

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LUZIA DA SILVA ROMAO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05979-0

CONTA: 00000002324-8

---

Nr. Autenticação

BRADESCO10122019050000000002370597900000002324168750 PAGO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190622926      **Cidade:** Poço Redondo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA LUZIA DA SILVA ROMAO      **Data do acidente:** 17/07/2019      **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DESALINHADA DA DIÁFISE PROXIMAL DO 5º METATARSO A ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA (+++/+5), TUMORAÇÃO DE MODERADO VOLUME NO DO 5º METATARSO E 5ª ARTICULAÇÃO METATARSO FALANGEANA (CALO ÓSSEO), DESVIO DO 5º PODODÁCTILO NO SENTIDO LATERAL, DOR E BLOQUEIO NO MESO PÉ E ANTE PÉ, PERDA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO 5º PODODÁCTILO (DEDO EM MARTELO) E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MESO E ANTE PÉ

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 20/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

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, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190622926

Vítima: MARIA LUZIA DA SILVA ROMAO

Data do Acidente: 17/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA LUZIA DA SILVA ROMAO

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: MARIA LUZIA DA SILVA ROMAO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005979-0

Conta: 000002324-8

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, 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:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

061.093.545-38

4 - Nome completo da vítima:

Maria Suzia Da Silva Romão

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Maria Suzia Da Silva Romão

6 - CPF:

061.093.545-38

7 - Profissão:

Jardineira

B - Endereço:

Per Curvelinho-Sítio Reis Angicos

9 - Número:

20

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Zona rural

12 - Cidade:

Paco Rudondo

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

49.80-000

15 - E-mail:

marcosdisfonia@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

79.99189207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 9158

CONTA: 18595

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ai nacer)?

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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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

35 - Nome legal da pessoa que assina o rogo/a pedido:

INVESTPREV

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido:

27 SET 2019

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

40 - Local e Data,

pr. São João Batista 07.10.19

Xmaria Suzia Da Silva Romão

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

zacimara.silva.romao

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190622926  
Nome do(a) Examinado(a): Maria Luzia da Silva Romao  
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Curralinho, 20 Casa  
Area Rural Poco Redondo SE CEP: 49810-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 63.055.626- X  
Data local do acidente: [ 17/07/2019 ]  
Data local do exame: [ 20/11/2019 ] Aracaju [ SE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DESALINHADA DA DIÁFISE PROXIMAL DO 5º METATARSO A ESQUERDA.**

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

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO COM BOTA GESSADA NA FRATURA DESALINHADA DA DIÁFISE PROXIMAL DO 5º METATARSO A ESQUERDA**

**Complicações: BLOQUEIO NO MESO PÉ E ANTE PÉ, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MESO E ANTE PÉ.**

Data da Alta: 17/08/2019

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

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA (+++/+5), TUMORAÇÃO DE MODERADO VOLUME NO DO 5º METATARSO E 5ª ARTICULAÇÃO METATARSO FALANGEANA (CALO ÓSSEO), DÉSVIO DO 5º PODODÁCTILO NO SENTIDO LATERAL, DOR E BLOQUEIO NO MESO PÉ E ANTE PÉ, PERDA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO 5º PODODÁCTILO (DEDO EM MARTELO) E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MESO E ANTE PÉ**

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

Sim       Não

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

Sim       Não

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

**DÉFICIT FUNCIONAL LEVE EM PÉ ESQUERDO.**

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

**PÉ - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% 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

*Manoel Otálio Nascimento Júnior*  
Manoel Otálio Nascimento Júnior  
Clínica e Auditoria Médica  
CRM 1827



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 090084/2019

### DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/08/2019 09:17 Data/Hora Fim: 28/08/2019 09:48  
Delegado de Policia: Fabio Santos Santana

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo  
Data/Hora do Fato: 17/07/2019 12:45

#### Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE) Bairro: Bairro Lídia De  
Logradouro: rua B CEP:49.820-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

### ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA LUZIA DA SILVA ROMÃO (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:SE - Poço Redondo Sexo: Feminino Nasc: 20/12/1994

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Aparecida de Silva Romão

INVESTPREV

27 SET 2019

#### Endereço

Município: Poço Redondo - SE  
Logradouro: rua B  
Bairro: Bairro Lídia De Souza  
Telefone: (79) 9925-8254 (Celular)  
CEP: 49.820-000

### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Descrição: PAS/MOTOCICLETA

CPF/CNPJ do Proprietário: 448.248.278-17

Placa: OES7736

Renavam: 592930564

Número do Chassi: 9C2HB0210ER418316

Ano/Modelo Fabricação: 2013/2014

Cor: PRETA

UF Veículo: Sergipe

Município Veículo: Nossa Senhora da Glória

Marca/Modelo: HONDA/POP100

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Maria Luzia da Silva Romão	Possuidor

### RELATO/HISTÓRICO

NARRA a noticiante que na data acima citada, pilotava pela rua B do Conjunto Lídia Souza uma motocicleta pertencente a NAYARA PEREIRA DA SILVA, quando ao se desviar de um cachorro perdeu o equilíbrio vindo a cair; QUE devido a





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 090084/2019

queda sofreu fraturas no pé da perna esquerda, sendo socorrida por populares e conduzida a UPA POÇO REDONDO e transferida posteriormente ao Hospital Regional da cidade de Itabaiana. É o relato.

### ASSINATURAS

Cleber Martins da Silva  
Ag. Pol. Jud. 1ª Classe  
Agente de Pol. 1647  
Matriarte 4712882

Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Maria Luzia da Silva Romão

(Comunicante / Vítima)

INVESTPREV

27 SET 2019

13:25 h Ato

Ficha de Assistência à Saúde

SITUAÇÃO MUNICIPAL  
DO REDCENDO

## SITUAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

UFSCar 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
DONA ZULMIRA SOARES

848

Lucia da Silva Romão

DATA:

17/07/2018

DATA: NASCIMENTO: 20/12/1994 SEXO: Fem

Lucia Aparecida da Silva Romão

Paciente: Lucia da Silva Romão

REFERÊNCIA:

## QUADRO AUXILIAR ANAMNÉSE

HABENIASE: \_\_\_\_\_  
 HEMORRAGIA: \_\_\_\_\_  
 HEMOFILIA: \_\_\_\_\_  
 HEPATITES: \_\_\_\_\_

PISCINAS: \_\_\_\_\_  
 TUBEROSIDADE: \_\_\_\_\_  
 TIPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_

## EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSISTÊNCIA:

Exame: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Conduta: \_\_\_\_\_

Atm L.P.A.

13:45

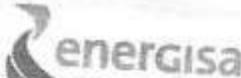
Assist.

Exame: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Conduta: \_\_\_\_\_

Exame: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Conduta: \_\_\_\_\_

Exame: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Conduta: \_\_\_\_\_

MARIA JOSE NASCIMENTO VIEIRA  
FOV CURRA, PRO. 201510 DOS ANGOS - ÁREA RURAL  
POCO REDONHO/ SE CEP: 46610000 AG. 450



Lipacão MONOFÁSICO  
Cis/Sac: RES MTC B1/ PESIDENTIAL - BAIXA RENDA  
Rotativo 12-450-454-25 Referência: Set / 2011  
Medidor: A500871811 Emissão: 19/09/2011

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Cód. para Dib. Automática: 000098702

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANS
Set / 2019	19/09/2019	21/10/2019	007.869.436-96

#### **UC (Unidade Consumidora)**

3/967026-5

**Canal de contacto**

Canal de

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias		
Data	Leratura	Data	Leratura							
20/08/18	6306	19/09/19	6420	1		114		30		
CCF	Descrição	<b>Demonstrativo</b>								
		Quadrante: T1-2019   Cofor Estadual: AM   Unidade: EMEF Bento Gonçalves   Período: 07/14/2019 à 07/20/2019								
0001	Consumo mês 2019/07-BR	30.000	0,249093	7,47	7,47	25	137	7,47	0,05	0,24
0001	Consumo - 31 a 103kWh-BR	70.000	0,427300	29,88	29,88	25	747	29,88	0,21	0,98
0001	Consumo - 101 a 220kWh-BR	14.000	0,640950	8,88	8,88	25	224	8,88	0,06	0,28
0510	Adic. B. Vermelha			3,88	3,88	25	9,21	3,88	0,02	0,12
0510	Subsídio			37,57	37,57	25	9,39	37,57	0,28	1,28
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
1507	CONTRIB. ILM PÚBLICA			14,80	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
1504	JUROS DE MORA 09/07/19			0,36	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
1503	MULTA 09/07/19			7,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
1528	Desvalores Subsídio			-26,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	

CCN - Código de Classificação do Bem TOTAL 77,29 R\$ 95 21,88 R\$ 56 0,62 0,80

**VENCIMENTO** 26/09/2019 **TOTAL A PAGAR** R\$ 77,22

	Consumo (Kwh)											
	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Agosto

RESERVADO AO ESCREVENTE

3bbe.2700.b1e1.9b3c.044a.075f.add1b.22.10

#### **Indicadores de Cumula**

Unidades de ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
5,55	0,00	
11,10		NOMINAL
22,21		115
3,42	0,00	CONTRATADA
8,85		LIMITE INFERIOR
17,70		106

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços da Obr. das Empresas/SE	12,35	15,28
Compras de Energia	19,45	23,98
Serviços de Transportes	1,20	1,48
Encargos Salariais	2,46	3,07
Impostos Diretos e Encargos	41,73	51,15
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>77,22</b>	<b>100,00</b>

**ATENÇÃO**  
AVISO: Remarcando em atraso os **DEBITOS ANTERIORES**, o reembolso do fornecedor poderá ocorrer a qualquer momento ate o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, contados da data da vencimento da fatura vencida e não paga. Sua utilização fará a liberação como Balanço Renda, tendo um desconto de R\$20,00. Atenção: A responsabilidade pela liquidação é da parte de quem realizou o pagamento.

Digitized by srujanika@gmail.com

**BANCO DO BRASIL** PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL  
00100-00000

00190 00009 03087.893008 03023.8071797 80240000007722  
PAGADOR: MARIA JOSE NASCIMENTO VIEIRA - CRACHA: 0176740-0

POV CORRALINHO, 20 / SITIO DOIS ANGICOS - AREA RURAL - FOCO REDONDO / SE CEP: 49910-000

30678930003023607	Nº Documento 000957026201909	Data de Verificação 25/09/2019	Valor do Documento R\$ 77,22
<b>BENEFICIÁRIO: EUGÉNIO LIMA</b>			

BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERGIPE-DISTRIBUÍDORA  
Rua Min. Azevedo Sales, 81 - Ilha do Barroço - Aracaju / SE  
Agência / Código de barras:

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Jose marcos Da O. Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.675.00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Luiza Da Silva Romeo inscrito (a) no CPF sob o Nº 061093545, 38, do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Maria Luiza Da Silva Romeo inscrito (a) no CPF sob o Nº 061 093545, 38, 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	<u>Rua Dos Sulus</u>			Número	<u>217</u>	Complemento	<u>escritorio</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>N. Gra Da Glória</u>	Estado	<u>DF</u>	CEP	<u>049.680-000</u>
Email	<u>marcosduferia@gmail.com</u>			Telefone comercial(DDD)	<u>19.9918-9207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>19.99252568</u>

N. Gra Da Glória  
27 de 10 de 19  
Local e Data

Jose marcos de Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante



## HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

### Receituário

Maria Augusta dos Reis Souza

PROVIMENTO MEDICO

O DOUTOR LOPES GABRIEL COM  
DISSUSMO DE FRANAS DO  
TOLMOCEDO DA RODRIGUES  
TRANSMITINDO ORDEM PRO<sup>CO</sup> -  
ONALDENE FRANAS  
CONFERIRAM A PROBACI-  
TAÇÃO.

C/ID: 87820

Dr. Antonio E. Lira Ávila  
Cirurgião Traumatologista  
CRM 2028 TEC 8629

Co.: 24/09/19

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabaiana-SE - Fone: (79) 3432-9200

INVESTPREV

27 SET 2019

US

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

BE: 685039

DATA: 17/07/2019 HORA: 17:13 USUARIO: AGTOLIVEIRA  
SETOR: 04-ORTOPEDIA

NOME : MARIA LUZIA DA SILVA ROMAO  
 IDADE: 24 ANOS NASC: 20/12/1994  
 ENDERECO: CONJ LIDIA RUA B  
 COMPLEMENTO: CASA  
 BAIRRO: CENTRO  
 NOME: POCO REDONDO  
 UF: SE CEP...: 49810-000  
 I/MAE.: NC /MARIA APARECIDA DE SILVA ROMAO  
 AVEL.: A PRIMA  
 NCIA.: POCO REDONDO - SE  
 ENTO.: TRAUMA  
 LICIA.: NAO TRAUMA: NAO  
 RABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMENES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
*Gilvan Bezerra do Nascimento* [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

Téc. Radiologia Médica CRM-SE 00553 A DE VIGILANCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

LINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_\_\_

ES DA ENFERMAGEM:

TICO:

*Festas Da 1º mês de nasc.*

PRESCRICAO

HORARIO DA MESA

SAIDA:

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO  
 [ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):HORA DA SAIDA: :  
 [ ] DESISTENCIA

RENCONTE (UNIDADE DE SAUDE):

[ ] ATÉ 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

CURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Primos

13:25 h

Ficha de Assistência à Saúde

Nº DE  
INSC.

PREFEITURA MUNICIPAL

POÇO REDONDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

8481

UFPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
DONA ZULMIRA SOARES

Zulmira Souza da Silva Romão

DATA:

17/07/2010

DATA: NASCIMENTO: 20/12/1994

SEXO: Fem

Maria Aparecida da Silva Romão

Paulo B - Ládio

REFERÊNCIA:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

HANSENIASE

PSICOPATIA

HEMORRAGIA

TUBERCULOSE

HEMOFILIA

TIPO SANGUÍNIO

HIPERTENSÃO

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

110 x 80 cm - deg

ster. 37,5 g: jude

Anamnese: A paciente é uma senhora negra, não fumante, Rende seu em PE(G).  
Anita dor/érea em PE(E).  
Nada mais.

Exame: Achados: Ocular: extra  
detopatias de amb, im.

Exame: Pneumonologia (PE)  
Exame: All brilho abn de humor fbris.

ADM C.P.H

to 13:45

simone

Parte troncoabd. pone

valores des descontos contornante  
na frequêncie de estabacoma



# **UNIDADE MISTA DE SAÚDE D. ZULMIRA SOARES**

## **GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR**

DADOS DO PACIENTE

九四

14 FEM

1

MASC

IDADE: 24 a.

ESTADO CIVIL

— MIRECO —

100

SECTION A

#### **DESTINO DO PACIENTE:**

Hospital sus

#### **DESCRIMINACÃO DO QUADRO CLÍNICO:**

Investigations are now underway.

INVESTPREV

27 SET 2019

#### **MEDICACAO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

E Remains anaerobic. See b Rx of the infection  
also see next section (or incision) and

#### **MÉTODO DA TRANSFERÊNCIA:**

Point : Send Rx AE from workflow

#### MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

~~001-AL-7451~~

17/03/2017

**OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS**

**INVESTPREV**

**27 SET 2019**

