



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001442 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO, 37 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8654561 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 098.492.524-48, residente à RUA CORREGO DA PRATA, nº 515, , CAETES II, ABREU E LIMA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/10/2019, por volta das 22:26 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, TIMBO ABREU E LIMA -PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO, inscrito sob o CPF nº 098.492.524-48 e Registro Geral nº 8654561, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710387-5 CASTRO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 500094. Ficou aos cuidados do médico JARBAS SILVA VEIRA, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 10/01/2020

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001442

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e Hora retirada da senha: 18/10/2019 23:20

Nome Paciente: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 18/01/1982
Sexo: Masculino
Idade: 37 anos
Senha: 0031
Convênio:
Atendimento:
SAME

C8 +
ortop

Período: 18/10/2019 23:29 - 18/10/2019 23:31

THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 330753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PCT VITIMA DE ATRAPALAMENTO EM TIMBO POR VOLTA DAS 22:25
TRAZIDO PARA ESTE SRVICO PELO CORPO DE BOMBEIRO
PCT COM ESCORIAÇÕES + LESÃO EM MMII COM SANGRAMENTO ATIVO EM MIE
POUCO RESPONSIVO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- DOR INTENSA (8-10/10)
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSIVEL
- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA
- RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA
- SSVV ALTERADOS

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 10
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 13
- FREQUENCIA CARDIACA: 64.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 34.00 RPM
- GLICOSE: 96.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 109.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 64.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 96.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro

RE
NEPT-MA

Acolhido(a) por: THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 330753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/10/2019 23:31



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 500094

Senha de Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 18/10/2019 23:33

Paciente: 68632 JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data de Nascimento: 18/01/1982

Idade: 37 anos

Convênio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO

Nome do Pai:

CRM: 12347

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL

Endereço: CORREGO DA PRATA

515

Bairro: CAETES II

Cidade: URABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr. Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Paciente vítima de atropelamento há 24 horas com lesão de membro superior direito. Chama a atenção para o fato de que o paciente não possui nenhuma alteração de consciência, não possui ferimentos visíveis e não possui alterações de vitalidade.

Exame Físico

Exame físico normal, sem alterações de vitalidade, sem alterações de vitalidade, sem alterações de vitalidade. Exame físico normal, sem alterações de vitalidade, sem alterações de vitalidade, sem alterações de vitalidade.

Hipótese Diagnóstica

Neurológico: Lesão de membro superior direito, com alterações de vitalidade, sem alterações de vitalidade, sem alterações de vitalidade.

Prescrição Médica

1. Analgésico: 100mg IV
2. Analgésico: 100mg IV
3. Analgésico: 100mg IV
4. Analgésico: 100mg IV
5. Analgésico: 100mg IV
6. Analgésico: 100mg IV
7. Analgésico: 100mg IV
8. Analgésico: 100mg IV
9. Analgésico: 100mg IV
10. Analgésico: 100mg IV

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO			6 - Nº Prontuário	66632
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Étnia	
162406425330004	18/01/1982	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA DA CONCEICAO			12 - Telefone de Contato	8185446436
13 - Nome Responsável	ELIS REGINA			14 - Telefone de Contato	81-85446436
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	CORREGO DA PRATA, 515 - CAETES II				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ABREU E LIMA	260005	PE	53630546		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
Anorexia com dor e dificuldade a ingerir alimentos, perda de peso para 10%.			
21 - Condições que justificam a internação			
Anorexia severa.			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
Exame físico e laboratorial.			
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
	582.2	V03.9	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
	010805.050-0		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
Plantonista	1) Urgência	(X) CNS () CPF	
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo do Profissional no Conselho	
PLANTONISTA CIRURGIA GERAL	18/10/2019	Dr. João Milton de Sá Pereira Otorrinolaringologista CRM-PE 28560	12347

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trecho			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E280000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo do Profissional no Conselho
	Adriano Telino Otorrinolaringologista / Otorrinolaringologista CRM-PE 15086

AIH
261910222150-5

AIH
261910222151-6

Código do Laudo: 500094

HOSPITAL MIGUEL ARRÃESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 19/10/2019

Hora: 03:30

Aviso de Cirurgia: 60314

Paciente: 66632

Convênio Aterid.: 1

Leito: 777

Dt. Início: 19/10/2019 02:10

Cid Pré-Operatório: S822

Cid Pós-Operatório: S822

Sala: 0001 SALA 01

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

SUS - INTERNACAO

VERMELHO EXTRA02

Dt. Fim: 19/10/2019 03:35

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento: 500096

Carteira:

Idade: 37 Anos

Procedimento: 0408050500

Convênio: 001

Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIÃO
ANESTESISTA

16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

22513 PEDRO FILIPE DA LUZ SIQUEIRA DE O MELLO

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

CIRURGIA: LC + DC + FIXAÇÃO EXTERNA

CIRURGIÃO: DR FAGNER ATHAYDE

1º AUXÍLIO: DR IGOR ALCEGOR

2º AUXÍLIO: DR ICARO MOLIM

ANESTESISTA: DR PEDRO MELLO

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. ABORDAGEM DO FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO NO 1/3 MÉDIO DISTAL DA PERNA, DESBRIDAMENTO DE SEUS BORDOS;
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
5. REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA DA TIBIA ESQUERDA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR;
6. SUTURA DA PELE COM NYLON 2.0;
7. CURATIVO ESTÉRIL;

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar:**Dr. Icaro Molim de S. Pereira
Ortopedia e Reumatologia
CREMEPE 28580

31-10-19

DR(A): FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
CRM: 18863

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 27/10/2019

Hora: 19:50

Avulso de Cirurgia: 60495

Paciente: 86632

Convênio Atend.: 1

Leito: 68

Dt. Início: 27/10/2019 17:10

Sala: 0003

SALA 03

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

SUS - INTERNACAO

ORTL-510-LEITO-004

Dt. Fim: 27/10/2019 19:45

Atendimento: 500096

Cadeira:

Idade: 37 Anos

Cid Pré-Operatório: 3822

Cid Pós-Operatório:

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento: 0408050500

Convênio: 001

Anestesia:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

CIRURGIÃO:
ANESTESISTA:

13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE OSSOS DA PERNA BILATERAL
CIRURGIÃO: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA ESQUERDA + RFFI COM HÍM DE TIBIA BILATERAL
CIRURGIÃO: DR. LUIZ CARVALHO
1º AUXÍLIO: DR. JOÃO BOSCO
ANESTESISTA: DRA. NATHALIA
ANESTÉSIA: RAQUIANESTÉSIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTÉSIA;
2. RETIRADO FIXADOR EXTERNO LINEAR DE PERNA ESQUERDA + ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE;
4. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO ESQUERDO;
5. DISSECCÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
6. ABERTO CANAL MEDULAR DA TIBIA;
7. PASSADO FIO GUIA APÓS REDUÇÃO DA FRATURA DA TIBIA;
8. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESA INICIAL
9. COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 11 X 330;
10. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS
11. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO DIREITO;
12. DISSECCÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
13. ABERTO CANAL MEDULAR DA TIBIA;
14. PASSADO FIO GUIA APÓS REDUÇÃO DA FRATURA DA TIBIA;
15. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESA INICIAL
16. COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 11 X 310;
17. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 3 PARAFUSOS CORTICAIS E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS
18. LIMPEZA COM SF 0,9%;
19. FECHAMENTO DAS INCISÕES POR PLANOS COM VYCRIL 1-0 E NYLON 3-0;
20. CURATIVO;
21. CONTROLE COM RX;

Acheitos Cirúrgicos:

Descrição Complementar

31-10-19

JOÃO BOSCO B. E. Neto
Cirurgião / Internatista
CRM 26.670

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO

IDADE: 37 SEXO: MAS

DATA DA ADMISSÃO: 18/10/19

REG: 66632

DATA DA ALTA: 28/10/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DIAFISÁRIA TIBIA DIREITA E ESQUERDA

TRATAMENTO REALIZADO:

- RFFI COM HIM DE TIBIA D e E

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TERREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ALGICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Renato Holanda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25.345

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cod. Atendimento: **500096**

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO** Prontuário: 66632
Idade: 37a 8m 30d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 18/01/1982
Profissão: Escolaridade: Telefone: 81-85446436 CEP: 53530545
R.G.: 8634561 C.P.F.: 515 CAETES II - ABREU E LIMA - PE
Endereço: CORREGO DA PRATA
Dados da Internação
Data e Hora da Internação: 18/10/2019 23:44
Plano: GERAL
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: MELHA - EMERGENCIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERMELHO/EXTRA02
Módulo Internação: CIRURGIA GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: 31.10.19
Número: 0900
Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 28/10/19 Hora da Alta: 9:00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Exatidão
Condições de Alta: Boa
Diagnóstico Principal.....: Ek orn da horn p 12
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Prescrição.....: 12/11/19
Dr. Renato Holanda
Oncologia Transplantologia
CRM 25.345
Médico e CRM:
Gla Regina Batista da Silva
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em 18 de 10 de 2019

Gla Regina Batista da Silva
Assinatura e RG de paciente ou pessoa responsável

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOSÉ ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO
CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

REG: 66632

LEITO:

DATA/HORA	
19/10/2014	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
00:30	PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HÁ 40 MINUTOS COM RELATO DE USO DE BEBIDA ALCOOLICA CHEGA A ESTA UNIDA- DE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS. POUCO COLABORATIVO. AO EXAME NÃO SABE RELATAR PERDA DE CONSCIENCIA OU EPI- SÓDIOS EMÉTICOS.
	EF: REG, CONSCIENTE, POUCO COLABORATIVO, ACIANOTICO, DEFORMIDADE EM MMII (PERNAS) COM FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA. NVC +
	HD: FRATURA DIAFISARIA DE TÍBIAS, SENDO EXPOSTA A ESQUERDA + FERIMENTO NO PÉ ESQUERDO
	CD: INTERNO AO BLOCO CIRURGICO PARA REALIZAR FIXAÇÃO EXTERNA E LIMPEZA COM DEBRIDAMENTO

Dr. João Máximo S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 20560

20/10/14

HSOT 14

14:30

HT. A. NCS na

PO 1910. LC + DC + Fixação externa

EVOLU. BEM, ESTABILIZADO QUANTO

CD. AO SAIR DA METEOROPARTES NAVE

Dr. João Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 22515

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: [Assuntir]
CLÍNICA:

João Oliveira da Silva

ENFERMAGEM:

REG: [Categoria]

LEITO:

66632

DATA/HORA	
26/10/19	<i>26/10/19</i>
<i>15h</i>	<i>1. LOTA</i> <i>1.º = FANT. DE FIM DO EXPL. E TUBA (E)</i> <i>2.º = FANT. DE FIM DO EXPL. E TUBA (E)</i> <i>3.º = 19/10 = LOTA + FIXAÇÃO 6/10/19</i> <i>Paciente sem queixas</i> <i>sem sintomas com. Alentejo</i> <i>MI (E) = NV (E)</i> <i>de exames NACIAIS de BNF</i> <i>condições atuais</i> <i>#501</i>
<i>28/10/19</i>	<i>→ 40, 7º DPO 16º dias após D. 11</i>
<i>9:00h</i>	<i>Seu estado é bom, hemodinamicamente, sem</i> <i>problemas.</i> <i>EF: BDB, comente, orientada, suplex, hidratada</i> <i>normocorada. NV normal</i> <i>Rx: Boa redução e presença</i> <i>→ CD: Alta hospitalar reform 16 dias</i> <i>Analise, diambolante</i>

Dr. Renato Holanda
Osteopata
CRM-PE 25.345



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Kosé Alexandre Registro: 66632
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/hora

11.11.19

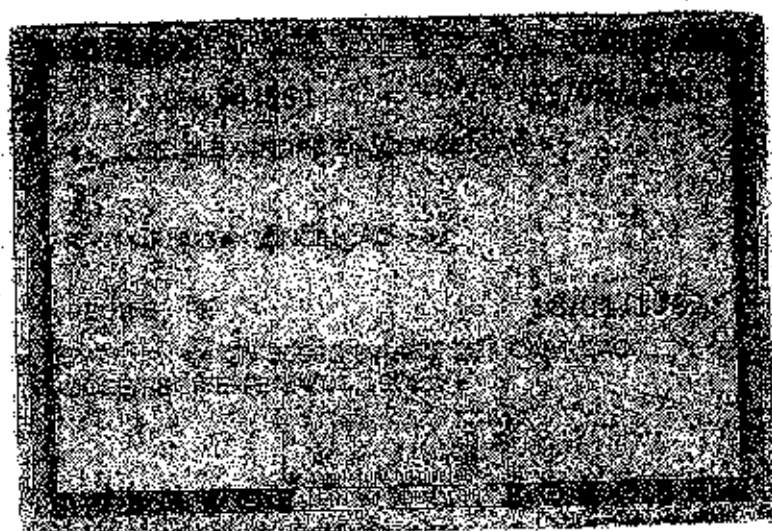
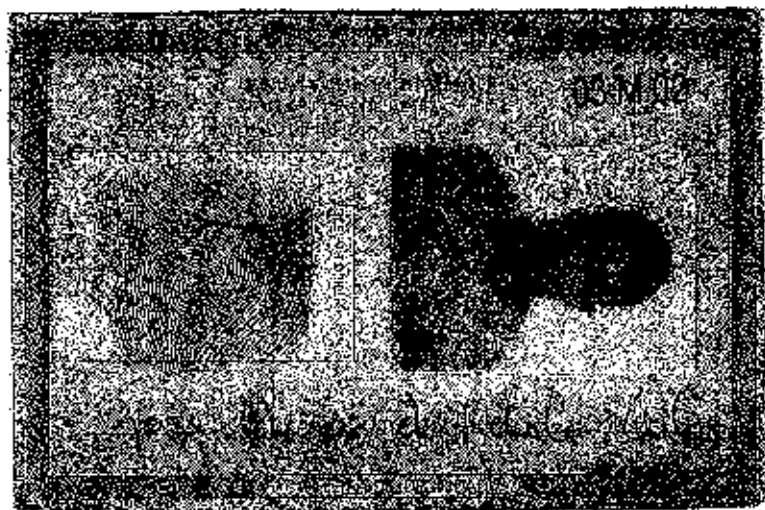
HO: 1ª EXPLORAÇÃO DE OROS DA AMNIO (E)
1ª FREQUÊNCIA DE OROS NA AMNIO (E)
19.10 - PREG
27.10 - fim Bitem

Deixou o bitem com
Quedas. Retirou por a
relativa de deambular.
Vozes muito raras
MOTORA.

foi sem com APPEL
S/ movimento.

CS: Retornou em 15 dias x 1ª
PUTARAR PORTO P.
DEAMBULAR COM MÚLTIPLOS
LIDOS.

Ass.
Car.
11/11/19



BRASIL
(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **098.492.524-48**

Nome: **JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**

Data de Nascimento: **18/01/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/11/2008**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:23:43** do dia **10/01/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **80F9.B1D3.9D7E.BA5B**



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200024339 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIAFISARIA BILATERAL

Descrição do exame físico: VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA TIBIA ESQUERDA, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO JOELHO (85 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO.
MEMBRO INFERIOR DIREITO COM DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO (CERCA DE 35 GRAUS). APRESENTA CICATRIZES CIRURGICAS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++/++++).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, HASTE INTRA MEDULAR, FISIOTERAPIA
EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA INDENIZADA SINISTRO ANTERIOR, 3150109258, EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

VÍTIMA INDENIZADA, SINISTRO ANTERIOR 3150109258, EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COMO, NO SINISTRO ATUAL A VALORAÇÃO É 50% EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E 50% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, OPTADO POR COLOCAR 100% EM MEMBRO INFERIOR, PARA QUE O VALOR CALCULADO PELO SISTEMA SEJA EQUIVALENTE AOS 25% EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E 50% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO VALORADO NESTE SINISTRO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau completo - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200024339
Nome do(a) Examinado(a): Jose Alexandre da Conceicao
Endereço do(a) Examinado(a): Sitio Jaguaribe, 29
Jaguaribe Abreu e Lima PE CEP: 53500-990
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8654561
Data local do acidente: [18/10/2019]
Data local do exame: [31/01/2020] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE TIBIA DIAFISARIA BILATERAL

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: HASTE INTRA MEDULAR, FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA TIBIA ESQUERDA, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO JOELHO (85 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO. MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM DÉFICIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO (CERCA DE 35 GRAUS). APRESENTA CICATRIZES CIRURGICAS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++/++++).

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO DE GRAU MEDIO DE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR DE TORNOZELO, HIPOTROFIA MUSCULAR, MEDIO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, BLOQUEIO ARTICULAR, ALTERAÇÃO DA MARCHA.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

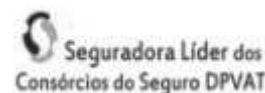
Dr. Leonardo de Faria Neves

CPF - 045.955.274-03

CRM/PE - 17742


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020787/20

Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

CPF: 098.492.524-48

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/10/2019

Titular do CPF: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO : 098.492.524-48

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: 15/01/2020
Nome: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO
CPF: 098.492.524-48

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200024339 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIAFISARIA BILATERAL

Descrição do exame físico: VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA TIBIA ESQUERDA, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO JOELHO (85 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO.
MEMBRO INFERIOR DIREITO COM DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO (CERCA DE 35 GRAUS). APRESENTA CICATRIZES CIRURGICAS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++/++++).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, HASTE INTRA MEDULAR, FISIOTERAPIA
EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA INDENIZADA SINISTRO ANTERIOR, 3150109258, EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

VÍTIMA INDENIZADA, SINISTRO ANTERIOR 3150109258, EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COMO, NO SINISTRO ATUAL A VALORAÇÃO É 50% EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E 50% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, OPTADO POR COLOCAR 100% EM MEMBRO INFERIOR, PARA QUE O VALOR CALCULADO PELO SISTEMA SEJA EQUIVALENTE AOS 25% EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E 50% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO VALORADO NESTE SINISTRO

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau completo - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200024339 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.
P 2/3/5/6/9/11

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: *

**APONTAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA EM SINISTRO 3150109258 ANTERIOR POR DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DE JOELHO DIREITO EM SINISTRO ANTERIOR 2013260670.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de ambos os membros inferiores	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200024339 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.
P 2/3/5/6/9/11

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *

**APONTAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA EM SINISTRO 3150109258 ANTERIOR POR DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DE JOELHO DIREITO EM SINISTRO ANTERIOR 2013260670.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de ambos os membros inferiores	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: JOSÉ ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: SERVENTE
Identidade: 8.654.561 SDS/PE CPF: 092.492.524-48
Endereço: RUA SÍTIO JAGUARIBE Nº 29 JAGUARIBE
ABREU E LIMA/PE. CEP. 53.500-000

PROCURADOR(A):

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

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 18/10/2020, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Abreu e Lima/PE, EM 10/10/2020
Local e data

x por Alexandre da Conceição

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO ALFREDO MARIANO - BEL ALFREDO MARIANO DE BRITO - Tabelão
Rua Cel. Ulisses Ribeiro de Sousa, 51 Centro, Abreu e Lima/PE - CEP. 53.525-260
(81) 3542-1361 / 3541-0672 - cartorioalfredomariano@gmail.com

Reconheço por AUTENTICIDADE a Firma de JOSÉ ALEXANDRE DA
CONCEIÇÃO, Abreu e Lima/PE, 18/10/2020 12:28:07, em sistema de
validade: Ementais 4.12-1518-0.82 FIRM: 0.00000000.00000000
5.00.00-15.00.00

Selo Digital 0250807.HD G12201904-03328

Josima Fátima Cavalcanti



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020787/20

Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

CPF: 098.492.524-48

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/10/2019

Titular do CPF: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO : 098.492.524-48

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: 15/01/2020
Nome: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO
CPF: 098.492.524-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200024339

Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Data do Acidente: 18/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

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, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200024339

Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Data do Acidente: 18/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 29 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200024339

Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Data do Acidente: 18/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

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\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 70,00%

Valor a indenizar: 70,00% x 13.500,00 = R\$ 9.450,00

Recebedor: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000003122

Conta: 000000012542-7

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: 098.492.524-48 4 - Nome completo da vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

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

5 - Nome completo: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO 6 - CPF: 098.492.524-48
7 - Profissão: SERVENTE 8 - Endereço: SÍTIO JACUARIBO 9 - Número: 36 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JACUARIBO 12 - Cidade: DIBRUV E LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.500-000
15 - E-mail: dalmaczo@hotmail.com (81) 99944 1109 (81) 3338 0069

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO PAIS, CURADOR
☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3122 CONTA: 0012542 7 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob pena de falsidade, que não houve solicitação de atestado médico do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que, assinando esta opção:

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do casamento/divórcio/separação: / /
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/beirador? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Indicação digital da vítima ou de terceiro não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Dibrú e Lima/PE, em 10/01/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)





572428
0020787/10

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 27ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27CIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 1900117004096

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/12/2019 às 06:20

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpaas (Consumado), que aconteceu no dia 18/10/2019 às 22:20

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA BRASIL, 01 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL.
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

BRINQUEDOS / JOGOS: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Naturalidade: MARIA DA CONCEIÇÃO Des do Nascimento: 18/11/1982 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: BAIRRO DE CASTELHOS II (BAIRRO), 815, RUA CORREIO DA PRATA - CEP: 55000-000 - Bairro: CASTELHOS II - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL.

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Naturalidade: NÃO INFORMADO : PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: QUANTIDADE NÃO INFORMADA

BICICLETA (BICICLETA / JOGOS) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO
Categoria/Marca/Modelo: BICICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: QUANTIDADE NÃO INFORMADA

Complemento / Observação

DECLARA O SR. JOSE ALEXANDRE QUE ESTAVA QUANDO SUA BICICLETA PERA NR 101 QUANDO UM ELEMENTO NÃO IDENTIFICADO QUANDO UM VEÍCULO TAMBEM NÃO IDENTIFICADO VIROU EM ALTA VELOCIDADE BATE NELE O DERUBRANDO E FUGINDO SEM PRESTAR SOCORRO SENDO ELE SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS PARA O HOSPITAL HENRIQUE ARRAS, DIANTE DISTITO REGISTRA ESTE D.O.

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

Jose Alexandre da Conceição

JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO
(VITIMA)

Aldeir de Almeida Amorim da Silva

S.O. registrado por: ALDEIR DE ALMEIDA AMORIM DA SILVA - Matrícula: 282.957-0





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001442 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO, 37 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8654561 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 098.492.524-48, residente à RUA CORREGO DA PRATA, nº 515, , CAETES II, ABREU E LIMA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/10/2019, por volta das 22:26 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, TIMBO ABREU E LIMA -PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO, inscrito sob o CPF nº 098.492.524-48 e Registro Geral nº 8654561, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710387-5 CASTRO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 500094. Ficou aos cuidados do médico JARBAS SILVA VEIRA, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 10/01/2020

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001442

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

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: 21/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000012542-7

Nr. da Autenticação BC2545499825E452

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
 AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
 RECIFE, PERNAMBUCO
 CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-09
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de
 COMERCIAL 118 | PRONTI
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 :
 Ouvidoria 0800 :
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de
 Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefone
 Agência Nacional de Energia Elétrica
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos :

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA MARIA DA SILVA
 CPF: 889.552.354-53

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SITO JAGUARIBE 29
 JAGUARIBE/ABREU E LIMA
 53500-000 ABREU E LIMA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

16/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

144,61

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

09/01/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

09/01/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

091760224

CONTA CONTRATO

001287445012

Nº DO CLIENTE

2000728412

Nº DA INSTALAÇÃO

0000053374

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

D3B6.4ABE.963E.BA57.A97F.5C8F.4F26.5555

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	154,00	0,42656182	65,69
Consumo Ativo(kWh)-TE	154,00	0,36976625	55,24
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,94
Contrib. Ilum. Pública Municipal			19,94
Multa por atraso-NF 088172948 - 13/12/19			1,58
Juros por atraso-NF 088172948 - 13/12/19			0,97
Atualização IGPM-NF 088172948 - 13/12/19			0,16
TOTAL DA FATURA			144,61

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
123,87	25,00	30,96	123,87	0,90	1,11
			123,87	4,15	5,14

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,42656182
 Consumo Ativo(kWh)-TE 0,36976625

HISTÓRICO DO CONSUMO

JAN 20	
FEV 19	
MAR 19	
ABR 19	
MAY 19	
JUN 19	
JUL 19	
AUG 19	
SET 19	
OCT 19	
NOV 19	
DEZ 19	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	40,34	92,57
Transmissão	4,49	3,93
Distribuição (Cabo)	27,02	21,81
Encargos Setoriais	0,34	5,12
Tributos	37,21	30,04
Perdas de Energia	0,91	0,07
TOTAL	144,61	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		DIFERENÇA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003184523818	CAT	12/12/2019	215,00	09/01/2020	369,00	28	1,00000	0,00	154,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MET MENSAL	MET TRIM
nov/2019				
DIC-No de horas sem Energia	CRUZ DE REBOUCAS	0,76	10,44	32,08
FIC-No de vezes sem Energia		2,00	7,88	15,44
DIC-Duração máxima da interrupção contínua		0,39	6,86	0,00
DIC-Duração da interrupção em 111s crítico				Limite DIC: 15,8
RUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 45,26				
Tudo Consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DIC, FIC, DMC e DCR e qualquer				

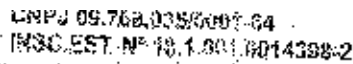
INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: ag correios acatitaba: avenida duque de caxias centro / copladora digital: av. duque de caxias nr 942
 Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
 Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 92931 - LOJA-5 - CENTRO
ABRIL E LIMA PE 53525-790

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA: 103668667-7 Data: 20/12/2012
R JOAQUIM NABUCCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 55520-170
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

SITIO LUGAR AGUA LIGADO	SITIO LUGAR AGUA POTENCIA	RESIDENCIAL	CLASIFICACION DE USO DEL SUELO C-2 ZONA RESIDENCIAL	003608006
HIDROMETRO 4175224252	DATA LET ANTERIOR 29/11/2019	DATA LET ACTUAL 30/12/2019	TIPO DE CONSUMO (LITROS) MEDIA HC	

LEIT ANT: 4	CONSUMO: 1
LEIT ATU: 4	
LEIT FAT: 4	NO PARADO

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

REFERENCIAL CONSUMO		NÚMERO DE ANÁLISES			
PARAMETROS		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDE A LEGIS	
11/2019	01				
22/2019	01				
09/2019	01	TURBIDEZ	48	48	
08/2019	01	COR APARENTE	48	48	
07/2019	01	CLORO RESÍDUAL	48	48	
06/2019	01	COLIF. TOTAIS	48	48	
MEDIA:	01	E. COLI	48	48	

MEDIA: 01 Qualidade de Agua: www.campesd.com.br
OBS.: (1) COEFICIENTES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COEFICIENTES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0, M3	44,84
CORTE 11/2019		9,02
RELIÇÃO 11/2019		9,02
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019		2,19
JRGS DE MORA 09/2019 10/2019		2,01

no funds	108,92	1,65	1,80
	208,92	2,60	8,28

VENCIMEN TO: 15/01/2009 TOTAL A PAGAR: 131.16

HEN AGEM
 PROBLEMS COM A BEEING EIGHT AGEM AGES ANHAGOS
 1817 1224 8102 0810 1207

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800.0221204 ou 0800.221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **José Alexandre da Conceição**

inscrito (a) no CPF sob o nº **098.482.524-68**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima

José Alexandre da Conceição inscrito (a) no CPF sob o nº **098.482.524-68**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO	Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE
CEP 53520170		
Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069		Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834
Email: balbinospe@hotmail.com		

Abreu e Lima/PE 14 de Janeiro de 2020

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante