

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Lucia Neves de Arruda Lima
RG nº 5595210, data de expedição 29/06/11, Orgão SDS
portador do CPF nº 027.599.334-56, com Domicílio na
cidade de Baruara, no Estado de Pernambuco, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua: Manoel Barzuma
nº 18, complemento Casa, 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 650
Placa: PFS 6768
Chassi: 9C2K D0540 DRLO 2080
Data do acidente: 10-06-2018

Local e data: Baruara, 13 de julho de 2018

Maria Lucia 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. ORNOM TOSCANO
R. das Expedientes, 112 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3782-4733 - Fax: (81) 3782-2118
Reconheço por autenticidade a firma de **MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA**; dou fé.
Selo: D073718.AHQ6201802.02068
Caruaru/PE, 11/07/2018 09:30:27. Em test. da verdade.
Maria Lucia Neves de Arruda Lima
NEIDE MARIA DOS SANTOS - Substituta
Emol: R\$ R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 Op.: 31
Consulte Autenticidade em: www.tpejusta.org.br



3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO
Bel. ORNOM TOSCANO
R. das Expedientes, 112 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3782-4733 - Fax: (81) 3782-2118
Reconheço por autenticidade a firma de **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**; dou fé.
Selo: D073718.VFI06201803.04500
Caruaru/PE, 23/07/2018 12:38:38. Em test. da verdade.
Cynthia Morgana Lima Sabino
CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente
Emol: R\$ R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 Op.: 31
Consulte Autenticidade em: www.tpejusta.org.br



ARUANA SEGURO
22 NOV 2018

120 x 70 mmHg
amp: _____ °C FR: _____ rpm
bpm Peso: 68 kg
GT: _____ mg/dl SpO₂: _____ %
Ierglas: Nimesulide



Clínica Médica
SALA
AMARELA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA RENDEIRAS
Ficha de Atendimento

HA DO PACIENTE: _____ Nº DA OCORRÊNCIA: _____ HORA: 19:30 TURNO: Noturno

DO PRONTUÁRIO: 0920 DATA: 10/06/18 SEXO: F () M (X) DT. NASC: 14/06/1996
ME: ANDERSON ALBERTO NEVES DE AMORIM ZINA
DE: 21 MÃE: MARIA ZUCIN NEVES DE AMORIM ZINA
PAI: CARLOS ALBERTO DE ZINA
DEREÇO: R. MANOEL BANANA Nº 700 COMPLEMENTO: CASA
RRO: CONGALVES FENIX CIDADE: CARUARU FONE: 9292-2803
DO CARTÃO SUS: _____ Nº DO RG: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: 11/11/18

HISTÓRICO DO PACIENTE: Queda da motocicleta na 300m.
Refere episódio de desmaio e sonolência
Nega vomitos. Refere ainda dor em
ombro direito
ME FÍSICO: EGB, consciente, orientado ECG 15

Joseane Mendes
Aux. de Farmácia
Ma. 15.840-2

ÓTESE DIAGNÓSTICA: 1) Trauma

INDUTA: 1) Dezoletização do comp IM 20/05
2) Rx de Clavícula
3) Til - OIFA + ADOR 09:35
4) Dipirizol - OIFA + ADOR

INDICAÇÃO DE ALTA: 1) Citoproteção 10mg - OIFA + 1000 e 500mg EV

Joseane Mendes
Aux. de Farmácia
Ma. 15.840-2

Ananda Domingos
Médica
CRM-24968

IA DA LIBERAÇÃO: _____
RECEPCIONISTA
Assinatura e carimbo

Assinatura e carimbo - Médico
ARUANA SEGURADORA
22 NOV 2018

HOSPITAL REGI L DO AGRESTE
EMER:STAD CIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 420409 Prontuário: 277402
Nome: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
Data Nasc.: 14/06/1996 Idade: 21 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 706501365348899
Endereço: SÍTIO GONSALVES FERREIRA Nº: 700
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CARUARU Estado: PE
CEP: 55002970 Fone: 98954900 Profissão: AUXILIAR DE COSTURA
Nome da Mãe: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 11/08/2018 10:08 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Clavícula R. novo fratura no
terço médio (D).

Exame Físico:

Glândulas + DD - OK

PA: FC: FR:

Rx Anteroposterior 1/3 clavícula esquerda
mostrando fratura no terço médio

Diag. Provisório:

Fratura de clavícula

CR: ENTENDIMENTO P1
TTO Cirúrgico

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Ortopedia / Traumatologia
Clínica do Quilômetro
CRM-PE 16.693 TEO: 14.889

ARUANA SEGURADORA

22 NOV 2018



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente (X) Familiar Mãe

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desta nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: Maria Ruteia Moura de Azevedo Lima RG: 5545210

Endereço: Rua Gonçalves Ferreira Tel.: (81) 9395-4900

Data: 12 / 06 / 18

Maria Ruteia Moura de Azevedo Lima
Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

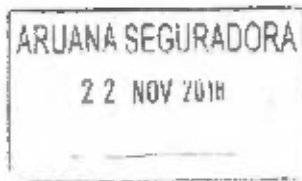
Destino do Paciente

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

Condição de Alta

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

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: ____ CRM: ____



**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. R. A.

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANDERSON ALBERTO MOTA DE A. LINS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

2 7 7 4 2 2

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

4 0 6 1 5 0 1 3 6 1 5 3 4 1 8 1 3 9 1 9

8 - DATA DE NASCIMENTO

1 4 / 0 6 / 1 9 6

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria Lucia Alves da Silva Lima

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Anderson Mota de A. Lins

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

São Domingos Ferreira

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Colinas

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

9 5 5 0 2 7 9 7 0

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**Myeloma no osso D. em 5/2008
2º M.O.
Exams + 20 Anos Evolução**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Manutenção da medicação de rotina

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx: Anticópsicos + corticóides

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA de Coluna

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() ICNS () ICPE

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

1 2 / 0 6 / 1 8

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - NED DO SUJEITO

41 - SÉRIE

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() ICNS () ICPE

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ARUANA SEGURADORA**2 2 NOV 2018**



CARUARU

PREFEITURA DE CARUARU
SECRETARIA DE NEGOCIOS 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		IR(R\$)		INSS(R\$)		CSLL(R\$)	
-----	--	--------	--	---------	--	-----------	--	-----------	--

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções		Cálculo do ISSQN devido ao Município	
Valor dos Serviços R\$	227,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R\$	227,00	
(-) Desconto Incondicionado		1-Tributação no município	(-) Deduções permitidas em lei		
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado		
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	227,00	
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	3,00	
(-) ISS Retido		2 - Não	ISS a reter	() Sim (X) Não	
(=) Valor Líquido R\$	227,00	Incentivador Cultural	(=) Valor do ISS R\$	6,81	
		2-Não			

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, CARUARU.ginfers.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. 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 SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, FIXADO COM PLACA ANATÔMICA BLOQUEADA.

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

CID: S42.0


Dr. PABLO INÁCIO DE 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 SEGURODORA
22 NOV 2018



BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

NOME PACIENTE:
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMASEXO:
MasculinoNASCIMENTO:
14/06/1996IDADE:
22 anos, 0 meses e 1 diaIDENTIDADE:
9284112CPF:
113.025.654-51TELEFONE:
81998851752NOME DA MAE:
MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDANOME DO PAI:
CARLOS ALBERTO DE LIMAENDERECO:
SÍTIO GONÇALVES FERREIRANº:
700BAIRRO:
ZONA RURALCIDADE:
CARUARUUF:
PE

CEP:

CELULAR:
81991623573CONVÊNIO:
26 CARTÃO SAOMATRICULA:
469451001000VALIDADE CARTEIRA:
31/12/2018SENHA:
000000000UNIDADE DE ATENDIMENTO:
INTERNACAO - HSGCRM/MEDICO:
015172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DEESPECIALIDADE:
OrtopediaCODIGO CBO:
225270USUARIO DO ATENDIMENTO:
PALOMASILVABLOCO:
4º ANDARACOMODACAO:
APARTAMENTOLEITO:
404

ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE:
CARUARU

PROFISSÃO:

Queixa Principal:

Transtorno de ansiedade

História Clínica:

Transtorno de pânico e ansiedade

Exames:

Exames de sangue e urina

HD:

Transtorno de ansiedade

Condição: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Transferido ☐ Óbito

Data Alta: ____/____/____ Hora: ____

Médico Responsável:

Anderson Neves de Arruda Lima
Paciente ou Responsável

Paloma Silva
PALOMASILVA

Av. José Veríssimo, 752 - Caruaru - Pe - Fones: 81-37277250 Ort - 8137277272 Off - CNPJ: 22.721.288/0001-26

ARUANA SEGURODORA

22 NOV 2018

PACIENTE:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

OPERAÇÃO PROPOSTA:

OPERAÇÃO REALIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

DATA:

INÍCIO:

TÉRMINO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

INSTRUMENTADOR(A):

1º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE ANESTESIA:

POSIÇÃO DO PACIENTE

SOLUTO GLICOSADO:

SOLUTO FISIOLÓGICO:

RINGER LACTATO:

ANTIBIÓTICOS:

SANGUE TOTAL:

CONCENTRAÇÃO DE HEMÁCIAS:

CONC. PLAQUETAS:

PLASMA FRESCO:

ALBUMINA HUMANA:

HAEMACEL OU SIMILAR:

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

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

- 7 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES
8 - GRÁFICO DA CIRURGIA
9 - PEÇA OPERATORIA - ANAT. PATOL

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

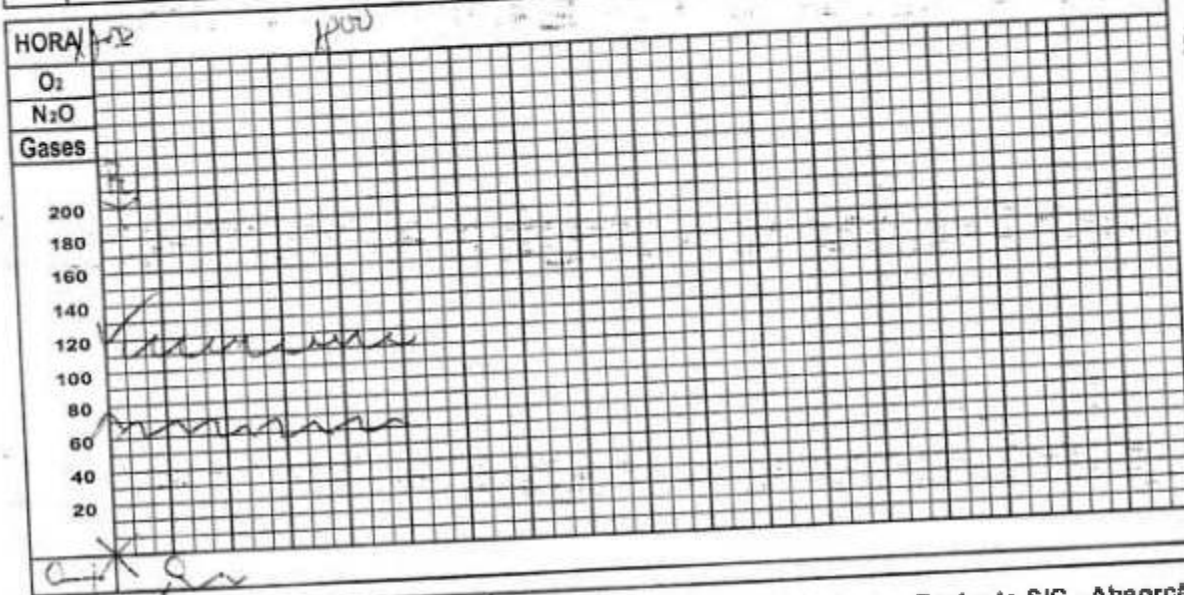
- 1) 00 H - início de procedimento
- 2) Anestesia + Antimicrobiano + aquecimento da coque
- 3) Acesso ao derivado - sobre o "pericardio"
- 4) Redução cardíaca + fixação no osso esterno com pontos e sutura. O ligamento pericárdico é chegado + 0,5 parafuso utilizado + 0,3 por fecho de bloco
- 5) Lavagem extensiva
- 6) Fecho do abdômen e derivação urinária

D. [illegible] E. [illegible]
[illegible]
CRP [illegible]

FICHA DE ANESTESIA

NOME: Anderson Augusto Naves de Almeida Lima					DATA: 15/06/18	REG: _____
SEXO: M	COR: B	IDADE: 22a	PESO: _____	ALT: _____	HOSPITAL: _____	

PRÉ-OPERATÓRIA	SANGUE	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO	ASA
		HEMÁCIAS	HCTQ	HB	LEUCÓCITOS					
		GRUPO SANG	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PORPOSTA Bloqueio Periaórtico Dura + Interschulz com Sinais de um + Bloqueio Periaórtico Sinalizado				
		GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS					
		NA	K	CL	RESERVA ACL					
	OP. PROPOSTA					ALERGIA:				
Tto Cirúrgico Externa Clavícula					ANEST. ANTERIOR:					
OP. REALIZADA:					PRÉ-ANESTÉSICO: Midazolam 5.0mg					
					ECG:					



ANOTAÇÕES

1. Fatores 100%

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂			
Nortri	0.2%	30 cc	Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda			
Nortri	0.2%	20 cc	Intubação			
Etomid	0.1%		Posição	Local Punção	Liq. Ret.	Téc. Inj.
			Pos. Pós	Pos. Pós	Aparelho	Cond. Final
			Resultado	Reflexo		
			Duração da Op.	Duração da Anest.		
			Monitorização	EKG + Oximetria + Sat		
			Teste Aldrete e Koulik	MOV.	CONS	COR
						CIRC
						RESP

ARJANA SEGURADORA

22 NOV 2018

Médico Anestesiista

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 glenoumeral reduzidos.

Partes moles sem alterações.



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

ARUANA SEGURODORA
22 NOV 2018



ATESTADO MÉDICO

ATESTO para os devidos fins que o(a) Sr.(a) Anderson Alberto
Nunes da Arruda Lima

necessita de 15 (Quinze) dias de licença,

por motivo de doença a partir de esta data

CID 542.0

Caruaru 11 de 06 de 18

Dr. Roberto da Silva
MÉDICO
CRM 12.172

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

ARUANA SEGURODORA
22 NOV 2018

HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL LTDA Fone.: 81 3727-7250 C.G.C.: 22.721.288/0001-26 Pag: 001
 Bairro: CEP: 0- Município: UF.: PE

Paciente: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA Idade: 22 anos 14/06/1996 Empresa: Senha: 000313539
 Segurado: Matrícula: 469461001000 Guia: 000313539 Remessa: 70 7/2018
 Convenio: 0026 CARTAO SAO GABRIEL HSG Registro: 000002910 Cod.p/Conv: Emissão: 04/09/2018 as 08:59-
 Início Tratamento: 15/06/2018 as 07:12 Alta: 16/06/2018 as 17:36 Motivo: Melhorado Permanência: 3 dias
 Localização: Bloco: 4 ANDA 4º ANDAR Acomodação: APT40 Leito: 404
 Procedimento: 30717108 FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVULSOES - TRATAMENTO Horário do procedimento: 07:12
 Medico: 15172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE Cod. Convenio:
 Tipo de Atendimento: 07 - INTERNAÇÃO Usuario: MARIALINA

SERVICOS PROFISSIONAIS

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data/F.P.	Perc.	C.M.	Qt.	Valor Total
3.07.17.10-8	FRATURAS E/OU LUXACOES E/O	Clin.		151721000.382.654-60	PABLO THIAGO CAV	15/06/2018		0,01	1	1.830,00
Total										1.830,00
Total-S.Prof.w/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

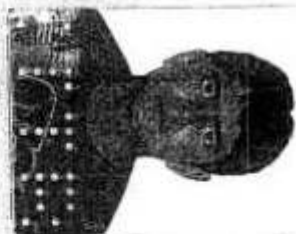
ARUANA SEGURODORA
 22 NOV 2018

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E TÍTULOS

CAC-05



COPIA DE



Anderson Alberto Neves de Arruda Lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

9.284.112

DATA DE
EXPIÇÃO

29/08/2011

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

DNC ORIGIN

<< CN:80502 L.60A F.595 CART.1ª ZONA
CARUARU-PE 17.06.1996 >>

CPF

113.025.654-51

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.112 DE 29.08.83

F-44 82.155 - 3423

ARUANA SEGURADORA

22 NOV 2010



ROSILKE MARGARIDA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
9000356 SUS PE

CPF
029.170.884-60 DATA NASCIMENTO
30/01/1978

FILIAÇÃO
SEVERINO FIRMINO DA SI
LVA
MARGARIDA FORMOSA DA
SILVA

PERMISSÃO
ACQ
CAT. NAS
AB

Nº REGISTRO
05279302663

VALIDADE
06/02/2021 1ª HABITUAÇÃO
13/01/2015

OBSERVAÇÕES

A

Rosilke Margarida da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
CARUARU, PE

DATA EMISSÃO
07/02/2018

Charles André da Silva
Charles André da Silva
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

85682886341
PEOR38H1215

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1564015797

PROIBIDO PLASTIFICAR
1564015797

ARUANA SEGURODORA
22 NOV 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014207117144
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 2 CDD. RENAVAM 996026574 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA

CARUARU-PE 0

CPF / CNPJ 027.599.234-58 PLACA PF36768

PLACA ANT / UF ***** / PE CHASSI 9C2KD0540DR102090

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GA30L

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS BSD ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013

CAP / POT / CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

IPVA 2018 QUITADO 2ª *****

Faixa IRVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 300,00 IOF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 300,00 DATA DE PAGAMENTO 11/07/18

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

CARUARU 11/07/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor residente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS 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

CARUARU-PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 11/07/18

VIA 2 CDD. RENAVAM 996026574 PLACA PF36768

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS BSD

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013

CHASSI 9C2KD0540DR102090

PRÊMIO TARIFÁRIO

RIS (R\$) 300,00 DENATRAM (R\$) 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 300,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00 IOF (R\$) 0,00 TOTAL A SER PAG. (R\$) 300,00

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE É A SUA PROVA DE SEU OBRIGATORIO.

ARUANA SEGURADORA

22 NOV 2018

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Anderson Alcantar Neves de Almeida Lima
 DATA DO ACIDENTE 10-06-2018 CPF DA VÍTIMA 113026654-31
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Rosilene Mangarida da Silva
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua: Manoel Barzuma
 Nº 18 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Gonçalves Ferreira
 CIDADE Baruana UF PE CEP 55105-000
 E-MAIL Rosilene.mangarida@hotmail.com TELEFONE (11) 99285-7008

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) 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)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) 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
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

DATA _____
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA Rosilene Mangarida da Silva

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURODORA

DATA 22 NOV 2018
 NOME ARUANA SEGURODORA
 ASSINATURA [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: 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

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

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

Carta nº 13623801



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: 113 025 654 51 Nome completo da vítima: Andersson Alberto Naves de A. Lima

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

Nome completo: Andersson Alberto Naves de A. Lima CPF: 113 025 654 51
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Manoel Barauna Número: 18 Complemento: Coroa
Bairro: Conceição Ferreira Cidade: Boatuvanu Estado: PG CEP: 55 105-000
E-mail: Rose.Silva.Reguero@hotmail.com Tel.(DDD): 81199285-3008

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0051 CONTA: 00082758 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 nascit)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Boatuvanu, 12-11-2018
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A RGO
Andersson Alberto Naves de A. Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

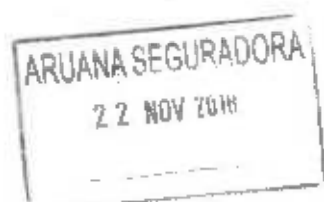
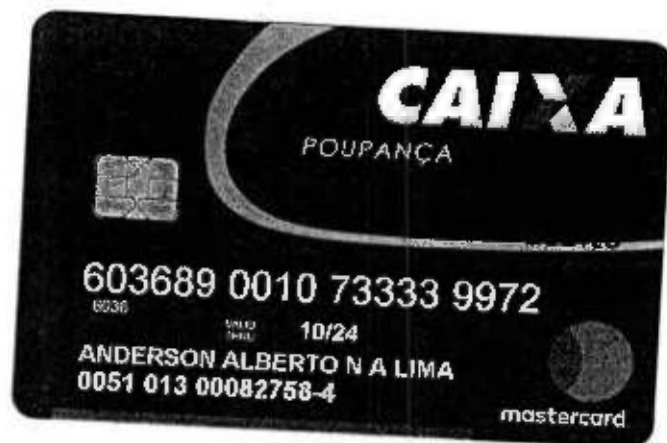
TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____

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 RGO, 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.

ASSURADORA
22 NOV 2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA 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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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)

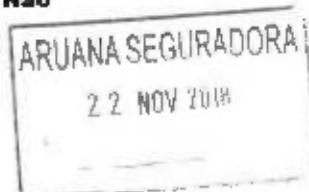
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA Pai: CARLOS ALBERTO DE LIMA Data de Nascimento: 14/6/1996 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 700, RUA MANOEL BARAUNAS - CEP: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

NAO OUVU (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**



11/09/20

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PF86768** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KDO540DR102080**
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: **136042-6**

Francisco Miguel da Silva



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: 113 025 654 51 Nome completo da vítima: Andersson 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: Andersson Alberto Neves de Almeida Lima CPF: 113 025 654 51
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Manoel Barauna Número: 18 Complemento: Coroa
Bairro: Conceição Ferreira Cidade: Boatubarã Estado: PE CEP: 55 105-000
E-mail: Rose.Silva.Regues@Hotmail.com Tel.(DDD): 81 99285-3008

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0051 ☐ CONTA: 00082758 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 nascit)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Boatubarã, 12-11-2018
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A RGO
Andersson Alberto Neves de Almeida Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____

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 RGO, 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.

ASSINATURA
ARJANA SEGURADORA
22 NOV 2018

120 x 70 mmHg
amp: _____ °C FR: _____ rpm
bpm Peso: 68 kg
GT: _____ mg/dl SpO₂: _____ %
Ierglas: Nimesulide



Clínica Médica
SALA
AMARELA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA RENDEIRAS
Ficha de Atendimento

HA DO PACIENTE: _____ Nº DA OCORRÊNCIA: _____ HORA: 19:30 TURNO: Noturno

DO PRONTUÁRIO: 0920 DATA: 10/06/18 SEXO: F () M (X) DT. NASC: 14/06/1996
ME: ANDERSON ALBERTO NEVES DE AMORIM ZINA
DE: 21 MÃE: MARIA ZUCIN NEVES DE AMORIM ZINA
PAI: CARLOS ALBERTO DE ZINA
DEREÇÃO: R. MANOEL BANANA Nº 700 COMPLEMENTO: CASA
RRO: CONGALVES FENIX CIDADE: CARUARU FONE: 9292-2803
DO CARTÃO SUS: _____ Nº DO RG: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: 11/11/18

HISTÓRICO DO PACIENTE: Queda da motocicleta na 300m.
Refere episódio de desmaio e sonolência
Nega vomitos. Refere ainda dor em
ombro direito
ME FÍSICO: EGB, consciente, orientado ECG 15

Joseane Mendes
Aux. de Farmácia
Ma. 15.840-2

ÓTESE DIAGNÓSTICA: 1) Trauma

INDUTA: 1) Dezoletização de comp IM 20/05
2) Rx de Clavícula
3) Til - Til - OIFA + ADOR 09:35
4) Dip - Til - OIFA + ADOR

INDICAÇÃO DE ALTA: 1) Citoproteção 10mg - OIFA + 100mg ES 929% EV

Joseane Mendes
Aux. de Farmácia
Ma. 15.840-2

Ananda Domingos
Médica
CRM-24968

IA DA LIBERAÇÃO: _____
RECEPCIONISTA
Assinatura e carimbo

Assinatura e carimbo - Médico
ARUANA SEGURADORA
22 NOV 2018

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: 000000082758-4

Nr. da Autenticação F5636011F8DC9049



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 9043, de 26/04/03
NOTA FISCAL - FATURA - ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-900
 CNPJ 10.935.932/0001-05 | Ins. Est. 0009543-89 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 CICERO MARCOLINO ESPINDOLA

CPF: 377.699.524-88

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA MANOEL BARALUNA, 18

GONCALVES FERREIRA/GONCALVES FERRE
 CARUARU PE
 55105-000

DATA DE EMISSÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA FATURA
08/08/2018	UNICA	08/08/2018
028556688		
DATA DE VENCIMENTO	Nº DO CLIENTE	Nº DA FATURA
08/09/2018	3002225174	185520

4005148370	08/2018
13/08/2018	04/09/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
18,55	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30,00000000	0,5951995	18,83
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,62
			18,85

TOTAL DA FATURA

MP DO PERÍODO	TIPO DA FATURA	ANTERIOR DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	MP DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
08/08/2018		08/07/2018	11.735,33	08/08/2018	11.735,33		08/08	1,00000		1,00

PERÍODO	VALOR	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	13,55	1,26	0,26
PIS	13,55	0,25	1,12
COPRES			

Valor do consumo em kWh
 - Custo de Distribuição
 - Custo de Transmissão
 - Custo de Operação e Manutenção

De acordo com a Lei nº 9.043, de 26/04/2003, o cliente é obrigado a pagar a tarifa social de energia elétrica em 12 parcelas mensais, com juros de 12% ao ano. O cliente pode optar por pagar a tarifa social em 12 parcelas mensais, com juros de 12% ao ano, ou em 24 parcelas mensais, com juros de 12% ao ano. O cliente pode optar por pagar a tarifa social em 12 parcelas mensais, com juros de 12% ao ano, ou em 24 parcelas mensais, com juros de 12% ao ano. O cliente pode optar por pagar a tarifa social em 12 parcelas mensais, com juros de 12% ao ano, ou em 24 parcelas mensais, com juros de 12% ao ano.

TENSÃO NOMINAL (V)				LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
TIPO	VALOR	TIPO	VALOR	TIPO	VALOR
ONE	127	ONE	127	ONE	127
PTO	127	PTO	127	PTO	127
BBB	127	BBB	127	BBB	127

ARUANA SEGURADORA
 22 NOV 2018

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco – CEP 50050-900
CNPJ 10.436.932/0001-08 | Insc. Est. 0050843-93 | www.cepne.com.br

DADOS DO CLIENTE

FUSIGIERE FORMIGINA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE COMPLETA

RUA FILARDO FILAR 332

CP# 628 462 994-04

SAO FRANCISCO, Calif. (AP) —

CARUARU PE

5500-000

CLASSIFICACIÃO

D1 RESIDENCE

PRESIDENTIAL

מחברת:

UNCA	11/10/2018
------	------------

11/11/2013	2002264970	691382
------------	------------	--------

CONTA CONTRAT	MESANO
0820850017	10/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTAÇÃO (INSCRIÇÃO LÍQUIDA)
19/10/2018	12/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	158,56

NOTA: IL PREZZO È PER PERSONA ADULTA

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água(M³)			
Acrescimo Bandeira VERMELHA	173,0000000	R. 73088088	126,40
Contrib. Ium. Pública Municipal			12,11
ICMS Subvenc. no- COE- NF 031274889- 11/08/19			18,52
Multa por atraso- NF 031274887 - 11/08/19			1,08
Juros (por atraso- NF 031274887 - 11/08/19)			2,62
Atualizag. In- GRM- NF 031274887- 11/08/19			6,37
			0,26

TOTAL DA FATURA

156.56

Nº DO MEMORAND	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONCLUSÃO (valor)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
31.30.001199	CAT	11-06-2018	10 46' 00"	11-10-2018	10 43' 00"	30	1,00000		1,13 00

FAIXA ETÁRIA	PERCENTUAL
0-10	1,7%
11-20	1,7%
21-30	1,7%
31-40	1,7%
41-50	1,7%
51-60	1,7%
61-70	1,7%
71-80	1,7%
81-90	1,7%
91-100	1,7%

COMPARAÇÃO DE GÊNEROS	
Gênero feminino	1,7%
Gênero masculino	1,7%
Gênero feminino	1,7%
Gênero masculino	1,7%
Gênero feminino	1,7%
Gênero masculino	1,7%
Gênero feminino	1,7%
Gênero masculino	1,7%
Gênero feminino	1,7%
Gênero masculino	1,7%

COMPARAÇÃO DE CATEGORIAS	
Gênero feminino	1,7%
Gênero masculino	1,7%
Gênero feminino	1,7%
Gênero masculino	1,7%
Gênero feminino	1,7%
Gênero masculino	1,7%
Gênero feminino	1,7%
Gênero masculino	1,7%
Gênero feminino	1,7%
Gênero masculino	1,7%

Page 148

[illegible]

ARJANA SEGURODORA
22 NOV 1918

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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosilene Margarida da Silva inscrito (a) no CPF 029.140.884 / 60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Anderson Alberto Naves de A. Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.025.654 / 51, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidoz da Vítima Anderson Alberto Naves de A. Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.025.654 / 51, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Não possuo

☒ 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 Pilon</u>		Número	<u>332</u>	Complemento	<u>Carra</u>
Bairro	<u>São Francisco</u>	Cidade	<u>Baruama</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
					<u>55000-000</u>	
Email	<u>Rosilene.Margarida@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
			<u>(81) 99285-3008</u>			

Baruama, 12 de Novembro de 2018
Local e Data

Rosilene Margarida da Silva
Assinatura do Declarante

