

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

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE
 DATA DO ACIDENTE 19/05/2019 CPF DA VÍTIMA 333.905.044-05
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA COLOMBIA
 Nº 23 COMPLEMENTO _____ BAIRRO MAURICIO DE PASSEL
 CIDADE CARUARU UF PE CEP 55012-260
 E-MAIL MSSEGURO.DANIELV@GR TELEFONE (01) 338229742

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) 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 DA 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 RECEITUÁRIO 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA Caruaru - PE 09.09.2019

IDENTIDADE

ASSINATURA Marcelo A. Bez

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA ARUANA SEGURADORA

NOME

ASSINATURA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (Vítima beneficiária)

NOME: MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE
IDENTIDADE: 70378539, 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 277 - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213

Reconheço Por Autenticidade a firma de MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE
Dou fe. 05/09/2019 10:04:10 MARIA MARIA LIPA
VITIMA DE OLIVEIRA - TABELIA Emol. R\$ 3,39 TCMR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FARS R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 ISS R\$ 0,20 - Total R\$ 4,81

Selo: 0073437.EB208201901.00000

"Consulte autenticidade em: www.tau.gov.br/portal/originais"



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

ARUANA SEGURADORA
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

Data do acidente: 19/05/2019

Titular do CPF: MATEUS DE OLIVEIRA
ALEXANDRE

CPF de: Próprio

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

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



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

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



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

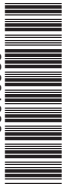
Senhor(a), MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

331.901.044-09

MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo:

MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

6 - CPF:

331.901.044-09

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

VI BARRA DE FARIAS

9 - Número:

82

10 - Complemento:

11 - Bairro:

VILA BARRA DE FARIAS

12 - Cidade:

BREJO DA MADRE DE DEUS

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

33170-000

15 - E-mail:

MSSEGURO.CALDOIN@GMAIL.COM

16 - Tel.(DDD)-33-382166977

81958325777

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2778

CONTA: 048 256

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (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 resíduo (herança)?

☐ 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

Mateus Oliveira Alexandre

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**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 N.º
19E0197000847**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Delato (Comunidade) que aconteceu no dia 19/07/2019 às 08:08

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, I, 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 (potente no plágio) - Sexo: Masculino/Mãe: LUCIANA BATISTA DE OLIVEIRA Pai: JOSÉ ALEXANDRE FILHO Data de Nascimento: 2/2/2000 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10378539/SDS/PE (RG), 13190104409 (CPF) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 35393257/909



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 plausito) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL.

JOSE CARLOS DA SILVA (não presente no plausito) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL.

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE CARLOS DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): MATEUS 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: 9C2EC1670CR516699
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 DE FORMAR O FATO OCORRIDO.

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

MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE
(VÍTIMA)

S.O. registrado por: JOSE WILSON DE SÁBROS CORREIA - Matrícula: 350839-0



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

331.901.044-09

MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo:

MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE

6 - CPF:

331.901.044-09

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

VI BARRA DE FARIAS

9 - Número:

82

10 - Complemento:

11 - Bairro:

VILA BARRA DE FARIAS

12 - Cidade:

BREJO DA MADRE DE DEUS

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

33170-000

15 - E-mail:

MSSEGURO.CALDOIN@GMAIL.COM

16 - Tel.(DDD)-33-382166977

81958325777

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 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

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (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 resíduo (herança)?

☐ 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

Mateus Oliveira Alexandre

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 510076

Prontuário: 338815

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

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 18/05/2019 06:24

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Trauma em m. Ext. L. 3.º m.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Unid. de Contingência
Informações

Diag. Provisório:

lesão de 1.º P.D.

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

① Rolo - P. R. Ext.

AP / Rolo

ARQUIVADA
11 SET 2019

RX - REALIZADO

18 / 05 / 19

112

Pauline R. Smith

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data: _____

Assinatura

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Procedimento: _____

Assinatura

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
*1) Transferência: HIP () Internamento

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

Data: / / Hora: Médico: CRM:

Usuario do Atendimento
SERGIOHS

do Atendimento
ERGIOMIS

ARUAM 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

Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50000-922
CNPJ | 02.959.322/0001-08 | Insc. Est. 1002849-55 | www.celpe.com.br

L. RODRIGUEZ DE FARIAS 82

LOCATA CONTATTO	05/2019
7008790544	05/2019
DATA DI VENCIMENTO	05/2019
30/05/2019	21/06/2019
TOTALE A PAGARE DEL:	50,38

H ⁺ ON NORTH SIDE	6875	6875
09310000	1000	1000
APPROXIMATELY	NORTH SIDE	NORTH SIDE
1000	1000	1000

Consumo Médio até 30 kWh
Consumo Alto superior a 30 até 100 kWh
Consumo Muito superior a 100 até 200 kWh
Aquisição e Entrega GRATUITA
Cobrança em Dinheiro ou Mensalidade

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
30.0000000	R 184640343	5.54
10.0000000	C 34411195	23.38
32.0000000	R 55140000	11.07
		0.54
		= 34

42.34

Nº DO MOTOR	TPO DA POMPA	ANEXOS		ATUAL		Nº DE CINQ	CONSUMO	ALIMEN	CONSUMO GÁS
		DATA	LITROS	DATA	LITROS				
71/15/25	147	23-04-2018	8 300,00	23-05-2018	8 400,00	40	10000		120,00

[illegible][illegible][illegible]

INDICADORES E PRESENTAÇÃO DAS HIERARQUIZADAS					MÉDIA DE TENDÊNCIA		
CONCEITO	VALOR DE AVALIAÇÃO	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	LIMITE MÉDIO	TENDÊNCIA		
					VALOR	VALOR	VALOR
DMC	1,00	0,70	1,30	23,1			
FRQ	3,00	2,30	3,70	13,2			
ORNO	0,00	0,27	0,00	0,00			

Fonte: OCB, 2012. O valor das pontuações foi obtido no Sistema de Avaliação - RS 10,30.

50,38

83870000000-1 50380011007-5 00879054410-0 13982150463-2



ARJANA SEP
11 SET 2011



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.compesa.com.br

Nº Documento: 2019076336914

Escritório: CARUARU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DE SIQUEIRA ARAUJO

R COLOMBIA, N. 00043 - MUNICÍPIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-260

INSCRIÇÃO: 041.541.330.0189.000

GRUPO: 3

MATRÍCULA:

00633691.4

07/2019-3

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 00633691.4

RESPONSÁVEL

EXERCÍCIO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVEL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
HIDROMETRO A03P002937	DATA LEIT. ANTERIOR 26/06/2019	DATA LEIT. ATUAL 25/07/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL /
ÁGUA LEIT. ANT.: 1663 LEIT. ATUAL: 1680 LEIT. FAT.: 1680	CONSUMO: 17	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	VOLUME: 0
HISTÓRICO DE CONSUMO RESIDENCIAL/CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS	
06/2019 16/	A	PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. ME 2.914/11
05/2019 15/	A	TURBIDEZ	185
04/2019 15/	A	COR APARENTE	169
03/2019 19/	A	CLORO RESIDUAL	169
02/2019 17/	A	COLIFORMES TOTAIS	169
01/2019 6/	A	S.Coli	169
MÉDIA 16/ 0	A	OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 51% DAS AMOSTRAS 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)

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

JUROS DE MORA 05/2019 03/2019

10 M3

7 M3

41,30

33,18

1,43

2,40

CONSUMO	VALOR	CONSUMO	VALOR
ÁGUA	74,48	ESGOTO	1,65
MULTA	74,48	JUROS	5,66

VENCIMENTO: 05/08/2019

TOTAL A PAGAR:

78,31

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 72.86. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-TIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Enviado por: INTERNET

Enviado em: 06/08/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

00633691.4

07/2019-3

VENCIMENTO: 05/08/2019

TOTAL A PAGAR:

78,31

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82820000000-5 78310018041-5 00633691401-5 07201930003-1



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ARQUIVADO
11 SET 2019

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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIO JANDOIR DE ARAUJO Inscrição (a) no CPF sob o Nº 386.058.134 / 15
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE Inscrição
(a) no CPF sob o Nº 333.901.044/05 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima
MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE Inscrição (a) no CPF sob o Nº 333.901.044/05, 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
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
			81 99832-9777/81 98216-6877

CARUARU, 09 de SETEMBRO de 2019
Local e Data

Mario Jandoir de Araujo
Assinatura do Declarante

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 08h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1200 / Outras regiões: 0200-022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 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: 9C2KC7670CR576699

Data do Acidente: 29/05/2019

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)
Av. Odete 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. 09/2019 10:05:28 ROZAVIA MARIA
LIMA VIEIRA DE OLIVEIRA - TABELIA
Emol. R\$ 6,78 TSNR R\$ 1,60
FERC R\$ 0,50 FERM R\$ 0,08 FUNSEG R\$ 0,16
ISS R\$ 0,00 - Total R\$ 9,02.

Selo: 07143-KIB08201901.0028640073437.WM308201901.00267

"Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seloatual"

Cartório Único Ofício
Brejo de 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 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 7451 CRM-PE 21025

Bezerros, 20, 08, 19.



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 510076

Prontuário: 338815

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

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 18/05/2019 06:24

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Trauma em m. Ext. L. 3.º m.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Unid. de Contingência
Informações

Diag. Provisório:

lesão de 1.º P.D.

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

① Rolo - P. R. Ext.

AP / R. P.

ARQUIVADA
11 SET 2019

RX - REALIZADO

18 / 05 / 19

112

Pauline R. Smith

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data: _____

Assinatura

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Procedimento: _____

Assinatura

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
*1) Transferência: HIP () Internamento

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

Data: / / Hora: Médico: CRM:

Usuario do Atendimento
SERGIOHS

do Atendimento
ERGIOMIS

ARUAM 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 ÀS 7HS

2 REVISÃO

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:

Dr. Felipe Cardoso
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 7451
21/05/2019



FICHA DE EMERGÊNCIA

Reg: 731227

DATA:

19/05/19

HORA:

03:08

TELEFONE

NUMERO DO PRONTUARIO

NOME

Matheus Oliveira Alexandre

DATA DE NASCIMENTO

SUS/CPF/RG

SD.

IDADE:

18 anos

SEXO:

M.

ESTADO CIVIL:

RESPONSÁVEL:

O mesmo

ENDEREÇO:

St- Barra de Farias

CIDADE:

B. Mendes.

ENFERMEIRO CHEFE:

Karla

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

MÉDICOS:

Drº Henrique + Drº André

EXAME FÍSICO:

Pc. regular, m. normal, Ausc. - auscultação normal

PRESSÃO ARTERIAL

HGT:

TEMPERATURA

PESO:

CONDUTA:

- Frotas e exames Frotas Oritol

Consulta Simples ()

Pequena Cirurgia:

Consulta c/ Observação ()

transferência ()

ASSINATURA:

SÉVND: 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


Luciana Silva
Direção Administrativa
Diretora

Praça Vereador Abel de Freitas S/N

Brejo da Madre de Deus CEP:55170000

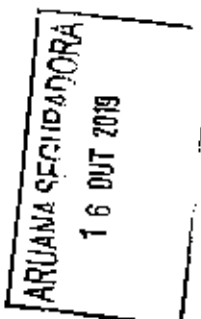
Fone:3747-1164

ARUANA SEGUNDA
11 SET 2019



HOSPITAL
JESUS PEQUENININO

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 3651 CRM-PE 21025

Bezerros, 20, 08, 19



HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 544071 Data: 19/05/2019 Hora: 16:46 Recepç.: SIMONE VITÓRIA DE SANTANA
Convênio: SES - ORTOPEDIA Matrícula: 706504314386796
Responsável: Identidade: 706504314386796
Médico: DR. SERGIO MEDEIROS DA S. JUNIOR
Paciente: 125344 MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE Sexo: MASCULINO Cor:
Nascimento: 02/08/2000 - 18 Anos e 9 Meses Est. Civil:
Endereço: VILA BARRA DE FARIAS, 84 C.P.F. 13190104409
Bairro: ZONA RURAL CEP: 2602805 UF: PE Identidade: 10378539 SDS PE
IBGE/Cidade: 2602805 BREJO DA MADRE DE DEUS Telefone:
Pai: JOSE ALEXANDRE FILHO G.Instrução:
Mãe: LUCIANA BATISTA DE OLIVEIRA Ocupação:
Nacionalidade: BRASIL Naturalidade: OSASCO-SP
Obs.: SENHA ORT. 575186

Queixa do Paciente:

Queixa de ruído e desconforto de fêmur há 10 dias @ hoje.
Relata exposição de tendões ossos e redução e setura no
serviço de origem.

H.D.A.:

alergia / comorbidades

Exame Físico:

H.D.:

Tratamento:

Internação
VPM

Bezerros, 19 de maio de 2019

Sérgio M. S. Junior
Médico
CRM 10000/PE 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

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

José Lourivaldo dos Santos
Assistente Social
CRESS 10117

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPÉDICA

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

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

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

Data: 24/05/19

Médico:

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM 1025

Assinatura / CRM

Data: 1 1

Médico:

Assinatura / CRM

Data: 1/4/

Médico:

Assinatura / CRM

Observação

Diagnósticos

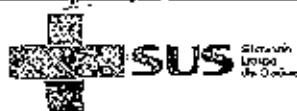
Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico Secundário:

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 30109119
Hospital Jesus Pequeno

José Lourivaldo dos Santos
Assistente Social
CRESS 10750



LÁUDO 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 <i>Fratura de hálux @</i>
21 - Condições que justificam a internação <i>Trto especializado</i>
22 - Principais resultados das provas diagnósticas (Resultados de exames realizados) <i>Rx @ 04.08.05-242.0</i>

23 - Diagnóstico inicial <i>Fratura de hálux</i>	24 - CID 10 Principais <i>S924</i>	25 - CID 10 Sec <i>1</i>	26 - CID 10 Causas associadas <i>04.11-04.08-5</i>
---	---------------------------------------	-----------------------------	---

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado <i>Internação</i>	28 - Código do procedimento <i>04.08.06.048.4</i>
--	--

29 - Clínica <i>Ortopedia</i>	30 - Caráter de Internação <i>Urgente</i>	31 - Documento (X)CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante <i>203.4086.1045.3700</i>
----------------------------------	--	----------------------------------	--

33 - Nome do Profissional Solicitante <i>Sergio Medeiros de S. J.</i>	34 - Data da solicitação <i>19/05/2013</i>	35 - Assinatura e Carimbo (nr. do registro do conselho) <i>Sergio Medeiros de S. J. Médico CRM 27043</i>
--	---	---

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBO
38 - () Acidente de Trabalho trajeto		<i>Rogério Francisco de S. Filho Médico CRM 27043</i>	
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado CRM 5379 Não segurado.			

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 19
Hospital Jesus Pequeno

José Lourenço dos Santos
Assistente Social
CRM 10153

RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE CLÍNICA ORTOPÉDICA	NÚMERO DO REGISTRO 125344
CIRURGIÃO JOSÉ FELIPE GUEDES	
ANESTESIA BLOQUEIO DIGITAL + SEDAÇÃO	ANESTESISTA DRA LUCIA
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 DO PROCEDIMENTO	
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. ASSERPSIA + 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	

23/05/2019
 José Felipe Guedes
 CRM 125344
 RPP 21026

NB

Anestesia: Bloqueio troncular + sedação

Nome: Mateus de Oliveira Nº do Registro _____ Nº. na Clínica: _____

Clínica: Ortopedia Quarto: _____ Leito: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____

Operador: Felipe Guedes Assist.: _____ Anestesiista: Luciana Lima

Diag. Preop.: _____ Diag. Posop.: _____

Op. Proposta: Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur no (Hálux)

Premedicação: _____ Hora: _____ Resultado: (MO 1-2-3) Risco 1-2-3-4
(AO 1-2-3)

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30
AGENTES	N2O														
	O2														
LÍQUIDOS															
PA	°C														
V															
PULSO															
ANES															
x															
OP															
O															
TEMP.															
A															
ASPIR.															
A															
RESP.															
O															
Export															
Assist.															
Contra.															

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A ① Midazolam	5mg	Bloqueio troncular	
B ② Fentanyl	75µg	+ sedação	
C ③ Ketorolac	20mg		
D ④ Xilost 0,1%	200mg		
E			
F			
G			
LÍQUIDOS			
SFO 9% - 500ml			
TOTAL			
OPERAÇÃO:			
ANESTESISTA:			
Luciana Lima			
CRM: 11118			
TEL: 755.755.594-08			
CIRURGIÃO:			
Dr. Felipe Guedes			
Ortopedista			
CRM: 21025			
PERDA SANGÜÍNEA:			



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: Frax. luxação de 1. PDE Cirurgião: Dr. Felipe
 Anestesia: Blaqueira local Anestesista: Dr. Lucas
 Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	valor unit.	valor Total	Especificação	Quant.	valor unit.	valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Dipirona			
Nauseazon				Narcan			
Água Destilada				Nipride			
Tenoxicam				Dimorf 0.1			
Bicarbonato de Sódio				Plesil			
Cloreto de Potássio				Prostigmina			
Cloreto de Sódio				Fentanil Espinal			
Cediladine				Quelclon			
Decadron				Hidrocortizona 100mg			
Dormonid				Hidrocortizona 500mg			
Diazepam				Rocefin 1g			
Dolantina				Seurfreno			
Neomicina Pomada				Revivan			
Eforil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Omeprazol				Styptanon			
Fentanil 5ml				Clindamicina			
Dexametazona Pomada				Sulfato de Magnésio			
Flumucil				Soro Glicosado			
Rapifidina				Soro Fisiológico			
Tramal				Titionembulal			
Gluconato Cálcio				Xilocaina Pesada			
Glicose				Xilocaina 2% s/a			
Propofol				Xilocaina 2% c/a			
Rapifen				Xilocaina 1% s/a			
Cisatracurum				Xilocaina Geléia			
Tansemim				Xilocaina Spray			
Vitamina M				Metronidazol 500mg			
Keilin				Enxofarina 40mg			
Ketalar				Dramin			
Lasix				lovaslon			
Methergin							
Marceína Pesada							
Marceína s/a							
Marceína c/a							
Voluvam							

Conferido Com Documento

Original Bezerras PE 3029119

Hospital Jesus Pequenininho

Jose Moura dos Santos
Assistente Social
I CRESS 13150

Especificação	Quant.	valor unif.	valor Total	Especificação	Quant.	valor unif.	valor Total
Jelco				Coletor Sistema Fechado			
Agulha desc. 25x7x10x120,45x13	03	unif		Coletor Sistema Aberto			
Agulha de Flexo				Azul de Metileno			
Agulha Raque				FIGS			
Equipo de Mição Gotas				PSD			
Algodão Hidrôfilo				CatGut Simpa s/a			
Algodão Ortopédico	01	unif		CatGut Simp c/a			
Dreno de Sucção				CatGut Crom s/a			
Atadura Crepe 15cm	01	unif		CatGut Crom c/a			
Atadura Gesso				Fio de Algodão			
Bolsa p/ Colostomia				Fio de Aço			
Comp. Cirúrgica	01	unif		Fio Kirschner 1,50			
Dreno Tórax				Fio Maleável			
Dreno Penrose				Mononylon			
Polifix				Mononylon			
Equipo Macro Gotas				Propelene			
Esparradrapo	TX			Propelene			
Infusor p/soluções Parenteral 2 vias				Polycot			
Esparradrapo Micropore				Seda			
Liga Glip				Mono Cril			
Case 7x5x7,5	03	unif		Vicryl			
Escova de Degermação	03	unif		LÍQUIDOS			
Pulseiras de RN				Água Oxigenada	50	ml	
Clama Umbilical				Alcool 70%	50	ml	
Intracath				Glutaraldeído			
Luva Descartável 70x15	04	unif		Éter	30	ml	
Luva Comum				Formol			
Lâmina Bisturi 21	01	unif		Clarexolona	100	ml	
Lâtex 204				Glutaril			
P.S. Petersen							
P.L. Sherman				Pov Detergente			
Pr.S. Petersen							
Per. Sherman				ONGEISO			
Pino Stelman							
Prótese Tompson							
Scalp							
Seringa 03 cc				Das	as		
Seringa 05 cc	01	unif					
Seringa 10 cc	01	unif		TABAS			
Seringa 20 cc				Oxímetro de Pulso	TX		
Toucas	08	unif		Aspirador			
Máscaras	08	unif		Bisturi Elétrico			
Pro-Pés	04	unif		Desbridador			
Seringa de 01 cc				Monitor	TX		
Sonda Estom n°				Eletrodos	05	unif	
Cateter Nasal	01	unif					
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 689427

Santos



HOSPITAL
JESUS PEQUENINHO
EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME: Mateus de Oliveira Alexandre DATA: 19/05/19

HD: Exat 1º PDD

EM USO DE:

DADOS DE ENFERMAGEM:

DISGLICEMIA () SIM () NÃO

DISTERMIA () SIM () NÃO

PRESSÃO ARTERIAL NORMAL ()

QUEIXAS

S7 OUTROS

EXAME FÍSICO:

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

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

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

ACV: ☒ ABDOME _____, FLÁVIOO, DEPRESSÍVEL, S/VMG, RHA + NORMATIVOS () INDOLOR
() DOR À PALPAÇÃO EM _____
() OUTROS _____

OUTROS: _____

EXT: ☒ SEM EDEMAS () OUTROS _____

CONDUTA: OK OF

Dr. João André G. Sampaio
Médico
CRM PE 25313

Dr. João André G. Sampaio
Médico
CRM PE 25313

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 200313
Hospital Jesus Pequenininho

José Lourivaldo dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150

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
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CARLOS DE ALMEIDA

01R-23

Mateus Oliveira Alexandre

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.378.539 DATA DE EMISSÃO 16/05/2016

Nome << MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE >>

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

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

DOC. ORDEM << CN.14163 L.A237 F.252 CART.OSASCO-SP 04.08.2008 >>

CPF 131.901.044-09

Assinatura de MATEUS DE OLIVEIRA ALEXANDRE
Declarar em Presença Gerente 418

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

416043382900090948.6884626 1-71 87.280 - 4333

ARQUIVADA
11 SET 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014357141504
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 456986375 2019

JOSE CARLOS DA SILVA

CARUARU-PE

024.908.184-90

PFA6773

9C2KC1670CR516699

FAS MOTOCICLETA

ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 FAN EST

2012 2012

2P/149CL

PARTIC

PRETA

IPVA 2019 QUITADO

1* *****
2* *****
3* *****

80.11

0.32

84.59

14/02/19

SEM RESERVA

CARUARU-PE

Roberto Carlos Moreira Fontelles

21/02/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE QUE POR SUA CARGA A PESSOA
TRATADA COMO DANOS DO NAO SEGURO DPVAT

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 022 1204

CARUARU-PE

2019 21/02/19

1 024.908.184-90

PFA6773

456986375

HONDA/CG 150 FAN EST

2012 09

9C2KC1670CR516699

PRÊMIO TARIFARIO

FMS (R\$)	DEMATIAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05	4.01	40.06
CUSTO DO BILHETE (R\$)	ICP (R\$)	TARIFA DE INSCRIÇÃO (R\$)
4.25	0.22	84.58
☒ COTA ÚNICA	PAGAMENTO	DATA DE OUTRORAÇÃO
	☐ PARCELADO	14/02/19

SEGURODORA LIDER - DPVAT
CNPJ 05.248.800/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

8102-1018

11 SET 2019