



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 FORMOSINHA 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
PROR381215

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1564015797

PROIBIDO PLASTIFICAR
1564015797

ARUANA SEGURODORA
22 NOV 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 2 Cód. 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 2F/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 Cód. RENAVAM 996026574 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS BSD

ANFAB 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 PAGAR (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 PROTEÇÃO OBRIGATORIA.

ARUANA SEGURADORA

22 NOV 2018

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Anderson Alcantara 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 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 A. Lima CPF: 113 025 654 51
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Manoel Barauna Número: 18 Complemento: Coroa
Bairro: Conceição Ferreira Cidade: Boatunaru Estado: PG CEP: 55 105-000
E-mail: Rose.Silva.Reguero@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 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: Boatunaru, 12-11-2018
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A RGO
Andersson Alberto Neves de A. Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

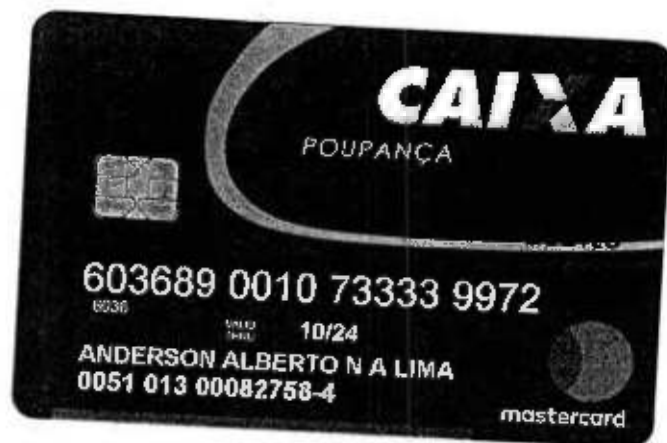
TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
ARJANA SEGURADORA
22 NOV 2018

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.



ARUANA SEGURADORA
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:

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)

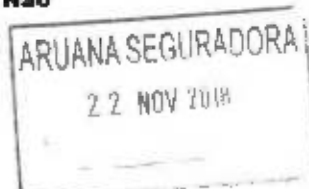
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA Pai: CARLOS ALBERTO DE LIMA Data de Nascimento: 14/6/1996 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 700, RUA MANOEL BARAUNAS - CEP: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

NAO 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.

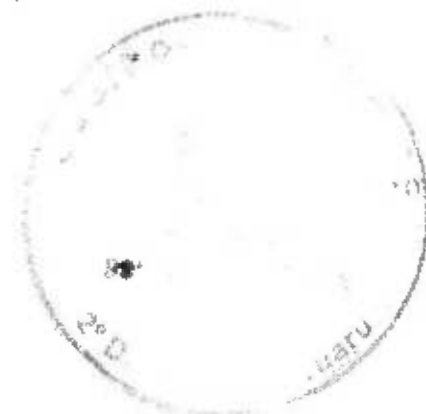
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

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 A. Lima CPF: 113 025 654 51
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Manoel Barauna Número: 18 Complemento: Coroa
Bairro: Conceição Ferreira Cidade: Boatunaru Estado: PG CEP: 55 105 - 000
E-mail: Rose.Silva.Reguero@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 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: Boatunaru, 12-11-2018
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A RGO
Andersson Alberto Neves 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.

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 - ATIVIDADE DE 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. 0009643-89 | 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

TOTAL DA FATURA										
MP DO PERÍODO	TIPO DA FATURA	ANTERIOR DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	MP DE DATA	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	DATA	VALOR	%	VALOR DO IMPORTE
AGO 18	30			
SET 18	30			
OCT 18	30			
NOV 18	30			
DEZ 18	30			
JAN 19	30			
FEB 19	30			
MAR 19	30			
ABR 19	30			
MAY 19	30			
JUN 19	30			
JUL 19	30			
AUG 19	30			
SEP 19	30			
OCT 19	30			
NOV 19	30			
DEZ 19	30			
JAN 20	30			
FEB 20	30			
MAR 20	30			
ABR 20	30			
MAY 20	30			
JUN 20	30			
JUL 20	30			
AUG 20	30			
SEP 20	30			
OCT 20	30			
NOV 20	30			
DEZ 20	30			
JAN 21	30			
FEB 21	30			
MAR 21	30			
ABR 21	30			
MAY 21	30			
JUN 21	30			
JUL 21	30			
AUG 21	30			
SEP 21	30			
OCT 21	30			
NOV 21	30			
DEZ 21	30			
JAN 22	30			
FEB 22	30			
MAR 22	30			
ABR 22	30			
MAY 22	30			
JUN 22	30			
JUL 22	30			
AUG 22	30			
SEP 22	30			
OCT 22	30			
NOV 22	30			
DEZ 22	30			
JAN 23	30			
FEB 23	30			
MAR 23	30			
ABR 23	30			
MAY 23	30			
JUN 23	30			
JUL 23	30			
AUG 23	30			
SEP 23	30			
OCT 23	30			
NOV 23	30			
DEZ 23	30			
JAN 24	30			
FEB 24	30			
MAR 24	30			
ABR 24	30			
MAY 24	30			
JUN 24	30			
JUL 24	30			
AUG 24	30			
SEP 24	30			
OCT 24	30			
NOV 24	30			
DEZ 24	30			
JAN 25	30			
FEB 25	30			
MAR 25	30			
ABR 25	30			
MAY 25	30			
JUN 25	30			
JUL 25	30			
AUG 25	30			
SEP 25	30			
OCT 25	30			
NOV 25	30			
DEZ 25	30			
JAN 26	30			
FEB 26	30			
MAR 26	30			
ABR 26	30			
MAY 26	30			
JUN 26	30			
JUL 26	30			
AUG 26	30			
SEP 26	30			
OCT 26	30			
NOV 26	30			
DEZ 26	30			
JAN 27	30			
FEB 27	30			
MAR 27	30			
ABR 27	30			
MAY 27	30			
JUN 27	30			
JUL 27	30			
AUG 27	30			
SEP 27	30			
OCT 27	30			
NOV 27	30			
DEZ 27	30			
JAN 28	30			
FEB 28	30			
MAR 28	30			
ABR 28	30			
MAY 28	30			
JUN 28	30			
JUL 28	30			
AUG 28	30			
SEP 28	30			
OCT 28	30			
NOV 28	30			
DEZ 28	30			
JAN 29	30			
FEB 29	30			
MAR 29	30			
ABR 29	30			
MAY 29	30			
JUN 29	30			
JUL 29	30			
AUG 29	30			
SEP 29	30			
OCT 29	30			
NOV 29	30			
DEZ 29	30			
JAN 30	30			
FEB 30	30			
MAR 30	30			
ABR 30	30			
MAY 30	30			
JUN 30	30			
JUL 30	30			
AUG 30	30			
SEP 30	30			
OCT 30	30			
NOV 30	30			
DEZ 30	30			
JAN 31	30			
FEB 31	30			
MAR 31	30			
ABR 31	30			
MAY 31	30			
JUN 31	30			
JUL 31	30			
AUG 31	30			
SEP 31	30			
OCT 31	30			
NOV 31	30			
DEZ 31	30			
JAN 32	30			
FEB 32	30			
MAR 32	30			
ABR 32	30			
MAY 32	30			
JUN 32	30			
JUL 32	30			
AUG 32	30			
SEP 32	30			
OCT 32	30			
NOV 32	30			
DEZ 32	30			
JAN 33	30			
FEB 33	30			
MAR 33	30			
ABR 33	30			
MAY 33	30			
JUN 33	30			
JUL 33	30			
AUG 33	30			
SEP 33	30			
OCT 33	30			
NOV 33	30			
DEZ 33	30			
JAN 34	30			
FEB 34	30			
MAR 34	30			
ABR 34	30			
MAY 34	30			
JUN 34	30			
JUL 34	30			
AUG 34	30			
SEP 34	30			
OCT 34	30			
NOV 34	30			
DEZ 34	30			
JAN 35	30			
FEB 35	30			
MAR 35	30			
ABR 35	30			
MAY 35	30			
JUN 35	30			
JUL 35	30			
AUG 35	30			
SEP 35	30			
OCT 35	30			
NOV 35	30			
DEZ 35	30			
JAN 36	30			
FEB 36	30			
MAR 36	30			
ABR 36	30			
MAY 36	30			
JUN 36	30			
JUL 36	30			
AUG 36	30			
SEP 36	30			
OCT 36	30			
NOV 36	30			
DEZ 36	30			
JAN 37	30			
FEB 37	30			
MAR 37	30			
ABR 37	30			
MAY 37	30			
JUN 37	30			
JUL 37	30			
AUG 37	30			
SEP 37	30			
OCT 37	30			
NOV 37	30			
DEZ 37	30			
JAN 38	30			
FEB 38	30			
MAR 38	30			
ABR 38	30			
MAY 38	30			
JUN 38	30			
JUL 38	30			
AUG 38	30			
SEP 38	30			
OCT 38	30			
NOV 38	30			
DEZ 38	30			
JAN 39	30			
FEB 39	30			
MAR 39	30			
ABR 39	30			
MAY 39	30			
JUN 39	30			
JUL 39	30			
AUG 39	30			
SEP 39	30			
OCT 39	30			
NOV 39	30			
DEZ 39	30			
JAN 40	30			
FEB 40	30			
MAR 40	30			
ABR 40	30			
MAY 40	30			
JUN 40	30			
JUL 40	30			
AUG 40	30			
SEP 40	30			
OCT 40	30			
NOV 40	30			
DEZ 40	30			
JAN 41	30			
FEB 41	30			
MAR 41	30			
ABR 41	30			
MAY 41	30			
JUN 41	30			
JUL 41	30			
AUG 41	30			
SEP 41	30			
OCT 41	30			
NOV 41	30			
DEZ 41	30			
JAN 42	30			
FEB 42	30			
MAR 42	30			
ABR 42	30			
MAY 42	30			
JUN 42	30			
JUL 42	30			
AUG 42	30			
SEP 42	30			
OCT 42	30			
NOV 42	30			
DEZ 42	30			
JAN 43	30			
FEB 43	30			
MAR 43	30			
ABR 43	30			
MAY 43	30			
JUN 43	30			
JUL 43	30			
AUG 43	30			
SEP 43	30			
OCT 43	30			
NOV 43	30			
DEZ 43	30			
JAN 44	30			
FEB 44	30			
MAR 44	30			
ABR 44	30			
MAY 44	30			
JUN 44	30			
JUL 44	30			
AUG 44	30			
SEP 44	30			
OCT 44	30			
NOV 44	30			
DEZ 44	30			
JAN 45	30			
FEB 45	30			
MAR 45	30			
ABR 45	30			
MAY 45	30			
JUN 45	30			
JUL 45	30			
AUG 45	30			
SEP 45	30			
OCT 45	30			
NOV 45	30			
DEZ 45	30			
JAN 46	30			
FEB 46	30			
MAR 46	30			
ABR 46	30			
MAY 46	30			
JUN 46	30			
JUL 46	30			
AUG 46	30			
SEP 46	30			
OCT 46	30			
NOV 46	30			
DEZ 46	30			
JAN 47	30			
FEB 47	30			
MAR 47	30			
ABR 47	30			
MAY 47	30			
JUN 47	30			
JUL 47	30			
AUG 47	30			
SEP 47	30			
OCT 47	30			
NOV 47	30			
DEZ 47	30			
JAN 48	30			
FEB 48	30			
MAR 48	30			
ABR 48	30			
MAY 48	30			
JUN 48	30			
JUL 48	30			
AUG 48	30			
SEP 48	30			
OCT 48	30			
NOV 48	30			
DEZ 48	30			
JAN 49	30			
FEB 49	30			
MAR 49	30			
ABR 49	30			
MAY 49	30			
JUN 49	30			
JUL 49	30			
AUG 49	30			
SEP 49	30			
OCT 49	30			
NOV 49				

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

FUSIGERE FORMIGINA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE COMPLETA

RUA FILARDO FILAR 332

CP# 628 462 994-04

SAO FRANCISCO, Calif. (UPI) —

CARUARU PE

5500-000

CLASSIFICACIÃO

D1 RESISTANCE

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)			
Acabamento Bandeira VERMELHA	173,00000000	R. 73088088	126,40
Contrib. Irm. Pública Municipal			12,11
ICMS Subvenc. no- COB- 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 MEMORANDUM	TÍTULO DA FUNÇÃO	ANTERIORE		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONCLUSÃO (valor)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
31.30.001.199	CAT	11-06-2018	10.467,00	11-10-2018	10.630,00	30	1,00000		1,1398

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>
Email	<u>Rosilene.Margarida@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(81) 99285-308</u>	CEP	<u>55000-000</u>
				Telefone celular (DDD)	

Baruama, 12 de Novembro de 2018
Local e Data

Rosilene Margarida da Silva
Assinatura do Declarante



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 Baruana, no Estado de Pernambuco, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua: Manoel Barzuma
nº 18, complemento Alto, 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: Baruana, 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, 12 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3782-4733 - Fax: (81) 3782-2188
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, 12 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3782-4733 - Fax: (81) 3782-2188
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
Vanessa

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 - 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

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:

Glândula de mão direita
doença (D).

Exame Físico:

Glândula de mão direita

PA: FC: FR:

Rx Anterior 1/3 lateral cervical
Mão direita Anterior

Diag. Provisório:

Fratura de clavícula

CR: EXTENSÃO P1
TTO CLAVICULA

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

ANDRÉ 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

14/06/196

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria Lucia Alves da Silva Lima

12 - TELEFONE DE CONTATO

19 8 5 4 3 9 0

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

André Lins

14 - TELEFONE DE CONTATO

19 8 5 4 3 9 0

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

São Domingos Faria

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Colônia

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

985604970

19 - CEP

985604970**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**Myeloma no osso D. em 5º grau
2º grau
Elevado + 20 milhões de células**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Manutenção da medicação de rotina

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

Rx: Anticópsico + 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

() CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/06/18

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

40 - NÚMERO DO SETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

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 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

ARUANA SEGURADORA**22 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.



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 CARTAO 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 ☐ ÓbitoData 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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

PACIENTE:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

OPERAÇÃO PROPOSTA:

OPERAÇÃO REALIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

DATA:

INÍCIO:

TÉRMINO:

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

TIPO DE ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR(A):

POSIÇÃO DO PACIENTE:

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:

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 OPERATÓRIA ANAT. PATOL.

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1) 0011 - Admissão do paciente
- 2) Anestesia + Antimicrobiano + aquecimento do corpo
- 3) Acesso por derivado - subcostal - punção
- 4) Redução cirúrgica + fixação com o plexo
- 5) Anestesia local + bloqueio do plexo +
- 6) 03 pontos verticais + 03 pontos de
- 7) 02 pontos de sutura
- 8) Fechamento com o plexo + monitor

ARQUIVA SEGREDAÇÃO

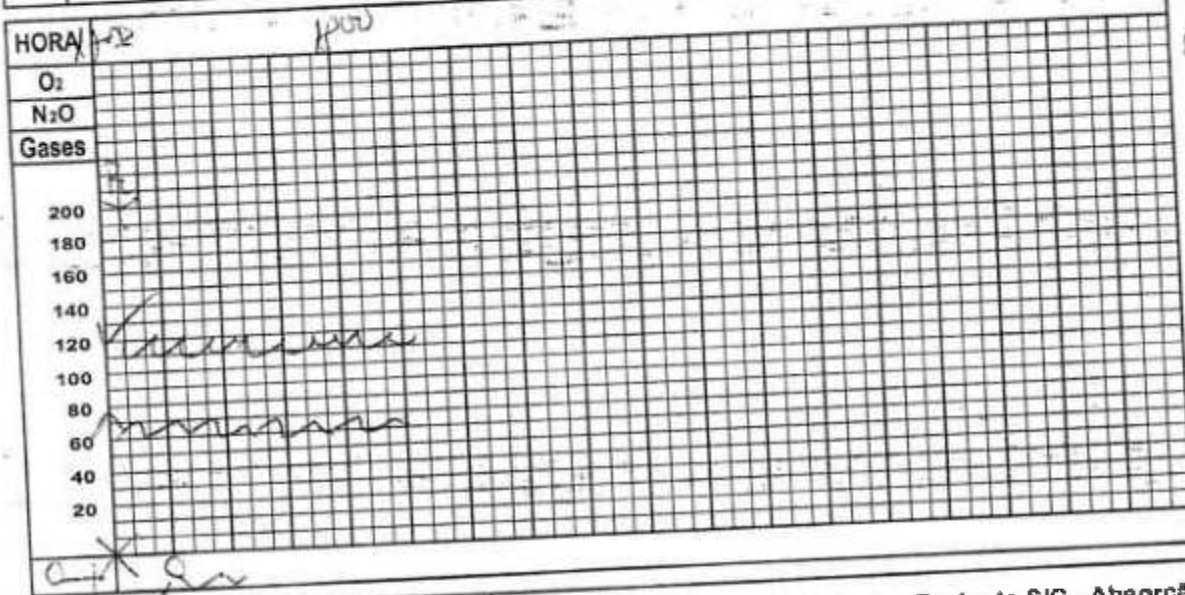
22 NOV 2018

EX. PÓS-OPERATÓRIO
22 NOV 2018


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 + Intermuscular com Síncope to com + Bloqueio Periaórtico Síndrome D				
		GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS					
		NA	K	CL	RESERVA ACL					
	OP. PROPOSTA					ALERGIA:				
OP. REALIZADA:					ANEST. ANTERIOR:					
					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 18.178

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

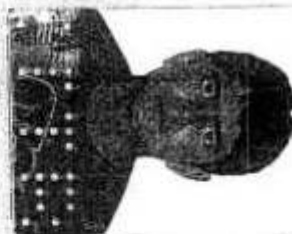
ARUANA SEGURODORA
 22 NOV 2018

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