

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Lúcia Neves de Arruda Lima,
RG nº 5595210, data de expedição 29/06/11, Órgão SDS
portador do CPF nº 021599334-56, com domicílio na
cidade de Caruaru, no Estado de Pernambuco, onde
resido Av. (Rua/Avenida/Estrada) Rua Manoel Barreto, nº 18, complemento, Alta, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Anderson Alberto Neves de Arruda Lima
cujo o condutor era Anderson Alberto Neves de Arruda Lima.

Veículo: Motocicleta
Ano: 2012 / 2013
Modelo: Honda / NX R 150 Bros - GSD
Placa: PF5 6768
Chassi: 9C1K D0540DRLO2080
Data do acidente: 10 - 06 - 2018

Local e data: Caruaru, 13 de julho de 2018

X Maria Lúcia Neves de Arruda Lima
Assinatura do Declarante – Proprietário (a)
(Assinar e Reconhecer a Firma por Autenticidade)

Anderson Alberto Neves de Arruda Lima
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO
Bel. ORNOS TORONHO
R. das Expedidoras, 10 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP: 55000-440 Fone: (81) 3782-4733 - Fax: (81) 3782-2108
Reconheço por autenticidade a firma de **MÁRIA LÚCIA NEVES DE ARRUDA LIMA**; dou fé.
Selo: D073718.VF106201803.02068
Caruaru/PE, 11/07/2018 09:30:27. Em testa → da verdade.
NETO DE MARIA DOS SANTOS - Substituta
Emol: R\$ R\$ 3,59 - TSNR: R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 - Cr.: 31
Consulte Averbação em: www.tjpe.jus.br/sefvalist



3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO
Bel. ORNOS TORONHO
R. das Expedidoras, 10 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP: 55000-440 Fone: (81) 3782-4733 - Fax: (81) 3782-2108
Reconheço por autenticidade a firma de **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**; dou fé.
Selo: D073718.VF106201803.04500
Caruaru/PE, 23/07/2018 12:38:38. Em testa → da verdade.
CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrivente
Emol: R\$ R\$ 3,59 - TSNR: R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 - Cr.: 28
Consulte Averbação em: www.tjpe.jus.br/sefvalist



120 x 70 mmHg
amp: _____ °C FR: _____ rpm
S: _____ bpm Peso: 68 kg
GT: _____ mg/dl SpO₂: _____ %
Iergias: Ninguem Pode



Clinica Médica

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA RENDEIRAS

Ficha de Atendimento

SALA
AMARELA

Nº DO PACIENTE

Nº DA OCORRÊNCIA:

HORA:

TURNO:

DO PRONTUÁRIO:

0920

DATA: 10/06/18

SEXO: F () M () DT.NASC.

14/06/1996

ME: ANDRESSA ALBERTO NEVES DE MOURA 21M

DE: 21 MÃE: MARIA ZELEN NEVES DE MOURA 21M

PAI: CARLOS ALBERTO DE 21M

DIREÇO: R. MANOEL LIMA VIANA

Nº 700

COMPLEMENTO: CASA

NRRO: CONGRUSS FEMENIN

CIDADE: CARUARU

FONE:

9292-2803

DO CARTÃO SUS:

Nº DO RG:

DATA DE EXPEDIÇÃO:

HÓRICO DO PACIENTE: Queda de motocicleta há 30 min.

Refece episódios de desmaio e sonolência.
Nesse episódio. Refre ainda dor em
ombro direito

EXAME FÍSICO: EGB, consciente, orientado ECG 15

JOSEANE MENDES
Auxiliar Farmácia
Mat. 15.540-2

ÓTSESE DIAGNÓSTICA: 1) Trauma

IDUTA: 1) Desorientação PI amyg IM, 20/05
2) Rx de tbaucula
3) Tiel Tiel - OIFAS - IADOV } 690 f 310 C
4) Dipirone - OFA - IADOV }

IDIÇÃO DE ALTA:

1) Citofone 10g - OIFA - 100ml SPP 9% EV

Joseane Mendes
Auxiliar Farmácia
Mat. 15.540-2

Ananda Domingos
Médica
CRM-24968

IA DA LIBERAÇÃO:

A LAURO

RECEPCIONISTA

Assinatura e carimbo

Assinatura e carimbo - Médico

ARUANA SEGURADORA

22 NOV 2018

OBS: TODOS OS DADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E COM LETRAS LEGÍVEIS, ASSINATURA E CARIMBO

HOSPITAL REGIÃO DO AGreste
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 420409 Prontuário: 277402

Nome: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

Data Nasc.: 14/06/1996 Idade: 21 Sexo: MASCULINO

CPF: RG:

Endereço: SITIO GONCALVES FERREIRA

Bairro: ZONA RURAL Cidade: CARUARU

CEP: 55002970 Fone: 98954900

Nome da Mãe: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Cor: Parda Religião:

CNS: 706501365348899

Nº: 700

Estado: PE

Profissão: AUXILIAR DE COSTURA

2 - ATENDIMENTO Data: 11/08/2018 10:08

Médico: MÉDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Fratura de mão motociclista
mão direita*

Exame Físico:

Graus + 100% de dor

PA: _____ FC: _____ FR: _____

*Rx doros + doros espessas
mão direita proibida*

Diag. Provisional:

Fratura de clavícula

*VI: Entregue ao p/
mão direita*

Prescrição:

Dia: _____

Data:

Horário:

*Ortopedia / Traumatologia
Cirurgião de Ortopedia
CRM-PE: 16.693 - FOT: 14.089*

ARUANA SEGUROADORA



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: Maria Lucia Neves da Araújo Lima RG: 5545210
Endereço: Rua General Ribeiro Tel.: (81) 9395-4990

Data: 12-06-13

Maria Natividade de Oliveira
Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Name:

PG

Endereço:

Tal

Procedimento:

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: () Internamento

Condicão de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: / / **Hora:** **Médico:** **CRM:**

6/11/2018 10:08:44 AM
3 de 3

Usuario do Atendimento
JOSEBORGES

ABRIANA SEGURADORA

22 NOV 2018



CARUARU

PREFEITURA DE CARUARU
SECRETARIA DE NEGÓCIOS DA FAZENDA MUNICIPAL
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da
NFS-e
386590

Data e Hora da Emissão

27/06/2018 10:33:44

Competência

27/6/2018

Código de Verificação

684097556

Número do RPS

Nº da NFS-e substituída

Local da Prestação

CARUARU - PE

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome: CLINICA SAO GABRIEL LTDA

Nome Fantasia:

CNPJ/CPF: 05.009.460/0001-02

Inscrição Municipal

17675

Município

CARUARU - PE

Endereço e Cep:

RUA SÃO GABRIEL ,00897 - MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 55014-300

Complemento:

Telefone: (81)3722-9949

e-mail:

contabilorient@hotmail.com

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome: ANDERSON ALBERTO DE NEVES ARRUDA LIMA

CNPJ/CPF:

113.025.654-51

Inscrição Municipal

Município

CARUARU - PE

Endereço e CEP:

SITIO GONÇALVES FERREIRA ,S/N - ZONA RURAL CEP: 55000-000

Complemento:

Telefone:

e-mail:

Discriminação dos Serviços

REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS

VALOR TOTAL DOS IMPOSTOS R\$ 6,81

Código do Serviço / Atividade

4.03 / 863050100 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra:

Código ART:

Tributos Federais

PIS

COFINS

Outras Retenções

Calculo do ISSQN dividido no Município

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços

Outras Retenções

Valor dos Serviços R\$

227,00

Natureza Operação

Valor dos Serviços R\$

227,00

(+) Desconto Incondicionado

(-) Desconto Condicionado

1-Tributação no município

(-) Retenções Federais

0,00

Regime especial Tributação

(-) Desconto Incondicionado

Outras Retenções

0-Nenhum

Base de Cálculo

227,00

(-) ISS Retido

Opção Simples Nacional

(X) Aliquota %

3,00

2 - Não

ISS a reter

() Sim (X) Não

(=) Valor Líquido R\$

227,00

Incentivador Cultura

(-) Valor do ISS R\$

6,81

1- Uma via dessa Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.
2- A autenticidade dessa Nota Fiscal poderá ser verificada no site, CARUARU.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

Avisos

ARUANA SEGURADORA

22 NOV 2018

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Pelo presente, de um lado a **CLÍNICA SÃO GABRIEL LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 05009460/0001-02, estabelecida na Rua São Gabriel, nº 897, bairro Maurício de Nassau, cidade de Caruaru – PE, neste ato representado por MARIA AUXILIADORA BEZERRA DA NÓBREGA, brasileira, solteira, farmacêutica, portadora do CPF/MF nº 471.659.954-04 e do RG nº 2.022 CRF/PE, residente e domiciliada na Rua PE. CPF/MF nº 471.659.954-04 e do RG nº 2.022 CRF/PE, residente e domiciliada na Rua PE. Zacarias Tavares, nº 194, bairro Indianópolis, cidade de Caruaru-PE, doravante denominada **CONTRATADA** e de outro lado Sr.(a), **ANDERSON ALBERTO DE NEVES ARRUDA LIMA**, brasileiro, portador(a) do RG: 9284112 SDS PE e do CPF: 113.025.654-51, SITIO GONÇALVES FERREIRA , S/N - Caruaru/PE.

CONTRATANTE, firmam o presente contrato de prestação de serviços de acordo com as Cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA: OBJETO

1.1. O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços médicos em favor da CONTRATANTE referente à realização de Cirurgia a ser realizado na instituição denominada **HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL entidade credenciada à CONTRATADA**.

1.2. A cirurgia Fraturas e/ou luxações e/ou avulsões - tratamento cirúrgico por Dr(a). Pablo Thiago Cavalcanti De Albuquerque, sem impedimento comprovado, e tem data prevista para internamento no dia 15 de junho de 2018 e para ser realizado no dia 15 de junho de 2018.

CLÁUSULA SEGUNDA: PREÇO DOS SERVIÇOS

2.1. A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA pela prestação dos serviços descritos no item 1.1 da Cláusula Primeira, o valor total de R\$ 7.727,00 (sete mil, e setecentos e vinte e sete reais), sendo o pagamento a vista R\$ 7.500,00 e R\$ 227,00 em 3 vezes no hiper , referente material, honorários médicos e despesa hospitalar sendo limitado a duas diárias em apartamento, de acordo com orientação médica.

2.2 A CONTRATANTE declaram expressamente estar ciente e de acordo que o valor descrito no item 2.1, trata-se do valor previsto para o procedimento ao qual será submetida.

2.3. A CONTRATANTE também declara expressamente estar ciente que quando da realização do ato cirúrgico poderão ocorrer circunstâncias inesperadas que aumentar os custos os quais serão repassados a mesma mediante comprovação.

2.4. Caso ocorra a majoração de valores, obriga-se a CONTRATANTE a efetuar o pagamento da diferença, podendo se utilizar da mesma forma de pagamento do valor inicial.

ARUANA SEGURADORA
22 NOV 2018



LAUDO MÉDICO:

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA FOI SUBEMTIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, FIXADO COM PLACA ANATÔMICA BLOQUEADA.

SOLICITO AFASTAMENTO DE SUASA ATIVIDADES POR UM PERÍODO DE 120 (CENTO E VINTE) DIAS.

CID: S42.0

Dr. PABLO THIAGO ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
28/06/2018

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

ARUANA SEGURADORA
22 NOV 2018



NOME PACIENTE:
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

NOME DA MAE:
MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA

ENDEREÇO: SITIO GONÇALVES FERREIRA N°: 70

CONVÉNIO:
26 CARTAO SAO

Nº:
RREIRA 70

NOME DO PAI:
CARLOS ALBERTO DE LIMA

SEXO:
Masculino

DATA DE ENTRADA
15/06/2018 ÀS 07:12

Nº REGISTRO
2910

BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

NOME PACIENTE: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA		SEXO: Masculino	NASCIMENTO: 14/06/1996	IDADE: 22 anos, 0 meses e 1 dia		
NOME DA MAE: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA		NOME DO PAI: CARLOS ALBERTO DE LIMA	IDENTIDADE: 9284112	CPF: 113.025.654-51	TELEFONE: 81998851752	
ENDERECO: SITIO GONCALVES FERREIRA	Nº: 700	BAIRRO: ZONA RURAL	CIDADE: CARUARU	UF: PE	CEP: 56300-000	CELULAR: 81991623573
CONVÉNIO: 26 CARTAO SAO	MATRÍCULA: 469451001000	VALIDADE CARTEIRA: 31/12/2018	SENHA: 00000000	UNIDADE DE ATENDIMENTO: INTERNACAO- HSG		
CRM/MEDICO: 015172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE	ESPECIALIDADE: Ortopedia	CÓDIGO CBO: 225270	USUÁRIO DO ATENDIMENTO: PALOMASILVA			
BLOCO: 4º ANDAR	ACOMODAÇÃO: APARTAMENTO	LEITO: 404	ESTADO CIVIL: +	NATURALIDADE: CARUARU	PROFISSÃO:	

Queixa Principal:

História Clínica:

Exams: Finale e altre 12

HD: Indirekt gefördert durch die A- und C-

Condicão: []Curado []Melhorado []Transferido []Óbito

Data Alta: / / Hora: : :

Medico Responsável:

Viviane Oliveira Muniz de Almeida
(Assinatura Responsável)

Paciente ou Responsável

Palomas Eva

Paciente ou Responsável
Av. José Veríssimo, 752 - Gararu - PE - Fones: 81-37277250 Off - 8137277272 Off - CNPJ . 22.721.288/0001-26

ARUANA SEGURADORA

22 NBY 2018

RELATÓRIO CIRÚRGICO

PACIENTE:

Andréson Oliveira Neiva da Silva Braga

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fractura diafisária clavicular

OPERAÇÃO PROPOSTA:

To cleitos com osteosíntese

OPERAÇÃO REALIZADA:

Colo de cuello

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

O leito

DATA:

15/06/18

INÍCIO:

TÉRMINO:

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIAO:

Antônio Medeiros

1º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

INSTRUMENTADOR(A):

TIPO DE ANESTESIA:

Posição do paciente:

Coluna de braço

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA NA SALA DE CIRURGIA

SOLUTO GLICOSADO:

SOLUTO FISIOLÓGICO:

RINGER LACTATO:

ANTIBIÓTICOS:

REPOSIÇÃO DE SANGUE E DERIVADOS

SANGUE TOTAL:

CONCENTRAÇÃO DE HEMÁCIAS:

CONC. PLAQUETAS:

PLASMA FRESCO:

ALBUMINA HUMANA:

HÄMACELOU SIMILAR:

- 1 - PREPARO DO CAMPO
- 2 - VIA DE ACESSO
- 3 - ORGÃOS E LESÕES

- 4 - TÉCNICA E TÁTICA
- 5 - FECHAMENTO (FIOS E SUTURA)
- 6 - DRENO E SONDA (PENROSE, KERH, ETC.)

7 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES

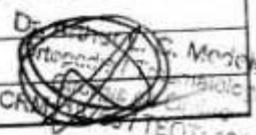
8 - GRÁFICO DA CIRURGIA

9 - PEÇA OPERATORIA ANAT. PATOL

ARUANA SEGUNDA FASE

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

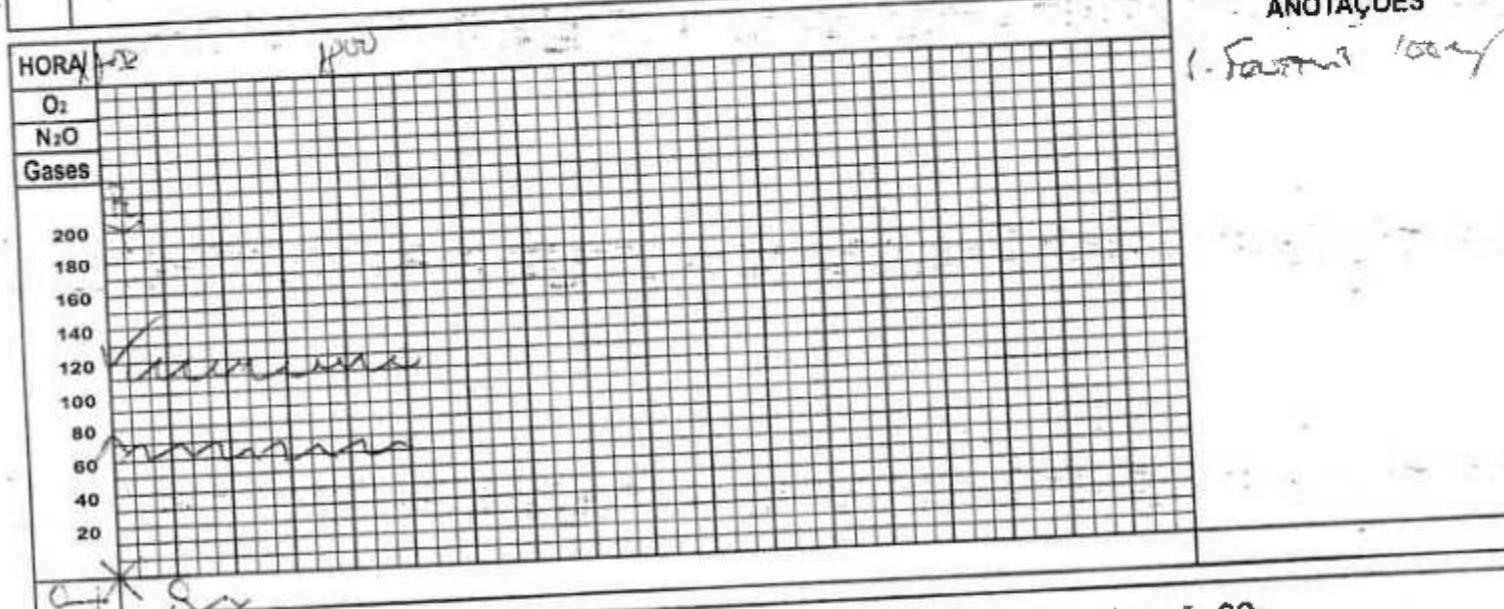
0001 - Coluna de braço
 1 Anatomia + Acesso + fechamento
 2 Acesso + levantamento + drenagem
 3 Redirecionamento + fixação + osteosíntese
 4 Redirecionamento + fixação + osteosíntese + anel de fuga esquerdo + colo de braço + 03 perfusões de bloco de
 5 perfusão arterial + 03 perfusões de bloco de
 6 Fecho ato cirúrgico e monitorização



FICHA DE ANESTESIA

NOME:	Anderson Araújo Nabor de Araújo Lira				DATA: 17/06/18	REG:
SEXO:	M	COR: B	IDADE: 22	PESO:	ALT:	HOSPITAL:

PRÉ-OPERATÓRIA	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO								
	<i>anemia cloracela</i>								
	HEMÁCIAS	HCTQ	HB	LEUCÓCITOS	P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO	ASA
	GRUPO SANG	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PORPOSTA Blocoar Poco Blocoar () via intubação com sonda de canula e máscara poco coroa supracardíaca ()				
	GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS					
NA	K	CL	RESERVA ACL						
OP. PROPOSTA <i>Tra corona fratura clavela</i>					ALERGIA:				
OP. REALIZADA:					ANEST. ANTERIOR:				
					PRÉ-ANESTÉSICO: <i>midazolam 5,0 mg</i>				
ECG.									



Vortox	0,7%	30 cc	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂				
			Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda				
Vortox	0,7%	20 cc					Intubação
Vortox	0,7%	20 cc					
Efator	0,1%		Posição	D	Local Punção	Liq. Ret.	Téc. Inj.
			Pos. Pós		Pos. Pós	Aparelho	Cond. Final
			Resultado		Reflexo		
			Duração da Op.			Duração da Anest.	
			Monitorização	EEG + Oxi + SpO2 + HR			
			Teste Aldrete e Koulik	MOV.	CONS	CIR	RESP

ARUANA SEGURADORA

22 NOV 2018

Médico Anestesista

PACIENTE: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
MÉDICO SOLICITANTE: Dr (a). PABLO THIAGO
DATA: CARUARU, 27 DE AGOSTO DE 2018.
PLANO: SAO GABRIEL
IDADE: 22 ANOS

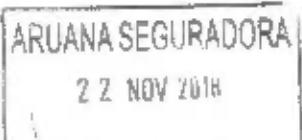
RX DO OMBRO ESQUERDO

Controle de tratamento cirúrgico de fratura da clavícula direita, fixada por placa e parafusos metálicos.

Espaços subacromial e glenoumral reduzidos.

Partes moles sem alterações.


Dr. João Rodrigues A. Neto
Radiologista
C.R.M. 11976





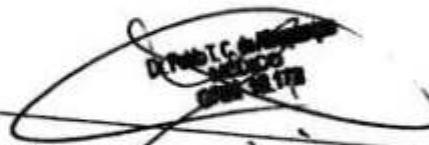
ATESTADO MÉDICO

ATESTO para os devidos fins que o(a) Sr.(a) Anderson Alburgo
Nunes da Arcuda

necessita de 15 (Quinze) dias de licença,
por motivo de doença a partir de está dia.

CID 542.0

Caruaru 11 de 06 de 18



Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 CEP 55.014-250 - Caruaru - PE
CNPJ: 22.721.288/0001-26

ARUANA SEGURADORA
22 NOV 2018

| BOSPIITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL LTDA | Fone.: 81 3727-7250 | C.G.C....: 22.721.288/0001-26 | Pag: 001 |
 | Bairro: | CEP: 0- | Municipio: | UF.: PE |
 | Paciente: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA Idade: 22 anos 14/06/1996 Empresa: Senha: 000313539 |
 | Matricula: 459461001000 Guia.: 000313539 Remessa: 70 7/2018 |
Segurado:	Registro: 000002910 Cod.p/Cobr.: ... Emissao: 04/09/2018 as 08:59-		
Convenio: 0026-CARTAO SAO GABRIEL/HSG			Permanencia: 3 dias
Inicio Tratamento.: 15/06/2018 as 07:12	Alta: 16/06/2018 as 17:36	Motivo: Melhorado	Leito: 404
Localizacao..Bloco: 4ANDA 4º ANDAR	Acomodacao: ABT40	Horario do procedimento: 07:12	
Procedimento: 30717108 FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVULSOES - TRATAMENTO	Cod. Convenio:		
Medico: 15172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE			
Tipo de Atendimento: 01 - INTERNACAO	Usuario: MARIALIMA		

***** SERVICOS PROFISSIONAIS *****

Procedimento Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data/F.P.	Perc. (C.H.)	Qt.	Valor Total
13.07.17.10-8 FRATURAS E/OU LUXACOES E/O Iclin.		15172	000.382.654-60	PABLO THIAGO CAV	15/06/1001	0,01 1	1.830,00	
Total " ---> 1.830,00								
Total -S, Profm/Cred. ---> 1.830,00								

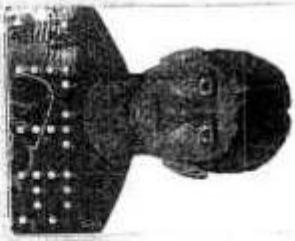
Total de Serv. Hosp. --->>	0,00
Total de Ron. Nao Cred. ->	1.830,00
Total Geral da Conta --->>	1.830,00

ARUANA SEGURADORA
 22 NOV 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MAURÍCIO BUREL

CAC-05



Anderson Alberto Neves de Arruda Lima
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

29/08/2011

REGISTRO
GERAL
NOME

<< ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA >>

FILIAÇÃO

<< CARLOS ALBERTO DE LIMA >>

<< MARIA LÚCIA NEVES DE ARRUDA LIMA >>

NATURALIDADE

CARUARU - PE

DATA DE NASCIMENTO

14/06/1996

DIC ORIGEM

<< CN.80502 L.60A F.595 CART.1^aZONA

CARUARU-PE 17.06.1996 >>

CPN

113.025.654-51

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.500/86

F-44 82.155

ARUANA SEGURADORA

22 NOV 2018



PROIBIDO PLASTIFICAR

1564015797

ROSA MARIA DO JESUITA
CARUARU, PE

DATA EMISSÃO:
07/02/2018

Charles Antônio Soárez Ribeiro
Dnitro Presidente
Assinatura do Emissor

B5662806341
PE083881115

PERNAMBUCO

ARUANA SEGURADORA
22 NOV 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE **Nº 014207117144**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
2	556026674	*****	2018
NOME			
MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA			
CARUARU - PE			
CPF / CNPJ	PLACA		
027.599.234-58	PE36758		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
***** / PE	9C2KD0540DR102080		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS / MOTOCICLETA	ALCO/6A30L		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA / NXR150 Bros ESD	2012	2013	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	DOR PREDOMINANTE	
2P / 149CM ³	FARTIC	VERMELHA	
I COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS	
P IPVA 2018 QUITADO	1 ^a *	2 ^a *	
V FAIXA IPVA.	PARCELAMENTO / COTAS	3 ^a *	
A 1	*****	*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOP (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
CARUARU		DATA	
		11/07/18	
Charles Andrews Sousa Eibeiro Presidente DETAN/PE			

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014207117144 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2018	11/07/18	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
556026674	027.599.234-58	PE36758
RENAVAM	MARCA / MÓDELO	
9C2KD0540DR102080	HONDA / NXR150 Bros ESD	
ANO FAB.	CATEGORIA	Nº CHASSI
2012	03	9C2KD0540DR102080
PRÉMIO TARIFÁRIO		
RNS (R\$)	DETAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
—	—	—
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO (R\$) SEGURO (R\$)
SEGURADO PAGO	—	—
PAGAMENTO	—	DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA	PARCELADO	—

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 00.248.608/0001-04

DESTE DOCUMENTO SÓ CUMPRE O BILHETE DPVAT
DESPACHO E GUARDES O BILHETE DPVAT
DESPACHO E DE PORTES OBRIGATÓRIO.

ARUANA SEGUROADORA
22 NOV 2018

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Anderson Alvaro Naves de Atruda Isma
 DATA DO ACIDENTE 10-06-2018 CPF DA VÍTIMA 113.026.654-31
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Rosilene Manzana da Silva
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CIÚO PARANTESCO COM
 AVÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua: Manoel Barzuna
Nº 18 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Gonçalves Ferreira
 CIDADE Batumi UF PE CEP 55105-000
 E-MAIL Rete.bilva.legispol@gmail.com TELEFONE (11) 99285-3008

MARQUE 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, TAIIS 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)
- PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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)
- PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

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, ACESSE WWW.DPVATSEGURADORAOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Rosilene Manzana da Silva

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA Sayell

22 NOV 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180548972 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA **Data do acidente:** 10/06/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180548972 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA **Data do acidente:** 10/06/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**

Nº Sinistro: **3180548972**

Vítima: **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**

Data do Acidente: **10/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180548972.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

11302565451

Anderson Alberto Neves de A. Lima

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

Nome completo:

Anderson Alberto Neves de Aruanda Lima

CPF:

11302565451

Profissão:

Autônomo

Endereço:

Rua Manoel Barrauna

Número:

18

Complemento:

Casa

Bairro:

Gonçalves Firmeira

Cidade:

Batatuá

Estado:

PG

CEP:

55105-000

E-mail:

Rose.Silva.Benficiarios@gmail.com

Tel.(DDD):

(11) 99285-3008

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0051

CONTA: 00092758

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos: Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Local e Data:

Batatuá, 12-11-2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Anderson Alberto Neves de Aruanda Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

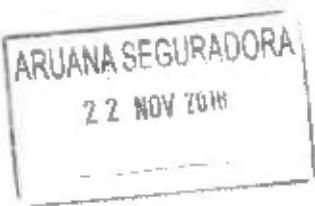
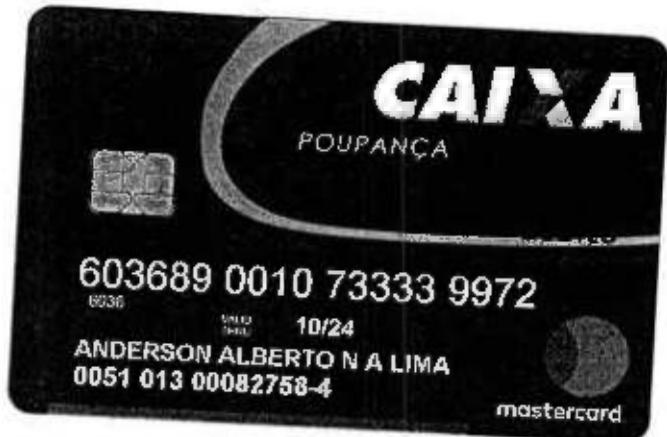
Assinatura

ARUANA SEGURADORA

22 NOV 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ºCIRC
 DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÉNCIA Nº. 18E0179002452

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/09/2018** às **17:07**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **10/6/2018** às **18:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, ESTRADA DE GONCALVES FERREIRA -**
 Bairro: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO OUVE (AUTOR / AGENTE)
 MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA (OUTRO)
 ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

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

ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA** Pai: **CARLOS ALBERTO DE LIMA** Data de Nascimento: **14/6/1996** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 700, RUA MANOEL BARAUNAS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO OUVE (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

ARUANA SEGURADORA
22 NOV 2018
11/09/20

Quantidade: (**UNIDADE NÃO INFORMADA**)

Placa: **PFS6768** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KD0540DR102080**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA DE VINHA PILOTANDO A REFERIDA MOTO QUANDO NO LOCAL MENCIONADO UM DESCONHECIDO JOGOU UM PEDRA NA VITIMA, TENDO A PEDRA ATINGIDO A VITIMA QUE CAIU, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES A UPA DAS RENDEIRAS EM SEGUIDA AO HRA E POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO AO CLINICA SAO GABRIEL.

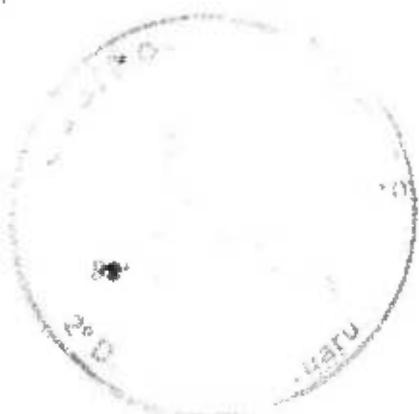
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

(VITIMA) *Anderson Alberto Neves de Arruda Lima*

B.O. registrado por: **FRANCISCO MIGUEL DA SILVA** - Matrícula: **136042-8**

Fábio Miguel da Silv.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

11302565451

Anderson Alberto Neves de A. Lima

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

Nome completo:

Anderson Alberto Neves de Aruanda Lima

CPF:

11302565451

Profissão:

Autônomo

Endereço:

Rua Manoel Barrauna

Número:

18

Complemento:

Casa

Bairro:

Gonçalves Firmeira

Cidade:

Batatuá

Estado:

PG

CEP:

55105-000

E-mail:

Rose.Silva.Benficiario@gmail.com

Tel.(DDD):

(11) 99285-3008

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0051

CONTA: 00092758

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos: Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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.



Local e Data:

Batatuá, 12-11-2018

Nome:

CPF:

(* Assinatura de quem assina A RODO

Anderson Alberto Neves de Aruanda Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

ARUANA SEGURADORA

22 NOV 2018

120 x 70 mmHg
amp: _____ °C FR: _____ rpm
S: _____ bpm Peso: 68 kg
GT: _____ mg/dl SpO₂: _____ %
Iergias: Ninguem Pode



Clinica Médica

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA RENDEIRAS

Ficha de Atendimento

SALA
AMARELA

Nº DO PACIENTE

Nº DA OCORRÊNCIA:

HORA:

TURNO:

DO PRONTUÁRIO:

0920

DATA: 10/06/18

SEXO: F () M () DT.NASC. 14/06/1996

ME: ANDRESEN ALBERTO NEVES DE MOURA 21m

DE: 21 MÃE: Maria Zecim Neves de Moura 21m

PAI: Carlos Alberto de Moura

DIREÇO: R. Manoel 2 Branca

Nº 700

COMPLEMENTO: CASA

RRN: CONGRUSS FEMENI

CIDADE: CARUARU

FONE:

9292-2803

DO CARTÃO SUS:

Nº DO RG:

DATA DE EXPEDIÇÃO: 7/7/17

HISTÓRICO DO PACIENTE: Queda de motocicleta há 30 min.

Refere episódios de desmaio e sonolência
depois episódios. Refere ainda dor em
Ombro direito

SIME FÍSICO: EEG, consciente, orientado ECG 15

JOSEANE MENDES
Auxiliar Farmácia
Mat. 15.540-2

ÓTSESE DIAGNÓSTICA: 1) Trauma

IDUTA: 1) Desorientação PI ampg IM, 20/05
2) Rx de tbaucula
3) Tice Tice - OIPS - IADOV } 690.310
4) Dipirone - OFA - IADOV }

IDIÇÃO DE ALTA:

1) Citofone 10g - OFA - 100ml SPP 9% EV

Joseane Mendes
Auxiliar Farmácia
Mat. 15.540-2

Ananda Domingos
Médica
CRM-24968

IA DA LIBERAÇÃO:

A - AVCO

RECEPCIONISTA

Assinatura e carimbo

Assinatura e carimbo - Médico

ARUANA SEGURADORA

22 NOV 2018

OBS: TODOS OS DADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E COM LETRAS LEGÍVEIS, ASSINATURA E CARIMBO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 00000082758-4

Nr. da Autenticação F5636011F8DC9049



DADOS DO CLIENTE
CICERO MARCOLINO ESPINDOLA

CPF: 377.699.524-88

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 20.438, de 26/04/93.

Companhia Energética de Pernambuco
Av. 20 de Janeiro, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50130-002
CNPJ 10.935.932/0001-09 | Inscrição Estadual: 0005843-89 | www.celpe.com.br

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL BARBALHA, 18

GONCALVES FERREIRA/GONCALVES FERRE
CARuaru PE
55105-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

028658688	UNICA	08/09/2018
3007725774	785349	

DATA DE INSCRIÇÃO	4005148370	MES/ANO	08/2018
DATA DE LÉTURA ANTERIOR	13/08/2018	DATA DE LÉTURA ATUAL	04/09/2018
VALOR A PAGAR R\$	18,55		

Consumo Ativo (kWh)
Acréscimo Bônus II VERMELHA

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30.000000	0,59451908	18,83
Acréscimo Bônus II			1,52

18,85

TOTAL DA FATURA

MP DE PAGAMENTO	TIPO DA PAGAMENTO	DATA ULTIMA LÉTURA	DATA ATUAL LÉTURA	DATA DE PAGAMENTO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
JUN18	30						
JUL18	30						
AGO18	30						
NOV18	30						
DEZ18	30						
JAN19	30						
FEB19	30						
MAR19	30						
ABR19	30						
MAY19	30						
JUN19	30						
JUL19	30						
AGO19	30						
SETEMBR19	30						
OCT19	30						
NOV19	30						
DEZ19	30						
JAN20	30						
FEB20	30						
MAR20	30						
ABR20	30						
MAY20	30						
JUN20	30						
JUL20	30						
AGO20	30						
SETEMBR20	30						
OCT20	30						
NOV20	30						
DEZ20	30						
JAN21	30						
FEB21	30						
MAR21	30						
ABR21	30						
MAY21	30						
JUN21	30						
JUL21	30						
AGO21	30						
SETEMBR21	30						
OCT21	30						
NOV21	30						
DEZ21	30						
JAN22	30						
FEB22	30						
MAR22	30						
ABR22	30						
MAY22	30						
JUN22	30						
JUL22	30						
AGO22	30						
SETEMBR22	30						
OCT22	30						
NOV22	30						
DEZ22	30						
JAN23	30						
FEB23	30						
MAR23	30						
ABR23	30						
MAY23	30						
JUN23	30						
JUL23	30						
AGO23	30						
SETEMBR23	30						
OCT23	30						
NOV23	30						
DEZ23	30						
JAN24	30						
FEB24	30						
MAR24	30						
ABR24	30						
MAY24	30						
JUN24	30						
JUL24	30						
AGO24	30						
SETEMBR24	30						
OCT24	30						
NOV24	30						
DEZ24	30						
JAN25	30						
FEB25	30						
MAR25	30						
ABR25	30						
MAY25	30						
JUN25	30						
JUL25	30						
AGO25	30						
SETEMBR25	30						
OCT25	30						
NOV25	30						
DEZ25	30						
JAN26	30						
FEB26	30						
MAR26	30						
ABR26	30						
MAY26	30						
JUN26	30						
JUL26	30						
AGO26	30						
SETEMBR26	30						
OCT26	30						
NOV26	30						
DEZ26	30						
JAN27	30						
FEB27	30						
MAR27	30						
ABR27	30						
MAY27	30						
JUN27	30						
JUL27	30						
AGO27	30						
SETEMBR27	30						
OCT27	30						
NOV27	30						
DEZ27	30						
JAN28	30						
FEB28	30						
MAR28	30						
ABR28	30						
MAY28	30						
JUN28	30						
JUL28	30						
AGO28	30						
SETEMBR28	30						
OCT28	30						
NOV28	30						
DEZ28	30						
JAN29	30						
FEB29	30						
MAR29	30						
ABR29	30						
MAY29	30						
JUN29	30						
JUL29	30						
AGO29	30						
SETEMBR29	30						
OCT29	30						
NOV29	30						
DEZ29	30						
JAN30	30						
FEB30	30						
MAR30	30						
ABR30	30						
MAY30	30						
JUN30	30						
JUL30	30						
AGO30	30						
SETEMBR30	30						
OCT30	30						
NOV30	30						
DEZ30	30						
JAN31	30						
FEB31	30						
MAR31	30						
ABR31	30						
MAY31	30						
JUN31	30						
JUL31	30						
AGO31	30						
SETEMBR31	30						
OCT31	30						
NOV31	30						
DEZ31	30						
JAN32	30						
FEB32	30						
MAR32	30						
ABR32	30						
MAY32	30						
JUN32	30						
JUL32	30						
AGO32	30						
SETEMBR32	30						
OCT32	30						
NOV32	30						
DEZ32	30						
JAN33	30						
FEB33	30						
MAR33	30						
ABR33	30						
MAY33	30						
JUN33	30						
JUL33	30						
AGO33	30						
SETEMBR33	30						
OCT33	30						
NOV33	30						
DEZ33	30						
JAN34	30						
FEB34	30						
MAR34	30						
ABR34	30						
MAY34	30						
JUN34	30						
JUL34	30						
AGO34	30						
SETEMBR34	30						
OCT34	30						
NOV34	30						
DEZ34	30						
JAN35	30						
FEB35	30						
MAR35	30						
ABR35	30						
MAY35	30						
JUN35	30						
JUL35	30						
AGO35	30						
SETEMBR35	30						
OCT35	30						
NOV35	30						
DEZ35	30						
JAN36	30						
FEB36	30						
MAR36	30						
ABR36	30						
MAY36	30						
JUN36	30						
JUL36	30						
AGO36	30						
SETEMBR36							



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Energetica de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-922
CNPJ 10.438.932/0001-08 | Insc. Est. 0092843-8 | www.cepeb.com.br

DADOS DO CLIENTE

MUSEU MECÂNICO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF 628 462 994-04

CLASSIFICACIÓ

D1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Munizatti

SÃO FRANCISCO CARUARU
CARUARU
PE

RESIDENCIAL Mondesiria		CONTA CONTRATO 0820850017	MESANO 10/2018
CNPJ/CPF: 25496		DIA DE VENCIMENTO 19/10/2018	DATA PRAZO PAGAMENTO 12/11/2018
11/10/2018	2002264970	VALOR A PAGAR (R\$)	156,56

www.observatorio.org.br | 2019 | 10 | 100-101 | ISSN 2179-6868 | DOI: 10.1590/2179-6868/100-101

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Atividades	173,000000	9,73068086	128,40
Acetileno Bandeira VERMELHA			12,41
Contrib. Iuram Pública Municipal			13,52
ICMS Subvenção CDS-NF 027430988-11/08/16			1,08
Multa por atraso-NF 021274987-11/08/16			1,08
Juros por atraso-NF 021274987-11/08/16			2,92
Ajuste na GFM-NF 021274987-11/08/16			0,37
			0,26

ESTATE PLANNING

15B,58

Nº DO MEBRESCO	TABELA FUNÇÃO	ANIVERSÁRIO		ATUAL		Nº DE DIAZ	CONSTANTE	APRÉTE	CONSUMO (W)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
21-3004149	CAT	11-10-2018	10.461,00	11-10-2018	10.630,00	30	1,00000		111,00

Pragmáticas de la vida de los padres y sus hijos en el hogar. En: *Pragmáticas y lenguaje en la familia*, pp. 1-16. Madrid: Ediciones Cátedra.

Resumen Los parámetros de la
función de transferencia en el
enlace entre la señal procedente
de un sensor y la señal destinada
al controlador de la velocidad se
estudiaron en un sistema de
transmisión de datos de alta
velocidad para aplicaciones de
control.

ARUANA SEGURADORA
22 NOV 1918

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Rosilene Magalhães da Silva inscrito (a) no CPF 029.140.884-60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Anderson Alves de A. Lima inscrito (a) no CPF sob o N° 113.025.654-51, do sinistro de DPVAT cobertura 3m/validoZ da Vítima Anderson Alves de A. Lima, inscrito (a) no CPF sob o N° 113.025.654-51, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios:
Não posso

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>Ricardo Pilar</u>		Número	<u>332</u>	Complemento
Bairro	<u>São Francisco</u>	Cidade	<u>Aracruz</u>	Estado	<u>PE</u>
Email	<u>Rose.pilla.rego@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(81) 99285-3008</u>	CEP	<u>55000-000</u>

Aracruz, 12 de novembro de 2018
 Local e Data

Rosilene Magalhães da Silva
 Assinatura do Declarante

