

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 11/08/2017 14:30

Nome Paciente: LEONARDO SANTANA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 03/12/1982
Sexo: Masculino
Idade: 34
Senha: E0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 11/08/2017 14:31 - 11/08/2017 14:31

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

HISTORIA DE ATROPELAMENTO, EVOLUI COM DOR + EDEMA + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MID

Observação:

SENHA 5232134

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

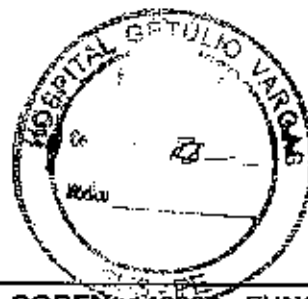
Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 5

ARUANA SEGURADORA
24 SET 2018



Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/08/2017 14:31



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☒ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☒ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☒ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

Avenida Getúlio Sarfatti, s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.890-090
Fone: (0XX51) 31846000

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5232134
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Leonardo Santana do Rêgo Idade: 34
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: R. Petrópolis 104 Bairro: Mezquita
Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passado () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão) Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso do cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do trauma: () Impacto Frontal () Impacto lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Victima de acidente de trânsito
colando com o tornozelo direito
Hipótese Diagnóstica: Fratura do malleolo lateral direito

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio: Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de Face: S () N () Retratação Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lenificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR:RN 35-50

< 1 ano 30-50

Criança 20-30

Adulto 12-30

FR:RN 120-180

< 1 ano 90-140

Criança 80-110

Adulto 60-100

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a Dor 2
Sem Abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao Comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento Externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-Abdominais: S () N () Fraturas em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Usou Outras Drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetamina () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibióticoterapia: S () N () Específica: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () GPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Tranmite - ortopedia

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: *Hosp. São João*

Médico Regulador: _____

Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Reife 08.08.2014
Local e Data

Dr. Gabriel Costa
Ortopedia
CRM 9467

Dr. Gabriel Costa
Ortopedia
CRM 9467

Médico Assistente



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: LEONARDO SANTANA DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 470589

1.1 - Atendimentos em: 11/08/17

1.2 - Às 14 horas e 38 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 275210

2.1 - Internado em: 11/08/17

2.2 - Alta em: 14/08/17

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO COM DESVIO.

4. Tratamento: 1) ANALGESIA. 2) TRANSFERIDO PARA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA.

5. Observação: VÍTIMA DE ATROPELAMENTO.

DATA: 27.9.2017

HORA: 07:17:11

PASTA: 01.09.2017

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 16.176 / RQE 2167

Dr. Jéssica Guido.

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 470589

Prontuário: 275210

Nome: LEONARDO SANTANA DA SILVA

Data Nasc.: 03/12/1982

Idade: 34

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 6340200

CNS: 702602781232543

Nº: 104

Endereço: RUA PATROCÍNIO

Bairro: VARZEA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 50740210

Fone: 83287327

Profissão:

Nome da Mãe: SONIA MARIA DE SANTANA

Acompanhante: LUIZ FERNANDO SANTANA DE ALENCAR

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA CAXANGA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 52322134 PAC REFERE ATROPELAMENTO, EVOLUI COM DOR + EDEMA DE MEMBROS DE MOVIMENTOS EM

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

2. ATENDIMENTO

DATA: 17/08/2017

HORA: 14:35

Medico:

Queixa Principal / HDA:

Vítima de atropelamento com trauma no tornozelo direito.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐

Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☒

Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☒ Não ☐

Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☒

Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☒

Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Exame Físico

A: Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☒ Não ☐

O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp.: Cº

BGG, consciente e orientado.

B: Respiratório

C: Circulatório

PA:

x

mm

Pulso:

bpm:

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

*Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia
CREMEPE 16.118*





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Fratura do úlcero lateral direito

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

(com dor no)

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Tratamento / Procedimentos:

Intervenção
por cirurgia

Dr. Leonardo
Código Procedimento:
Código Diagnóstico:
CREMEPE 18.116

Ass. Médico + Carimbo
Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☒ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☒ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadir-se

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social:

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências:

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

Observações:

Resposta Santa Rosa 14-08-17

Assist. Social:

Assist. Social

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

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

Data:

Nº da Identidade:

Nome completo legível:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

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

Data:

Nº da Identidade:

Nome completo legível:

Assinatura:

Cadastramento: 11/08/2017 14:38 h DENNISELD

Impressão: 11/08/2017 14:38 h DENNISELD

Médico



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



**FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA**

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☒ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☒ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☒ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

[Handwritten signature]
Enfermeira
COREN-PE nº 10.123

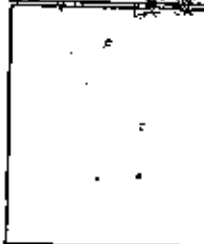
Avenida Getúlio Var. Martins s/n - Gerência
Recife/PE - CEP 50.850-060
Fone: (0XX) 51 31846600

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 11/08/2017 14:30



Nome Paciente: LEONARDO SANTANA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 03/12/1982
Sexo: Masculino
Idade: 34
Senha: E0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 11/08/2017 14:31 - 11/08/2017 14:31

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148826 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

HISTORIA DE ATROPELAMENTO, EVOLUI COM DOR + EDEMA + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MID

Observação:

SENHA 5232134

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

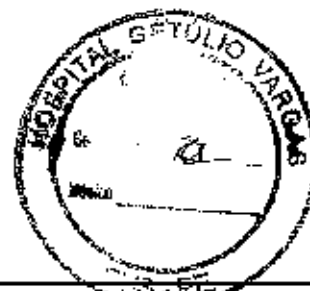
- DOR MODERADA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 5



Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148826 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/08/2017 14:31

Relatório Médico de Alta

Nome: LEONARDO SANTANA DA SILVA

Reg.: 523777

Pront.: 1101334

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 03/12/1982

Idade: 36

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Admissão: 14/08/2017 09:41

Alta: 16/08/2017 18:30

Admissão:

FRATURA EM TORNOZELO DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal	S82	FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO [NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPLAS PARA IDENTIFICAR A FRATURA E O PERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA
Outros	S82.6	FRATURA DO MALÉOLO LATERAL
	W99.9	EXPOSIÇÃO A OUTROS FATORES AMBIENTAIS ARTIFICIAIS E AOS NÃO ESPECIFICADOS - LOCAL NÃO ESPECIFICADO

Internação:

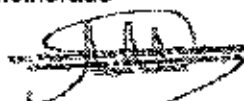
Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	14/08/2017 09:41	16/08/2017 18:30	2 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº AZARIAS para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 5) Não pisar até 2º ordem;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica



Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **LEONARDO SANTANA DA SILVA**,
prontuário nº **110.1334**, admitido neste hospital em 14/08/2017 com diagnóstico de
Fratura do Tornozelo Direito, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta
hospitalar em 16/08/2017.

Recife, 20 de Setembro de 2017.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

[illegible]

OR b b r r b 1 5 b 4

On 12/12/2010

Administración de Protección Civil

අධ්‍යයනයේ දී අනුගමනය කළ ප්‍රධාන ප්‍රශ්න සහ පිළිතුරු පහත පරිදි වේ. ප්‍රශ්න සහ පිළිතුරු පහත පරිදි වේ.

-ORDERING INFORMATION- 10

10 6 7 4 0 9 0 7 0 1 0

10/97 = 11 CACOF (NOFC) CACOF (NOFC)

90

167 1/2 107 6/8 (143) 1507 2014

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Page 14 of 15

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

2. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from the publisher.

ਅਨੁਸੰਗਿ ਸ੍ਰੀ ਗੁਰੂ ਗ੍ਰੰਥ ਸਾਹਿਬ ਜੀ

1986年12月，在“中国环境科学”杂志上，发表了《中国环境科学》创刊号。

2.1. $\text{C}_{10}\text{H}_8\text{N}_2\text{O}_2$ 174.16

.. .. .

++++XG

— 20 —

மாண்புமிகு உறுப்பினர் திரு. அழகர்நாதன்

11

2007年12月10日 星期一 12:00

ප්‍රකාශක	ප්‍රකාශන	දිනය
ආ	අං 000000	00/00/00
ප්‍රකාශක/ප්‍රකාශ	ප්‍රකාශන	

ALDO PARA SOLICITACION DE INGRESO AL PROCEDIMIENTO DE RESOLUCION

Nome: **LEONARDO SANTANA DA SILVA**
Nº Registro: 523777 Nº Protuário: 1101334 Sexo: Masculino Idade: 34 ano (s)
Data: 15/08/2017 / 13:51 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 14/08/2017 09:41 Data da alta: 16/08/2017 18:30
Intervalo: 2

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura do Tornozelo Direito CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura-Luxação do Tornozelo Direito + Reconstrução Ligamentar CÓDIGO: 0408050497 / 0408050144

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	: Dr. Azarias Salgado	6218
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	: Dr. Mauro Casado	2161
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de atropelamento por ônibus, resultando em Fratura do Tornozelo Direito. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura do Tornozelo Direito CID:

Dr. Azarias Salgado
Assistente Administrativo
16/08/2017

Dr. Azarias Salgado
Assistente Administrativo
16/08/2017



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **LEONARDO SANTANA DA SILVA**

Nº Registro: 523777 Nº Protuário: 1101334 Sexo: Masculino Idade: 34 ano (s)

Data: 15/08/2017 / 13:51 Convênio: SUS - AMB

Data do internamento: 14/08/2017 09:41 Data da alta: 16/08/2017 18:30

Intervalo: 2

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

CID:

Data Internamento: Data Intervalo: Data da Alta:

Dr. Antonio Sérgio
Jorge / Internação
2017/8

Dr. Antonio Sérgio
Jorge / Alta
2017/8



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **LEONARDO SANTANA DA SILVA**

Nº Registro: 523777 Nº Protuário: 1101334 Sexo: Masculino Idade: 34 ano (s)

Data: 15/08/2017 / 13:50 Convênio: SUS - AMB

Intervalo: 2

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 15/08/2017-13:50

Diagnóstico pré-operatório: Fratura-Luxação do Tornozelo Direito

Diagnóstico pós-operatório: Fratura-Luxação do Tornozelo Direito

Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura-Luxação do Tornozelo Direito + Reconstrução Ligamentar

Cirurgião: Dr. Azarias Salgado

Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antisepsia c/ PV PI;
2. Incisão lateral do membro inferior;
3. Abordagem por planos por planos e hemostasia. Visualização do foco da fratura, realizado redução do foco da fratura + osteossíntese com 01 placa + parafusos, verificado boa aposição dos implantes e boa redução da fratura;
4. Realizado reconstrução ligamentar do tornozelo.
5. Realizado limpeza com SF 0,9%;
6. Sutura;
7. Curativo;
8. Bota gessada;
9. RX de controle.

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM:6218

Dr. Azarias Salgado
Assinado digitalmente
15/08/2017



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **LEONARDO SANTANA DA SILVA**
Nº Registro: 523777 Nº Protuário: 1101334 Sexo: Masculino Idade: 34 ano (s)
Data: 24/08/2017 / 07:36 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 2

LAUDO-PERNA e TORNOZELO DIREITO AP/P

Exame para controle de tratamento cirurgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.203862



SOLICITAÇÃO DE FICHA DE ESCLARECIMENTO AO SAME

Nome do Paciente: LEONARDO SANTANA DA SILVA		
Identidade: 6.340.300	Telefone(s) de Contato: 81 936924424	
Endereço: RUA DO PATROCÍNIO, 104		
Bairro: VAREZA	Cidade: RECIFE	Estado: PE
Nome da Mãe: SONIA MARIA DE SANTANA		
Prontuário: 1101334	Data de Entrada: 14.08.17	Altar: 16.08.17
Nome do Solicitante: O MESAIO		
Grau de Parentesco: -----		
Lauda para fins de: DPVAT		
Obs: FNAT FORTNOZCO D		
<input checked="" type="checkbox"/> Laudo Médico	<input checked="" type="checkbox"/> Cópia do Prontuário	
Obs: Para solicitação de cópia do Prontuário anexar o Xerox da identidade ao pedido. Ligar após 30 dias para o telefone (81) 3412-3815 de Segunda à Sexta, das 7h às 18h.		
Recibo, <u>31</u> de <u>08</u> de 201 <u>7</u>		
x _____ (O Laudo só será entregue ao paciente, parente de 1º grau ou procurador)		

ARUANA SEGURODORA
24-SET-2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190549212 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO SANTANA DA SILVA **Data do acidente:** 11/08/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO COM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P11,15

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA LEONARDO SANTANA DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 11/08/2017 CPF DA VÍTIMA 093.393.764-47
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PROCURADOR
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. CONEGO SOUZE FERNANDES MACHADOS
 Nº 233 COMPLEMENTO CASA - BAIRRO VARZEA
 CIDADE BELOF UF PE CEP 50.970-230
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 99259-0049

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM 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, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24/09/2019
 IDENTIDADE 5.696.087 SSP/PE
 ASSINATURA Andrea Maria Santana da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 24-SET-2019
 NOME Andréia F. Silva
 ASSINATURA Andréia F. Silva

REGISTRO GERAL

VAL DA PÁTRIA TODA O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXP. DO CG

04/02/2010

4.262.939

ADAISE FRANCISCA DA SILVA

IZAIAS ANTONIO DA SILVA

EDILEUZA FRANCISCA DA SILVA

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

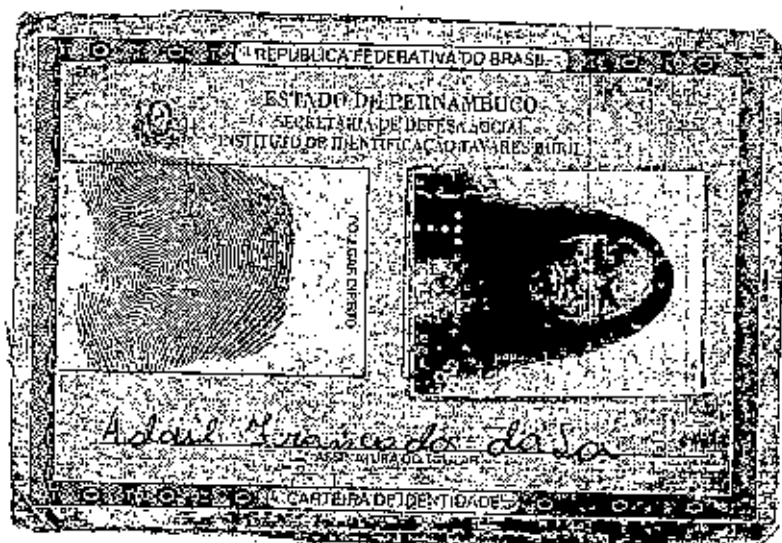
05/07/1972

0036220-20 RECIFE PE

002.138-7.4.9

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 4.682/2008



24 SET 2019

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0020-1596 / Outras regiões: 0000-022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800-021 91 95

Eu, ADAMSE FRANCISCA DA SILVA

RG nº 9.262.939, data de expedição 04/02/2010

Órgão SDS LPE, CPF nº 802.138.714-91

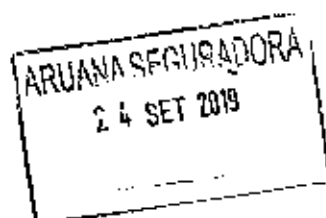
venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AVº BERTÃO BONITO</u>
Número	<u>817</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CIDADE UNIVERSITÁRIA</u>
Cidade	<u>RECIFE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>50.740-080</u>
Tel. de contato	<u>(81) 99259-0049</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: / /

Adailson Francisco da Silva
Assinatura do Declarante





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. - S/N - DOIS IRMAOS R
ECLIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE
ANTONIO I DE MELO MATHICALLA: 54885067 01/07/2019
AV BR BONITO, N. 00817 - CIDADE UNIVERSITARIA RECIFE PE 50740-
080
INSCRICAO: 340.421.005.0380.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMATICO: 054885067

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE PESSOAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A105118584	DATA LEIT. ANTERIOR 06/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 05/08/2019	TIPO DE CONSUMO (LITROS) MÉDIA HD	

ÁGUA:
LEIT ANT: 1 CONSUMO: 0
LEIT ATT: RECOR ANOM HD RET
LEIT FAL: 1

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

06/2019 00
05/2019 00
04/2019 00
03/2019 00
02/2019 00
01/2019 00
MÉDIA: 00

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	126	127	127
COR APARENTE	126	127	125
CORO RESIDUAL	126	127	127
COLIF. TOTAIS	126	127	126
E. COLI	126	127	127

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	41,30
MULTA P/ IMPONTUALIDADE 06/2019		0,82

VALORES	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	41,30	1,65	0,68
ICMS	41,30	7,00	2,89

VENCIMENTO: 20/08/2019 TOTAL A PAGAR: 42,12

ARUANA SEGURADORA
24 SET 2019



testemunha

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **711.760.844-70**

Nome: **ADRIELE DA SILVA ALCANTARA**

Data de Nascimento: **13/12/1998**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **24/07/2015**

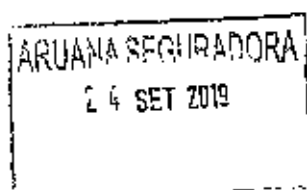
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:20:57** do dia **13/09/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **2232.CA8E.B243.EEDE**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	10.224.029
DATA DE EMISSÃO	27/08/2015
NOME	<< ADRIELE DA SILVA ALCANTARA >>
FILIAÇÃO	<< ENDES ALCANTARA DE FREITAS >> << ADAISE FRANCISCA DA SILVA >>
NATURALIDADE	RECIFE - PE
DATA DE NASCIMENTO	13/12/1998
IDENTIFICAÇÃO	<< 076240.01.55.19991.00008.069 >> << 0008686.92 RECIFE/PE >>
Assinado digitalmente por: [Assinatura]	
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83	
115078810051504015433731	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE PERNAMBUCO	
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE REGISTRO CIVIL E TÁBUA DE REGISTRO	
EC-1	
[Fotografia]	
[Assinatura]	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

ARQUIVADA REGISTRADORA
24 SET 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a 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 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 99

Eu, ADRIELE DA SILVA ALCANTARA

RG nº 10.221.029, data de expedição 27/08/2015

Órgão SDS 1 PE, CPF nº 711.760.844-70

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Avº Barros Bomilô</u>
Número	<u>817</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>URBANE UNIVERSITARIA</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>50.740.080</u>
Tel. de contato	<u>(01) 99259-0049</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: _____

Adrielle da Silva Alcantara
Assinatura do Declarante

ARUANA REGISTRADORA
24 SET 2019



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. - 5/N - DDIS IRMAOS R
ECTFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE
ANTONIO I DE MELO MATRICULA: 54885067 07/2019
AV BR BONITO, N. 00317 - CIDADE UNIVERSITARIA RECIFE PE 50740-
080
INSCRICAO: 340.421.005.0380.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMATICO: 054885067

SITUACAO AGUA LIGADO	SITUACAO ESCOTO POTENCIAL	RESIDENCIA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS DOMESTICA, COMERCIAL, INDUSTRIAL	PUBLICA
1	1	1	1	1
MEDIDOR A10S118584	DATA LEIT. ANTERIOR 06/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 05/08/2019	TIPO DE CONSUMO (AVE) MEDIA HD	

AGUA:
LEIT ANT: 1 CONSUMO: 0
LEIT ATU: RECOR ANORM HD RET
LEIT FAL: 1

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

06/2019 00
05/2019 00
04/2019 00
03/2019 00
02/2019 00
01/2019 00
MEDIA: 00

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDFZ	126	127	127
COR APARENTE	126	127	125
CORO RESIDUAL	126	127	127
COLIF. TOTAIS	126	127	126
E. COL	126	127	127

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICAOES SANITARIAS DA AGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICAOES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	0 M3	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019		0,82

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	41,30	1,65	0,68
ICMS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/08/2019 TOTAL A PAGAR: 42,12

ARIANA SEGURADORA
24 SET 2019

<p>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO CADERNETA DE IDENTIFICAÇÃO DE PORTUGUESES</p>			
<p>VALORES EM TUDO O HONORÁRIO NACIONAL</p> <p>1221607980</p>	<p>NOME FERNANDO BRANCO DE OLIVEIRA</p>		
	<p>DOC. IDENTIFIC. (OBRIGATORIO) 644358 SDN, PE</p>		
	<p>CPF 056.639.384-63</p>		<p>DATA NASCIMENTO 30/06/1983</p>
	<p>FUNÇÃO FERNANDO PEREIRA DE OLIVEIRA DIAMANTE BRANCO DE OLIVEIRA</p>		
	<p>FORMAÇÃO [REDACTED]</p>	<p>ACD [REDACTED]</p>	<p>CALHA AB</p>
<p>REGISTRO 05229956871</p>	<p>VALIDADE 13/09/2021</p>	<p>VALIDIDADE 14/06/2011</p>	
<p>REMARKS sem observações</p>			
<p>ASSINATURA DO PORTUGUÊS</p>			
<p>LOCAL RECIFE - PE</p>	<p>DATA EMISSÃO 15/04/2016</p>		
<p>ASSINATURA DO BRASILEIRO [Signature]</p>			
<p>54431504883 PE071344037</p>			

ARJUNA REGISTRADORA
24 SET 2019



CTC RECIFE PE PL1
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA A
VARZEA
50970-230 RECIFE PE



72 09036538 54304 00000000890 3 0 270819
Vencimento: 04/09/2019 Postagem: 27/08/2019

ARUANA REGIPADORA

24 SET 2019

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 91 99 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0600 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, LEONARDO SANTANA DA SILVA

RG nº 6.340.200, data de expedição 17/04/2018

Órgão SDS/PE, CPF nº 093.393.764-47

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

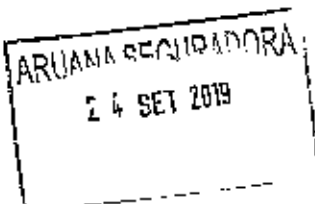
Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Avº BR. Bonif</u>
Número	<u>817</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CIDADE UNIVERSITÁRIA</u>
Cidade	<u>RECIFE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>50.740-080</u>
Tel. de contato	<u>(81) 98552-9424</u>
E-mail	<u>ANDREABRANDAO97@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:



Adriano Francisco da Silva
Assinatura do Declarante / ASSINATURA DO APOSENTADO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190549212 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO SANTANA DA SILVA **Data do acidente:** 11/08/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO COM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P11,15

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	LEONARDO SANTANA DA SILVA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO
IDENTIDADE	6.340.200 SDS/PE CPF: 093.393.764-42
ENDEREÇO	AV: BARÃO DE BONITO, 817 - VARZEA-REUFE/PE 50.740-080

OUTORGADO	ANDRÉIA MARIA SANTANA DA SILVA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	5.696.087 SD/PE CPF: 043.922.754-26
ENDEREÇO	R. CONDE JOSE FERNANDES MACHADOS, 233 - VARZEA-REUFE/PE 50.970-230

A ROGO	ADALSE FRANCISCA DA SILVA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	4.262.939 SDS/PE CPF: 802.138.714-91
ENDEREÇO	AV: BARÃO DE BONITO, 817 - VARZEA-REUFE/PE 50.740-080

1. TESTEMUNHA	ADRIELE DA SILVA ALCANTARA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	10.221.029 SDS/PE CPF: 711.760.844-70
ENDEREÇO	AV: BARÃO DE BONITO, 817 - VARZEA-REUFE/PE 50.740-080
2. TESTEMUNHA	FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	6.141.955 SDS/PE CPF: 056.637.994-69
ENDEREÇO	R. CONDE JOSE FERNANDES MACHADOS, 233 - VARZEA-REUFE/PE 50.970-230

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer Seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) LEONARDO

SANTANA DA SILVA em 11/09/17 conforme registrado pelo BO em anexo ao processo, tendo como natureza do processo _____.

Podendo dito(a) procurador(a) representar o (a) outorgante como se o(a) próprio fosse, enfim requerer todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

LOCAL E DATA: RECIFE 13 DE SETEMBRO DE 2019.

A ROGO: Adalse Francisca da Silva

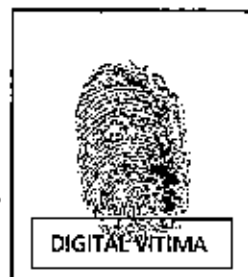
TESTEMUNHA 01: Adrielle da Silva Alcantara

TESTEMUNHA 02: _____

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]



OBS: Reconhecer firma por autenticidade ou verdadeira do A Rogo e das testemunhas.

ARUANA SEGURADORA
24 SET 2019

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/PE
Avenida Casanga, 3489 - Iguanga - CEP: 50.670-000 - Fone: (81) 3453-2251
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
lançada em minha presença, dou fé,
Recife, 13 de setembro de 2019, 15:48:10.
Em testemunho da verdade,
Willes Melo da Silva (Escrivente Autorizado)
Selo: 0076240.IDA09201903.01455
Emol. R\$ 3,39 TBNR R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/PE
Avenida Casanga, 3489 - Iguanga - CEP: 50.670-000 - Fone: (81) 3453-2251
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
ADAISE FRANCISCA DA SILVA
lançada em minha presença, dou fé,
Recife, 13 de setembro de 2019, 15:46:54.
Em testemunho da verdade,
Willes Melo da Silva (Escrivente Autorizado)
Selo: 0076240.OHJ09201903.01452
Emol. R\$ 3,39 TBNR R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/PE
Avenida Casanga, 3489 - Iguanga - CEP: 50.670-000 - Fone: (81) 3453-2251
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
ADRIELE DA SILVA ALCANTARA
lançada em minha presença, dou fé,
Recife, 13 de setembro de 2019, 15:46:18.
Em testemunho da verdade,
Willes Melo da Silva (Escrivente Autorizado)
Selo: 0076240.DBM09201903.01451
Emol. R\$ 3,39 TBNR R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91



ARUANA SEGURADORA
24 SET 2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330824/19

Vítima: LEONARDO SANTANA DA SILVA

CPF: 093.393.764-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2017

Titular do CPF: LEONARDO SANTANA DA SILVA

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

ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA : 043.922.754-26

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

LEONARDO SANTANA DA SILVA : 093.393.764-47

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: 24/09/2019
Nome: ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA
CPF: 043.922.754-26

ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190549212

Vítima: LEONARDO SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEONARDO SANTANA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190549212

Vítima: LEONARDO SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEONARDO SANTANA DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: LEONARDO SANTANA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001055-3

Conta: 000000501558-8

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, 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

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 093.393.764-47

3 - CPF da vítima: 093.393.764-47

4 - Nome completo da vítima: LEONARDO SANTANA 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: LEONARDO SANTANA DA SILVA

6 - CPF: 093.393.764-47

7 - Profissão: RECURSA

8 - Endereço: AV. BARÃO BONITO

9 - Número: 817

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CIDADE UNIVERSITÁRIA

12 - Cidade: RECIFE

13 - Estado: PE

14 - CEP: 50740-080

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD): (81) 99259-0049

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:

Declara, 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/TUTOR)

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (342)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1055 ☐ CONTA: 0501558 ☐ 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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 do 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) ☐ Divorçado ☐ 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 casado(a) (vai nascer)? ☐ 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 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 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: ADRISE FRANCISCA DA SILVA

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 802.138.714-91

37 - (") Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: Adrise Franca da Silva

38 - 1º Nome: FERNANDA BRANDIL DE OLIVEIRA

CPF: 056.639.994-69

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: ADRIELE DA SILVA ALCANTARA

CPF: 311.760.844-70

Assinatura da testemunha: Adriele da Silva Alcantara

40 - Local e Data: Recife, 24 de Setembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS

LEONARDO SANTANA DA SILVA

12:25 HRS

AGENCIA 1055 CONTA 0501558-8

16/SET/2019

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL

103,60-

+ CONTA FACIL (C/C + POUF)

103,60-

TOTAL DE RECURSOS

103,60-

ARUANA SECUNDARIA

24 SET 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 093.393.764-47

3 - CPF da vítima: 093.393.764-47

4 - Nome completo da vítima: LEONARDO SANTANA 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: LEONARDO SANTANA DA SILVA

6 - CPF: 093.393.764-47

7 - Profissão: RECURSA

8 - Endereço: AV. BARÃO BONITO

9 - Número: 817

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CIDADE UNIVERSITÁRIA

12 - Cidade: RECIFE

13 - Estado: PE

14 - CEP: 50740-080

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD): (81) 99259-0049

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:

Declara, 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/TUTOR)

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (342)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1055 ☐ CONTA: 0501558 ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 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 do 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) ☐ Divorçado ☐ 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 casado(a) (vai nascer)? ☐ 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 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 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: ADRISE FRANCISCA DA SILVA

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 802.138.714-91

37 - (") Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: Adrise Franca da Silva

38 - 1º Nome: FERNANDA BRANDIL DE OLIVEIRA

CPF: 056.639.994-69

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: ADRIELE DA SILVA ALCANTARA

CPF: 311.760.844-70

Assinatura da testemunha: Adriele da Silva Alcantara

40 - Local e Data: Recife, 24 de Setembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

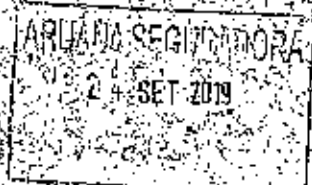
TESTEMUNHAS



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 044.09.2017
EM: 19.09.2017



Atendendo ao requerimento da Sra. **ADAISE FRANCISCA DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **4262939** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **802.138.714-91**, declaramos que constam em nossos arquivos a ocorrência de Nº **S-367925** que no dia 11 de agosto de 2017, o paciente Sr. **LEONARDO SANTANA DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **6340200** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **093.393.764-47**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo ciclista e ônibus, por volta das 09h20, na Avenida Caxanga, em frente ao Caxanga Golf Club e Posto Ipiranga, Caxanga, Recife/PE, sendo socorrido para UPA Caxanga e posteriormente redirecionado para o Hospital Getúlio Vargas, Recife, 19 de setembro de 2017.


Dr. **Sérgio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife


Carlos Eduardo Macedo
Gerente Direcional
Administrativo e Financeiro
SAMU - SAMU Metropolitano do Recife
192 - Nº 92.548-9

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: 04/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO SANTANA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01055-3

CONTA: 000000501558-8

Nr. Autenticação

BRADESCO0410201905000000000023701055000000501558168750 PAGO



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NÚM. - S/N - DOIS IRMÃOS R
RECIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE
ANTONIO T DA MELLO MATRÍCULA: 54885067 - Jul/2019
AV BR BONITO, N. 00817 - CIDADE UNIVERSITARIA RECIFE PE 50740-
000
INSCRIÇÃO: 340.421.005.0380.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMÁTICO: 054885067

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE CONSUMIDORES COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
MIDÍMETRO A105118584	DATA LEIT. ANTERIOR 06/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 05/08/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD	

AGUA:
LEIT. ANI: 1 CONSUMO: 0
LEIT. ATU: RECOR. ANOM. HD RET
LEIT. FAI: 1

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

06/2019 00
05/2019 00
04/2019 00
03/2019 00
02/2019 00
01/2019 00
MÉDIA: 00

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS
TURBID.FZ	126	127	127
COR. APARENTE	126	127	127
CORO. RESIDUAL	126	127	127
COLIF. TOTAIS	126	127	126
E. COLI	126	127	127

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	0 M3	41,30
CONSUMO DE ÁGUA		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019		0,82

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
Imp. P/	41,30	1,85	0,68
EDUCAF	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/08/2019

TOTAL A PAGAR: 42,12

ARUANA SEGURADORA
24 SET 2019

CAIXA



Fatura

Número da Cartão: 5126.82XX.X000X.8576
Atendimento a Domicílio 0800 0408009

2ª Via Vencimento da

06/06/2019

Total Fatura

R\$ 834,60

Pagamento Mínimo

R\$ 126,42

ATENÇÃO Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá encerrar um dos juros e encargos apontados nesta fatura, incluindo ainda a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor máximo das parcelas em caso de pagamento inferior ao valor total: R\$ 100,00.
Data prevista para o fechamento da próxima 25/09/2019

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/Estado	Valor Original	Valor US\$	Cotação	Crédito R\$	Debito
26/04	TOTAL DA FATURA ANTERIOR						358,10C
03/05	OBRIGADO PELO PAGAMENTO					358,18C	
	Subtotal Nacional					0,00C	

ANDREA MARIA S DA SILVA 5126820000009576

Movimentações Nacionais

26/01	CREDIMOVE	07/05	CAMARAGIBE				39,50D
20/02	YES COSMETICS	04/04	RECIFE				24,82D
21/03	LASER ELETRO	03/04	RECIFE				44,68D
21/03	LASER ELETRO	03/04	RECIFE				59,10D
26/04	VAREJO DAS CARNES		RECIFE				32,00D
26/04	SO ALHO		RECIFE				37,67D
27/04	JOSE MATIAS NETO MER		RECIFE				44,05D
27/04	TARDEZINHA PUB		PAULISTA				86,50D
27/04	JOSE MATIAS NETO MER		RECIFE				117,71D
01/05	QUITANDA DOS GUERREIRO		Recife				12,60D
01/05	PETISCARIA PRIMOS PRM		CAMARAGIBE				135,00D
02/05	MOVIMAX CAMARA		CAMARAGIBE				45,00D
03/05	JOSE MATIAS NETO MER		RECIFE				20,54C
08/05	POSTO SOPHIA		RECIFE				50,00D
08/05	ACOM MKT PLACE	01/05	RIO DE JANEIRO				34,14C
10/05	AUTO POTENCIAL		RECIFE				30,04D
27/05	ANUNCIO DIFERENCIADA TIT 03/10						12,00D
27/05	AUT-EXP-03-03-10-10-10						9,77D
27/05	IOF ADICIONAL DE ROTATIVO						1,22D
	Subtotal Nacional						434,60D
	Total Nacional						434,60D
	Total Internacional						0,00C
	Total Fatura						434,60D

Encargos

ANUA			
IGRA			2,00% a.m
ARCELADO COM JUROS			1,00% a.m
ET PARCELADO COM JUROS			6,00% a.m
ANUALIDADE EM US NACIONAIS			6,57% a.m
ET PARCELATURA			10,14% a.m
OTATIVO			11,80% a.m
AD PAGAMENTO MINIMO			11,80% a.m
ADJUS			12,00% a.m
ET ROTATIVO			12,42% a.m
ET NAD PAGAMENTO MINIMO			12,42% a.m
ET SAQUE			12,52% a.m

Início de Crédito

IMITELINHA DE CREDITO TOTAL	R\$	1.200,00
IMITELINHA PARA SAQUE CASH	R\$	360,00
IMITELINHA COMP PARCELADA	R\$	1.200,00
Saldo de compra parcelada a vencer	R\$	360,04
Limite do Crédito Utilizado	R\$	1.404,04

CAIXA

104-0

10498.18535 95000.138347 70171.001145 1 0000000000000

Forma: 104-0

Nome: RUA COMEGO JOSE FERNANDES MACHADO N 233 UR7 VARZEA - 50950230 - RECIFE - PE

Número: 14900383701710011-0

CPF do Documento: 0028370171

Vencimento: 06/06/2019

Valor do Documento: 834,60

Valor Cobrado: 04382275426

Beneficiário: CARTÕES CAIXA - 002603030001404

CPF/CNPJ Beneficiário: 00.360.303/0001-40

Endereço da Beneficiária: SCS Quadra 4, Lote 34, Aca Sul, Brasília/DF, CEP 70302-600

Agência/Código Beneficiário: 1013 / 018530-5

Autenticação Aleatória - Assinatura do Pagador

ARIANA SECUNDORA
24 SET 2019

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a 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 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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 ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 043.922.754 / 26 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LEONARDO SANTANA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 093.393.764 / 47

do sinistro de DPVAT cobertura IN VALIDEZ da vítima LEONARDO SANTANA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o nº 093.393.764 / 47, 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 Líder-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>R. CONEGO JOSÉ FERNANDES MELO</u>	Número: <u>233</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>VARZEA</u>	Cidade: <u>RECIFE</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>50.970-230</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 99259-0049</u>

Local e Data: Recife, 24 de Setembro de 2019

Andrea M. Santana da Silva
Assinatura do Declarante

ARQUIVADA SEGURADORA

24 SET 2019