



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

Faça sua reclamação online, basta se cadastrar no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através do 0800 022 12 00

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda à sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 29 | SAC (para dúvidas e 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/BIBLIOTECAWEB/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 constar o 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.

**“SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PENSIONARIA, CAPITALIZAÇÃO E ASSSEGURADO” 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 ODESCRIENCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.**

Pelo exposto, em **FERNANDA BRÂNDAO DE OLIVEIRA**

Inscrito (a) no CPF/CNPJ **056.639.994** / **69**

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

*Cecília Alves de Oliveira*

Inscrito (a) no CPF sob o N° **890.312.294** / **15**

do sinistro de DPVAT cobertura **Trabalho**

da vítima *Cecília Alves de Oliveira*

Inscrito (a) no CPF sob o N° **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 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:  
**RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS**  
Bairro: **VARZEA** Cidade: **RECIFE**  
E-mail: **fernandabrandao2013@gmail.com**

Número: <b>233</b>	Complemento: <b>CASA</b>
Estado: <b>PE</b>	CEP: <b>50.970-230</b>
Tel.(DDD): <b>81 98652-9424 / 81 99472-7858</b>	

Local e Data:

*Recife, 06/11/19*  
Assinatura do declarante

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

Luzelma M. A. Silveira

NOME DA MÃE:

CARTÃO SUS:

CLÍNICA:

*françois*

ENFERMARIA:

LEITO:

Nº DO REGISTRO:

1.11.3125

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

IDADE:

PESO:

ALTURA:

SEXO:

F:  M:

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

*luxação Perna 2º esp*

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

*be + exame mamas*

DATA 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	CIRURGÃO		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

- DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- DIÁRIA DE UTI
- MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- USO DE ÓRTESE E PRÓTESE

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

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)  
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS

*be + embolismo ... 2º esp abr ferma*

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

*o -> mma mma*

*H2O*

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO 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

MÉTODO 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		BRAÇO 0204040051
CÁLCIO	0202010210		COTOVELO 0204040078
CLORETO	0202010260		CALCANEO 0204060109
COLESTEROL	0202010295		COLUNA CERVICAL 0204020034
CREATININA	0202010317		CRANIO PA+LATERAL 0204010080
CULTURA GERAL	0202080080		CRÂNIO PA+LAT+OBLL 0204010071
DÉSIDROGENASE	0202010368		COXA 0204060117
GAMA	0202010465		COL TORACO-LOMBAR 0204020107
GASOMETRIA	0202010732		CLAVÍCULA 0204040060
GLICOSE	0202010473		FACE 0204010144
HEMOCULTURA	0202080153		FEMUR 0204060060
HEMOGRAMA	0202020380		JOELHO 0204060133
HEMOGLOBINA	0202020304		JOELHO AP+LATERAL 0204060125
LEUCOGRAMA	0202020398		MÃO 0204040086
LCR	0202090600		OMBRO 0204040116
FÓSFORO	0202010430		PÉ 0204060160
FOSFÁLCALINA	0202010422		TÓRAX AP 0204030170
MAGNÉSIO	0202010562		TÓRAX AP E PERFIL 0204030153
MILOGRAMA	0202090191		PUNHO 0204040124
MUÇOPROTEINA	0202010670		PERNA 0204060168
PARASITOLOGICO	0202040127		MANDIBULA 0204010055
PCR	0202030202		ULTRASSONOGRAFIA
PROT.TOTAIS	0202010619		ABDÔMEN SUPERIOR 0205020038
PESQUISA BK	0202080072		ABDÔMEN TOTAL 0205020046
POTÁSSIO	0202010600		TÓRAX 0205020135
SÓDIO	0202010635		PÉLVICA 0205020160
TSTC	0202020495		TRANSVAGINAL 0205020186
TEMP SANG.	0202020100		BOLSA ESCROTAL TIREOIDE 0205020070
TEMPO COAG.	0202020070		TIREOIDE 0205020127
TRIGLICERÍDEO	0202010678		MAMA 0205020097
TGO	0202010643		PRÓSTATA 0205020119
TGP	0202010651		VIA URINARIA 0205020054
TPAE	0202020487		TOMOGRAFIA
UREIA	0202010694		COLUNA CERVICAL 0206010010
VDRL	0202031110		COLUNA LOMBO - SACRA 0206010028
			COLUNA TORACICA 0206010036
CONC.HEMAcia	0306020068		FACE 0206010044
CONC.PLASMA	0306020106		PRESCOCO 0206010052
CONC.PLAKETA	0306020076		SELA TURCICA 0206010060
PRÉ TRANSF. I	0212010026		CRANIO 0206010078
PRÉ TRANSF. II	0212010034		COMPUTADORIZADA 0206010087
			MEMBROS SUPERIORES 0206020015
NEBULIZAÇÃO	0301100101		SEG.APENDICULARES 0206020023
HISTOPATOLOGICO	0203020030		TORAX 0206020031
ECG	0211020038		ABDÔMEN SUPERIOR 0206030010
EDA	0209010037		MEMBROS INFERIORES 0206030029
FUNÇÃO	0401040019		PELVE/BACIA 0206030037
TRAÇÃO	0408050098		FISIOT.RESP. 0302040021
			FISIOT.MOTORA 0306020030
			CURATIVO 0401010016



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 EXTERNO > 50% EM MESMA TOPOGRAFIA

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

5. Observação: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA INTEGRA 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: 693948

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 DESCOPERTA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 52190526

Fone: 93151627

Profissão:

Nome da Mãe: TEREZINHA SANTANA DA SILVA

Acompanhante:

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: UPA IMBIRIBEIRA

Clinica: CIRURGIA GERAL T. OLFOPORTA

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

Acidente de Trabalho: Sim  Não

ATENDIMENTO: DATA 08/03/2015 HORA: 12:01 h Médico:

Motiva Principal / HDA:

21m - Vítima de acidente de trânsito com 3 ferimentos.  
Nego trabalho, usava tênis, perdeu a consciência em casa.

**História do Trauma**

Perda da Consciência:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Erótico:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:			
Colisão:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:		Motorista:	<input type="checkbox"/>
Atropelamento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local de Impacto:		Passageiro:	<input type="checkbox"/>
Vítima de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:		Sofreu Queda:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:		Altura:	m
Condições de imobilização adequadas:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>			Transporte Realizado por:	
Observações:				Por que:	

Entrou em 2º QD. (Fratura exposta)

**Exame Físico:**

A: Geral	Via aérea está pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Temp.: C°
	Bem		

**B: Respiratório**

Empneu

C: Circulatório	PA: 120x80 mmHg	P脉搏: 65 bpm
-----------------	-----------------	-------------

**D: Exames Neurológico**

Glasgow: Abertura Ocular	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocôricas <input checked="" type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/>
Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

EEG = NK



**HOSPITAL GETULIO VARGAS**  
**EMERGÊNCIA**



E: 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:

Condição de Alta:

Definição do Caso:

<input type="checkbox"/> Internamento	<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Evadiu-se	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Melhorado
					<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado
					<input type="checkbox"/> Óbito	

Informação do Serviço Social

Assist. Social:

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta  Transferência  Estudo de Caso  Exames Externos:

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Médico:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes 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.

Nome completo legível:

Data:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

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

Nome completo legível:

Data:

Nº da Identidade:

Assinatura:

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

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

Médico

## TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: LUCIANO ALVES DA SILVA  
Data de Nascimento: 16/11/1974 Data Atendimento: 08/03/2019  
Prontuário: 0000022247 Cód. Atendimento: 01202334  
Nome do Hospital: HOSPITAL GETULIO VARGAS  
Senha: 5636025  
Transporte:  Ambulância Básica  Ambulância Avançada  Próprio  
 Acompanhamento Médico  
Observação: FRATURA LUXAÇÃO EXPÓSTA EM 2 QDD

Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA  
CRM: 8500

Dr. Jose Sergio S. Souza  
Recife - PE  
Traumatologista Ortopedia  
CRM 8500/PEBOT 10 de Março de 2019



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO:

F

M

Lucas Alves da Silve

taudo frídico

Paciente vítima de acidente  
motociclistico em 08/03/19, com  
luxação exposta do 2º QDB, evoluindo  
com dor em bocalis.

Solicitado USG do 2º QDB para  
profundidade cirúrgica

REC, 23/03/19

Dr. Lyson A. Guedes

11/03/2019

1014824278

Avenida General San Martin s/n – Cordero  
Recife/PE – CEP 50.080-060

Fone: (81) 31845820



NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO: F  M

Hucana Aros On Selva

Amor Amor

Preciso ir para o clube de futebol,  
Av. Presidente Vargas sobre com futebol  
deixa de jogar por 3 meses.  
Ponto em futebol Motomiz Om  
elevar o Medio condicion

(10)=

16/8/9

Dr. Carlos Augusto S. Chaves  
Ortopedista e Traumatologista  
Cidade Nova 23256



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
**HOSPITAL**  
**Getúlio Vargas**



RECEITUÁRIO

**NOME COMPLETO:**

IDADE:

SEXO: F  M

64

Uciano Alvo On SANA

Relatório Mário

Pedro viven no Aparte do Trajano, Dr.  
Silveira visto Sargos com pessoas deputadas  
existe os Interlocutores os Executivos Direitos  
foram Selecionados a Instituto Clínicas  
e Hospital - Pedro enda con Pedro  
few Do IFP Do Executivo e outras  
Do Executivo Do IFP Do Executivo.

(1), 5602

110

9651 123456789  
9650 123456789  
9649 123456789

SUMÁRIO DE ALTA

NOME: *... Antônio ...*

CARTÃO SUS:

NOME DA MÃE:

Nº DO REGISTRO:

CLÍNICA:

ENFERMARIA:

LEITO:

PESO:

ALTURA:

SEXO: F:  M:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

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

*... febre ...*

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):  
*... C. e C. ...*

DATA DA INTERNAÇÃO: **06/03/14**

DATA DA ALTA: **20/03/14**

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CID:

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

CÓD.	EQUIPE	NOSSO DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGÃO		
2	1º AUXILIAR CIRÚRGICO		
3	2º AUXILIAR CIRÚRGICO		
4	ANESTESESTA		
5	CLÍNICO		
	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS		
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/>	041 56-360126
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/>	040 56-263419
<input type="checkbox"/>	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/>	041 36-461821
<input type="checkbox"/>	USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	<input type="checkbox"/>	
	HEMODIÁLISE		
	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO		
	USO DE OXIGÉNIO		

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPEUTICOS REALIZADOS

*7º dia APAS ...*

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

*alta*

CONDICÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA:	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	ÓBITO:		
	<input type="checkbox"/> OUTROS			<input type="checkbox"/> IMI	<input type="checkbox"/> SVO	<input type="checkbox"/> BO:

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

DESENVOLVIMENTO: Envie ao Faturamento todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.

*10-03-14*

DATA

MÉDICO RESPONSÁVEL  
ASSINATURA CARIMBO/CRM



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) Realizado 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

Assinatura: Dr. Andre Teles  
Data: 10/03/19

**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: 16/11/1974

PRESTADOR ASSISTENTE: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

DATA DE ATENDIMENTO: 08/03/2019 10:14:45 ATENDIMENTO: 1202334 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Hora(s)

CONVÉNIO: 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. P/HOSPITAL GETULIO VARGAS

**PROCEDIMENTO DE ALTA:**

OBSERVAÇÃO DE ALTA: FRATURA LUXAÇÃO ESPOSTA DO 2 QDD

RX, CURATIVO E MEDICAÇÃO

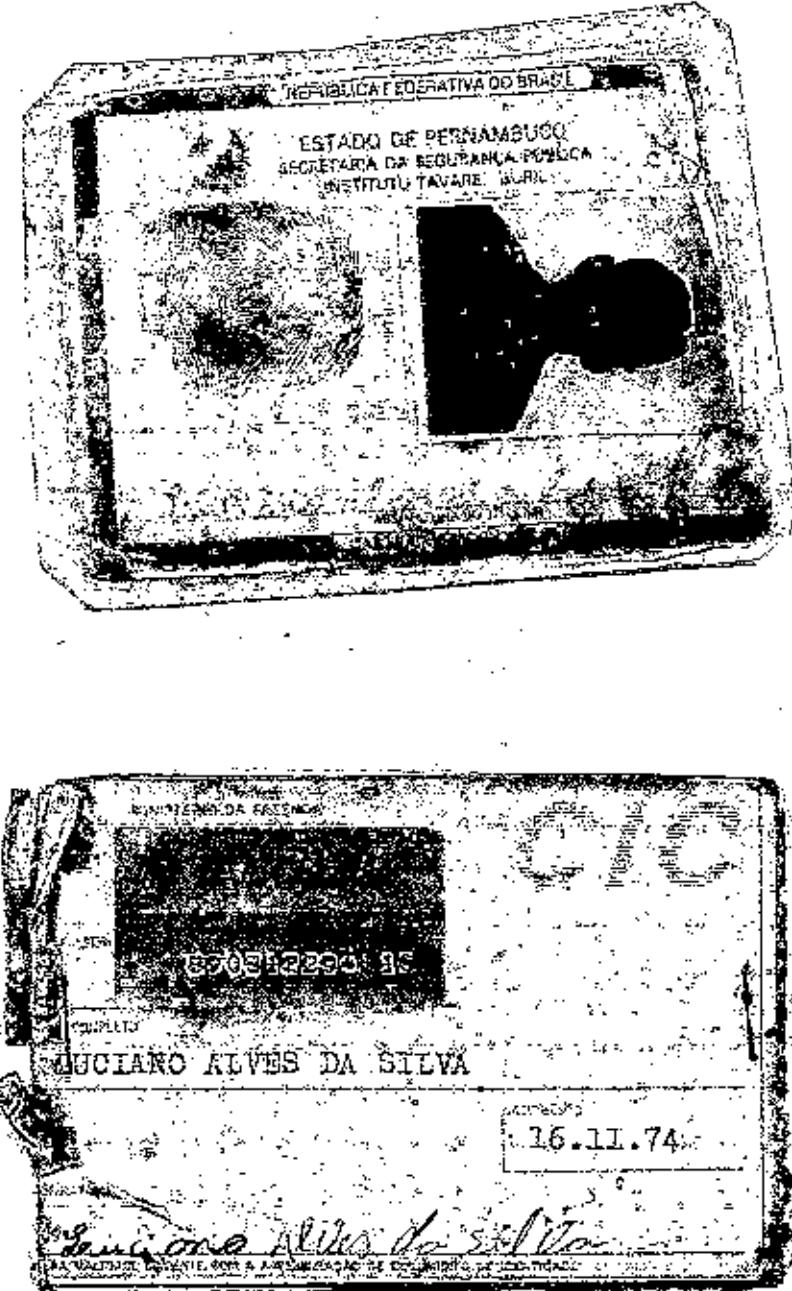
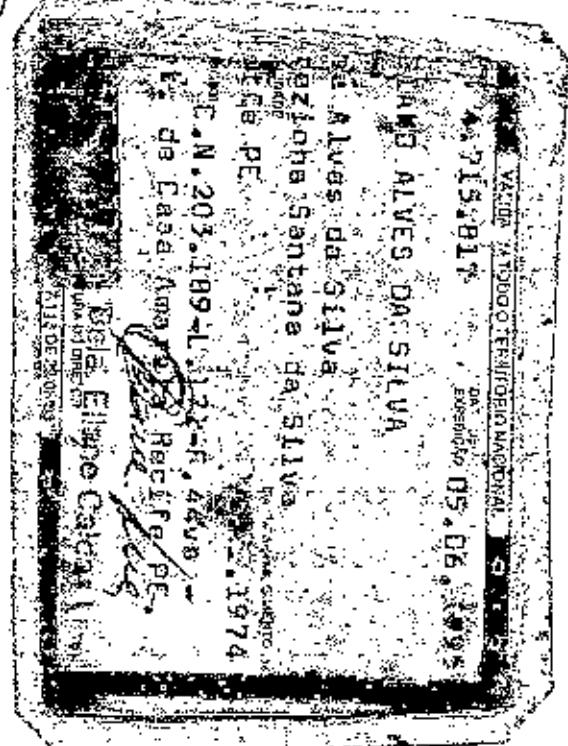
TRANSFERIDO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGENCIA

Dr. Jose Sérgio S. Souza  
Traumatologista Ortopedia  
CRM 8500 SEPT 10096

JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

CRM-8500





ESTADO DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE POLÍCIA  
DIRETORIA MUNICIPAL DE POLÍCIA

TELEGRAMA DE OLIVEIRA

DOC. SEU/DO/OLIVEIRA/US  
CLASSESS - EDRS - PR

DF - DIA DE ACABAMENTO  
056.639.384-85 30/06/1983

EXMO:

FERNANDO FERREIRA DA  
OLIVEIRA  
DEJAMIR BRANDAO DE  
OLIVEIRA

PERGUNTO

ACE CALME AB

Nº REGISTRO 05829556971

MESMO 13/02/2011

TRANSMISSÃO 16/02/2011

DESPACHOS

EM 08/02/2011

ASSINATURA DO PEGUEIRO

LEGAL

RECEBIDO - PR 15/02/2011

APROVADA DO EGUEIRO 34431504883  
PHOTOCOPY 34431504883

1221607980

# REPORTA DE DETRAN/PIURRI

## MOTOR DE FOGO

DETTRAN - PE N° 014484698834  
CERTIFCADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VN L 58165300 014484698834 2019

LUCIANO ALVES DA SILVA

SEM RESERVA

RETIRO DE  
0

SAC DEVAT 0800 022 1204

PENº 014484698834 SILENTE DE SÉGURO DPVAT  
FLAGRA FGRR9562

PLACA ANT. UF/PL CHASSIS 10.687.377.00  
RETIRO DE 02.01.19

VEÍCULO  
CARRO/MOTO/CICLETA  
HONDA CG 125 FAN

CATEGORIA  
COPROT/CIL. 124,00  
PESO 124,00  
CÓD. ÚNICO 2019 QUIMBQ

VEÍCULO  
CARRO/MOTO/CICLETA  
HONDA CG 125 FAN

CATEGORIA  
COPROT/CIL. 124,00  
PESO 124,00  
CÓD. ÚNICO 2019 QUIMBQ

VEÍCULO  
CARRO/MOTO/CICLETA  
HONDA CG 125 FAN

CATEGORIA  
COPROT/CIL. 124,00  
PESO 124,00  
CÓD. ÚNICO 2019 QUIMBQ

VEÍCULO  
CARRO/MOTO/CICLETA  
HONDA CG 125 FAN

CATEGORIA  
COPROT/CIL. 124,00  
PESO 124,00  
CÓD. ÚNICO 2019 QUIMBQ

VEÍCULO  
CARRO/MOTO/CICLETA  
HONDA CG 125 FAN

CATEGORIA  
COPROT/CIL. 124,00  
PESO 124,00  
CÓD. ÚNICO 2019 QUIMBQ

VEÍCULO  
CARRO/MOTO/CICLETA  
HONDA CG 125 FAN

CATEGORIA  
COPROT/CIL. 124,00  
PESO 124,00  
CÓD. ÚNICO 2019 QUIMBQ

VEÍCULO  
CARRO/MOTO/CICLETA  
HONDA CG 125 FAN

CATEGORIA  
COPROT/CIL. 124,00  
PESO 124,00  
CÓD. ÚNICO 2019 QUIMBQ

PENº 014484698834 SILENTE DE SÉGURO DPVAT  
FLAGRA FGRR9562

PLACA ANT. UF/PL CHASSIS 10.687.377.00  
RETIRO DE 02.01.19

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

[WWW.SEGURADORAVIDER.COM.BR](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DEVAT 0800 022 1204

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

# 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:**

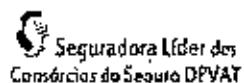
**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

## RECEBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### 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](http://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: 028.304.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA

JARUANA SEGURADORA

06 NOV 2019



Seguradora Líder • DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Cecília Alves da SilvaDATA DO ACIDENTE 08-03-2019 CPF DA VÍTIMA 890.312.294-15PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Fernanda Mendes da SilvaQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANESCO COM A VÍTIMA É ProcuradorENDEREÇO DO PORTADOR Rua: Lamego José Fernandes MachadoNº 223 COMPLEMENTO 6030BAIRRO VARGEMCIDADE RecifeUF PECEP 50.970.230

E-MAIL

TELEFONE (81) 9.8552-9626

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 AUSÉNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME 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 RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- NORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

01/01/19

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

8-6-19

NOME

ASSINATURA

*ARUANA REGRAZIA RAY**Priscilla Et*

# 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

**Valorização 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: sócio

ENDERECO: Rua: Francisco Verzea n: 00191

## OUTORGADO:

NOME: Fernanda Brandão de Oliveira

NACIONALIDADE: Brasileira

IDENTIDADE: 6.141.955 SDS/PE

CPF: 056.639.994-69

ESTADO CIVIL: Solteira

ENDERECO: 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 quaisquer 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  mto

Data do Acidente: 08/03/2019

Recife 15 de outubro de 2019

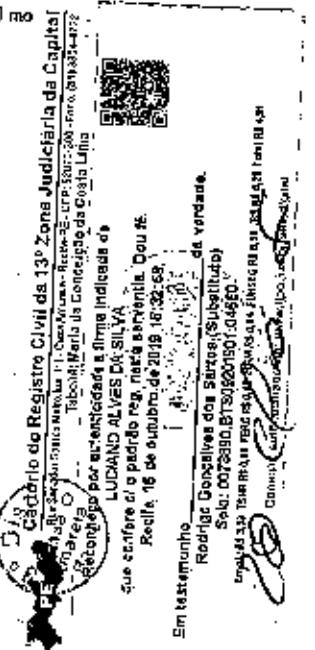
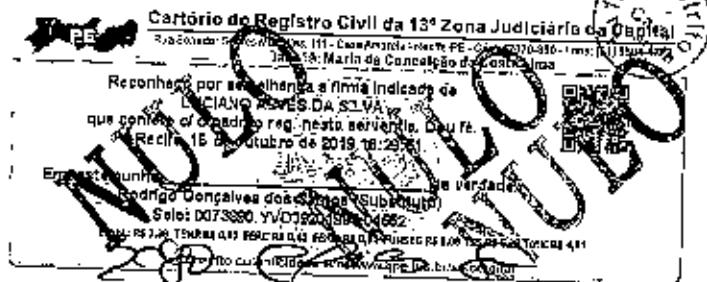
Local e data

CARTÓRIO  
DE CASA  
AMARELA

Luciano A. Alves S. P.

ASSINATURA DO OUTORGANTE

( RECONHECER POR AUTENTICIDADE)



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390352/19

**Vítima:** LUCIANO ALVES DA SILVA

**CPF:** 890.312.294-15

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/03/2019

**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 médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

ABENILDA MARIA BARBOSA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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, 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

**Tipos de Conta:**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	390.310.296-15	LUCIANO ALVES DA SILVA

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
LUCIANO ALVES DA SILVA	840 312 294-35		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
ESTUDANTE	RUA: FREDERICO OLIVEIRA	00161	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
VASCO DA GAMA	RECIFE	PE	52280-500
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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 checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 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 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: 1291 CONTA: 98635 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 [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 Lider 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  Válvula 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não teve filhos? teve irmãos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 ummissão 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

Inscrive-se  
digitação 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Luciano Alves da Silva

Recife, 06/11/19.

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.D01.V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ  
PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 011ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS - DP11ºCIRC DIM/4ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0101001053

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 8/3/2019 às 11:26**

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

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
LUCIANO ALVES DA SILVA ( VÍTIMA )

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 ao plantão) - Sexo: Masculino/Mae: TEREZINHA SANTANA DA SILVA Pai: JOSE ALVES DA SILVA Data de Nascimento: 16/11/1974 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4715817/SDS/PE (RG), 89031229419 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: - 983335286

Endereço Realdancial: RUA DEPUTADO GOMES DE SA, 56 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOVA DESCOPERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao 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: PBRE662 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DEPOL, O SR. LUCIANO ALVES DA SILVA, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO DE ONDE RESULTOU LESIONADO. RELATA A VÍTIMA QUE, ESTAVA TRAFEGANDO PELA RUA MOTOCOLOMBÓ EM QUE, NO MESMO SENTIDO TAMBÉM SE ENCONTRAVA A PESSOA CONDUTORA DO OUTRO VÉHICULO ENVOLVIDO. QUE ATÉ ENTÃO O SINAL ESTAVA VERDE, QUANDO SURGIU O AMARELO, A PESSOA DESCONHECIDA FREIÓ 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 CTTU, ATENDIDO PELO SAMU, QUE O REMOVEU PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS . PRONTUÁRIO N° 1.11.3129. MÉDICO JOSÉ SERGIO S. SOUZA CRNI - 8500 - SBOT 10096. CASO APETO A BP BE AFOGADOS.

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

*Luciano Alves da Silva*  
LUCIANO ALVES DA SILVA  
(VITIMA)



B.O. registrado por: JORGE PEREIRA DAMASCENO - Matrícula: 146721-3



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	390.310.296-15	LUCIANO ALVES DA SILVA

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
LUCIANO ALVES DA SILVA	840.312.294-35		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
LUCIANO	RUA: FREDERICO OLIVEIRA	00161	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
VASCO DA GAMA	RECIFE	PE	52280-500
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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 checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 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 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: 1291 CONTA: 98635 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 [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 Lider 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  Válvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não teve filhos? teve irmãos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 ummissão 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

Inscrive-se  
digitação 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.D01.V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Local e Data: Luciano Alves da Silva  
Recife, 06/11/19.

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS



PREFEITURA DO RECIFE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



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  
Tel. 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: 00000098635-0

---

Nr. da Autenticação F61AAAE5652D138C



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRAÇA FARIAS NEVES - NUM. 5/N - DOIS IRMÃOS R  
RECIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE  
SEVERINA ALEXANDRINA DA SILVA MATRÍCULA: 60064919 Set/2019  
R. FREDERICO DZANAN, N. 00141 - VASCO DA GAMA RECIFE PE 52280-5  
INSCRIÇÃO: 360.318.625.0408-000 GRUPO: 17 DEB. AUTOMÁTICO: 06064919

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ERGOTO 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 (A/E) REAL

ÁGUA:

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

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

06/2019 03  
07/2019 01  
06/2019 02  
05/2019 03  
04/2019 02  
03/2019 01  
MÉDIA: 02

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

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA  
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/ IMPONTUALIDADE 08/2019

CONSUMO TOTAL(R\$)

54,03  
44,08  
0,88

TRIBUTOS	BÁSIS DE CÁLCULO	PLACARIAL (%)	VALOR DO IMPÔSTO
0,00	44,08	1,65	0,73
0,00	44,08	7,60	3,35

VALOR A PAGAR: 44,96

