

UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

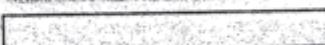
Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

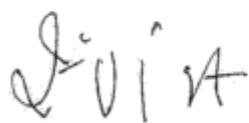
Data e hora retirada da senha: 24-10-2019 20:24

Nome Paciente:	SIMONE GOMES DE OLIVEIRA
Cód. Paciente:	575187
Data de Nascimento:	08/08/1986
Sexo:	Feminino
Idade:	33
Senha:	A0275
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1290680
SAME:	

Período: 24-10-2019 20:25 - 24-10-2019 20:27

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

ICRAS
UPA IMBIRIBEIRA
PERÍODO 4 ANOS - FASE DE DESenvOLVIMENTO 720V. JÁ
MUITO DESenvOLVIMENTO
Dr. Marcelo Silveira



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

Data Impressão: 08-01-2020 08:29

Íelxa Principal / História

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

tecedentes

DM: SIM NÃO

HAS: SIM NÃO

Alergia: SIM NÃO

came Elsico

Bom Consciente Orientado e Conversando Hidratado

Ártido Corado Acianótico Anictérico

ipnélco Afebril Sem Edemas

CV: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

R.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

D.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

N.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADO

GU: NÃO EXAMINADA NORMAL ALTERADA

BL: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

Se: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

. Locomotor: EDEMA DOR A MOVIMENTAÇÃO EQUIMOSE HEMATOMA DEFORMIDADE OSSEIA

OUTROS:

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

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

1^ª VIA

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 ELETRÔNICO
Dr. Marcello Silveira

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

1^ª VIA

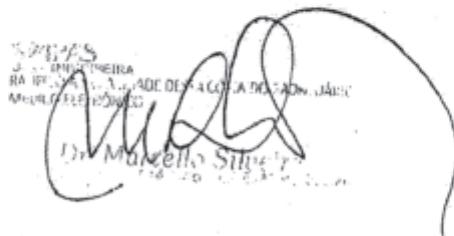
Rubrica do Responsável



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



DR. MARCELLO SILVA
UPA IMBIRIBEIRA
RA 1290680 - AGENCIA DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO
MUSULMANO

1^a VIA

Prescrição.: 1819317 Data: 24/10/2019 20:43
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.: Lefto.: 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				

ICD-10
UPA IMBIRIBEIRA
RA IF, O AMBULATORIO DE FALLOCA DO PAON, JÁRIO
MEDICO ELETÔNICO
Dr. Marcelo Silveira
Data: 2019-10-24 20:43:00

Prescrição.: 1819318 Data: 24/10/2019 20:44
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 Cid
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

2º VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	TRAMADOL CLORIDRATO SOL.INJ. 100MG/2ML -> ESCALPE N. 21 -> CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9%-100ML (FRESENIUS/BAXTER/BBRUM -> EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL -> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA -> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	AMP		IV	Agora	[24/10] 20:44
2	CETOPROFENOICM SOL.INJ 100MG -2ML -> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA -> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	AMP		IM	Agora	[24/10] 20:44

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTENome 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**

IPAS
UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Av. IPAS, 1111 - Bairro de São José
Maceió - AL - 57010-000
Dr. Marcelo JCS
Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328

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
DR MARCELLO SILVEIRA - COORDENADOR DE DESTACADA DO TRONALAP
MEDICO DE CONSULTA
Dr. Marcello Silveira
Dr. Marcello Silveira

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

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO 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:

Periodo: 24/10/2019 22:35 - 24/10/2019 22:40
CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354495 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

NAO URGENTE/VERDE

VERDE

Causa Principal:

PC DIRECIONADO PELO SAMU ENCAMINHADO PELA UPA DE IMBIRIBEIRA COM SENHA 5800672 COM HD: FRATURA PLATO TIBIAL D. APOS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HÁ 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

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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 = 31.12

LOCAÇÃO
SIM
Ledesma de Pele
HMA - Hospital Miguel Arraes
HMA - Hospital Miguel Arraes

11-1-HMA

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

Data Impressão: 24/10/2019 22:40

Atendimento: 500974
Data e Hora: 24/10/2019 22:44

Senha da Classificação: 0038

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 VISTA

282

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 22:33

Queixa Principal

A dor de volta de volta com
incrimento em joelho ①

Exame Físico

Dor e edema em joelhos
muito regulares não permanente

Hipótese Diagnóstico

Fx Plute Feb sul ①

Prescrição Médica

Interno paciente

Zene Difice

Bloco curado

Dr. XAVIER
Oftalmologista
Linhares

et N. Igarapé

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Senha:

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

Aviso de Cirurgia : 60456
Paciente : 130673
Convênio Atend. : 1
Leito : 690
Dt. Início : 25/10/2019 08:40 Dt. Fim : 25/10/2019 09:20
Cid Pré-Operatório : S821
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001 SALA 01
SIMONE GOMES DE OLIVEIRA
SUS - INTERNACAO
VERD2-14
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
CLAUDEIAN SOUSA
FATURISTA

Manoel Oliveira Ferreira
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PE 24502

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



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: 130673

DATA DA ALTA: 12/11/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA PLATÔ TIBIAL DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- RAH 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 AÉREO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO: SIM (x) NÃO ()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **500975**

Usuário: PAULAFSC

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP. : 53.400 - 000

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **SIMONE GOMES DE OLIVEIRA** Prontuário: 130673
 Idade: 33a 2m 16d Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 08/08/1986
 Profissão: **Estudante**
 R.G.: **33.000.000.000-00** C.P.F.: **33.000.000.000-00** Telefone: **(84) 9999-9999** CEP 53510431
 Endereço: **1 TRAVESSA ALTO DA BELA VISTA**, 282 - ALTO DA BELA VISTA - ABREU E LIMA - PE
 Origem: **URGENCIA/EMERGENCIA** Dados da Internação
 Convênio: **SUS - INTERNACAO** Data e Hora da Internação: 24/10/2019 22:48
 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.: **25.700.799-000-00**
 Endereço: _____ - Número: _____ CLAUDIO ANTONIO SOUSA
 Telefone: _____ Cidade: _____ Estado civil: _____
Qmz.

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: **12/11/19** Hora da Alta: **01:00**
 Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: **desconforto**

Diagnóstico Principal.....: **Fractura de fíbula**

Diagnóstico Secundário01.: **Fractura de tibia**

Diagnóstico Secundário02.: **Fractura de fíbula**

Exame.....: **Fractura de fíbula**

Dr. Ayrton Ferraz
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM / P-00000000
 Médico e CRM

Simone Gomes
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, anestesias, 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.

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	15h
	15h: A mesma volvi bem, evolui, bem Dr Aguana Cirurgia Fizido exame
26/10/19	15h
	15h: A mesma volvi bem evolui sos exame José (1) = Gravida 24 Gravidez mellata faltou 100g



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Simone Gomes

Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____

Leito: _____

Data/Hora

24/11/19 Okuma em 10/11/19

Trans. no Pausa Tensão 100

Pronto para exame ORL,

sem dor com a

med. das Faringe

Não trans. em 10/11/19

Simone

fo -> Bon. ist. h. c

(muito doloroso)

larynx.

auto

filhos maiores sim

ABUS

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 MédicoObservação: **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





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**

Dígito 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

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO
Nº 1 1163539446
CÓD. IPVA
2019
PLACA
* * * * * /PE

EXPIRAT. 2019
NOME

SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

ABREU E LIMA - PE	0	PLACA	FCR 6058
055.529.294-03	1	TIPO	
* * * * * /PE	92382200016734	PLACA	
ESPECIE / TIPO		COMBUSTIVEL	
HONDA / PCX 150		ANO FAB.	2018
2E / 199CL		CATEGORIA	PRATICA
1 IPVA 2019 QUITADO		VENCIMENTO / GOIAS	1º * * * * *
P FAIXA / PVA 1		FAZIMENTO / GOIAS	2º * * * * *
A		3º * * * * *	
PREMIO TANQUE (R\$) 107,00		PREMIO TOTAL (R\$)	126,00
60 - 11SEGURACAO		DATA DE PAGAMENTO	26/02/19
OBSERVAÇÕES			
AL - FIM DE DOCUMENTO CONSIGNACAO HONDA LTDA DOCUMENTO DE PAGAMENTO AUTORIZADO NOVAMENTE PARA TRANSFERENCIA			
ABREU E LIMA / 26/02/19			
RODRIGO LIMA / 26/02/19			
INTERLOCUTOR / 26/02/19			

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 médica-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

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

Valorização 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: PROMOTORIA

Identidade: 6378174 SNS/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 epígrafe 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 médica-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

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno 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: PROFESSORA 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: 53.515-485
15 - E-mail: balbinoespe@hotmail.com (81)999441009 16 - Tel.(DDD): (81)3538-0068

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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL 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: BRADESCO

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

AGÊNCIA: CONTA:
 (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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel/nascer): Sim Não 31 - Vítima Sim 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não teve filhos? Não teve irmãos? 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

40 - Local e Data,

Abreu e Lima 27/01/2020
Simone Gomes de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Sérgio 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

BRADESCO

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

BRADESCO10022020050000000002370028600000131383168750 PAGO

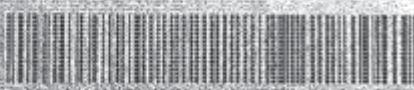
HONDA
Consórcio



PERNAMBUCO MOTOS



CTG RECIFE PEÇO - AMARRAÇOIS
SIMONE GOMES DE OLIVEIRA
R ALTO DA BELA VISTA 282 CASA A
ALTO DA BELA VISTA
53515-495 ABREU E LIMA PE



7272942637160100000000416030020919

GB

DADOS DO CLIENTE		103666667 / Dez/2019
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA:		
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170		
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000	GRUPO: 7	DEB. AUTOMÁTICO: 103666667
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1 QUANTIDADE DE ESGOTADIAS COMERCIAL 1 INDUSTRIAL 1 PÚBLICA
HIDRÔMETRO A17S224252	DATA LEIT. ANTERIOR 29/11/2019	DATA LEIT. ATUAL 30/12/2019
		TÍPO DE CONSUMO (AVE) MÉDIA HD

ÁGUA:

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

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

11/2019	01	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. MS 2.914/11	PORT. REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
10/2019	01	TURBIDEZ	48	48	45
09/2019	01	COR APARENTE	48	48	32
08/2019	01	CLORO RESIDUAL	48	48	48
07/2019	01	COLIF. TOTAIS	48	48	47
06/2019	01	E. COLI	48	48	48
MÉDIA:	01	Qualidade de Água: www.compresa.com.br			

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARÂMETROS COFIFORMES 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

DESCRICAÇÃO 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
RELIGAÇÃO 11/2019		9,02
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019		2,19
JUROS DE MORA 09/2019 10/2019		2,01

VALOR TOTAL	VALOR TOTAL P/2500	VALOR TOTAL P/2500
108,92	1,65	1,80
108,92	7,60	8,28

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

MENSAGEM:

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

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

VIA DO 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 nº9.613/98.

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 de Oliveira**,
 inscrito (a) no CPF sob o Nº **055.529.296-03** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima
Simone Gomes de 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 Lider-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	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com			Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834	

Abreu e Lima/PB 27 de Janeiro de 2020

Joséu Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante