



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através do telefone 0800 022 12 06.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 82 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Operatória: 0800 022 91 35

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/BIBLIOTECAS/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, AGRICULTURA, 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 9.307/96.

Pelo exposto, eu **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **056.639.994**

68

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Guilherme Alves da Silva

inscrito (a) no CPF sob o nº **890.312.294**, **15**

do sinistro de DPVAT cobertura

Qualquer

da vítima

Guilherme Alves da Silva

inscrito (a) no CPF sob o nº

890.312.294, **15**

conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência ao endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS

Bairro:
MAZEA

Cidade:
RECIFE

E-mail: **fernandabrandao2013@gmail.com**

Número:
233

Estado:
PE

Complemento:
CASA

CPF:
50.970-230

Tel.(DDD):
81 98652-9424 / 81 99472-7858

Local e Data:

Recife, 06/11/19

Assinatura do Declarante



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

NOME: Luís Carlos MIV de Silva 02 (DIAS) VIAS

NOME DA MÃE: _____ CARTÃO SUS: _____

CLÍNICA: função ENFERMARIA: _____ LETO: _____ Nº DO REGISTRO: 1.11.3125DATA DE NASCIMENTO: _____ IDADE: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ SEXO: ☐ F. ☒ M.

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

luxação de ombro 2º grau

COMORBIDADE: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

be + ceftriaxonaDATA DA INTERNAÇÃO: 08/03/19 DATA DA ALTA: 10/03/19 DIAS DE INTERNAÇÃO: _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: _____ CID: _____ CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL):
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOSDes + subm. de ombro 2º grau após trauma

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: fratura de ombroCONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: HOMOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA
☐ OUTROS: _____ ÓBTO: ☐ IML ☐ SVO ☐ BO: _____

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO):

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

10/03/19 DATA
MÉDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA/CARIMBO/CRM

CONSULTA	0301010170		RAIO X	
GLOBULINA	0202060209		ANTEBRAÇO	0204040019
AC.URICO	0202010120		ABDÔMEN SIMPLES AP	0204050138
ALBUMINA	0202010827		ABDÔMEN AP+LATERAL	0204050111
			BACIA	0204060095
BILIRRUBINA	0202010201		BRÇO	0204040051
CÁLCIO	0202010210		COTOVELO	0204040078
CLORETO	0202010260		CALCÂNEO	0204080109
COLESTEROL	0202010295		COLUNA CERVICAL	0204020034
CREATININA	0202010317		CRÂNIO PA+LATERAL	0204010080
CULTURA GERAL	0202080080		CRÂNIO PA+LAT+OBL	0204010071
DESIDROGENASE	0202010368		COXA	0204060117
GAMA	0202010465		COL.TORACO.LOMBAR	0204020107
GASOMETRIA	0202010732		CLAVÍCULA	0204040060
GLICOSE	0202010473		FACE	0204010144
HEMOCULTURA	0202080153		FÊMUR	0204060060
HEMOGRAMA	0202020380		JOELHO	0204060133
HEMOGLOBINA	0202020304		JOELHO AP+LATERAL	0204080125
LEUCOGRAMA	0202020398		MAO	0204040086
LCR	0202090500		OMBRO	0204040116
FÓSFORO	0202010430		PÉ	0204060160
FOSF.ÁLCALINA	0202010422		TORAX AP	0204030170
MAGNÉSIO	0202010562		TORAX AP E PERFIL	0204030153
MIELOGRAMA	0202090191		PUNHO	0204040124
MUCOPROTEÍNA	0202010570		PERNA	0204060168
PARASITOLÓGICO	0202040127		MANDÍBULA	0204010055
PCR	0202030202		ULTRASSONOGRAFIA	
PROT.TOTAIS	0202010619		ABDOMEN SUPERIOR	0205020038
PESQUISA BK	0202080072		ABDOMEN TOTAL	0205020046
POTÁSSIO	0202010600		TÓRAX	0205020135
SÓDIO	0202010635		PÉLVICA	0205020160
TSTC	0202020495		TRANSVAGINAL	0205020186
TEMP SANG.	0202020100		BOLSA ESCROTAL TIREÓIDE	0205020070
TEMPO COAG.	0202020070		TIREÓIDE	0205020127
TRIGLICERIDÉO	0202010678		MAMA	0205020097
TGO	0202010643		PROSTATA	0205020119
TGP	0202010651		VIA URINÁRIA	0205020054
TPAE	0202020487		TOMOGRAFIA	
URÉIA	0202010694		COLUNA CERVICAL	0206010010
VDRL	0202031110		COLUNA LOMBO - SACRA	0206010028
			COLUNA TORÁCICA	0206010036
CONC.HEMACIA	0306020068		FACE	0206010044
CONC.PLASMA	0306020106		PRÉSCOÇO	0206010052
CONC.PLAQUETA	0306020076		SELA TURCICA	0206010060
PRÉ TRANSF. I	0212010026		CRÂNIO	0206010078
PRÉ TRANSF. II	0212010034		COMPUTADORIZADA	0206010087
			MEMBROS SUPERIORES	0206020015
NEBULIZAÇÃO	0301100101		SEG.APENDICULARES	0206020023
HISTOPATOLOGICO	0203020030		TORAX	0206020031
ECG	0211020036		ABDOMEN SUPERIOR	0206030010
EDA	0209010037		MEMBROS INFERIORES	0206030029
FUNÇÃO	0401040019		PELVE/BACIA	0206030037
TRAÇÃO	0408050098		FISIOT.RESPIR.	0302040021
			FISIOT.MOTORA	0306020030
			CURATIVO	0401010015



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: LUCIANO ALVES DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 693948

1.1 - Atendimentos em: 08/03/19

1.2 - Às 12 horas e 01 minuto.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1113125

2.1 - Internado em: 08/03/19

2.2 - Alta em: 10/03/19

3. Hipótese Diagnóstica: LUXAÇÃO EXPOSTA F1-F2 COM LESÃO CAPSULAR + FERIMENTO
EXTENSO > 50% EM MESMA TOPOGRAFIA

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 08/03/19: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + CAPSULORRAFIA
+ SUTURA + IMOBILIZAÇÃO.

5. Observação: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA
ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 13.6.2019
HORA: 11:47:43
PASTA: 01.06.2019
JGAS
RS


Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 893948

Prontuário: 1113125

Nome: LUCIANO ALVES DA SILVA

Data Nasc.: 16/11/1974

Idade: 44

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG:

CNS:

Endereço: 10 TRAVESSA DEPUTADO GOMES DE SA

Nº: 56

Bairro: NOVA DESCOBERTA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 52190526

Fone: 93151627

Profissão:

Nome da Mãe: TEREZINHA SANTANA DA SILVA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA IMBIRIBEIRA

Clínica: ~~CIRURGIA GERAL~~ T. O. ~~ORTOPEDIA~~

Ocorrência: ENHA 5636025 PAC VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, REFERE FRATURA LUXACAO EXPOSTA EM 2 QDD

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO

DATA 08/03/2019

HORA: 12:01

Médico:

Sua Principal / HDA:

12:01h - Vítima de acidente de trânsito há 3 horas.
Nego exatidão, usamos, por do de consciência em
conscientia.

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: mQueimadura: Sim ☐ Não ☐

Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Fratura em 2º QDD. (fratura de...

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

Bom

B: Respiratório

Expansão

C: Circulatório

PA: 120 x 80 mmHg Pulso: 55 bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

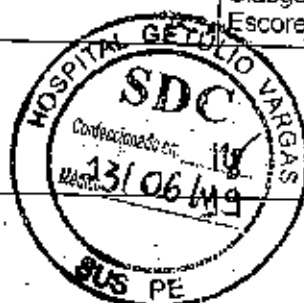
Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

ECG = 12



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



Ex: Abdômen

Diagnóstico inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo
Código Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Médico + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐

Observações:

Assist. Social:

Assist. Social

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Data:

Hora:

Médico:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Cadastramento: 08/03/2019 12:01 h DENNISELD

Impressão: 08/03/2019 12:01 h DENNISELD

Médico

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: LÚCIANO ALVES DA SILVA

Data de Nascimento: 16/11/1974

Data Atendimento: 08/03/2019

Prontuário: 0000022247

Cód. Atendimento: 01202334

Nome do Hospital: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Senha: 5636025

Transporte: ☒ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio

☐ Acompanhamento Médico

Observação: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA EM 2 QDD

Dr. Jose Sergio S. Souza
Recife, 08 de Março de 2019
Traumatologia Ortopedia
CRM 8500 / SSOT 10059

Médico: JOSE SÉRGIO SANTOS DE SOUZA

CRM: 8500



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Wagner Alves do Silva

IDADE:

SEXO:

F ☐

M ☐

laudo médico

Paciente vítima de acidente
motociclístico em 08/03/19, com
luxação aberta do 2º abd, evoluindo
com duto em batente.

Indicado USG do 2º abd para
prognóstico cirúrgico

REC, 23/03/19

Dr. Lyson A. Aguiar

MEDICO
CRM 12428



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO: F ☐ M ☐

Mr. Carlos Azevedo da Silva
Amoroso

Prescreva para o paciente de Análise
de urina, urina sempre com flocos
de urina de fungos de urina.
Prescreva em fungos de urina com
elemento muito caroteno.

Un=

16/8/19

Dr. Carlos Azevedo S. Chaves
Otorrinolaringologista
CRM 10.325



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO:

F

M

Luciano Alves Da Silva

Relatório Médico

Paciente vítima do acidente de trânsito, com
fratura do fêmur direito com deslocamento da fratura
segunda do Intertuberculum do Trocântor Menor.
Paciente submetido a tratamento cirúrgico
e fisioterapêutico. Paciente evoluindo com melhora
leve do IFF do Intercostal e hemitorção
do esterno do IFF do Intercostal.

Ass: S60

11/10/19

RECEITUÁRIO
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SANTA CRUZ



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SUMÁRIO DE ALTA

NOME: Luciano André de Jesus

CARTÃO SUS:

NOME DA MÃE:

Nº DO REGISTRO:

CLÍNICA: 1º AULICIO CIRURGICO

ENFERMARIA:

LEITO:

PESO:

ALTURA:

SEXO:

F. ☐ M. ☐

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
Infecção 7º SVD

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):
PC - C. P. S. M. S.

DATA DA INTERNAÇÃO: 07/03/19

DATA DA ALTA: 08/03/19

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CID:

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1	CIRURGIÃO		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

- ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
☐ DIÁRIA DE UTI
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
☐ USO DE ORTESE E PRÓTESE

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

- ☐ HEMODIÁLISE
☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
☐ USO DE OXIGÊNIO

041 50 30 12
040 50 34 14
041 30 40 18

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

Doença + sem tratamento 7º SVD APÓS 7 dias

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA
☐ OUTROS

ÓBITO:

☐ IML ☐ SVO ☐ BO

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO):

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

10/03/19
DATA

MÉDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA CARIMBO

Avenida General San Martin s/n - Cordeiro
Recife - PE 50.835-063
Fone: (081) 31845600



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME: LUCIANO ALVES DA SILVA

Registro: 1113125

Data da operação: 08/03/19

Operador: DR. ANDRE TELES 1º Auxiliar: DANIEL SALDANHA

Anestesista: O CIRURGIAO

Diagnóstico pré-operatório: LUXAÇÃO EXPOSTA F1-F2 COM LESÃO

CAPSULAR + FERIMENTO EXTENSO > 50% EM MESMO TOPOGRAFIA

Tipo de operação: LMC + CAPSULORRAFIA + SUTURA + IMOBILIZAÇÃO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local;
- 2) Antissepsia e assepsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Observado luxação exposta em topografia de F1-F2 do 2º QDD com lesão capsular;
- 5) Paciente apresenta ainda ferimento circular em mesma topografia com acometimento de mais de 50%, com diminuição de perfusão distal no enchimento capilar > 03seg
- 6) Realizado limpeza abundante com SF0,9%
- 7) Realizado capsulorrafia com Nylon 3-0;
- 8) Realziado sutura de pele
- 9) Curativo estéril;
- 10) Aposição de tala splint
- 11) Observada melhora perfusão distal ao fim do procedimento.

Em falta de nylon 4.0

Dr. Daniel Saldanha
Cirurgião Geral
CRM 1113125
11/03/19

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 08/03/2019 11:26:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: LUCIANO ALVES DA SILVA

RG:

PESO:

IDADE: 44 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 15/11/1974

PRESTADOR ASSISTENTE: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

DATA DE ATENDIMENTO: 08/03/2019 10:14:45

ATENDIMENTO: 1202334

TEMPO DE PERMANÊNCIA: -1 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S602 - CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S602 - CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S602 - CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

CONDUTA DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: TRANSF. PHOSPITAL GETULIO VARGAS

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: FRATURA LUXAÇÃO ESPOSTA DO 2 QDD

RX, CURATIVO E MEDICAÇÃO

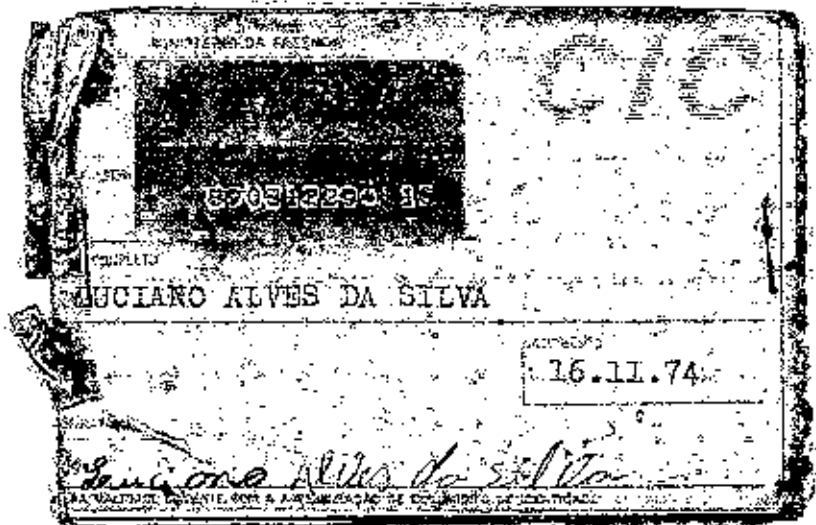
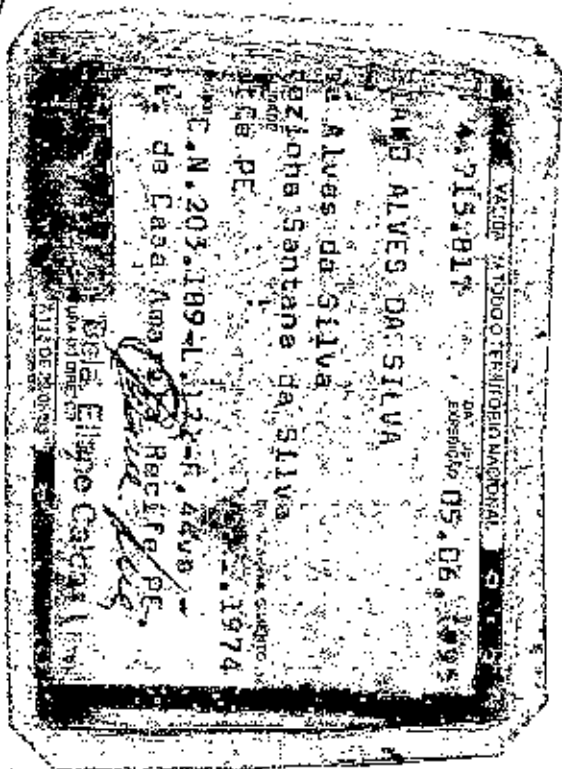
TRANSFERIDO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGENCIA

Dr Jose Sergio S. Souza
Traumatologia Ortopedia
CRM 8500 SBOT 10096

JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

CRM-8500

[illegible]



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS VIÇAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CATEGORIA NACIONAL DE MOBILIDADE

NOME: **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**
 RG: **5141955-800-02**
 DT: **056.639.994-85** DATA NASCIMENTO: **30/06/1983**
 FUNÇÃO: **FERNANDA FERNANDA DE OLIVEIRA**
 DISTRICTO: **BRANDAO DE OLIVEIRA**
 PERMISSÃO: **AS** ATE: **AS** CAL: **AS**
 Nº RESERVA: **05829956971** VIGÊNCIA: **13/02/2021** EXPIRAÇÃO: **16/06/2011**

OBSERVAÇÕES:
 sem observações

ADMINISTRAÇÃO DO PORTADOR:
 LOCAL: **RECIFE - PE** DATA EMISSÃO: **15/02/2016**
 ASSINATURA: *[Assinatura]*
 APROVAÇÃO DO CENSO: **24421506803**
PROT1344837

1221607980

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

DETRAN - PE Nº 014484698834
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 501863500 2019

LUCIANO ALVES DA SILVA

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA ANT. UF

ESP/ONP

CHASSI

90210691008737708

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

PE Nº 014484698834 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUCIANO ALVES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE NO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.seguradoralider.com.br

SAC DEVAT 0800 022 1204

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

SEGURODPVAT

090 812 294-15

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

2P/124CL

RECIFE - PE

090 812 294-15

PLACA

FGP9562

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

MARKA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

2P/124CL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190626242 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. PG 11
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

**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 mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390352/19

Vítima: LUCIANO ALVES DA SILVA

Data do acidente: 08/03/2019

CPF: 890.312.294-15

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIANO ALVES DA SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

LUCIANO ALVES DA SILVA : 890.312.294-15

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: 06/11/2019
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69


FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40


ABENILDA MARIA BARBOSA

ARUANA SEGURADORA
06 NOV 2019

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Luciano Alves da Silva
 DATA DO ACIDENTE 08-03-2019 CPF DA VÍTIMA 890.312.294-15
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO LEONARDO BERNARDO DE OLIVEIRA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PROCURADOR
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA: CONDESSA VIEIRA LEONARDO MACHADO
 Nº 233 COMPLEMENTO CASA BAIRRO VARCELA
 CIDADE RECIFE UF PE CEP 50.970.230
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 9.8552-9424

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 23.500,00
 - 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 06/04/2019
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA SEGURADORA

DATA 06/04/2019
 NOME _____
 ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190626242 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. PG 11
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Luciano Alves da Silva

NACIONALIDADE: Brasileiro

IDENTIDADE: 4.715.817 ORGÃO: SSP/PE

CPF: 890 - 312 - 294 - 15

ESTADO CIVIL: Solteiro

ENDEREÇO: Rua: Frederico Verman N: 00141

OUTORGADO:

NOME: Fernanda Brandão de Oliveira

NACIONALIDADE: Brasileira

IDENTIDADE: 6.141.955 SDS/PE

CPF: 056.639.994-69

ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: Rua Conego José Fernandes Machado, Nº 233 – Varzea – Recife/PE

Cep: 50.970-230

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante instituições hospitalares, corpo de bombeiro, samu e Boletim de Ocorrência e retificar caso necessário, para solicitar e retirar quais quer documentações médicas e certidões de atendimento do outorgante acima qualificado. Confio para representar-me perante SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o senhor (a):

Luciano Alves da Silva

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ mo

Data do Acidente: 08/03/2019

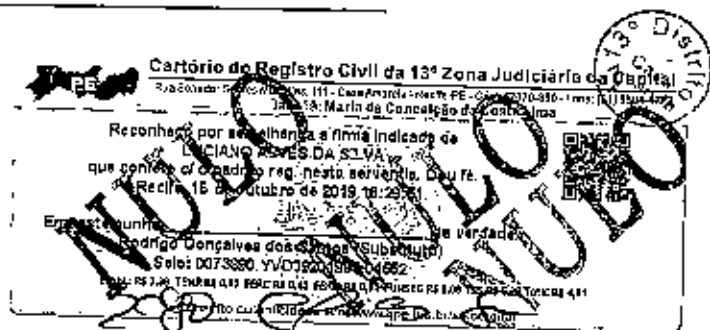
Recife 15 de outubro de 2019

Local e data

CARTÓRIO
DE CASA
AMARELA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)



Cartório do Registro Civil da 13ª Zona Judiciária da Capital
Rua: Rua da Boa Vista, 100. Torre: 411. CEP: 50.060-000. Recife/PE. Fone: 51 34 70000433.
Reconheço por autenticidade a firma indicada de LUCIANO ALVES DA SILVA, que comparece ao quadro reg. nesta serventia. Dou fé. Recife, 15 de outubro de 2019, às 16:32:58. Em testemunho da verdade, Rodrigo Gonçalves dos Santos (Substituto). Selo: 0073880. YVD792050104660. Fone: 51 34 70000433. Rua: Rua da Boa Vista, 100. Torre: 411. CEP: 50.060-000. Recife/PE. De: Luciano Alves da Silva.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390352/19

Vítima: LUCIANO ALVES DA SILVA

CPF: 890.312.294-15

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 08/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIANO ALVES DA SILVA

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

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

LUCIANO ALVES DA SILVA : 890.312.294-15

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: 06/11/2019
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190626242

Vítima: LUCIANO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIANO ALVES DA SILVA

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, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190626242

Vítima: LUCIANO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIANO ALVES DA SILVA

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: LUCIANO ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000001294

Conta: 0000098635-0

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



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: 890.312.294-15 4 - Nome completo da vítima: LUCIANO ALVES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo: LUCIANO ALVES DA SILVA 6 - CPF: 890.312.294-15
7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: RUA: FREDERICO DEANAN 9 - Número: 00141 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: VASCO DA GAMA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53280-500
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 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\$1.000,00 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: 1294 CONTA: 98635 ☐ 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 elevação 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ 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 união 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

In presença digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 08/11/19.

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 POLICIA DA 011ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS - DP11ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0101001053**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/03/2019** às **09:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **8/3/2018** às **11:26**

Fato ocorrido no endereço: **RUA MOTOCOLOMBO, 1 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **SENAFORO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LUCIANO ALVES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCIANO ALVES DA SILVA**

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

LUCIANO ALVES DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: TEREZINHA SANTANA DA SILVA Pai: JOSÉ ALVES DA SILVA Data de Nascimento: 16/11/1974 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4715817/SDS/PE (RG). 89031239413 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: - 983335286

Endereço Residência: **RUA DEPUTADO GOMES DE SA, 56 - CEP: 55080-000 - Bairro: NOVA DESCOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LUCIANO ALVES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): LUCIANO ALVES DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 Objeto apreendido: Não**
Cor: **PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGR9662 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DPOL, O SR. LUCIANO ALVES DA SILVA, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO DE ONDE RESULTOU LESIONADO. RELATA A VÍTIMA QUE, ESTAVA TRAFEGANDO PELA RUA MOTO COLOMBÓ EM QUE, NO MESMO SENTIDO TAMBÉM SE ENCONTRAVA A PESSOA CONDUTORA DO OUTRO VEÍCULO ENVOLVIDO. QUE ATÉ ENTÃO O SINAL ESTAVA VERDE, QUANDO SURTIU O AMARELO, A PESSOA DESCONHECIDA FREIOU BRUSCAMENTE, OCASIONANDO A COLISÃO DA MOTOCICLETA GUIADA DO LADO ESQUERDO DO AUTOMÓVEL, QUE A VÍTIMA DEVIDO A QUEDA, VEIO A SOFRER UMA FRATURA NA MÃO DIREITA. NO LOCAL, COMPARECERAM A GTTU, ATENDIDO PELO SAMU, QUE O REMOUEU PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS. PRONTUÁRIO Nº 1.11.3125. MÉDICO JOSÉ SÉRGIO S. SOUZA CRM - 8500 - SSOT 10006. CASO APETO A BP DE AFOGADOS.

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

Luciano Alves da Silva

LUCIANO ALVES DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: JORGE PEREIRA DAMASCENO - Matrícula: 140721-3

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: 890.312.294-15 4 - Nome completo da vítima: LUCIANO ALVES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo: LUCIANO ALVES DA SILVA 6 - CPF: 890.312.294-15
7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: RUA: FREDERICO DEANAN 9 - Número: 00141 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: VASCO DA GAMA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53280-500
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 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:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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: 1294 CONTA: 98635 ☐ 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 elevação 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ 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 união 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

In presença digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 08/11/19.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

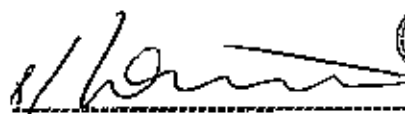
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)


43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	080.03.2019
DATA	22.08.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **LUCIANO ALVES DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **9235000066** MT/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **890.312.294-15**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-599141**, que no dia 08 de março de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 09h45, na Avenida Augusto Calheiros, imediações da Agência Banco do Brasil, no bairro Afogados, Recife/PE, sendo conduzido para a UPA Imbiribeira e, posteriormente, redirecionado para o Hospital Getúlio Vargas. Recife, 22 de agosto de 2019.



**Carlos Eduardo Macedo**
Gerente Operacional
Administrativo Financeiro
SAMU Metropolitano Recife
Mat. 92548-9

Dr. Sergio 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

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: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANO ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01294

CONTA: 000000098635-0

Nr. da Autenticação F61AAAE5652D138C



ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. 1 S/N - DOIS IRMÃOS R
ECIFE PE 52171-011

CNPJ 09.769.035/0001-64

INSC. EST. Nº 10.1.001.0014398-2

DADOS DO CLIENTE
SEVERINA ALEXANDRINA DA SILVA MATRICULA: 60664919 Set/2019
R FREDERICO OZANAN, N. 00141 - VASCO DA GAMA RECIFE PE 52280-5
00
INSCRIÇÃO: 360.318.625.0408.000 GRUPO: 17 DEB. AUTOMÁTICO: 060664919

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL, INDUSTRIAL, PÚBLICA
HIDROMETRO A025288031	DATA LEIT. ANTERIOR 12/09/2019	DATA LEIT. ATUAL 11/10/2019	TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL

ÁGUA:
LEIT ANT: 1606 CONSUMO: 5
LEIT ATU: 1611
LEIT FAT: 1611

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	105	122	122
COR APARENTE	122	122	117
CLORO RESIDUAL	122	122	122
COLIF. TOTAIS	122	122	115
E.COLI	122	122	122

MEDIA: 02
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

ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

5,143 44,08

0,88

MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
P.S.	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,60	3,35

TOTAL A PAGAR: 44,96



FERNANDA

CHEGOU SUA FATURA DA DI.
Acesse www.pi.com.br/MinhaDI

FATURA DE
JUL/2019

CÓDIGO MINHA QI
401673633287

VENCIMENTO
02/08/2019

Emissão em 15/07/2019
Período de 13/06/2019 a 13/07/2019

PAGAR (R\$)
106,93



GTG RECIFE PE PL1
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CA
JD TERESOPOLIS DOIS
50970-230 - RECIFE - PE




7200238856 00030 0006000000 10 150719

**PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.**

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peca pra ela.



Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS	
OI MAIS	84,89
 OI MÓVEL	
+ Serviços Adicionais	19,90
+ Pacotes Adicionais do Móvel	0,00
TOTAL DE MENSALIDADES	104,79
Multa e Juros	2,14
TOTAL DA SUA FATURA	106,93

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 656.639.994-89
NÚMERO DO CLIENTE: 2888763434
NÚMERO DA FATURA: 219179293
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 481673631287

CÓDIGO MINHA OF
401673631287

www.oj.com.br/MinhaOj
Cadastro-se na Minha Oj e consulte saldo,
conta detalhada, histórico de consumo e
muito mais.

ENTENDA SEU CONSUMO

Q valor da sua fatura nos últimos meses

Jul 2018	108,93
Jun 2019	106,92
Mai 2019	103,89
Abr 2019	100,01
Mar 2018	97,83
Feb 2019	95,62

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês por rateio; Suspensão do serviço: Parcelat, 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcelat, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas. Cancelamento e inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.