

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 24-10-2019 20:24



Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PCT TRAZIDO PELO SAMU, APRESENTANDO DOR EM MID APÓS QUEDA DE MOTO HA 01H

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 4
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 IRPM

Dr. Marcelino Silveira

Dr. Marcello Silverio

Acolhido(a) por: FELIPE CARVALHO FARIAS - COREN: 501813 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08-01-2020 08:29

Relaxa Principal / História

DR E EDEMA NO JOELHO DIREITO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO
GA VOMITOS, PERDA DE CONSCIENCIA OU CERVICALGIA

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

S Bom Consciente Orientado e Conversando Hidratado
Atrito Corado Acianótico Anictérico
Apnéico Afebril Sem Edemas

CV: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

CR: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

CD: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

NC: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

GU: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

RL: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

le: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Locomotor: ☐ EDEMA ☐ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

Diagnósticos: PAS PAD FR FC P (KG) T Alt. (cm) SAT O₂
20

IPAS
Dr. Marcello Silva
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia

Prescrição.: 1819309 Data: 24/10/2019 20:35

1ª VIA

Usuário....: ANDERSONADOS

Atendimento.: 1290680 Dt Nasc: 08/08/1986 (33a 3m 28d)

Convênio....: SUS - AMBULATORIO

Paciente....: 575187 - SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

Peso.....: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 24/10/2019 20:33 0 Dias(s) int

Médico.....: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM 21731

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int...: Leito...: Cobertura:

Cid.....: S621 FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA Ciclo... /

Diagnóstico:

Protocolo..:

Classificação de Risco:URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX JOELHO DIREITO A.P. / LATERAL ; Exame: 329568	1					24/10] 20:35

UPA IMBIRIBEIRA
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
MÉDICO ELETRONICISTA

Dr. Marcello Silva

Prescrição.: 1819310 Data: 24/10/2019 20:36
Usuário...: ANDERSONADOS
Atendimento: 1290680 Dt Nasc: 08/08/1986 (33a 3m 28d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 575187 - SIMONE GOMES DE OLIVEIRA
Peso.....: Altura: Sup: Corporea:
Internação.: 24/10/2019 20:33 0 Dias(s) int
Médico.....: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM 21731
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S821 FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA Ciclo.../
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 RX MÃO DIREITA A.P. / OBLIQUA ; Exame: 329569	1					[24/10] 20:36

UPA IMBIRIBEIRA
RAI...
MARCELLO JCS
Dr. Marcello JCS

1ª VIA

Prescrição.: 1819317 Data: 24/10/2019 20:43
Usuário.: ANDERSONADOS
Atendimento: 1290680 Dt Nasc: 08/08/1986 (33a 3m 29d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 575187 - SIMONE GOMES DE OLIVEIRA
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 24/10/2019 20:33 0 Dias(s) int
Médico.: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM 21731
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S821 FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 TALA GESSADA TIPO COXOPODALICO G	1					[24/10] 20:43
> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	10	UN				
> ATADURA GESSADA 15CM X4,0M BRANCA	10	UN				
> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	4	UN				

COPIAS
UPA IMBIRIBEIRA
RA PRONÓTIPO DE DEFALCADO ADON JÁVES
MARCIO EVERTON
Dr. Marcello Silva
05/12/2019 08:13

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

Data de Nascimento: 08/08/1986 Data Atendimento: 24/10/2019

Prontuário: 0000575187 Cód. Atendimento: 01290680

Nome do Hospital: HMA

Senha: 5800672

Transporte: ☒ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio

☐ Acompanhamento Médico

Observação: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO

Recife, 24 de Outubro de 2019

Médico: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA
CRM: 21731

Dr. Marcelino Silveira

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 24/10/2019 20:57:11

IDENTIFICAÇÃO

NOME: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

RG:

PESO:

IDADE: 33 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 08/08/1986

PRESTADOR ASSISTENTE: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA

DATA DE ATENDIMENTO: 24/10/2019 20:33:02

ATENDIMENTO: 1290680

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 0 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S821 - FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S821 - FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S821 - FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

CONDUTA DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: TRANSF. P/HOSPITAL MIGUEL ARRAES

PROCEDIMENTO DE ALTA:

COPIAS
Dr. Marcello Silveira
Médico Especialista

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcello

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 24/10/2019 22:22



Nome Paciente: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 08/08/1986
Sexo: Feminino
Idade: 33 anos
Senha: 0038
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 24/10/2019 22:35 - 24/10/2019 22:40

CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354495 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENTE - VERDE

VERDE

Queixa Principal:

PC DIRECIONADO PELO SAMU ENCAMINHADO PELA UPA DE IMBIRIBEIRA COM SENHA 5800672 COM HD: FRATURA PLATO TIBIAL D. APOS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HA APROX 3 HORAS, RELATA USO DE CAPACETE, SEM ALTERAÇÃO DO NIVEL DE CONCIENCIA.

Observação:

NEGA ALÉRGIAS MEDICAMENTOSA/ HAS/ DM

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SEM PERDA DA FUNÇÃO
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERMENTO PERFURANTE
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Especialidade:

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- SACR - REGUA DE DOR: 8
- FREQUENCIA CARDIACA: 82.00 BPM
- GLICOSE: 158.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

T_e 37.1°C

HMA - Hospital Miguel Arraes
Local: Lesão de pele
Sim
Data: 24/10/2019
Assinatura: Carla Daniele Santoro de Melo

REC-1-HMA

Acolhido(a) por: CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354495 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/10/2019 22:40



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Senha da Classificação:

0038

Atendimento: 500974

Data e Hora: 24/10/2019 22:44

Paciente: 130673 SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 08/08/1986 Idade: 33 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: LINDACI DIONELIA DA SILVA

Nome do Pai:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Bairro: ALTO DA BELA VISTA

Endereço: 1 TRAVESSA ALTO DA BELA -

282

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Cidade/UF: ABREU E LIMA PE

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Hora:

22:30

Peso:

Altura:

Temperatura:

Queixa Principal

Acidente de moto com
trauma em joelho (D)

Exame Físico

Doi e edema e injecões
na região do joelho (D)

Hipótese Diagnóstico

Fx Placa Tibial (D)

Prescrição Médica

Interno paciente

Faz o teste

Bloco anexo

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:

Aviso de Cirurgia : 60456
Paciente : 130673
Convênio Atend. : 1
Leito : 690
Dt. Inicio : 25/10/2019 08:40
Cid Pré-Operatório : S821
Cid Pós-Operatório :
Sala : 0001 SALA 01
SIMONE GOMES DE OLIVEIRA
SUS - INTERNACAO
VERD2-14
Dt. Fim : 25/10/2019 09:20
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
Atendimento : 500975
Carteira :
Idade : 33 Anos

Procedimento: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

JRGIAO 16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
ANESTESISTA 3702 CLAYTON PLACIDO CHIVERS

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIR
INTERVENÇÃO: APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO DIREITO
OPERADOR: DR. FAGNER ATHAYDE
1º AUXILIAR: DR. MANOEL OLIVEIRA FERREIRA
ANESTESISTA: DR. CLAYTON CHIVERS
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA DO PLATO TIBIAL + CHECAGEM COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
5. APLICADO FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO TRANSARTICULAR DO JOELHO
6. SUTURA COM NYLON 3-0
7. CURATIVO ESTÉRIL

Ortese e Prótese:

FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
25/10/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

Manoel Oliveira Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 24587

DR(A) : FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
CRM : 16863



HOSP. AL
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

IDADE: 33

SEXO: F

DATA DA ADMISSÃO: 24/10/19

REG: 130573

DATA DA ALTA: 12/11/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA PLATÔ TIBIAL DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- RAFI COM PLACAS E PARAFUSOS DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- MOVIMENTAR JOELHO E TORNOZELO;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS SEM PISAR COM MEMBRO OPERADO;
- CARGA ZERO (SEM PISAR) NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **SIMONE GOMES DE OLIVEIRA**

Idade: 33a 2m 16d

Sexo: F

Estado Civil: SOLTEIRO

Prontuário: 130673

Data de Nascimento: 08/08/1986

Profissão:

Escolaridade:

R.G.:

C.P.F.:

Telefone:

CEP 53510431

- ABREU E LIMA

- PE

Endereço: 1 TRAVESSA ALTO DA BELA VISTA

, 282 - ALTO DA BELA VISTA

Dados da Internação

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Data e Hora da Internação: 24/10/2019 22:48

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: GERAL

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-14

Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço:

- Numero:

Telefone:

Cidade:

Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:

Hora da Alta:

Motivo:

☒ Melhorado

☐ A Pedido

☐ Transferência

☐ Óbito

☐ Evasão

Condições de Alta:

Diagnóstico Principal.....:

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Medicamento.....:

Dr. Ayron Ferraz
Ortopedia / Traumatologia
CRM / PE - 2000

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 24 de 10 de 2019

Simone Gomes

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA REG: 130673

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
24/10/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
22:40	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM TRAUMA DIRETO EM JOELHO DIREITO
	NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA VOMITOS, NEGA TCE
	SEGUE CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, ESTAVEL
	COM DOR EM JOELHO DIREITO
	NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
	HD: FX DO PLATO TIBIAL DO JOELHO DIREITO
	CD: INTENO PACIENTE
	ZERO DIETA - PACIENTE SE ALIMENTOU RECENTEMENTE
	PROGRAMO FIXAÇÃO EXTERNA EM BLOCO CIRURGICO PELA MANHA
	ORIENTAÇÕES DR SORMANE BRITO
25/10/19	# SPM
	HD: A mesma
	EVOLUI BEM, ESTAVEL, SEM SINAIS DE
	DE AGUARDIA CIRURGICA
	FIXADO, SEM
26/10/19	22:40
15h	Não o mesmo
	Locais para exames
	80% de evolução com dor
	Tratado com Gesso 2x
	q gravemente afetado

João Marcelo Xavier
CRM - 17.125
Médico



RETOX

HOSPITAL
MIGUEL ARRÁEZ



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Simão Góes Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

24/11/19 Orelha em 10/11/19

Truque de Papanicolaou T3 e T4

Em 10/11/19

Sem Anomalias

Metab. e Função

As 5 horas em Anomalias

100 -> 1000 Anomalias, 1000
em 10/11/19

Amplio
Fluorescência em
10/11/19

Fábio Kaefermann
Otorrinolaringologista
CRM: 14.368

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA
Data de Nascimento: 08/08/1986 Data Atendimento: 24/10/2019
Prontuário: 0000575187 Cód. Atendimento: 01290680
Nome do Hospital: HMA
Senha: 5800672
Transporte: ☒ Ambulância Básica ☒ Ambulância Avançada ☐ Próprio
☐ Acompanhamento Médico

Observação: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO

Recife, 24 de Outubro de 2019

Anderson Ary Dias
Ortopedista e Traumatologista
CRM 21731

Médico: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA
CRM: 21731

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DA JUSTICA		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		CARTeira NACIONAL DE IDENTIFICACAO	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>VALE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL</p> <p>1759323354</p> </div> <div> <p>PROIBIDO PLASTIFICAR</p> <p>1759323354</p> </div> </div>							
<p>NOME: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA</p>				<p>ORG. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 5324000088 / MTR - PE</p>			
				<p>CPF: 055.529.234-03</p>		<p>DATA NASCIMENTO: 08/08/1986</p>	
<p>ASSINATURA: GILMAR GOMES DE OLIVEIRA</p>				<p>RA: LINDACE DIONELTA DA SI</p>			
<p>PERMISSAO: A</p>				<p>VALIDADE: 26/02/2020</p>			
<p>NR. REGISTRO: 061803229808</p>				<p>HABILITACAO: 26/02/2019</p>			
OBSERVAÇÕES							
<p><i>Simone Gomes de Oliveira</i></p>							
<p>LOCAL: PAULISTA, PE</p>				<p>DATA EMISSAO: 27/02/2019</p>			
<p>ASSINATURA DO EMISSOR: ROBERTO CARLOS MOURA PEREIRA</p>				<p>04073159555</p>			
<p>ASSINATURA DO EMISSOR: PERNAMBUCO</p>				<p>PE089801766</p>			



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **055.529.294-03**

Nome: **SIMONE GOMES DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **08/08/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **21/08/2002**

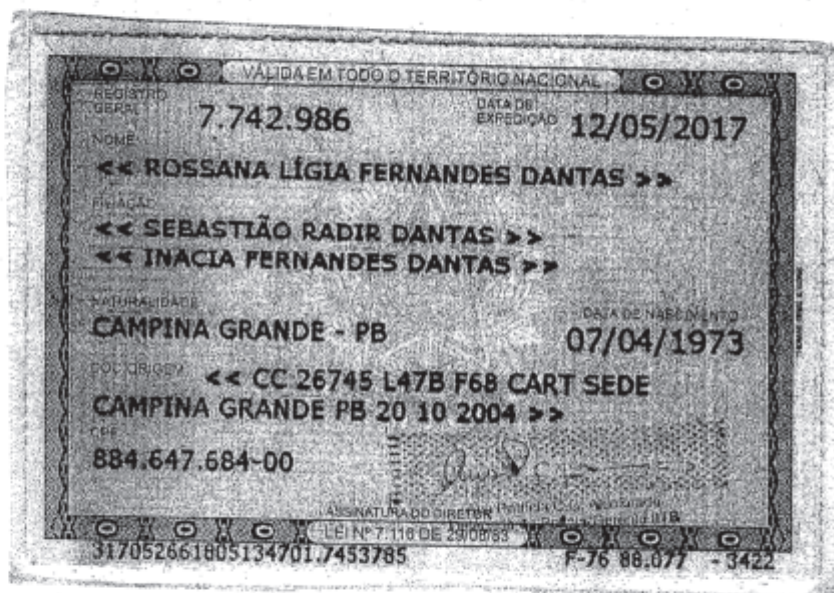
Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:22:38** do dia **16/01/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **2505.A3C2.8D7A.B950**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014802544304

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 1163539446 RENTIS EXERCÍCIO 2019

SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

ABREU E LIMA-PE

055.529.294-03 PLACA PCT6058

9C2KEP2200JR015734 CHASSI

PAS /MOTONETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA/PCX 150 ANO FAB 2019 ANO MOT 2019

2P/149CL CATEGORIA PARTIC COEF PREDOMINANTE PRATA

1 IPVA 2019 QUITADO VENC. COITA UNICA VENC. COTAS

2 PARCELAMENTO/ COTAS 1 2 3

PREMIO TARIÁRIO (R\$) 80.115

PREMIO TOTAL (R\$) 80.115

80.115

AL- FID. ADM. CONS. NAC. HONDA LTDA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

ABREU Roberto

ROBERTO CARLOS MORAES RODRIGUES

28/02/19

CONTRAN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037401/20

Vítima: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

CPF: 055.529.294-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/10/2019

Titular do CPF: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

SIMONE GOMES DE OLIVEIRA : 055.529.294-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/01/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200044682 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 24/10/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1,7,10(BAM) P.8,12(ALTA) P.11(CIRURGIA)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRA Profissão: PROMOTORA
Identidade: 6378174 SDS/PE CPF: 055.529.294-03
Endereço: RUA ALTO DA BELA VISTA, 282, CASA-A,
ABREU E LIMA/PE. CEP. 53515-495, ALTO DA BELA VISTA.

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 24/10/2019 cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



17 de Dezembro de 2019
Local e data

Simone Gomes de Oliveira

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037401/20

Vítima: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

CPF: 055.529.294-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/10/2019

Titular do CPF: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

SIMONE GOMES DE OLIVEIRA : 055.529.294-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/01/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044682

Vítima: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 24/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

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, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044682

Vítima: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 24/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000286-0

Conta: 000000131383-5

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:
055.529.294-03 SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA 6 - CPF: 055.529.294-03

7 - Profissão: PROMOTORA 8 - Endereço: RUA ALTO DA BELA VISTA 9 - Número: 282 10 - Complemento: CASA = A

11 - Bairro: ALTO DA BELA VISTA 12 - Cidade: ABREU E LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.515-495

15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (81) 3538-0069

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)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRANESCO

AGÊNCIA: 0286 01 CONTA: 0131383 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	011.12.2019
DATA	11.12.2019

Atendendo ao requerimento do Sr. **DIOGO LUIZ SOBRINHO**, portador do Documento de Identidade nº **6080828 SSP/PE** e inscrito no CPF/MF sob o nº **049.001.584-02**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-699003**, que no dia 24 de outubro de 2019, a paciente Sra. **SIMONE GOMES DE OLIVEIRA**, portadora do Documento de Identidade nº **5324000078 MTE/PE** e inscrita no CPF/MF sob o nº **055.529.294-03**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 19h32, na Rua da Aurora, imediações entre a pista de Skate e o Clube Remos do Náutico, no bairro Boa Vista, Recife/PE, sendo conduzido para a UPA Imbiribeira e, posteriormente, redirecionado para o Hospital Mígues Arraes.

Recife, 11 de dezembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

Sergio Parente Costa

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060-140 Fone: 3355-7450

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00286-0

CONTA: 000000131383-5

Nr. Autenticação

BRABESCO1002202005000000000023700286000000131383168750 PAGO

HONDA
Consórcio



PERNAMBUCO MOTOS



CTC RECIFE PECIO - AMARRADOS
SIMONE GOMES DE OLIVEIRA
R ALTO DA BELA VISTA 282 CASA A
ALTO DA BELA VISTA
53515-495 ABREU E LIMA PE



721342637100100006000415030520919

IGB

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA: 103668667 Dez/2019
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO:7 DEB.AUTOMATICO: 103668667

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE UNIDADES COMERCIAL INDUSTRIAL 1	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A175224252	DATA LEIT. ANTERIOR 29/11/2019	DATA LEIT. ATUAL 30/12/2019	TÍPO DE CONSUMO (AVE) MÉDIA HD	

AGUA:
LEIT ANT: 4 CONSUMO:1
LEIT ATU: 4
LEIT FAT: 4 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

11/2019 01
10/2019 01
09/2019 01
08/2019 01
07/2019 01
06/2019 01
MÉDIA: 01

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	48	48	45
COR APARENTE	48	48	32
CORO RESIDUAL	48	48	48
COLIF. TOTAIS	48	48	47
E. COLI	48	48	48

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% 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	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	64,84
CORTE 11/2019		9,02
RELIGACAO 11/2019		9,02
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019		2,19
JUROS DE MORA 09/2019 10/2019		2,01

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PS	108,92	1,65	1,80
COFINS	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/01/2020 TOTAL A PAGAR: 131,16

MENSAGEM:
PROBLEMAS COM A BEBIDA? LIQUE ALCOÓLICOS ANONIMOS
(81) 3221-3592/98476-3207

IMPRESSO EM: 30/12/2019 13:01:56

VÁLIDO CLIENTE

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ 884.647.684-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SIMONE GOMES DA OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.529.294-03 do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima SIMONE GOMES DA OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.529.294-03, 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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima / PE 27 de Janeiro de 2010

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante