própria Lei 6194/74, em seu artigo 5º, § 1º determina que a indenização seja paga com base **no valor vigente na época da ocorrência do sinistro**, senão vejamos:

Art. 5º - O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de trinta dias da entrega dos seguintes documentos: (Parágrafo alterado pela MP 340/06).

a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte;

b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente no caso de danos pessoais.

Apenas para argumentar, há que se dizer que a lei acima, que disciplina o caso



vertente, **não distingue entre invalidez total ou parcial**, não podendo, portanto, o intérprete ou o julgador distinguir onde a lei não o faz. Com isso, torna-se despiciendo verificar se a invalidez que acometeu o autor é total ou parcial, muito embora, perceba-se que, no caso em exame, **são PÚBLICO E NOTÓRIO QUE É PERMANENTE**.

Assim, incontroversa, pelas provas carreadas oportunamente aos autos, que o grau de invalidez do demandante é **PERMANENTE**, não gerando nenhuma dúvida no tocante à sua pretensão, caracterizando, deste modo, grau de invalidez permanente.

3.1 – DA NÃO EXISTÊNCIA DO IML (INSTITUTO MÉDICO LEGAL)

O município onde reside o Autor não possui estabelecimento do Instituto Médico Legal (IML), o que dificulta a realização da perícia médica para que haja a verificação da invalidez permanente por parte do requerente.

Todavia, Vossa Excelência, há julgados em que é dispensado o laudo do IML para a indenização do seguro DPVAT.

APELAÇÃO CÍVEL-AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO DPVAT-
PRELIMINAR DE NÃO CONHECIMENTO DO RECURSO – REJEITADA –
PROCESSO EXTINTO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO – SENTENÇA NULA
– DESNECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE LAUDODO IML –
INTERESSE DE AGIR PRESENTE – RECURSO PROVIDO. - **O interesse de agir consubstancia – se na necessidade do autor de obter, pela intervenção judicial, a reparação de prejuízo que reputa lhe tenha sido causado pelo réu. – O art. 5º da Lei 6.194/74 prevê a indenização referente ao seguro obrigatório será devida àquele que comprovar a ocorrência do acidente e do dano dele decorrente independente da existência de culpa do segurado, não dispondo acerca da necessidade de Laudo do Instituto Médico legal para fins de ajuizamento de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT.**

(TJ-MG – AC: 10040150055057001 MG, Relator: Juliana Campos Horta, Data de Julgamento: 22/05/0017, Câmaras Cíveis/ 12ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 02/06/2017)

Contudo, vendo Vossa Excelência a necessidade de uma perícia médica para que haja a comprovação da invalidez do Autor, que seja designado um perito da forma menos onerosa possível ao requerente, pois devido as suas condições financeiras limitadas, este se encontra impossibilitado financeiramente de deslocar-se até um município que possua um estabelecimento do IML.

3.2 – INAFASTABILIDADE DE APRECIÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO

Em razão de o Estado proibir a autotutela, surge em contrapartida, a necessidade de armar o cidadão com um instrumento capaz de levar a cabo o conflito intersubjetivo em que



está envolvido. Esse direito é exercido com a movimentação do Poder Judiciário, que é o órgão incumbido de prestar a tutela jurisdicional. É direito fundamental à ação. Dessa forma, o exercício da ação cria para o autor o direito à prestação jurisdicional, direito que é um reflexo do poder-dever do juiz de dar a referida prestação jurisdicional.

Pode-se, com isso, dizer que o direito fundamental à ação é a faculdade garantida constitucionalmente de deduzir uma pretensão em juízo e, em virtude dessa pretensão, receber uma resposta satisfatória (sentença de mérito) e justa, respeitando-se, no mais, os princípios constitucionais do processo (contraditório, ampla defesa, motivação dos atos decisórios, entre outros).

Sob a dicção de que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”, a Constituição da República empalmou o princípio da inafastabilidade da jurisdição, que, em síntese, de um lado, outorga ao Poder Judiciário o monopólio da jurisdição e, de outro, faculta ao indivíduo o direito de ação, ou seja, o direito de provocação daquele.

O art. 5º, XXXV, consagra o direito de invocar a atividade jurisdicional, como direito público subjetivo. Não se assegura aí apenas o direito de agir, o direito de ação. Invocar a jurisdição para a tutela de direito é também direito daquele contra quem se age contra quem se propõe a ação.

3.3 – DA JUSTIÇA GRATUITA

O Autor faz jus à concessão da gratuidade de Justiça, haja vista que o mesmo não possui rendimentos suficientes para custear as despesas processuais e honorárias advocatícias em detrimento de seu sustento e de sua família.

De acordo com a dicção do artigo 4º da lei 1.060/50, basta a afirmação de que não possui condições de arcar com custas e honorários, sem prejuízo próprio e de sua família, na própria petição inicial ou em seu pedido, a qualquer momento do processo, para a concessão do benefício, pelo que nos bastamos do texto da lei, *in verbis*:

Art. 4º A parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família.

Com amparo nos argumentos legais, de direito requer concessão do presente benefício.

4 – DO PEDIDO

Nessas condições, e confiando na sensibilidade jurídica e experiência profissional que notabilizam Vossa Excelência, espera e requer o Requerente, a luz da Lei e do melhor direito, o seguinte:

a) Na forma da lei nº 1060/50, requer o autor o benefício da assistência jurídica gratuita, não podendo arcar com a custa e despesas processuais sem o prejuízo do seu sustento e de sua família em caso de eventual recurso;



b) Que seja a requerida citada para que, querendo, responder a presente peça inicial, dentro do prazo legal, contestando-a, sob pena de, não o fazendo, serem aplicados os efeitos da revelia e confissão quanto à matéria de fato que será considerada verdadeira, assim como relatada pelo autor, acompanhado-a até o final;

c) Que, ao final, seja a presente ação **julgada PROCEDENTE** para o fim de impor a condenação à requerida no importe de R\$ **11.812,50 (onze mil e oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**, nos exatos termos da exordial, em face da **INVALIDEZ PERMANENTE DA SUPPLICANTE, conforme determina a Lei 6.194/74, com as respectivas alterações da Lei 11.482/07.**

d) A condenação da demandada à custa e honorários advocatícios, arbitrados nos termos do Código de Processo Civil, bem como suportar outros encargos decorrentes da sucumbência;

e) Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, não só pelos documentos acostados aos autos, como ainda por outros que poderá juntar ao processo, inclusive pelo depoimento pessoal do Autor, testemunha, representante da Requerida, e demais provas que se fizerem necessárias.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 11.812,50 (onze mil e oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**, para os efeitos legais.

Nesses termos,

Pede deferimento.

Teresina (PI), 08 de Julho de 2019.

Francisco Roberto Mendes Oliveira

Advogado OAB/PI 7.459

Ernesto de Lucas Sousa Nascimento

Bacharelado em Direito



995 1086 75

2

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Indelso Pereira brasileiro, solteiro, proprietário de residência, inscrito no CPF nº 019.414.493-58, portador do RG nº 50247093-5SP/PE, residente e domiciliado na Localidade Xiquiriqui, SN, CEP: 64.325-000 Zona Rural do Município de Eliseu Veloso - PE

OUTORGADOS: **FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA e LÍVIA SANTOS SOARES**, advogados com o número de inscrição na OAB/PI, 7459 e 11487 respectivamente, com escritório profissional na Rua Aurea Freire, 1220, Bairro Jockey, Teresina/PI, fone (86) 3305-0203.

PODERES: para, em conjunto ou separadamente, representa-lo (s) perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-lo(s) nas contrárias, recebendo citações iniciais, confessar, reconhecer a procedência do(s) pedido(s), renunciar ao(s) direito(s), sobre seu(s) negócio(s) no que lhes for incumbido podendo requerer, alegar, defender todo(s) o(s) outorgante(s), em que seja(m) autor(es) ou réu(s), fazendo citar, oferecer ações, libelos exceções, embargos, reconvenção(ões), suspeição ou outros quaisquer artigos, contrariar, produzir, inquirir testemunhas, assistir aos termos de inventários e partilhas assinado termo de inventariante, partilhas amigáveis, concordar com avaliações, cálculos e descrições de bens, ou impugna-los, assinar autos, requerimento, protestos, contra protestos e termos ainda os de recursos, tomar posse, ar com embargos de terceiros senhor e possuidor, fazer representações criminais e queixas-crime, bem como representá-lo em qualquer ato pinto ao INSS para, enfim, tudo fazer para o fiel desempenho deste mandato, no que for interesse(s) do(s) outorgante(s) mesmo com cláusulas que não estejam expressas neste instrumento que edoto(amos) e ratifico(amos) para todos os efeitos de Direito, inclusive substabelecer e, em especial para ajuizar

Teresina (PI), 02 de Maio de 2019.

Indelso Pereira

OUTORGANTE



3190032450

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
INDELSON PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
50247093 SSP/PI

CPF
019.484.493-58

DATA NASCIMENTO
22/08/1987

FILIAÇÃO
MARIA OLINDA PEREIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AE

Nº REGISTRO
04230079701

VALIDADE
24/03/2021

1ª HABILITACAO
07/11/2007

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1198257895

OBSERVAÇÕES
EXERC. ATIVIDADE REMUNERADA

Indelso Pereira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
MORRO AGUDO, SP

DATA EMISSAO
07/04/2016

90423289421
SPB09143224

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - SP - SAO PAULO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1198257895

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT





Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1058656-5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 139 - Centro - Teresina - PI
CEP: 64.000-000 Fone: (86) 321.333-5
Fax: (86) 321.333-5 E-mail: atendimento@cppe.com.br
Regime especial de concessão autônoma pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

Nº da Nota Fiscal 013872358

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

PERÍODO DE VENCIMENTO: NOVEMBRO/2018 27/11/2018
CONSUMO (kWh) 98
TOTAL A PAGAR (R\$) 88,05

MARIA OLINDA PEREIRA
LC XIQUÉXIQUE S/N B-RURAL
CPF: 00293029667391
CEP: 64.325-000 - ELESBAO VELOSO

DADOS DA CONTAGEM	DATAS DA LEITURA
Atual: 556	Atual: 20/11/2018
Anterior: 458	Anterior: 19/10/2018
Fator de Multiplicação: 1,000	Próxima Leitura: 18/12/2018
Consumo Medido: 98	Emissão: 19/11/2018
Consumo Contratado: 98	Apresentação: 22/11/2018
Consumo Contratado: NORMAL	

TIPO DE SERVIÇO	TIPO DE CONSUMIDOR	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2032724		1-1-1-1	91

PERÍODO DE VENCIMENTO	DESCRIÇÃO DA CONTA
OUT/18 98	CONSUMO 98 A R\$ 0,811645 = 79,56
SET/18 98	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 6,81
AGO/18 87	CORRECAO MONETARIA IG 10/18-00 0,05
JUL/18 74	MULTA POR ATRASO 10/18-00 1,56
JUN/18 105	JUROS POR ATRASO 10/18-00 0,07
MAI/18 0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,60
ABR/18 0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,63
MAR/18 0	
FEV/18 0	
JAN/18 0	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0,00	
TARIFA COM TRIBUTOS: 0,00	

REVISÃO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PAGO VENCENDO A PARCELAS MENSUAIS
Parabéns! Até o dia 19/11/2018, não houve atrasos no pagamento das parcelas
nessa Unidade Consumidora.



RESERVAÇÃO AO FISCO 5854.AB1B.DDEE.AE16.0A1C.7CC4.D6BA.EA95

COMPOSIÇÃO DO VALOR A PAGAR	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 10,21	Base de Cálculo: 79,56
Energia: 30,81	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 4,34	Valor do ICMS: 17,50
Impostos: 4,91	Valor do PIS: 0,94
Outros: 22,79	Valor do COFINS: 4,35

VALORES DE CONTINUIDADE
7,27 14,53 29,06 3,68 7,35 14,70 4,14
0,00 0,00 0,00

NOVO ORIENTE

CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT



19/01/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(1)

Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a entrega da documentação completa. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190032450 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA INDELSON PEREIRA

COBERTURA Invalidez

PUNTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO PACHECO JUNIOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - EPP

BENEFICIÁRIO INDELSON PEREIRA

CPF/CNPJ: 01948449358

Posição em 19-01-2019 11:24:36

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui (f) entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/01/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
17/01/2019	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/i51153AAjcCGbpkn+uW4aw==api_key=WC0KGkK1kCRZvGaIEW+KKaYrLOoDn7KP0RPRvLKH+uA=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

Disponível na
App Store

(https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)

DISPONÍVEL NO
Google Play

(https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?gclid=EAlaIqobChMI6pCchpia3wIVEASRCh1ySwWW... 1/3

Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA - 08/07/2019 13:53:56
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907081353559700000005341724
Número do documento: 1907081353559700000005341724

Num. 5577435 - Pág. 4

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 612437
Registro : 33654
Paciente : INDELSON PEREIRA

Código :  CNS : 160506524230006

Beneficiário: 08540801659286197
Dat. Nasc.: 22/08/1987
Idade : 28A10M4D
Sexo : M
Estado civil : SOLTEIRO
Endereço : MARANHÃO 53
Bairro : CENTRO
Cidade : MORRO AGUDO
CEP : 14640000
Estado : SP
Fone : 92873650
Conjuge :
Nome Pai : IGNORADO
Nome Mãe : MARIA OLINDA PEREIRA
Raça/Cor : PARDA
Fone :
Documento : 50247093
Descrição da Ocupação: LAVRADOR SE
Nome Contato :
Telefone Contato :

DADOS DA INTERNAÇÃO

Médico : 84 MARCEL FRISENE
Convenio : 43 UNIMED FEDERAÇÃO RIB. PRETO - COOP. TRAB. MÉDICO
Guia : Vencimento da Guia :
Carater : URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (URBANO)
Clínica : CLÍNICA MÉDICA
Dat. Internação : 25/06/2016
Hr. Internação : 20:55
Leito : 7B Padrão de Direito: APARTAMENTO STANDARD
Recepcionista: DAIANE CRISTINA DA SILVA

Diag. Definitivo: Data Alta: / /

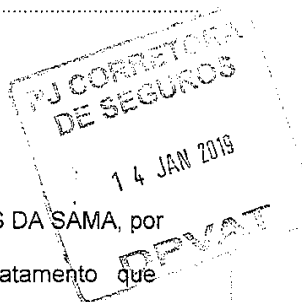
Tipo de Alta : () CURADO () MELHORADO () ENCAMINHADO
() ÓBITO () A PEDIDO () EVASÃO
() COMPLEMENTAÇÃO NO AMBULATÓRIO
() OUTROS:

AUTORIZAÇÃO

Eu, abaixo assinado, A U T O R I Z O o HOSPITAL SÃO MARCOS DA SAMA, por intermédio de seus médicos, a realizar todo e qualquer tipo de tratamento que necessite o paciente acima documentado, liberando-a doravante de toda e qualquer responsabilidade pelo que possa ocorrer, desde que os referidos procedimentos estejam de acordo com o Código de Ética da Associação Médica Brasileira.


Assinatura do Paciente/Responsável

Morro Agudo(SP), 26/06/2016



RCO - Radiologia Clínica Orlandia.

DATA: 07/07/2019

Para preenchimento do Técnico

Preenchimento obrigatório para a realização dos exames:

TÉCNICO: WCA

Urografia Excretora

Histerossalpingografia

Tomografia Computadorizada

Coluna Lombar

TIPO DE EXAME:

() COM CONTRASTE (X) SEM CONTRASTE

CONVÊNIO: Unimed

CÓDIGO: 00540001659286191

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Almeida

Nome do Paciente: IADELSO PEREIRA

RG: 90247093

CPF: 019.484.493

Sexo: () Fem. (X) Masc. Peso: 60 Kgs Idade: 28 anos Data de Nascimento: 22/08/1991

Profissão: OP. MAQUINA Fone: (16) 3851-5823

Endereço: Rua João B. PAVANI Nº 38

Bairro: Morro Agudo Cidade: Morro Agudo Estado: SP CEP: 14640

Nome do Pai: MARIA OLINDA PEREIRA Nome da Mãe: _____

Os itens abaixo deverão ser respondidos com muita atenção, pois os mesmos podem mudar a conduta do médico radiologista.

- | | | |
|--|---------|---------------------|
| 01- Você tem asma? | () SIM | (X) NÃO |
| 02- Você tem algum tipo de alergia? | () SIM | () NÃO |
| 03- Você tem alergia a algum medicamento? | () SIM | () NÃO Qual? _____ |
| 04- Você tem alergia a algum alimento? | () SIM | () NÃO Qual? _____ |
| 05- Você tem algum tipo de Cardiopatia ou sofre do Coração | () SIM | () NÃO |
| 06- Você tem pressão alta? | () SIM | () NÃO |
| 07- Você tem Diabetes? | () SIM | () NÃO |

Em caso Positivo:

Antes da realização do exame é necessário verificar os níveis de glicemia e as provas de função renal e se toma a antihiperlipemiantes oral (Glifage 850 mg ou Glucoformina-Cloridrato de Metformina).

Se fizer uso de alguns destes medicamentos, o mesmo deverá ser suspenso por 48 horas, pois se for injetado o contraste no paciente, poderá apresentar insuficiência renal aguda. Não hesite em nos informar.

- 08- Você já realizou algum exame de raio-x em que injetou contraste? () SIM () NÃO

Em caso Positivo:

- Teve algum tipo de reação ao contraste? () SIM () NÃO

- 09- Você já foi submetido a alguma cirurgia? () SIM () NÃO

Qual parte do corpo? _____ Motivo: _____

- 10- Porque seu médico solicitou este exame: _____

Este questionário é muito importante para a equipe médica. Você será submetido (a) a um exame em que se injetará por via venosa contraste iodado. Este poderá ou não causar-lhe algum tipo de reação alérgica.

Qualquer dúvida comunique-se com nossas recepcionistas que irão orientá-lo (a).

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO

HBSA

53.311.999/0001-56

RUA 3 Nº 941 BAIRRO: CENTRO

ORLANDIA - SP CEP: 14620-000

Prontuário

122486

Ficha de Internação e Alta

Internação: 186123

Dt. Internação: 30/06/2016

Hora: 10:07

Dados do Paciente

Nome: INDELSON PEREIRA

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

Cidade: MORRO AGUDO

Fone Res.: 11981984709

Fone Com.

Estado: SOLTEIRO(A)

RG: 50247093

CPF: 019.484.493-58

Nº do cartão do SUS:

Bairro: JD MARTINS LOURENÇO

UF: SP CEP: 14640000

Fone Com.

Nascimento: 22/08/1987

Idade: **28**

Certidão Nasc.:

Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Emprego: LDC

Dados do Responsável

Nome: MATEUS ALVES SOARES

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

Cidade: MORRO AGUDO

Fone Res.: (11)98198-4709

RG:

CPF: 039.930.923-33

Bairro: JD MARTINS LOURENÇO

UF: SP CEP: 14640-000

Dados da Internação

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Caráter: URGÊNCIA

Médico:

Clínica: 1 CLÍNICA

Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO

Nº do convênio: 08540801659286197

Leito: 132B

Acomodação: 1/2 APARTAMENTO

Observação: 16 99366 4300

Funcionário: PATRICIA APARECIDA TOSTES

Informações sobre Diagnóstico

Queixa principal e duração:

Dores de

História pregressa da moléstia atual:

Acidente de moto

Diagnóstico Provisório:

Código:

Diagnóstico Definitivo:

Código:

Moléstia Secundária:

Código:

Operação Realizada:

Código:

Condições de Alta

() Curado

() Óbito

☒ Melhorado

() Necrópsia

() Mesmo Estado

Assinatura do Médico



HSM HOSPITAL SÃO MARCOS	Reg.: 33654	Nome do Paciente: <i>Luís Pereira</i>		Prescrição Médica Nº.....
	Oto./Leito:	Idade: 28a	Tipo/RH:	
Data: 25/06/16	Médico Resp.:		Assinatura:	

Prescrição Médica	Qtde	Horário	Dév
<i>01 Pasta Gule</i>			
<i>01 HO. 8. 1000 EV 24</i>		<i>21/6</i>	
<i>01 Propofol (100g) EV 12/12h</i>		<i>21/6</i>	
<i>HO. 8. 100.8</i>		<i>21/6</i>	
<i>Rx cel Amel e dexamet</i>		<i>21/6</i>	
<i>Transf. 100 ml 12/12</i>		<i>21/6</i>	
<i>HO. 8. 10</i>		<i>21/6</i>	
<i>Dr. Marcel Frisene</i> CRM: 134.582 J. CORRETOR DE SEGUROS 14 JAN 2019 DEPAT <i>Francisco Roberto Mendes Oliveira</i> T. 13.083.320 COREN SP 001.083.320			

Relação de Materiais e Insumos			
Qtde.	Material/Insumo	Qtde.	Material/Insumo
01	scalp 21		
01	equipo		
	com espaldrapo		

HBSA

Prescrição Médica

1214105

Interconsulta: 186036

Prontuário: INDELSON PEREIRA

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data: 26/06/16

Consultório: UNIMED A VALE DO ROSARIO

Quarto/Leito: 114A

Prescrição Médica	QTD	Horário	Devol
1) Dieta Geral			
2) SF 1000	1000		
3) Metoprolol	02		
	200		
4) Dipirona	04		
5) Clonidina 1mg	100/01		

Evolução Clínica:

Paciente em uso de medicação para hipertensão arterial sistêmica, com controle satisfatório.

Materiais Utilizados	QTD	Devol	Materiais Utilizados	QTD	Devol
seringa	01		seringa 3ml	01	
agulha	01		agulha 40x12	01	
alça 2ml	01				
gelco 22	01				
agulha 5x10	80				
agulha	01				
seringa 3ml	06				
agulha 25x8	04				
agulha 40x12	02				

DIGITAL
Eletro



HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO

53:311.999/0001-56

RUA 3 Nº 941 BAIRRO: CENTRO

ORLANDIA - SP CEP: 14620-000

Prontuário

122486

Ficha de Internação e Alta

Lançamento: 186036

Dt. Internação: 26/06/2016

Hora: 14:37

Dados do Paciente

Nome: INDELSON PEREIRA

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

Cidade: MORRO AGUDO

Fone Res: 11981984709

Fone Com.

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

RG: 2050247093

CPF: 019.484.493-58

Pai:

Empresa: LDC

Nº do cartão do SUS:

Bairro: JD MARTINS LOURENÇO

UF: SP CEP: 14640000

Fone Com.

Nascimento: 22/08/1987

Idade: 28

Certidão Nasc.:

Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Dados do Responsável

Nome: MATHEUS ALVES SOARES

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

Cidade: MORRO AGUDO

Fone Res: (11)98198-4709

RG:

CPF:

Bairro: JD MARTINS LOURENÇO

UF: SP CEP: 14640-000

Dados da Internação

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Caráter: URGÊNCIA

Médico:

Clínica: 1 CLÍNICA

Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO

Nº do Convênio: 08540801659286197

Leito: 114A

Acomodação: 1/2 APARTAMENTO

Observação:

Funcionário: ANA PAULA DE ABREU VITAL

Informações sobre Diagnóstico

Queixa principal e duração:

Dor de mto 01
Central

História pregressa da moléstia atual:

Pol. Trauma

Diagnóstico Provisório:

Código:

Diagnóstico Definitivo:

Código:

Moléstia Secundária:

Código:

Operação Realizada:

Tratamento conservador

Código:

Condições de Alta

Curado

() Óbito

(X) Melhorado

() Necrópsia

() Mesmo Estado

Assinatura do Médico





HOSPITAL
SÃO MARCOS

Reg.:

33654

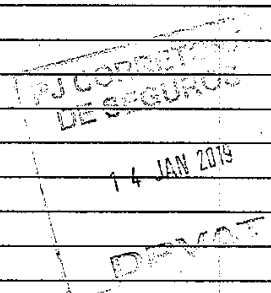
Nome do Paciente:

Indelino Pereira

Qto./Leito:

Idade:

DATA	HOR.	PA	P	T	FC	BCF	DIUR	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
25		12 X 8	90	76				21:00 hrs. Paciente admitido nesta unidade hospitalar aos cuidados do DR Marcel, acomodado no leito, planejado acesso venoso em MSB com scalp 21 instalado por otostomia conforme prescrição médica, referindo alora que o cervical afetado SSV e anelado.
								Paula F. Reis Bronze Enfermeira COBEN 196542
26		12 X 8	88	75				Pct em PD com 2r cominica sua dor, relatando que a ulnosa refere algia em região cervical. Acirou a dor e o uso de analgésicos.
06								afetado SSV e anelado. Segue aos cuidados da Enfermeira Rose 19961510.
								Paciente encaminhado para hospital de referência - Enfa.
								Paula F. Reis Bronze Enfermeira COBEN 196542



Prescrição Médica



Internação: 186202

Prontuário: INDELSON PEREIRA

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data

Convênio: **UNIMED A VALE DO ROSARIO**

Quarto/Leito: 130B

Prescrição Médica	QTD	Horário	Devol
1.			
2-	3000		
3-	05		
4-	03		
	300		
5-	02/200)		
6	00 (1)		
		DIGITADO	
8-	01		
		DIGITADO	

Evolução Clínica:

Unica: Verónica Sandoval

Material Utilizados	QTD	Devol	Material Utilizados	QTD	Devol
giz	02				
lata de tinta	01				
lata de tinta	10				
lata de tinta	05				
lata de tinta	05				
lata de tinta	01				
lata de tinta	01				
lata de tinta	100				
lata de tinta	04				
lata de tinta	20				

DECLASSIFIED





Prescrição Médica



1214768

Internação: 186202

Prontuário: INDELSON PEREIRA

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO

Data: 06/07/16

Quarto/Leito: 106B

Prescrição Médica	Qtde	Horário	Devol
<i>Ceftriaxona 1g</i>	<i>1</i>	<i>8:00</i>	
<i>100</i>	<i>100</i>	<i>11:30</i>	
<i>Securine 2g</i>	<i>2</i>	<i>11:30</i>	
<i>11:30</i>		<i>11:30</i>	
<i>Pos OK</i>			
<i>1) Dexta 100 OK</i>			
<i>2) S100 @ 12/12 2000</i>		<i>18-06-16</i>	
<i>3) S100 @ 12/12 03</i>		<i>18-06-16</i>	
<i>4) Dexta 100 @ 12/12 01</i>		<i>18-06-16</i>	
<i>5) S100 100</i>			
<i>6) Dexta 100 @ 12/12 03</i>		<i>18-06-16</i>	
<i>7) S100 03/300</i>			
<i>8) Ceftriaxona 1g @ 12/12 03</i>		<i>18-06-16</i>	
<i>9) Dexta 100 @ 12/12 01</i>		<i>18-06-16</i>	
<i>10) CCB</i>			
<i>11) Dexta 100 @ 12/12 01</i>		<i>18-06-16</i>	
<i>12) S100 @ 12/12 01</i>		<i>18-06-16</i>	
<i>13) Dexta 100 @ 12/12 01</i>		<i>18-06-16</i>	
<i>14) S100 @ 12/12 01</i>		<i>18-06-16</i>	
<i>15) Dexta 100 @ 12/12 01</i>		<i>18-06-16</i>	
<i>16) S100 @ 12/12 01</i>		<i>18-06-16</i>	
<i>17) Dexta 100 @ 12/12 01</i>		<i>18-06-16</i>	
<i>18) S100 @ 12/12 01</i>		<i>18-06-16</i>	
<i>19) Dexta 100 @ 12/12 01</i>		<i>18-06-16</i>	
<i>20) S100 @ 12/12 01</i>		<i>18-06-16</i>	

Evolução Clínica:

Materiais Utilizados	Qtde	Devol	Materiais Utilizados	Qtde	Devol
<i>Amor</i>	<i>20</i>		<i>A) Sml</i>	<i>03</i>	
<i>Serumga 10</i>	<i>1</i>		<i>Serumga Sml</i>	<i>07</i>	
<i>Serumga 5</i>	<i>1</i>		<i>Serumga 10ml</i>	<i>03</i>	
<i>AD 5ml</i>	<i>1</i>		<i>A) 40x12</i>	<i>04</i>	
<i>A) 40/12</i>	<i>1</i>		<i>A) 25x8</i>	<i>06</i>	
<i>A) 25x8</i>	<i>1</i>		<i>10-06-16</i>		
<i>Campanha</i>	<i>1</i>		<i>10-06-16</i>		
<i>feta</i>	<i>01</i>		<i>10-06-16</i>		
<i>luna</i>	<i>01</i>		<i>10-06-16</i>		

xylocaine
SVA. n 14
luna 8.0

10-06-16



HBSA

Prescrição Médica



1214846

Internação: 186202

Prontuário: INDELSON PEREIRA

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data: 07/07/2010

Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO

Quarto/Leito: 106B

Prescrição Médica	Qtde	Horário	Devol
① <i>Clot. 6ml</i>			
② <i>ST 100 @ 12/101</i>	2000	<i>12</i> <i>06</i>	
③ <i>Supinco @ 6/61</i>	04	<i>12</i> <i>22</i> <i>A</i> <i>18</i>	
④ <i>600/1000 kg @ 12/102</i>	02	<i>12</i> <i>03</i>	
<i>ST 100</i>	200		
⑤ <i>Mendol kg @ 8/81</i>	03	<i>12</i> <i>05</i> <i>07</i>	
<i>Mendol ST 100</i>	300		
⑥ <i>Clotone kg @ 8/19</i>	03	<i>20</i> <i>04</i> <i>12</i>	
⑦ <i>Mendol kg @ 12/102</i>	01	<i>21</i>	
⑧ <i>CCS</i>		<i>100</i>	

Evolução Clínica:

Boa: 1º PO - Com Sinais de Arter
14/05 - 2º PO - 51 de 100

Materiais Utilizados	Qtde	Devol	Materiais Utilizados	Qtde	Devol
<i>Seringa 3</i>	09				
<i>Seringa 5</i>	03				
<i>Ag 25x8</i>	07				
<i>Ag 40x12</i>	05				
<i>fil</i>	100				
<i>fil</i>	06				
<i>fil</i>	03				
<i>fil</i>	000				
<i>fil</i>	00				



Prescrição Médica



1214935

Internação: 186202

Prontuário: INDELSON PEREIRA

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data: 08/07/16

Convênio: **UNIMED A VALE DO ROSARIO**

Quarto/Leito: 106B

[illegible]

Evolução Clínica:

10 Sec m 37 & m 55 5/1/20

[illegible]

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Data/Hora	
-----------	--

Gratidão admitida para o ensino de Alexandre de Colono no
dia 06/04/86, Concordado, Funcionário. Para com o local 32
admitido mediante o ensino. Funcionário. Arred
Para o local 43 58 64 Entende-se

57/2016-14 Karamk ho deth Consistent se hua along ho manan

06:00w Paciente no luto. Calma. Luto queixas - Verificadas.
molestado. Seje as condições da infirmaria.

04:00w Paciente no luto dormente. Luto queixas - Verificadas.
Estrutural. Molesto. Pânico fóbico.

04:00h Fumento no alto do morro / um queixor. - lesão

TERAPIA TRANSFUSIONAL

DATA/INÍCIO	PRODUTO (S)	UNIDADE (S)	TÉRMINO
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	

CONTROLE DE ELIMINAÇÕES DE 24 HORAS

HORÁRIO	DIURESE	ASPECTO	DRENO	ASPECTO	EVACUAÇÕES	ASPECTO	CONT. GÁSTRICO
TOTAL							

ASSINATURA:



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

[illegible]

TERAPIA TRANSFUSIONAL

DATA/INÍCIO	PRODUTO (S)	UNIDADE (S)	TÉRMINO
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	

		CONTROLE DE ELIMINAÇÕES DE 24 HORAS		
--	--	--	--	--

HORÁRIO	DIURESE	ASPECTO	DRENO	ASPECTO	EVACUAÇÕES	ASPECTO	CONT. GÁSTRICO
TOTAL							

	ASSINATURA:
--	-------------



HBSA

HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO

53.311.999/0001-56

RUA 3 Nº 941 BAIRRO: CENTRO ORLANDIA - SP CEP: 14620-000

Fone: (16) 3820-4200

Fax: (16) 3820-4264

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

Eu MATEUS ALVES SOARES

RG nº 2973126

CPF nº 039.930.923-33, endereço RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

abaixo-assinado, declaro ser o responsável pelo paciente INDELSON PEREIRA

Convênio UNIMED A VALE DO ROSARIO

, de RG nº 50247093

endereço RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

Bairro JD MARTINS LOURENÇO

Cidade MORRO AGUDO

bem como pela apresentação dos seus documentos e responsabilizo-me pelas suas despesas, tais como DIAR, A HOSPITALAR DO APARTAMENTO Nº 132B, MEDICAÇÃO, HONORÁRIOS MEDICO, LABORATÓRIO, RX E TAXAS DE SALA (se necessário), de acordo com a acomodação escolhida por mim, acima especificada, e estando também ciente que o Hospital Beneficente Santo Antônio não se responsabiliza por danos, perdas e roubos de objetos e/ou pertencentes, durante o período de internação e/ou atendimento, exceto se entregue aos cuidados da tesouraria.

Com o objetivo de preservar a qualidade da alimentação que é servida, não serão autorizados os alimentos de origem externa sem o conhecimento e aprovação do Serviço de Nutrição e Dietética deste Hospital.

Este procedimento visa exclusivamente a preservação da qualidade oferecida aos nossos pacientes aqui internados

ORLANDIA, 30 de Junho de 2016

Mateus Alves Soares
Assinatura do Paciente ou Responsável

AUTORIZAÇÃO PARA OPERAÇÃO E TRATAMENTO

Declaro que eu MATEUS ALVES SOARES

responsável

pelo paciente INDELSON PEREIRA

RG nº 50247093

autorizo o procedimento cirúrgico, anestesia ou tratamento que for julgado necessário pelo Corpo Clínico.

ORLANDIA, 30 de Junho de 2016

Mateus Alves Soares
Assinatura do Paciente ou Responsável



Prescrição Médica



Internação: 186123

Prontuário: INDELSON PEREIRA

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data: 30/06/16

Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO

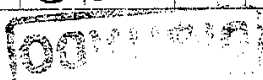
Quarto/Leito: 132B

Prescrição Médica	QTD	Honorário	Devol
20	1000	1000	
3	5		
4	31300		
5			
6	2		
7			
	02		

Evolução Clínica:

Всего 850 чел.
муж и женщ 510 чел

Materiais Utilizados	QTD	Devol	Materiais Utilizados	QTD	Devol
Alcatel 48	1		pulma	1	
Equipos	2				
Polifun 2400	1				
Servico 5	5				
Servico 3	3				
40/12	3				
25/8	5				
500	7				
200	200				
26	26				



HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO
Ficha de Atendimento Ambulatorial Globalizada - FAAG

Prontuário
122485

Nº. Atendimento: 835933 Sequencial: 1 Convênio: 54 - UNIMED C VALE DO ROSARIO
Prontuário: 122485 INDELSI PEREIRA
Data / Hora: 26/06/2016 14:12

Quarto/Leito:

Endereço: JOAO BATISTA PAVANI nº 38, MARTINS LOURENCO

Cidade: JACUPO AGUDO

Est. Civil: CASADO(A)

Sexo: M

Data Nasc: 22/08/1987

UF: SP RG:

CPF:

Telefone: 11981984709

Raça/Cor: BRANCA

Empresa: BOMSEV BIONERGIA S.A

Telefone Empresa:

Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Pai:

Nº Cartão SUS:

Nº Convênio: 08540801659286197

Responsável: INDELSI PEREIRA

CPF:

RG:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Observações:

Local Raio-X:

Sequência:

Data: 26/06/2016 Hora: 14:12

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Anotações: TOMO LOCUNA CERVICAL, UNIMED AUT/, EXTERNO

22 SALA DE TOMOGRAFIA

Materiais Utilizados

Código	Qtde	Prescrição Médica	Código	Qtde	Descrição
--------	------	-------------------	--------	------	-----------

26	06	16			TOMOGRAFIA Col cervical SEM CONTRASTE
----	----	----	--	--	---

Obs. ou Diagnóstico:

Obs.
Data
Hora
Assinatura
Assinatura

GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA
122824

J CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

ANA PAULA DE ABREU VITAL

Func. PS.

Paciente e ou

Declaro que estou ciente do atendimento realizado, medicamentos e materiais utilizados.

DPVAT



Prescrição Médica



1214471

Internação: 186123

Prontuário: INDELSON PEREIRA

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data: 04/07/16

Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO

Quarto/Leito: 132B

Prescrição Médica	Qtde	Horário	Devol
Dita geral			
SE 1000 mv	1000		
Diplopia 1000 6/66	04	22 04 10	03
atropina - 1	02		01
SA 100 12/12	200	04	100
tramadol - 1			
SE - 100 5N (2ml)			
Amigdal 1ap 10	01		
Amigdal 10 12/12	02	04	01

Alt 9

Evolução Clínica:

Materiais Utilizados	Qtde	Devol	Materiais Utilizados	Qtde	Devol
microscópio	0				
Esquema	02				
pelixa 2 vis	01				
Amigdal 3ml	06	04			
opilha 10x12	02	01			
opilha 25x8	04	03			





Prescrição Médica



Internação: 186123

Prontuário: INDELSON PEREIRA

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data: 01/07/16

Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO

Quarto/Leito: 132B

Prescrição Médica	Qtde	Horário	Devol
Dita geral			
SE 1000 mv	1000		
Diplopia sup. 6/6C.	04	22 04 00	03
atropina - 1	02		01
SE 100 12/12	200	04	100
transdol - 1			
SE - 100 5N (entran)			
Cupimzel 1ap VO	01		
lo... 12/12	02	04	01

Alt 9

Evolução Clínica:

Materiais Utilizados	Qtde	Devol	Materiais Utilizados	Qtde	Devol
microgato	0				
escudo	02				
polifax 2us	01				
kinga 3ml	06	04			
opilha 40x12	02	01			
opilha 25x8	04	03			



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Da ora

Relatório de atendimento
Atendimento realizado para o paciente clínico
de hematólogia punção de sangue para
MSE. O paciente está bem, com boa evolução.
Vem em uso de medicação de rotina.
Quando sair, o paciente deve ser acompanhado.
Atenciosamente, Dr. [Assinatura] 01/16030
Matr. nº 123456789 01/16030
Atividade 554 e 555. 01/16030

TERAPIA TRANSFUSIONAL

TERAPIA TRANSFUSIONAL			
INÍCIO	PRODUTO (S)	UNIDADE (S)	TÉRMINO
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	

CONTROLE DE ELIMINAÇÕES DE 24 HORAS

[illegible]

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

	hora	
04	16	07:00 p.m. 81 exames no momento afim de SSV e Análise Sanguínea Arterial glicose segue 86 obs. 43:00 Encaminhado A Residência do Dr. Jussara Costa LEITURAS TÉC. DE ENFERMAGEM COREN/SP 905.678
01	16	169. Paciente internada de RM, nega dor na na parte Luciana Rissato de Enfermagem Hospital - Clínica Física.

TERAPIA TRANSFUSIONAL

INÍCIO	PRODUTO (S)	UNIDADE (S)	TÉRMINO
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	

CONTROLE DE ELIMINAÇÕES DE 24 HORAS

RIO	DIURESE	ASPECTO	DRENO	ASPECTO	EVACUAÇÕES	ASPECTO	CONT. GÁSTRICO
TAL							

ASSINATURA:





2. N° Guia no Prestador

486990

2415-9		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a R	
Beneficiário		Beneficiário		Beneficiário		Beneficiário		Beneficiário		Beneficiário		Beneficiário	
9 - Validade da Carteira		10 - Nome		13 - Nome do Contatado		14 - Nome do Contatado		15 - Conselho Profissional		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Cidade S/N		22 - Cidade S/N		23 - Cidade S/N		24 - Cidade S/N	
25 - Código de Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Data da Solicitação		28 - Indicação Clínica		29 - Indicação Clínica		30 - Indicação Clínica		31 - Indicação Clínica	
32 - Código de Procedimento ou Item Assistencial		33 - Descrição		34 - Descrição		35 - Descrição		36 - Descrição		37 - Descrição		38 - Descrição	
39 - Descrição		40 - Descrição		41 - Descrição		42 - Descrição		43 - Descrição		44 - Descrição		45 - Descrição	
46 - Descrição		47 - Descrição		48 - Descrição		49 - Descrição		50 - Descrição		51 - Descrição		52 - Descrição	
53 - Descrição		54 - Descrição		55 - Descrição		56 - Descrição		57 - Descrição		58 - Descrição		59 - Descrição	
60 - Descrição		61 - Descrição		62 - Descrição		63 - Descrição		64 - Descrição		65 - Descrição		66 - Descrição	
67 - Descrição		68 - Descrição		69 - Descrição		70 - Descrição		71 - Descrição		72 - Descrição		73 - Descrição	
74 - Descrição		75 - Descrição		76 - Descrição		77 - Descrição		78 - Descrição		79 - Descrição		80 - Descrição	
81 - Descrição		82 - Descrição		83 - Descrição		84 - Descrição		85 - Descrição		86 - Descrição		87 - Descrição	
88 - Descrição		89 - Descrição		90 - Descrição		91 - Descrição		92 - Descrição		93 - Descrição		94 - Descrição	
95 - Descrição		96 - Descrição		97 - Descrição		98 - Descrição		99 - Descrição		100 - Descrição		101 - Descrição	
102 - Descrição		103 - Descrição		104 - Descrição		105 - Descrição		106 - Descrição		107 - Descrição		108 - Descrição	
109 - Descrição		110 - Descrição		111 - Descrição		112 - Descrição		113 - Descrição		114 - Descrição		115 - Descrição	
116 - Descrição		117 - Descrição		118 - Descrição		119 - Descrição		120 - Descrição		121 - Descrição		122 - Descrição	
123 - Descrição		124 - Descrição		125 - Descrição		126 - Descrição		127 - Descrição		128 - Descrição		129 - Descrição	
130 - Descrição		131 - Descrição		132 - Descrição		133 - Descrição		134 - Descrição		135 - Descrição		136 - Descrição	
137 - Descrição		138 - Descrição		139 - Descrição		140 - Descrição		141 - Descrição		142 - Descrição		143 - Descrição	
144 - Descrição		145 - Descrição		146 - Descrição		147 - Descrição		148 - Descrição		149 - Descrição		150 - Descrição	
151 - Descrição		152 - Descrição		153 - Descrição		154 - Descrição		155 - Descrição		156 - Descrição		157 - Descrição	
158 - Descrição		159 - Descrição		160 - Descrição		161 - Descrição		162 - Descrição		163 - Descrição		164 - Descrição	
165 - Descrição		166 - Descrição		167 - Descrição		168 - Descrição		169 - Descrição		170 - Descrição		171 - Descrição	
172 - Descrição		173 - Descrição		174 - Descrição		175 - Descrição		176 - Descrição		177 - Descrição		178 - Descrição	
179 - Descrição		180 - Descrição		181 - Descrição		182 - Descrição		183 - Descrição		184 - Descrição		185 - Descrição	
186 - Descrição		187 - Descrição		188 - Descrição		189 - Descrição		190 - Descrição		191 - Descrição		192 - Descrição	
193 - Descrição		194 - Descrição		195 - Descrição		196 - Descrição		197 - Descrição		198 - Descrição		199 - Descrição	
200 - Descrição		201 - Descrição		202 - Descrição		203 - Descrição		204 - Descrição		205 - Descrição		206 - Descrição	
207 - Descrição		208 - Descrição		209 - Descrição		210 - Descrição		211 - Descrição		212 - Descrição		213 - Descrição	
214 - Descrição		215 - Descrição		216 - Descrição		217 - Descrição		218 - Descrição		219 - Descrição		220 - Descrição	
221 - Descrição		222 - Descrição		223 - Descrição		224 - Descrição		225 - Descrição		226 - Descrição		227 - Descrição	
228 - Descrição		229 - Descrição		230 - Descrição		231 - Descrição		232 - Descrição		233 - Descrição		234 - Descrição	
235 - Descrição		236 - Descrição		237 - Descrição		238 - Descrição		239 - Descrição		240 - Descrição		241 - Descrição	
242 - Descrição		243 - Descrição		244 - Descrição		245 - Descrição		246 - Descrição		247 - Descrição		248 - Descrição	
249 - Descrição		250 - Descrição		251 - Descrição		252 - Descrição		253 - Descrição		254 - Descrição		255 - Descrição	
256 - Descrição		257 - Descrição		258 - Descrição		259 - Descrição		260 - Descrição		261 - Descrição		262 - Descrição	
263 - Descrição		264 - Descrição		265 - Descrição		266 - Descrição		267 - Descrição		268 - Descrição		269 - Descrição	
270 - Descrição		271 - Descrição		272 - Descrição		273 - Descrição		274 - Descrição		275 - Descrição		276 - Descrição	
277 - Descrição		278 - Descrição		279 - Descrição		280 - Descrição		281 - Descrição		282 - Descrição		283 - Descrição	
284 - Descrição		285 - Descrição		286 - Descrição		287 - Descrição		288 - Descrição		289 - Descrição		290 - Descrição	
291 - Descrição		292 - Descrição		293 - Descrição		294 - Descrição		295 - Descrição		296 - Descrição		297 - Descrição	
298 - Descrição													



Prescrição Médica



1214130

Internat. 186036

Prontuário: INDELSON PEREIRA

Médicos: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data: 27, 6, 16

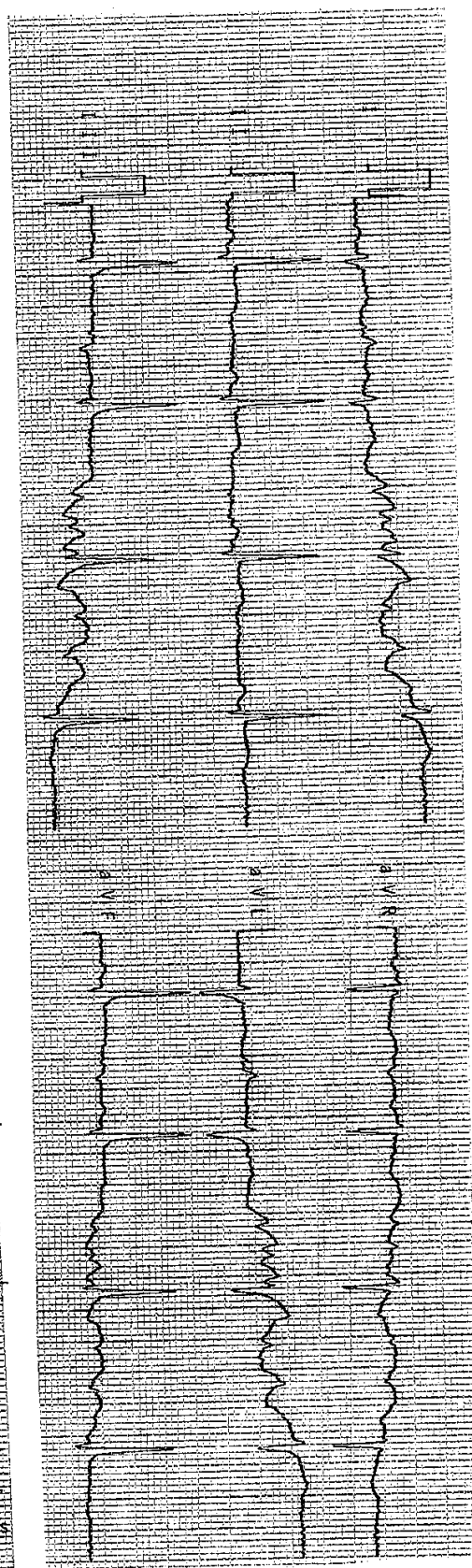
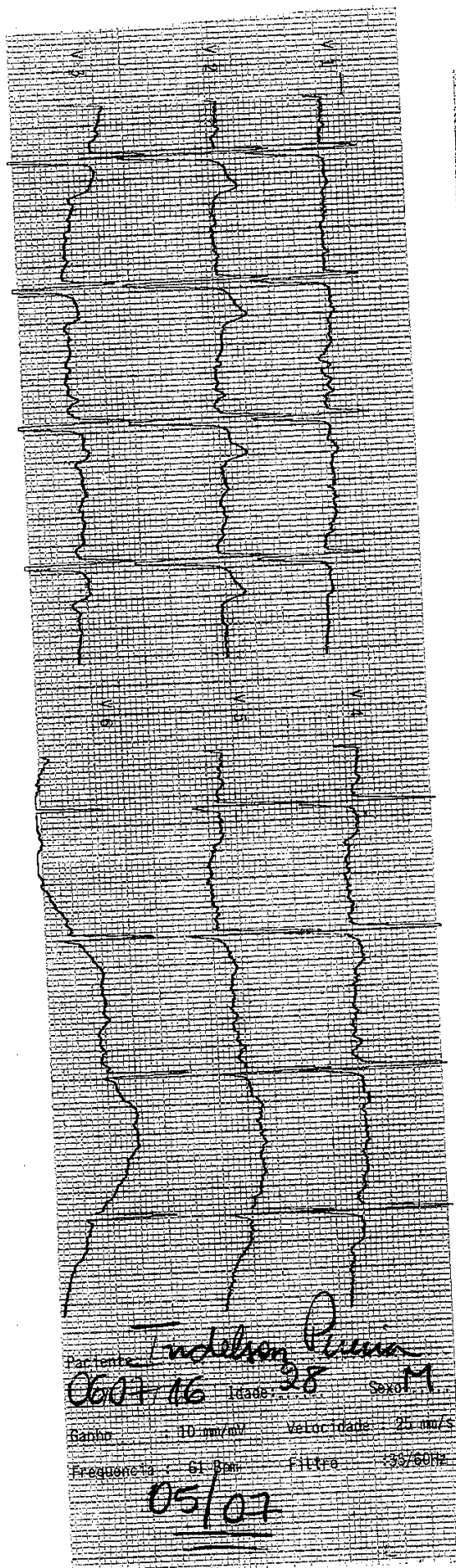
Quarto/Leito: 114A

Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO

[illegible]

Evolución Técnica:

[illegible]



HBSA

HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO

53.311.999/0001-56

RUA 3 Nº 941 BAIRRO: CENTRO ORLANDIA - SP CEP: 14620-000
Fone: (16) 3820-4200 Fax: (16) 3820-4264

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

Eu MATEUS ALVES SOARES

RG nº

CPF nº . . . , endereço RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

abaixo-assinado, declaro ser o responsável pelo paciente INDELSON PEREIRA

Convênio UNIMED A VALE DO ROSARIO

, de RG nº

50247093

endereço RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

Bairro JD MARTINS LOURENÇO

Cidade MORRO AGUDO

bem como pela apresentação dos seus documentos e responsabilizo-me pelas suas despesas, tais como DIÁRIA, A

HOSPITALAR DO APARTAMENTO Nº 130B , MEDICAÇÃO , HONORÁRIOS MÉDICO,

LABORATÓRIO , RX E TAXAS DE SALA (se necessário) , de acordo com a acomodação escolhida por mim,

acima especificada, e estando também ciente que o Hospital Beneficente Santo Antônio não se responsabiliza

por danos, perdas e roubos de objetos e/ou pertencentes, durante o período de internação e/ou atendimento, exceto se entregue aos cuidados da tesouraria.

Com o objetivo de preservar a qualidade da alimentação que é servida, não serão autorizados os alimentos de origem externa sem o conhecimento e aprovação do Serviço de Nutrição e Dietética deste Hospital.

Tal procedimento visa exclusivamente a preservação da qualidade oferecida aos nossos pacientes aqui internados

ORLANDIA, 5 de Julho de 2016

Mateus A. Soares
Assinatura do Paciente ou Responsável

AUTORIZAÇÃO PARA OPERAÇÃO E TRATAMENTO

Declaro que eu MATEUS ALVES SOARES

responsável

pelo paciente INDELSON PEREIRA

RG nº

50247093

autorizo o procedimento cirúrgico, anestesia ou tratamento que for julgado necessário pelo Corpo Clínico.

ORLANDIA, 5 de Julho de 2016

Mateus A. Soares
Assinatura do Paciente ou Responsável



RADIOLOGIA CLINICA ORLANDIA LTDA

Rua Três, 1071 - Centro - Orlandia-SP - CEP: 14.620-000 - Fone:(16) 3826-1300

Paciente INDELSON PEREIRA

Ident. 635727

Médico Dr.(a) GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data 06/07/2016

Sexo Masculino

Idade 28a, 10m, 14d

Convênio UNIMED INTERNADO

RADIOSCOPIA P/ PROC. CIRÚRGICO

Radioscopia para procedimento cirúrgico.


Dr. Gustavo Conti
CRM 49.716

Dr. Mateus J. C. Arndt
CRM 113.283

Dra. Marília C. Arndt Peixoto
CRM 126.361

Dr. Adauto C. Arndt
CRM 117.086

Dr. Alexandre A. S. Arndt
CRM 18.956





RECEITUÁRIO

INDELSO PEREIRA

INTERNAÇÃO

- 1) DIETA GERAL
- 2) SGF 1000 ML EV 12/12 HS
- 3) DIPIRONA EV 6/6 HS
- 4) CETOPROFENO 1 AMP + SF 100ML EV 12/12 HS
- 5) TRAMADOL 100MG + SF 100ML EV 8/8 HS
- 6) OMEPRAZOL VO CEDO
- 7) HMG, TP, TTPA: AVALIAÇÃO CLÍNICA PRE-ANESTESICA...CIRURGIA P/ AMANHÃ OK

8) Dexamet 1.0 2x

GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA
ORTOPEDIA & TRAUMATOLOGIA
CRM: 122.224/1607-11.516

ORLÂNDIA, 05 de JULHO de 2016





UNIMED ALTA MOGIANA

Avenida 10 nº 685 - Centro - CEP 14620-000 - Orlandia - SP

Fone: (0..16) 3820-4466 - Fax: (0..16) 3820-4426

E-mail: unimedorlandia@unimedorlandia.com.br

Indelso Pereira

INTERMEDIO

① Dietafed OK

② SF 1000 mu ^{leitura}

③ Cetoprofeno 1mg > 12/121 ^{leitura} JS - JS

④ Dipirona @ 6/6l ^{leitura} JS - JS - JS - JS

⑤ Flunarol 1mg > 12/121 ^{leitura} JS 29/30

⑥ CCG

ANS 32415-9



Indelso Pereira

Intenção

- ① Dietafed Amolus 10/30
 - ② SF1000 10/30
 - ③ Dupinon 6/6 10/30
 - ④ Cetorolone Long SF100 12/12
 - ⑤ Tramadol Long SF100 8/8 5/5 (Ev.Tor)
 - ⑥ CCg
 - ⑦ Orefadol @ 11/11
 - ⑧ Lactalone @ 12/12
- Dr. Guilherme Sartori
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 122.824
- Dr. Guilherme Sartori
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 122.824

ANS 32415-9





Unidade I – Ribeirão Preto
Avenida Nove de Julho, 917
Fone : (16) 3610 4055

Unidade III – Sales Oliveira
Avenida D. Pedro II, 224 – Centro
Fone : (16) 3852 2411

Unidade II – Orlândia
Rua Três, 941 – Centro
Anexo ao Hospital Benef. Santo Antônio
Fone : (16) 3826 1369

Unidade IV – Morro Agudo
Rua Carlos Gomes, 778 – Centro
Fone : (16) 3851 6661

Sr(a)..... : INDELSON PEREIRA
Guia..... : 495588
Dr(a)..... : Guilherme Barbieri L Costa
Convênio..... : VALE DO ROSÁRIO - HOSPITAL

Idade..... : 28 anos
Leito..... : 130 B
Data da Coleta..... : 05/07/2016
Local Coleta..... : Hospital
Data da Impressão: 05/07/2016

TEMPO DE PROTOMBINA

Resultado : 11,0 Seg.

Valor de Referencia : Até 11 seg.

ATIVIDADE

Resultado : 100 %

Valor de Referencia : 100 %

I.N.R. : 1,00

Metodo : Técnica de Quick
Tipo de Amostra: Plasma com citrato

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL

Resultado : 23 seg
Controle : 21 segundos

Valor de Referencia : 20 a 30 segundos

Metodo : Automatizado
Tipo de Amostra: Plasma com citrato

Dr. Elias Gomes Gouveia
CRF: 8-4498

Dra Priscila A. Do Carmo
CRBM: 18574

Dr. Antonio Scanduzzi
CRF: 8-4611



Programa Nacional de Controle de Qualidade Ltda. – PNCQ
Patrocinado pela SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANÁLISES CLÍNICAS - SBAC

Licença de Funcionamento: 0311
CNES 3934144





Unidade I – Ribeirão Preto
Avenida Nove de Julho, 917
Fone : (16) 3610 4055

Unidade II – Orlândia
Rua Três, 941 – Centro
Anexo ao Hospital Benef. Santo Antônio
Fone : (16) 3826 1369

Unidade III – Sales Oliveira
Avenida D. Pedro II, 224 – Centro
Fone : (16) 3852 2411

Unidade IV – Morro Agudo
Rua Carlos Gomes, 778 – Centro
Fone : (16) 3851 6661

Sr(a)..... : INDELSON PEREIRA
Guia..... : 495588
Dr(a)..... : Guilherme Barbieri L Costa
Convênio..... : VALE DO ROSÁRIO - HOSPITAL

Idade..... : 28 anos
Leito..... : 130 B
Data da Coleta..... : 05/07/2016
Local Coleta..... : Hospital
Data da Impressão: 05/07/2016

HEMOGRAMA COMPLETO (Tipo de Amostra: Sangue)

Série Vermelha (Eritrograma)

		Valores de Referência
Hemácias	5,67 milhões/mm ³	4,60 a 6,20 milhões/mm ³
Hemoglobina	17,0 g%	14 a 17 g%
Hematócrito	51 %	42 a 54 %
V.C.M.	90 U ³	80 a 100 U ³
H.C.M.	30 pg	26 a 34 pg
C.H.C.M.	33 %	31 a 37 %
RDW	11,9 %	11,50 a 14,50 %
Observação:	Normocitose . Normocromia .	

Série Branca (Leucograma)

		Valores de Referência
Leucócitos	6.500 /mm ³	4.000 a 10.900 /mm ³
Promielócitos	0 %	0 /mm ³ 0 %
Mielócitos	0 %	0 /mm ³ 0 %
Metamielócitos	0 %	0 0 a 1 % 0 a 1 /mm ³
Neutrófilos	64 %	4.160 /mm ³ 50 a 70 % 1.700 a 8.000 /mm ³
Bastonetes	3 %	195 /mm ³ 3 a 6 % a 700 /mm ³
Segmentados	61 %	3.965 /mm ³ 47 a 63 % 2.000 a 7.500 /mm ³
Eosinófilos	2 %	130 /mm ³ 1 a 4 % 50 a 500 /mm ³
Basófilos	0 %	0 /mm ³ 0 a 1 % a 100 /mm ³
Linfócitos Típicos	31 %	2.015 /mm ³ 20 a 40 % 1.500 a 4.000 /mm ³
Linfócitos Atípicos	0 %	0 /mm ³ 0 a 1 % 0 a 100 /mm ³
Monócitos	3 %	195 /mm ³ 4 a 8 % 200 a 800 /mm ³
Plasmócitos	0 %	0 /mm ³ 0 % 0 a 100 /mm ³
Observação:	Neutrófilos: Isentos de Granulações Tóxicas .	

Plaquetas: 252.000 /mm³

Valores de Referência: 140.000 a 400.000 /mm³

Dr. Elias Gomes Louveira
CRF: 8-4498

Dra Priscila A. Do Carmo
CRBM: 18574

Dr. Antonio Scanduzzi
CRF: 8-4611



Programa Nacional de Controle de Qualidade Ltda. - PNCQ
Patrocinado pela SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANÁLISES CLÍNICAS - SBAC

Licença de Funcionamento: 0311
CNES 3934144



HBSA

HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO

53.311.999/0001-56

Av. 3 N° 941 BAIRRO: CENTRO ORLANDIA - SP CEP: 14620-000
Fone: (16) 3820-4200 Fax: (16) 3820-4264

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

MATHEUS ALVES SOARES

RG nº

CPF: _____, endereço RUA JOAO BATISTA PAVINI 38
abaixo assinado, declaro ser o responsável pelo paciente INDELSON PEREIRA

, de RG nº 2050247093

Convênio UNIMED A VALE DO ROSARIO
endereço RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

Bairro: JOAO MARTINS LOURENÇO

Cidade MORRO AGUDO

bem como pela apresentação dos seus documentos e responsabilizo-me pelas suas despesas, tais como DIÁRIA, A

HOSPITALAR DO APARTAMENTO Nº 114A, MEDICAÇÃO, HONORÁRIOS MÉDICO,

LABORATÓRIO, RX E TAXAS DE SALA (se necessário), de acordo com a acomodação escolhida por mim,

acima especificada, e estando também ciente que o Hospital Beneficente Santo Antônio não se responsabiliza
por danos, perdas e roubos de objetos e/ou pertencentes, durante o período de internação e/ou atendimento,
exceto se entregue aos cuidados da tesouraria.

Com o objetivo de preservar a qualidade da alimentação que é servida, não serão autorizados os alimentos
de origem externa sem o conhecimento e aprovação do Serviço de Nutrição e Dietética deste Hospital.

Tal procedimento visa exclusivamente a preservação da qualidade oferecida aos nossos pacientes aqui internados

ORLANDIA, 26 de Junho de 2016


Assinatura do Paciente ou Responsável

AUTORIZAÇÃO PARA OPERAÇÃO E TRATAMENTO

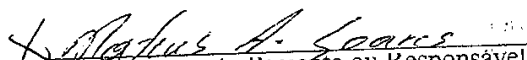
Declaro que eu MATHEUS ALVES SOARES
pelo paciente INDELSON PEREIRA

responsável

RG nº 2050247093

autorizo o procedimento cirúrgico, anestesia ou tratamento que for julgado necessário pelo Corpo Clínico.

ORLANDIA, 26 de Junho de 2016


Assinatura do Paciente ou Responsável



HBSA

HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO

53.311.999/0001-56

RUA 3 Nº 941 BAIRRO: CENTRO

ORLANDIA - SP CEP: 14620-000

Prontuário

122486

Declaração

Eulálio THEUS ALVES SOARES

, portador do RG

residência, RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

, abaixo assinado,

declaro ser responsável pelo paciente INDELSON PEREIRA

e que me comprometo a permanecer de acompanhante com o mesmo conforme estabelece a

Portaria nº 280 de 07 de Abril de 1999 do Ministério da Saúde.

ORLANDIA - SP 26/06/2016


Assinatura do Responsável

Funcionário da Recepção

Supervisão de Enfermagem



HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO

HBSA

53.311.999/0001-56

RUA 3 Nº 941 BAIRRO: CENTRO

ORLANDIA - SP CEP: 14620-000

Prontuário

122486

Ficha de Internação e Alta

Internação: 186202

Dt. Internação: 05/07/2016

Hora: 09:44

Dados do Paciente

Nome: INDELSON PEREIRA

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

Cidade: MORRO AGUDO

Fone Res. 11981984709

Fone Com.

Est. Civil: SOLTEIRO(A)

RG: 50247093

CPF: 019.484.493-58

Pai:

Empresa: LDC

Nº do cartão do SUS: 160 5065 2423 0006

Bairro: JD MARTINS LOURENÇO

UF: SP CEP: 14640000

Fone Com.

Nascimento: 22/08/1987

Idade: 28

Certidão Nasc.:

Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Dados do Responsável

Nome: MATEUS ALVES SOARES

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

Cidade: MORRO AGUDO

Fone Res. (11)98198-4709

RG:

CPF:

Bairro: JD MARTINS LOURENÇO

UF: SP CEP: 14640-000

Dados da Internação

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Caráter: URGÊNCIA

Médico:

Clínica: 2 CIRÚRGICA

Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO

Nº do Convênio: 08540801659286197

Leito: 130B

Acomodação: 1/2 APARTAMENTO

Observação: 16 99366 4300

Funcionário: PATRICIA APARECIDA TOSTES

Informações sobre Diagnóstico

Queixa principal e duração:

Fratura Torácica

História pregressa da moléstia atual:

Acidente no TO

Diagnóstico Provisório:

Código:

Diagnóstico Definitivo:

Fratura Clavícula Torácica

Código:

Moléstia Secundária:

Código:

Operação Realizada:

Tratamento Clínico - Antidóto

Código:

Condições de Alta

() Curado

() Óbito

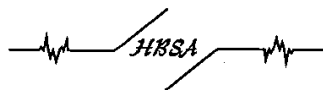
(X) Melhorado

() Necropsia

() Mesmo Estado

Assinatura do Médico

HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO



NOTA CENTRO CIRÚRGICO

Nº 44056

Registro Nº	Convênio	Data	Nome do Médico
1862021	Unimed A	06/07/16	Dr. Guilherme

Identificação do Paciente	Equipe Médica
Nome: Inelbron Pereira	Cirurgião: Dr. Romanos

Cirurgia		Anestesia		1º Auxiliar
Início	Término	Início	Término	
13:20	15:45	13:00	15:45	Dr. Guilherme
Cirurgia: Artroscopia de Coluna L5/S1				2º Auxiliar: Dr. Roberto Romanos
Equipamentos Cirúrgicos				3º Auxiliar
☒ Arco cirúrgico ☒ Monitor Cardíaco ☒ Bisturi Elétrico ☒ Oxímetro de pulso ☒ Bisturi Bipolar ☐ CO2 ☒ Capnógrafo ☐ O2 Aparelhagem ☐ Microscópio ☐ Nitrogênio ☒ Oxigênio 03 l/mim In: 13:20 Term: 15:45				Anestesista: Dr. Arthur / Dr. Christiano Instrumentador: Paula / Elana Circulante: Michelle + Monique

ÓRTESE E PRÓTESE

08 unid parafuso pedicular por 5.5x40	
08 unid parafuso	
02 unid barra 120mm	
02 Crow link 36-41	01 unid Opote

MATERIAIS DIVERSOS

Qtde	Tipo	Especificação	Qtde	Tipo	Especificação
01	unid	transfox	01	unid	Mac disc
01	unid	seringa 60ml 30	01	unid	Lamina gástrica
02	unid	camisa 15cm			
01	unid	cera oss			
01	amp	Clonidina			
03	env	nylon 3-0 cla 3			
04	env	nylon 1-0 cla 3.7			
02	env	nylon 2-0 cla 3			
02	unid	gaze zotek			
01	amp	Flumazenil			

22/11

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Data/Hora

14

Vacante especificado do governo da pessoa
 mulher Alice TE 0272561
 Vacante calma no into
 mantendo coleta, apre de 58 dias
 segue sob em do BB.

Rangel Ap. 2. Caminhos
 Tec. Enfermagem
 BREN: 050000

5860
Raquel Ap. S. Gonçalves
Tec. Enfermagem
COREN: 650860

Percento na lista apresentada no momento sem queixas, oferecido 5500' maculoso 01/04

⑤

Recente plantado, cloroseo, sem vigor
algas e fungos. Sítio: San Antonio, near
San Antonio. Censo de 1941. —

9/2 10:50 alta

TERAPIA TRANSFUSIONAL

DATA/INÍCIO	PRODUTO (S)	UNIDADE (S)	TÉRMINO
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	

CONTROLE DE ELIMINAÇÕES DE 24 HORAS

HORÁRIO	DIURESE	ASPECTO	DRENO	ASPECTO	EVACUAÇÕES	ASPECTO	CONT. GÁSTRICO
TOTAL							

ASSINATURA:



HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO

CHECK LIST PARA CIRURGIA SEGURA

ANTES DA CIRURGIA		APÓS TÉRMINO DA CIRURGIA	
DATA: 06/07/2016		INSTRUMENTAIS, GAZES E COMPRESSAS CHECADOS: ☒ SIM ☐ NÃO SE APLICA	
NOME PACIENTE: Francisco Pereira		EXAMES DEVOLVIDOS AO SETOR: ☒ SIM ☐ NÃO SE APLICA	
PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: Ombreira Costuma de 1° e 2°		MATERIAL ENCAMINHADO PARA EXAMES: ☐ SIM ☒ NÃO SE APLICA	
CIRURGIÃO: DR. Otonel + DR. Horacio		SANGUE DO RN FOI COLHIDO: ☐ SIM ☒ NÃO SE APLICA	
PEDIATRA COMUNICADO?: ☐ SIM DR. ☒ NÃO SE APLICA		ENFERMEIRA:	
ANESTESISTA: DR. Otonel + DR. Christiano		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM em 12:50 hrs foi realizada a anotação neste relatório de e, com o comando, o paciente foi levado para a acompanhada pelo enfermeiro, foi encaminhado ao S.O. 06, após o atendimento em 13:00 hrs foi infundido. Paciente monitorado em 13:00 hrs de monitoramento geral pelo S.O. 06, paciente entubado com sonda orotraqueal nº 8. O sonda conivente, em seguida, paciente foi levado para cor para ser curado, paciente foi encaminhado para em seguida, paciente foi encaminhado para após o atendimento e atendimento com o enfermeiro pelo enfermeiro, paciente foi encaminhado para a sala de observação no setor de emergência. em 13:20 hrs foi feita a prescrição de curativos	
LOCAL: ☐ DIREITO ☐ ESQUERDO ☐ NÃO SE APLICA			
JEJUM CHECADO?: ☒ SIM ☐ NÃO SE APLICA			
ALERGIAS: ☐ SIM ☒ NÃO ☐ HIPERTENSO ☐ DIABÉTICO			
EXAME PRÉ OPERATÓRIO: ☐ SIM ☐ NÃO			
CARTÃO PRÉ NATAL: ☐ SIM ☒ NÃO			
COMUNICADO RADIOLOGIA: ☒ SIM ☐ NÃO SE APLICA			
DEGRADAÇÃO DO LOCAL: ☒ SIM ☐ NÃO			
OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO: ☒ SIM			
RETIRADA DE PRÓTESES, JOIAS E ROUPAS DE BAIXO: ☒ SIM ☐ NÃO SE APLICA			
PLACA DE B. ELÉTRICO COLOCADO CORRETAMENTE: ☒ SIM ☐ NÃO SE APLICA			
HÁ RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: ☐ SIM ☒ NÃO SE APLICA			
HÁ NECESSIDADE DE UM 2º ACESSO VENOSO: ☐ SIM ☒ NÃO SE APLICA			
SANGUE RESERVADO: ☐ SIM ☒ NÃO SE APLICA			
INSTRUMENTAL PREPARADO E ESTERILIZADO?: ☒ SIM			
APARELHO DE ANESTESIA CHECADO: ☒ SIM ☐ NÃO SE APLICA			
ANTIBIÓTICO: ☐ ANTES DA INCISÃO ☐ APÓS INCISÃO ☐ 2ª DOSE ☒ NÃO SE APLICA			

MOD. 037/11

RADIOLOGIA CLINICA ORLANDIA LTDA

Rua Três, 1071 - Centro - Orlandia-SP - CEP: 14.620-000 - Fone:(16) 3826-1300

Paciente: INDELSON PEREIRA

Ident. 634647

Médico: Dr.(a) GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data: 30/06/2016

Sexo: Masculino

Idade 28a, 10m, 8d

Convênio: TOMOGRAFIA

T.C. DA COLUNA TORÁCICA BAIXA

TÉCNICA:

Exame realizado em Aparelho de Tomografia Computadorizada Espiral com aquisição de imagens de 3.0 mm de espessura e reconstruídas a cada 1,5 mm, de toda a coluna dorsal. Foram feitas reconstruções nos planos coronal e sagital, e axiais nos espaços de disco.

DESCRIÇÃO:

Fratura completa com achatamento do corpo vertebral de T 7. Há fratura também do platô vertebral superior do corpo de T 8.

Não há desvios posteriores de fragmentos ósseos.

Canal vertebral livre e de calibre preservado.

Há discreta luxação lateral esquerda do corpo vertebral de T 7 sobre T 8.

Demais corpos vertebrais, elementos posteriores e arcos costais íntegros

CONCLUSÃO: Quadro tomográfico compatível com:

Fratura do corpo vertebral de T 7 e platô superior de T 8, com discreta luxação lateral T 7 - T 8.



Dr. Gustavo Conti
CRM 49.716

Dr. Mateus J. C. Arndt
CRM 113.283

Dra. Marília C. Arndt Peixoto
CRM 126.361

Dr. Adauto C. Arndt
CRM 117.086

Dr. Alexandre A. S. Arndt
CRM 18.956

RADIOLOGIA CLINICA ORLANDIA LTDA
Rua Três, 1071 - Centro - Orlandia-SP - CEP: 14.620-000 - Fone: (16) 3826-1300

Paciente INDELSON PEREIRA

Ident. 639813

Médico Dr.(a) GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data 02/08/2016 Sexo Masculino

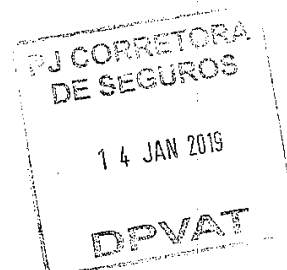
Idade 28a, 11m, 11d

Convênio UNIMED AMBULATÓRIO

COLUNA TORÁCICA

Controle evolutivo de artrodese fixada via posterior, em T 5, T 6, T 8 e T 9.

Colapso da vértebra de T 7, por fratura compressiva.



Dr. Gustavo Conti
CRM 49.716

Dr. Mateus J. C. Arndt
CRM 113.283

Dra. Marília C. Arndt Peixoto
CRM 126.361

Dr. Adauto C. Arndt
CRM 117.086

Dr. Alexandre A. S. Arndt
CRM 18.956



RADIOLOGIA CLINICA ORLANDIA LTDA

Rua Três, 1071 - Centro - Orlandia-SP - CEP: 14.620-000 - Fone:(16) 3826-1300

Paciente INDELSON PEREIRA

Ident. 638257

Médico Dr.(a) GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data 22/07/2016 Sexo Masculino

Idade 28a, 11m, 0d

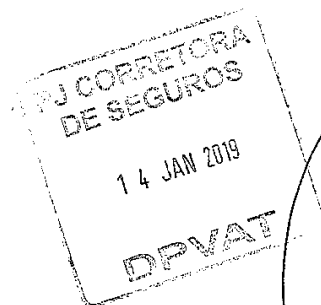
Convênio UNIMED AMBULATÓRIO

COLUNA TORÁCICA

Textura óssea normal.

Artrodese posterior consolidada.

Colabamento parcial do corpo vertebral médio-dorsal.



Dr. Gustavo Conti
CRM 49.716

Dr. Mateus J. C. Arndt
CRM 113.283

Dra. Marília C. Arndt Peixoto
CRM 126.361

Dr. Adauto C. Arndt
CRM 117.086

Dr. Alexandre A. S. Arndt
CRM 18.956



Hospital Beneficente Santo Antônio

Rua 03, nº 941 – Centro – Cx. Postal 96 – Orlandia – SP – CEP: 14620-000
Fone: (16) 3820-4200 – Fax: (16) 3820-4264 – E-mail: hbsa@netsite.com.br
CNPJ: 53.311.999/0001-56

Ofício nº 218/2016
Ao Sr.
Indelso Pereira

Orlândia-SP, 08 de Agosto de 2016.

Conforme vossa solicitação, datada de 12 de Julho de 2016, segue em anexo cópias dos atendimentos solicitados.

Atenciosamente.

HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO
LEKEL ANDERSON DE OLIVEIRA
ASSESSOR DA DIRETORIA

J CORRETORES
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DE VAT



RADIOLOGIA CLINICA ORLANDIA LTDA

Rua Três, 1071 - Centro - Orlandia-SP - CEP: 14.620-000 - Fone:(16) 3826-1300

Paciente INDELSON PEREIRA

Ident. 644171

Médico Dr.(a) GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data 30/08/2016 **Sexo** Masculino

Idade 29a, 0m, 8d

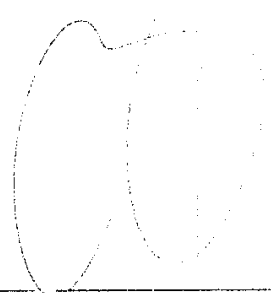
Convênio UNIMED AMBULATÓRIO

COLUNA TORACICA

Artrodese posterior consolidada torácica, fixada por material metálico.

Colapamento parcial de T 7.

Espaços discais conservados.



Dr. Gustavo Conti

Dr. Mateus J. C. Arndt

Dra. Marília C. Arndt Peixoto

Dr. Adauto C. Arndt

Dr. Alexandre A. S. Arndt





RECEITUÁRIO

INDELSO PEREIRA

PACIENTE COM FRATURA INSTÁVEL EM COLUNA TORACICA
SERÁ SUBMETIDO à ARTRODESE VIA POSTERIOR.

GUILHERME BARBIELE LEME DA COSTA
ORTOPEDIA & TRAUMATOLOGIA
CRM: 122.824 / TEOT: 14.546

ORLÂNDIA, 05 de JULHO de 2016

Avenida Dez, 685 – Centro
CEP 14.620-000 – Orlandia – SP
Fone: (16) 3820-4466 – Fax: (16) 3820-4426
CNPJ: 07.214.900/0001-69
e-mail: unimed@unimedaltamogiana.com.br

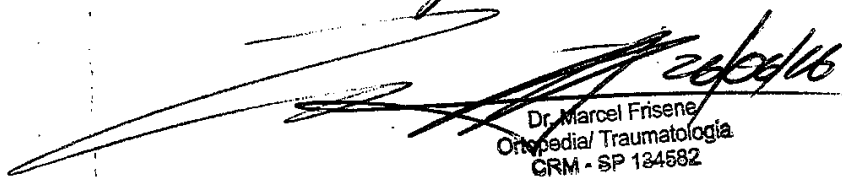


Ponte Idelson Perin, 28a,
Politicamento,

Paralelo próximo de acidente de moto,
sem mais queda de arrastado
em uma de colarinho.

No Rx sem mais suspeita de fratura
de C5-C6.

Encaminhado para TC de col cervical
e avaliação do Neurocirurgião
aos cuidados Dr. Guilherme.


Dr. Marcel Frisene
Ortopedia/ Traumatologia
CRM - SP 134582

ANS 32415-9



biosev

RECEITUÁRIO MÉDICO

Indeio Peres

Solicito realização da
perícia do INSS para coleta
dos dados que referem acidente
de motocicleta com proteção na
coluna lombar T7. Realizado
tratamento cirúrgico em 06/07/16
ficou afastado do trabalho
por 15 dias a partir 27/07/16
recémte continua afastado

CID: S-22-0

Unidade Vale do Rosário
Fone: (16) 3820-2000 - CEP 14640-000
Fazenda Invernada, s/nº - Zona Rural
Cx. Postal: 146 Morro Agudo-SP

Dr. José Carlos Tambelli Jr.
Médico do Trabalho
CRM 96.781

13/07/16

DE SEGUROS

14 JAN 2019

PRIVAT





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.MORRO AGUDO

Boletim No.: 869/2016

INICIADO:18/07/2016 14:50hs e EMITIDO:18/07/2016 15:27h

Folha :

KKLQQCBDEEFO^

Boletim de Ocorrência de Autoria Conhecida.

Natureza(s):

Espécie: L 9503/97 - Código de Trânsito Brasileiro

Natureza: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303)

Consumado

Local: RUA PAULO NISHI, 0 - MORADA DO LAGO - CEP: 14640-000
MORRO AGUDO - SP

Tipo de local: Via pública - Via pública

Circunscrição: DEL. POL. MORRO AGUDO

Ocorrência: 25/06/2016 às 20:35 horas

Comunicação: 18/07/2016 às 14:45 horas

Elaboração: 18/07/2016 às 14:50 horas

Flagrante: Não

Vítima:

- INDELSON PEREIRA - Presente ao plantão - RG: 50247093-PI

Exibiu o RG original: Sim - Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Natural de: ELESBAO VELOSO -PI - Nacionalidade: BRASILEIRA

Sexo: Masculino - Nascimento: 22/08/1987 28 anos

Estado civil: Divorciado - CPF: 01948449358

Advogado Presente no Plantão: Não - Cutis: Branca

Endereço Residencial: RUA JOAO BATISTA PAVANI, 38 - JARDIM MARTINS LOURE

CEP: 14640-000 - MORRO AGUDO - SP - Telefones: (16)99146-0206

(Residencial)

Testemunha:

- MATEUS ALVES SOARES - Presente ao plantão - RG: 2973126-PI

Exibiu o RG original: Sim - Pai: JOSE DAMACENO SOARES

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES DE MACEDO - Natural de: NOVO ORIENTE PIAUI

Sexo: Masculino - Nascimento: 02/04/1987 29 anos - Estado civil: Ignorado

CPF: 03993092333 - E-mail: MATUESALVES87@HOTMAIL.COM

Advogado Presente no Plantão: Não

Endereço Residencial: RUA JOAO BATISTA PAVANI, 38 - MARTINS LOURENÇO

CEP: 14640-000 - MORRO AGUDO - SP - Telefones: (11)98198-4709

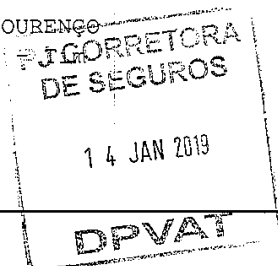
(Residencial)

Veículos:

DEL.POL.MORRO AGUDO

Endereço da delegacia: AV. SÃO JOSÉ, 1186 - CENTRO-MORRO AGUDO-SP. CEP: 14640-000

Telefone: (16)3851-1466





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.MORRO AGUDO

Boletim No.: 869/2016

INICIADO:18/07/2016 14:50hs e EMITIDO:18/07/2016 15:27hs

Folha :2

KKLQQCCBDJEEFO^b

Placa: DYLO257 - Cidade: DIADEMA - UF: SP - Chassis: 9C2KC08107R086948
RENAVAM: 920160638
Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS - Tipo: MOTOCICLO
Ano fabricação: 2006 - Ano modelo: 2007 - Cor: Vermelho
Combustível: Gasolina - Proprietário: MATEUS ALVES SOARES
Ocorrência: Acidentado - Local: Via Pública - Segurado: Ignorado
Pessoa relacionada: INDELSON PEREIRA

IMPORTANTE:

Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art.2º, da Lei n.6.194/74 (DPVAT), compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares.

O pagamento será feito diretamente à vítima pela seguradora consorciada, ou na forma do art.792, do Código Civil, no prazo de 03 (três) anos, a partir da data do acidente.

O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado, com o pagamento no prazo de 30 (trinta) dias da apresentação dos seguintes documentos:

- I- Certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiário no caso de morte;
- II- Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatorio ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente ? no caso de danos pessoais.

Para tirar dúvidas e mais esclarecimentos, acesse www.dpvatseguro.com.br pelo telefone 0800-0221204.

PJ CORRETO
DE SEGUROS

14 JAN 2019

Histórico:

Presente a vítima acompanhada da testemunha, informando que transitava com o veículo acima descrito pela rua Paulo Nishi, no sentido Centro x bairro, quando a cerca de cem metros já que teria adentrado na referida foi fechado por um veículo cuja as características não pode anotar, sendo que em tal momento veio por se acidentar caindo sobre uma calçada e colidindo com uma árvore. Após foi socorrido ao hospital local, afirma que sofreu fraturas em sua coluna torácica, apresentando laudo médico neste ato. Disse também que o veículo

DEL.POL.MORRO AGUDO

Endereço da delegacia : AV. SÃO JOSÉ, 1186 - CENTRO-MORRO AGUDO-SP. CEP: 14640-000

Telefone: (16)3851-1466





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.MORRO AGUDO

Folha :3

Boletim No.: 869/2016

INICIADO:18/07/2016 14:50hs e EMITIDO:18/07/2016 15:27hs

KKLQOQCBDJEEFO^b

teve sua frente danificada "farol, guidão, painel, paralamas e pequeno amassado no tanque", porém esclareceu que já teria efetuado conserto na referida.

Exames requisitados: IML

Solução: APRECIÇÃO DO DELEGADO TITULAR

Confere(m), assina(m) e recebe(m) uma via

INDELSO PEREIRA

ANTONIO CARLOS COSTA CAMPI
INVEST. DE POLÍCIA

JACQUELINE BESSA FRANÇOLIN
DELEGADA DE POLÍCIA

ASSINATURAS

DO

DELEGADO TITULAR

18/07/2016



DEL.POL.MORRO AGUDO

Endereço da delegacia : AV. SÃO JOSÉ, 1186 – CENTRO–MORRO AGUDO–SP. CEP: 14640–000

Telefone: (16)3851–1466



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DE NATRAN

PL: 0425130257-0 Nº 011519876704

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 00920160638 ***** 2014

MATEUS ALVES SOARES

00003993092333

DYLO257

DYLO257/SP

9C2KC08107R086948

PAS/MOTOCICLO /NAD APLIC GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN KS

2006 2007

2L/0149CC

PARTICU

VERMELHA

V 00920070-0 FOD. MUN. 286-0

DPVAT PAID

SEM NEDERNA

DIADENA

17 JAN 2019

DE SEGURORA

42/09/2014

0029970126

SP Nº 011519876704 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU VAO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 00003993092333

DYLO257

00920160638

HONDA/CG 150 TITAN KS

2006

09

9C2KC08107R086948

PRÊMIO TARIFARIO

129,04

14,34

143,37

4,15

1,11

292,01

VIA INFORMATIVO, CASO PRATO INTEGRAL

SEURADORA LIDER - DPVAT

www.seguradora Lider.com.br

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **Mateus Alves Soares**, RG nº **2973126**, data de expedição Órgão **SSP-PI**, portador do CPF nº **039930923-33**, com domicílio na cidade de **Morro Agudo**, no Estado de **São Paulo**, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) **João Batista Pavão**, nº **38**, 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 **Indelso Pereira da Silva**, cujo o condutor era **Indelso Pereira da Silva**.

Veículo: **Motocicleta**

Modelo: **Honda CG 150 TITAN KS**

Ano: **2006-2007**

Placa: **DLY0257**

Chassi: **9C2KCO8107R086948**

Data do Acidente: **26\06\2016**

Local: **Morro Agudo**

Assinatura do Declarante

Mateus Alves Soares

1 CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

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

Indelso Pereira da Silva

17 DEZ 2018



Tabelião de Notas e de Protesto

Pça. Emílio Penha, 57 - Centro - 14640-000 - Morro Agudo / SP - Fone/Fax: (16) 2551.1111

Reconheço por semelhança a(s) firma(s) de, 01, firma de
MATEUS ALVES SOARES, em documento sem valor econômico do
que dou fé.
Morro Agudo, 17 de dezembro de 2018
R\$ 6,00

WILLIAMTON DOS REIS FERREIRA - Escrevente Autorizado

0620AA0140300 - FICM

Válido somente com o Selo de Autenticação

Aline Miel-Dor Ina

2018/12/17 14:00

2018/12/17 14:00

2018/12/17 14:00

2018/12/17 14:00

2018/12/17 14:00

2018/12/17 14:00

2018/12/17 14:00

2018/12/17 14:00

2018/12/17 14:00

2018/12/17 14:00

Reconheço verdadeira

firma *Indelso Pereira da Silva*

Em testemunho

Elisbão Veloso-Pinto de 18 de 18

Maria Inez do Vale Lora

Escrevente

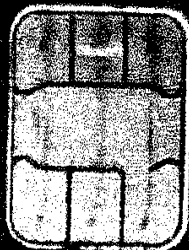
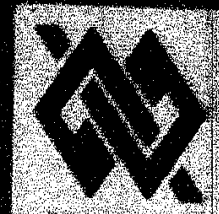
Escrevente Substituta

Cartório 2º Ofício

Elisbão Veloso - PI

ABI 80037

VALIDO SOMENTE NO BRASIL



Ourocard

1520 3733

VALIDO ATÉ
09/12/22

MUEL SO PEREIRA
3528-0

10.756-3

elo

