



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200158693

Vítima: ROSEANE SOARES CRUZ

Data do Acidente: 17/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANE FEITOSA FERRAZ ARRAES GINO DE ALENCAR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSEANE SOARES CRUZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200158693

Vítima: ROSEANE SOARES CRUZ

Data do Acidente: 17/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANE FEITOSA FERRAZ ARRAES GINO DE ALENCAR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSEANE SOARES CRUZ

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ROSEANE SOARES CRUZ

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000772

Conta: 0000049264-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200158693

Cidade: Trindade

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROSEANE SOARES CRUZ

Data do acidente: 17/05/2018

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/6/13/14

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 541.165.544 - 72	Nome completo da vítima Roseane Soares Cruz
---------------------------	-----------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Roseane Soares Cruz		CPF titular da conta 541.165.544 - 72	Profissão Ressaca
Endereço Rua da Invasão		Número 42	Complemento
Bairro Cohab	Cidade Tremedade	Estado PE	CEP 56.250-000
Email		Telefone (DDD) 8499909.6818	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

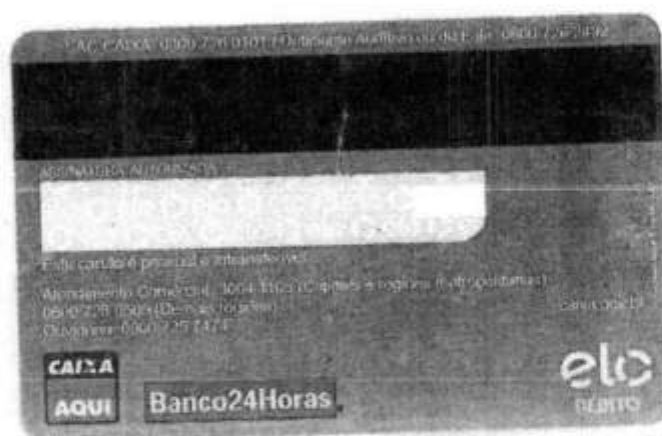
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO Nome: _____ NRO: _____	
AGÊNCIA NRO. 0472 DIV 013	CONTA NRO. 49.064 DIV 4	AGÊNCIA NRO. _____ DIV _____	CONTA NRO. _____ DIV _____
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Tremedade-PE 20 de Agosto de 2018
Local e Data

Roseane Soares Cruz Cruz
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ARUANA SEGUROS
14 SET 2018
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ARUANA SEGUROS
14 SET 2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 205ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRINDADE
DP205ªCIRC DINTER2/24ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0295000891**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/08/2018** às **17:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **17/5/2018** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TRINDADE, 1, POSTO GESSO
MONITO - Bairro: CENTRO - TRINDADE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **POSTO DE GASOLINA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO APLICÁVEL (AUTOR \ AGENTE)
FRANCICLEIDE PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
RAÍ DA SILVA (OUTRO)
ROSEANE SOARES CRUZ (VITIMA)**

ARUANA SEGUROS

14 SET 2019

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
FRANCICLEIDE PEREIRA DA SILVA

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

**ROSEANE SOARES CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
MADALENA MORAIS Data de Nascimento: 12/12/1960 Naturalidade: IPUBI / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 3024484/99P/PE (RG), 64118554472 (CPF) Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TRINDADE, 40, RUA SANTO INÁCIO, COHAB 01 -
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TRINDADE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**FRANCICLEIDE PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: LUIZA MEDEIROS DA SILVA Pai: MANOEL PEREIRA DA SILVA Data de
Nascimento: 28/5/1973 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TRINDADE, 54, RUA SÃO SEBASTIÃO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - TRINDADE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

RAÍ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO

INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**

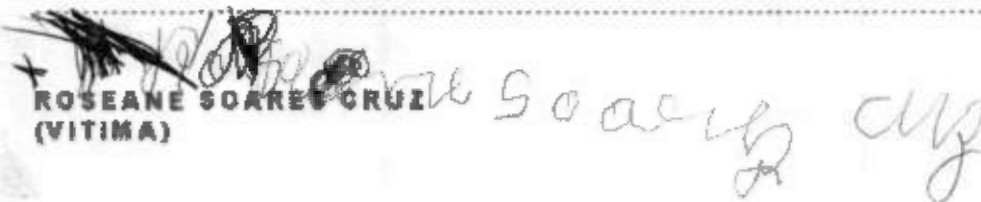
MOTO POP 119 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RAÍ DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCIEIDE PEREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 119** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDT1426** (PERNAMBUCO/TRINDADE) Chassi: **9C2JE0160GR503234**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**
Descrição: **RENAVAM: 1089810219**

Complemento / Observação

DECLARA A SENHORA ROSEANE SOARES CRUZ (VÍTIMA) QUE NA DATA E LOCAL SUPRAMENCIONADOS, TRAFEGAVA DE CARONA NA MOTOCICLETA JÁ DESCRITA SENDO ESTA CONDUZIDA PELA SENHORA FRANCIEIDE PEREIRA DA SILVA NAS PROXIMIDADES DO POSTO GESSO BONITO A MOTO DERRAPOU NUMA POSSA DE LAMA OCACIONANDO A QUEDA DE AMBAS. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL E TRANSFERIDA PARA A HOSPITAL DE OURICURI DEVIDO A UMA FRATURA NO BRAÇO DIREITO, CONFORME BOLETIM MÉDICO EM ANEXO.SEM MAIS.

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

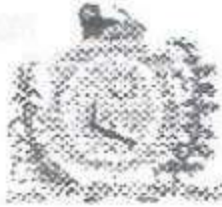

ROSEANE SOARES CRUZ
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **CLAUDIO PEREIRA COUTO** - Matrícula: **359771-8**



ARUANA SEGUROS

14 SET 2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 205ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRINDADE
DP205ªCIRC DINTER2/24ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0295000891**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/08/2018** às
17:08

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **17/6/2018** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TRINDADE, 1, POSTO GESSO
SONITO** - Bairro: **CENTRO - TRINDADE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **POSTO DE GASOLINA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO APLICÁVEL (AUTOR \ AGENTE)
FRANCICLEIDE PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
RAÍ DA SILVA (OUTRO)
ROSEANE SOARES CRUZ (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
FRANCICLEIDE PEREIRA DA SILVA

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

**ROSEANE SOARES CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
NADALENA MORAIS** Data de Nascimento: **12/12/1968** Naturalidade: **IPUBI / PERNAMBUCO /
BRASIL** Documentos: **3024484/999/PE (RG), 84116554472 (CPF)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TRINDADE, 40, RUA SANTO INÁCIO, COHAB 01 -
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TRINDADE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**FRANCICLEIDE PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: LUIZA MEDEIROS DA SILVA Pai: MANOEL PEREIRA DA SILVA** Data de
Nascimento: **29/6/1973** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TRINDADE, 54, RUA SÃO SEBASTIÃO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - TRINDADE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO APLICÁVEL (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecida Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

RAÍ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO

INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**

MOTO POP 118 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RAÍ DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCICLEIDE PEREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 108** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDT1426** (PERNAMBUCO/TRINDADE) Chassi: **9C2JB9100GR503234**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**
Descrição: **RENAVAM: 1889610218**

Complemento / Observação

DECLARA A SENHORA ROSEANE SOARES CRUZ (VÍTIMA) QUE NA DATA E LOCAL SUPRAMENCIONADOS, TRAFEGAVA DE CARONA NA MOTOCICLETA JÁ DESCRITA SENDO ESTA CONDUZIDA PELA SENHORA FRANCICLEIDE QUANDO NAS PROXIMIDADES DO POSTO GESSO BONITO A MOTO DERRAPOU NUMA POSSA DE LAMA OCASIONANDO A QUEDA DE AMBAS. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL E TRANSFERIDA PARA A HOSPITAL DE OURICURI DEVIDO A UMA FRATURA NO BRAÇO DIREITO, CONFORME BOLETIM MEDICO EM ANEXO.SEM MAIS.

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


ROSEANE SOARES CRUZ
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **CLAUDIO PEREIRA COUTO** - Matrícula: **359771-8**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Roseane Soares Cruz CPF da Vítima: 541.165.544-72 Data do Acidente: 17/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Trindade-PE 20 de Agosto de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS
14 SET 2018

Roseane Soares Cruz Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
[Assinatura] Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Roseane Soares Cruz</i>	CPF da Vítima <i>711.165.544-72</i>	Data do Acidente <i>17/05/2018</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Trindade-PE 20 de Agosto de 2018
Local e Data

Roseane Soares Cruz
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



TRINDADE
HMMV
HOSPITAL MUNICIPAL MARIA
VENERI

Rua 25 de Abril, 174 /
Centro / Trindade - PE
56250-000 / (87) 3870-1192

HORÁRIO CHEGADA: 06:01

NOME: Rosione Soares Cruz DATA: 14.05.18
 ENDEREÇO: Cómodo I Rua Santa Inácio Nº DE ATENDIMENTO:
 NOME DA MÃE:
 RESPONSÁVEL: A mesma TEL: PSF:

PACIENTE CHEGOU	NASCIMENTO	TIPO	DOC. IDENTIDADE	
() ANDANDO (<input checked="" type="checkbox"/>) DE AUTO () AMBULÂNCIA	<u>12/12/1960</u>	() ACIDENTE TRABALHO () CASO POLICIAL () ACIDENTE DOMÉSTICO (<input checked="" type="checkbox"/>) DOENÇA COMUM () ACIDENTE ANIMAL PEÇONHETO	CARTÃO SUS	
	HORÁRIO ATENO: __H__ MIN		PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA
SEXO:	PROFISSÃO:	HGT: O2: BPM:	PESO	IDADE
() MASCULINO (<input checked="" type="checkbox"/>) FEMININO				<u>57 anos</u>

QUEIXA PRINCIPAL
 Paciente admitida relatando acidente de moto com dor em ombroço @ e deformidade.

CONDUTA
 ① Voltar em tempo
 ② Exame de imagem
 Queixas

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

EXAMES COMPLEMENTARES

ARUANA SEGUROS
14 SET 2018

HIPÓTESE DIAGNÓTICA
Fratura de ombroço?

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
 () VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE
 () AZUL
 Dra. Wallana P. Rodrigues
 M.É.D. / G.A.
 CRÉD. 18.969
 MÉDICO/CRM

TERMO DE RESPONSABILIDADE
 EU, _____ ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE, DECLARO POR LIVRE ESCOLHA NÃO TER PERMANECIDO SOB OBSERVAÇÃO ATÉ A LIBERAÇÃO MÉDICA, ME RESPONSABILIZANDO POR QUALQUER ACONTECIMENTO POSTERIOR.

ASSINATURA DO PACIENTE: _____

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Roselaine Soares Veiz

RG nº 3024454, data de expedição 26/06/95 Órgão SSP-PE

CPF nº 541.165.344-72 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua da Invasão
Número	42
Apto / Complemento	—
Bairro	Conho
Cidade	Treindade
Estado	PE
CEP	56.250-000
Telefone de Contato	(087) 9.9817.4718 / (087) 9.9202.8482
E-mail	luanese seguros@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Treindade-PE, 20/08/18

Assinatura do Declarante: Roselaine Soares Veiz

ARUANA SEGUROS
14 SET 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luane Feitosa Ferez, Avelas Gino de Alencar

RG nº 20089243662 data de expedição 23/09/14 Órgão SSP-CE

CPF nº 054203744-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. Central</u>
Número	<u>1541</u>
Apto / Complemento	<u>Ap. 104</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Trindade</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56250-000</u>
Telefone de Contato	<u>(087) 9.9817.4718 / (087) 9.9202.8482</u>
E-mail	<u>luanesequros@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Trindade - PE, 20/08/18

Assinatura do Declarante:

Luane Feitosa Ferez, Avelas
Gino de Alencar

ARUANA SEGUROS

14 SET 2018



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
ROTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-007
 CNPJ 10.835.330/0001-00 | Ins. Est. 000940-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 MARIA MADALENA DA CONCEIÇÃO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA DA INVASÃO 42

CPF 019 370 194-05

COHAB/TRINDADE
 TRINDADE PE
 58250-000

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Monofásica

CONTA/CONTRATO: 1948611014 MÊS/ANO: 06/2018

DATA DE VENCIMENTO: 18/06/2018 DATA DE CANCELAMENTO: 10/07/2018

Nº DA ROTA FISCAL: 018701570 MÊS: 06/2018 ANEXO: 11/09/2018
 Nº DO CLIENTE: 3001041990 Nº DA INSTALAÇÃO: 3014388

TOTAL A PAGAR (R\$): 74,99

DESCRIÇÃO DA ROTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA ROTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kW/h)	07,0000000	0,72x27710	R\$ 19,75
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,88
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,26
Contribuição Iluminação Pública			2,50
ICMS Subvenção-COE-NE 012251544-100418			0,83

TOTAL DA FATURA

74,99

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA ROTA FISCAL

Nº DE MEDIDOR	TIPO DA PORÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ACTUAL DATA	ACTUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
37134973	OUT	10/06/2018	467,00	11/06/2018	474,00	22	+ 0,0000		07,00

PERÍODOS DE CONSUMO



DESCRIÇÃO DE PRODUTOS

PRODUTO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR
Consumo Ativo	07,00	0,72	5,04
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,88
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,26
Contribuição Iluminação Pública			2,50
ICMS Subvenção-COE-NE 012251544-100418			0,83

Composição do consumo

PRODUTO	VALOR (R\$)	PERCENTUAL
Consumo Ativo	19,75	26,34%
Acrescimo Bandeira AMARELA	0,88	1,17%
Acrescimo Bandeira VERMELHA	2,26	3,01%
Contribuição Iluminação Pública	2,50	3,33%
ICMS Subvenção-COE-NE 012251544-100418	0,83	1,10%
Total	74,99	100%

BRCA 2020 9710 6316 6507 6508 6510 23AC

Este consumo é registrado no sistema de medição de energia elétrica. O cliente é responsável quando há alteração de estrutura de instalação elétrica de sua unidade consumidora. Para um melhor entendimento, consulte o Manual de Instalação Elétrica (MIE) da CELPE. A manutenção preventiva e corretiva deve ser realizada pelo cliente ou pelo profissional habilitado em elétrica de acordo com a legislação vigente.

As tarifas são aprovadas pelo Conselho de Regulação de Energia Elétrica (CRECEL) e pelo Conselho de Regulação de Gás (CREGAS). Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br.

SITUAÇÃO A RESPEITO DA ROTA FISCAL

CONSUMO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
BRCA	0,00	0,47	12,29	12,76
IC	0,00	3,48	0,87	4,35
ICMS	0,00	2,97	0,00	0,00
Total BRCA	0,00	6,92	13,16	17,11

SITUAÇÃO DE PAGAMENTO

TÍTULO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
BRCA	220	200	20

CONTA/CONTRATO: 1948611014 MÊS/ANO: 06/2018 DATA DE VENCIMENTO: 18/06/2018 TOTAL A PAGAR (R\$): 74,99

8383000000-4 74990011001-2 94861101410-1 13548523943-8



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Buame Feitosa Fereoz, Avencas Gino de Alencar inscrito (a) no CPF sob o Nº 054208744 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Roseane Soares Leuz inscrito (a) no CPF sob o Nº 541165544 / 42 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Roseane Soares Leuz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 541165544 / 42, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusa Renda: Recusa e apresento os documentos comprobatórios: Recusa

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>Av. Central</u>		Número <u>1541</u>	Complemento <u>Ap 104</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Trindade</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.250-000</u>
Email <u>buamefeitosafereoz@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(85)9.96636848</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85)9.92028482</u>

Trindade-PE 00 de Agosto de 2018
Local e Data



Buame Feitosa Fereoz, Avencas Gino de Alencar
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luizome Feitosa Feioz, Jureas Gino de Alencar inscrito (a) no CPF sob o Nº 054208744 / 04 na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário Roseane Soares Leuz inscrito (a) no CPF sob o Nº 541365544 / 42, do sinistro de DPVAT cobertura morntidez da vítima Roseane Soares Leuz inscrito (a) no CPF sob o Nº 541365544 / 42, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusa Renda: Recusa e apresento os documentos comprobatórios: Recusa

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>Av. Central</u>	Número	<u>541</u>	Complemento	<u>Ap 304</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Trindade</u>	Estado	<u>PE</u>
				CEP	<u>56.250-000</u>
Email	<u>luizomefeioz@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(87)9.96636848</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(87)9.92028482</u>

Trindade-PE de Agosto de 2018
Local e Data

Luizome Feitosa Feioz, Jureas Gino de Alencar
Assinatura do Declarante



TRINDADE
HMMV
HOSPITAL MUNICIPAL MARIA
VENERI

Rua 25 de Abril, 174 /
Centro / Trindade - PE
56250-000 / (87) 3870-1192

HORÁRIO CHEGADA: 06:01

NOME: Rosione Soares Cruz DATA: 14.05.18
 ENDEREÇO: Cómodo I Rua Santa Inácio Nº DE ATENDIMENTO:
 NOME DA MÃE:
 RESPONSÁVEL: A mesma TEL: PSF:

PACIENTE CHEGOU	NASCIMENTO	TIPO	DOC. IDENTIDADE	
() ANDANDO (x) DE AUTO () AMBULÂNCIA	<u>12/12/1960</u>	() ACIDENTE TRABALHO () CASO POLICIAL () ACIDENTE DOMÉSTICO (x) DOENÇA COMUM () ACIDENTE ANIMAL PEÇONHETO	CARTÃO SUS	
	HORÁRIO ATENO: __H__ MIN		PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA
SEXO:	PROFISSÃO:	HGT: O2: BPM:	PESO	IDADE
() MASCULINO (x) FEMININO				<u>57 anos</u>

QUEIXA PRINCIPAL
 Paciente admitida relatando acidente de moto com dor em ombroço @ e deformidade.

CONDUTA
 ① Voltar em tempo Jm
 ② Exame de sangue @
 @ @ @

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

EXAMES COMPLEMENTARES

ARUANA SEGUROS
14 SET 2018

HIPÓTESE DIAGNÓTICA
Fratura de ombroço?

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
 () VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE
 () AZUL
 Dra. Wallace P. Rodrigues
 M.É.D. / G.A.
 CRÉDITO 18.969
 MÉDICO/CRM

TERMO DE RESPONSABILIDADE
 EU, _____ ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE, DECLARO POR LIVRE ESCOLHA NÃO TER PERMANECIDO SOB OBSERVAÇÃO ATÉ A LIBERAÇÃO MÉDICA, ME RESPONSABILIZANDO POR QUALQUER ACONTECIMENTO POSTERIOR.

ASSINATURA DO PACIENTE: _____



RECEITUÁRIO

Paciente: Rozane Soares Cruz

Encaminhamento

AO HRFB

Encaminhamento a paciente supracitada com história

de acidente motorístico com lesão direta

em antebraço @ e possível fratura de

antebraço.

Solicito avaliação especializada.

?

Att

ARUANA SEGUROS
14 SET 2013

Data: 17/05/13

Dra. Wailene P. Rodrigues
MÉDICA
CRM-CE 18.969
[Signature]
Médico

Voltando a consulta queira trazer esta receita



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
ESTADO DO PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 17/05/2018 21:06 N. Tratamento: 3

Nome: **ROSEANE SOARES CRUZ**

Pront.: **8195**

End.: RUA SANTA INACIA, 40

Bairro: COHAB 1 Cidade: TRINDADE - PE Telefone: 8796598305

Sexo: Feminino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 12/12/1960 Idade: 57

Mãe: MARIA MADALENA MORAIS Responsável:

RX = FRATURA DE RADIO DISTAL COM DESVIO
CD: SOL PRE OP, AINES, TALA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

Óbito às _____ H _____ Min

DESTINO DO PACIENTE

() RESIDÊNCIA () INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

Data: ____/____/____

ASSINATURA - CARIMBO - CRM / CRO

Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM: 23218



Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM: 23218

Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376/TEOT 11028



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
ESTADO DO PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Atestado Médico

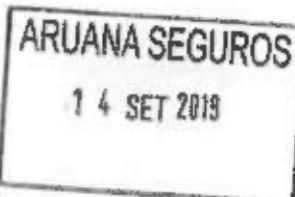
Atesto para os devidos fins que o(a) **Sr.(a) ROSEANE SOARES CRUZ**, foi atendido (a) neste serviço no dia 17/05/2018 CID: S52.

ESCOLHA UMA DAS SEGUINTE OPÇÕES

- () Necessitado de 120 dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).
- () Estando apto para voltar ao trabalho.
- () Como acompanhante
- () Outros: _____

OURICURI, 17 de Maio de 2018

Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM: 23218



Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376 / TEOT 11928



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 17/05/2018 21:06 N. Tratamento: 3

Nome: **ROSEANE SOARES CRUZ** Pront.: 8195
End.: RUA SANTA INACIA, 40
Bairro: COHAB 1 Cidade: TRINDADE - PE Telefone: 8796598305
Sexo: Feminino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 12/12/1960 Idade: 57
Mãe: MARIA MADALENA MORAIS Responsável:

Dia 29/05

SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA

Tipo da Cirurgia: *Eleiva*

Descrição Cirúrgica:
OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE RADIO DISTAL D

Exames Pré Operatórios:

- HEMOGRAMA
- Glicemia
- URÉIA
- CREATININA
- COAGULOGRAMA

ECG COM PARECER CARD

OPME:

FIOS KIRSCHNER

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:
S52.5

29/05/18
15841

1:00hs
4:15pm
TS - 1.500
TC - 1.500

2008 Junho 2018

Dr. Frederico Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11378 / LEOT 11928

ARUANA SEGUROS
14 SET 2019



NOME: ROSEANE SOARES CRUZ
DATA: 17/05/2019

RECEITUÁRIO

1) NOVALGINA 1g _____ 01 caixa
tomar 01 comprimido de 8 em 8 horas se tiver dor

2) IBUPROFENO 600MG _____ 20 COMP
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12 EM 12 HRS

Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM: 23218

Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376/TEOT 11928

ARUANA SEGUROS
14 SET 2019

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o(a) **Sr.(a) ROSEANE SOARES CRUZ**, foi atendido (a) neste serviço no dia 10/06/2018 CID: S52.

ESCOLHA UMA DAS SEGUINTE OPÇÕES

- (X) Necessitado de 90 dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).
- () Estando apto para voltar ao trabalho.
- () Como acompanhante
- () Outros: _____

OURICURI, 10 de Junho de 2018

Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376/TEOT 11928

Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM: 23218

ARJANA SEGUROS
14 SET 2019

NOME: ROSEANE SOARES CRUZ
ENDEREÇO: RUA SANTA INACIA, 40, COHAB 1, TRINDADE - PE
DATA: 10/06/2018

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

- 1) CEFALEXINA 500MG _____ 32 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 6 EM 6 HORAS
- 2) IBUPROFENO 600MG _____ 20 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12 EM 12 HORAS SE DOR
- 3) PARACETAMOL 500MG + CODEINA 30MG ____ 01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 8 EM 8 HORAS SE DOR FORTE.

Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376/TEOT 11928

Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM: 23218

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

IDENT: _____ Órgão Emissor _____

End: _____

Cidade: _____ UF _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. do Farmacêutico

Data

ARUANA SEGUROS

14 SET 2018



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
1ª GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 17/05/2018 21:06 N. Tratamento: 6

Nome: **ROSEANE SOARES CRUZ**

Pront.: **8195**

End.: RUA SANTA INACIA, 40

Bairro: COHAB 1 Cidade: TRINDADE - PE Telefone: 8796598305

Sexo: Feminino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 12/12/1960 Idade: 57

Mãe: MARIA MADALENA MORAIS Responsável:

BOLETIM DE ATENDIMENTO

CR- ORTOPEDISTA - Amarelo

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA

- PCT VITIMA DE TRAUMA APRESENTANDO DOR E EDEMA EM ANTEBRAÇO DIREITO. AVALIAÇÃO ORTOPEDICA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS

- DOR 5

DOR 5

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MÉDICA:

Peso: PA: x mmHg Altura: HGT: mg/dL IMC: () Temperatura: °

Paciente chegou: () Andando () De Auto () Ambulância

Ambulância: Saída _____ Chegada _____

() Acidente de Trabalho () Caso Policial

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

SOLICITAÇÕES / RESULTADOS DE EXAMES:

QUEDA DE MOTO (SIC) COM DOR EM PUNHO D

Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR

CRM: 23218

ARJANA SEGUROS

14 SET 2019

Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376 / RBO 1192

Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376 / RBO 1192



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 17/05/2018 21:06 N. Tratamento: 6

Nome: **ROSEANE SOARES CRUZ**

Pront.: **8195**

End.: RUA SANTA INACIA, 40

Bairro: COHAB 1 Cidade: TRINDADE - PE Telefone: 8796598305

Sexo: Feminino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 12/12/1960 Idade: 57

Mãe: MARIA MADALENA MORAIS Responsável:

RX = FRATURA DE RADIO DISTAL COM DESVIO
CD: SOL PRE OP, AINES, TALA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

Óbito às _____ H _____ Min

DESTINO DO PACIENTE

() RESIDÊNCIA () INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

Data: ____/____/____

ASSINATURA - CARIMBO - CRM / CRO

Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR

CRM: 23218

ARJANA SEGUROS

14 SET 2019

Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM: 23218



Post 81915

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

DADOS DO PACIENTE

DATA INTERNAÇÃO: 08/06/2018 11

NOME: ROSEANE SOARES CRUZ
ENDEREÇO: RUA SANTA INACIA
MUNICÍPIO: TRINDADE
NATURALIDADE: IPUBI
PROFISSÃO: AGRICULTOR
MÃE: MARIA MADALENA MORAIS
PAI: IGNORADO
NOME DO RESPONSÁVEL:
CNS: 898002906124283

DATA NASCIMENTO: 12/12/1960 PRONTUÁRIO: 275
IDADE: 57 anos(s) 5 mese(s) 29 dia(s)
BAIRRO: COHAB 1 Nº: 40
SEXO: FEMININO COR: MORENA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A)
RG: 3024454 CPF:
ALA: TRAUMATO-ORTOPEDIA Leito: ENF 5VI
PARENTESCO:
ESCOLARIDADE: *5/14*

OCORRÊNCIA

LOCAL DO ACIDENTE: _____ DATA: _____ HORA: _____

NATUREZA DO ACIDENTE

- | | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Casual | <input type="checkbox"/> Acid. Trânsito | <input type="checkbox"/> Intoxicação | <input type="checkbox"/> Tent. Suicídio |
| <input type="checkbox"/> Queda | <input type="checkbox"/> Acid. Trabalho | <input type="checkbox"/> Agressão | <input type="checkbox"/> Outras Causas |

ATENÇÃO MÉDICA

ATENDIMENTO: Clínico Cirúrgico

QUEIXA PRINCIPAL: *1. Dor no ombro direito, 2. Incontinência urinária*
H.D.: *1. Anestesia*

EXAME

PRESSÃO ARTERIAL: _____ PULSO: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

ESTADO GERAL: _____

A.C.V.: _____

A.R.: _____

A.D.: _____

A.G.U.: _____

PARTICULARIDADES OUTRAS: _____

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: _____

ARUANA SEGUROS
14 SET 2018

CONDIÇÃO DE ALTA

MOTIVO DE ALTA

- | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|------------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado | <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> Óbito em _____ | <input type="checkbox"/> +48 Horas | <input type="checkbox"/> Decisão Médica | <input type="checkbox"/> Indis |
| <input type="checkbox"/> Melhorado | <input type="checkbox"/> Piorado | Hora _____ | <input type="checkbox"/> -48 Horas | <input type="checkbox"/> Alta Pedida | <input type="checkbox"/> Evasi |

TRANSFERIDO PARA: _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

[Handwritten Signature]
RECEPCIONISTA

Dr. Waydson Basílio dos Santos
Ortopeda - Traumatologista
CRM-PE 2700
CREMEPE 18.255

MÉDICO - CREMEPE

Relatório Médico de Alta

Nome: ROSEANE SOARES CRUZ
Reg.: 9190 Pront.: 8195
Sexo: Feminino Dt. Nasc.: 12/12/1960
Conv.: SUS

Idade: 57
Admissão: 08/06/2018 11:00 Alta: 10/06/2018 10:40



Admissão:

FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

Evolução / Conduta:

Diagnóstico:

Principal S62 FRATURA DO ANTEBRAÇO | NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPLAS PARA IDENTIFICAR FRATURA E FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA COMO FECHADA OU ABERT

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
TRAUMATO-ORTOPEDIA	08/06/2018 11:00	10/06/2018 10:40	2 dia(s)

Orientação:

- 1) REVISAO NO AME COM 30 DIAS
- 2) CURATIVO A CADA 3 DIAS
- 3) RECOLOCAR TALA APÓS CURATIVOS.

Condição de Alta:

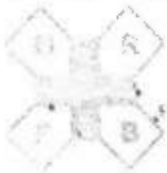
Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM: 23218

Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10876/TEOT 11928

ARUANA SEGUROS

14 SET 2018



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA
OURICURI - PERNAMBUCO

BOLETIM DE CIRURGIA

PACIENTE: Romane Soares Cruz DATA: 14/09/2013
CIRURGIA REALIZADA: ostomintom do abd. direito CONVENIO: _____
INICIO: _____ TÉRMINO: _____ URGÊNCIA () ELETIVA () SALA Nº _____
ANESTESIA: GERAL () RAQUIANESTESIA () PERIDURAL () SEDAÇÃO () LOCAL ()
INICIO: _____ TÉRMINO: _____
EQUIPE CIRÚRGICA: [Signature]
CURURGIÃO: _____ ANESTESISTA: _____
1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____
CIRCULANTE: _____

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① Pet, um DMH 80.5 anestesia
- ② autômica USD.
- ③ Admissão imediata a prolapso
redução e his k 2.0.
- ④ limpeza, curativos, tose

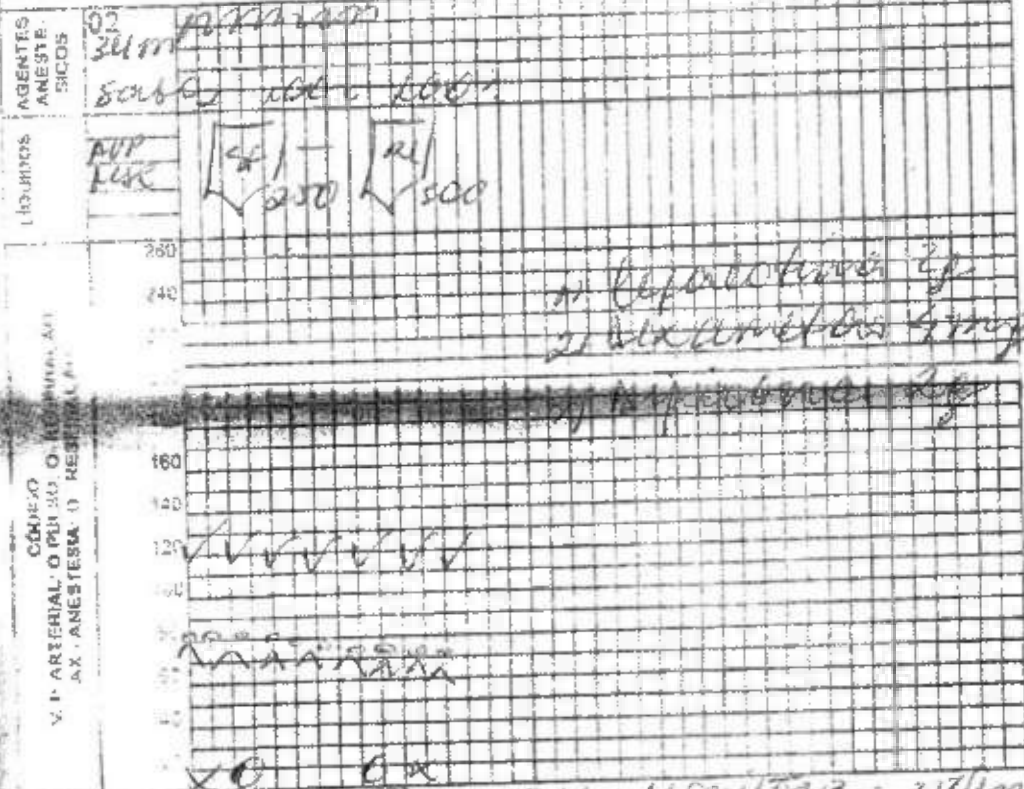
[Signature]
Dr. [Name]
CRM 10376 / FORT 1192

ARUANA SEGUROS
14 SET 2013

SECRETARIA DE SAÚDE DE OURICURI - PE
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM

FOLHA DE ANESTESIA

Paciente: Rosiane S Cruz Casa: 17 Sexo: F Cor: _____
 Hospital: URFB Enfermeira: _____ Nº Prontuário: _____
 Tipo Sanguíneo: O2 Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Respiração: _____ Temperatura: _____ Peso: _____ Altura: _____
 Hemácias: _____ Hemoglobina: _____ Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____
 Urina: _____
 Ap. Respiratório: Sem alterações Asma: _____ Bronquite: _____
 Ap. Circulatório: _____ Eletrocardiograma: _____
 Ap. Digestivo: Sistema completo Dentas: _____ Pele: _____ Aparelho Urinário: _____
 Estado Mental: Consc. orientada Alérgicos: _____ Corticoides: _____ Alergie: _____ Hipotensores: _____
 Diagnóstico Pre-Operatório: fratura luxação de punho Estado Físico: --- Risco: _____
 Diagnóstico Pós-Operatório: _____ Anest. Anteriores: _____
 Médic. Pre-Anestésica: Atropina 1mg - 16:35 Aplicada às: _____ Fêllo: _____



INDUÇÃO
 Satisf. _____ Excit. _____ Tosse: _____
 Laringo Espasmo: _____ Lenta: _____
 Náuseas: _____ Vômitos: _____
 Outros: _____

MANUTENÇÃO
 Anestesia Satisf. Sim _____ Não: _____
 Não, Por quê? _____

DESPERTAR
 Reflexos na SO _____
 Obst: _____ CO _____ Excit: _____
 Náuseas _____ Vômitos: _____
 Outros: _____
 Com Cânula _____
 Para o Leito: Sim _____ Não: _____

CONDIÇÕES
 11 solturações, 2 monitoriz, 21 min de anestesia
 402 ml cateter, 57 sedação su, 61 PPD

SINAIS E ANOTAÇÕES
 Estado: BAU

Preparos: Antonal 100 mg + Midazolam 5mg + Propofol 150mg
 Técnica: Sedação + Analgesia (PLA de Plexo Braqui)

Equipos: Redução + fixação de punho direita
 Cirurgião: Dr. Weydson

Dr. Ana Clara C. Angelim
 Anestesiologista
 CRM-PE: 21.473 / CRM-BA: 20. _____
- Ropivacaína 150 mg (BPA)

ARUANA SEGUROS
 14 SET 2015

Assinar no verso as complicações Ocurridas e Pós-Operatórias
 Perda Sanguínea



TRINDADE
HMMV

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA

VENERI

Rua 25 de Abril, 174 /
Centro / Trindade - PE
56250-000 / (87) 3870-1192

HORÁRIO CHEGADA: 10:01

NOME: Rosane Soares Costa DATA: 11.05.16

ENDEREÇO: Coho 1 Rua João Soares Nº DE ATENDIMENTO:

NOME DA MÃE:

RESPONSÁVEL: A. Soares TEL: PSF:

PACIENTE CHEGOU	NASCIMENTO	TIPO	DOC. IDENTIDADE	
-----------------	------------	------	-----------------	--

<input type="checkbox"/> ANDANDO <input checked="" type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA	12/12/1961 HORÁRIO ATEND: ___ H ___ MIN	<input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO <input type="checkbox"/> CASO POLICIAL <input type="checkbox"/> ACIDENTE DOMÉSTICO <input checked="" type="checkbox"/> DOENÇA COMUM <input type="checkbox"/> ACIDENTE ANIMAL PEÇONHETO	CARTÃO SUS	
--	---	---	------------	--

SEXO:	PROFISSÃO:	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA
-------	------------	------------------	-------------

<input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO	HGT: O2: BPM:	PESO	IDADE
--	---------------------	------	-------

<input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO	HGT: O2: BPM:	PESO	IDADE
--	---------------------	------	-------

SEXO:	PROFISSÃO:	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA
-------	------------	------------------	-------------

<input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO	HGT: O2: BPM:	PESO	IDADE
--	---------------------	------	-------

SEXO:	PROFISSÃO:	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA
-------	------------	------------------	-------------

<input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO	HGT: O2: BPM:	PESO	IDADE
--	---------------------	------	-------

QUEIXA PRINCIPAL	CONDUTA
------------------	---------

Paciente admitida resistindo acentuado da mãe com chi em ombros @ e deformidade.

ANAMNESE

1) Voltaram para casa

2) Encaminhamento ao Oncologista

Quencem

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
--------------	-----------------------

FRATURA DE OMBRO?

Dr. Wellane P. Rodrigues
MÉDICA
CRM 18.969
MÉDICO/CRM

TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU, _____ ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE, DECLARO POR LIVRE ESCOLHA NÃO TER PERMANECIDO SOB OBSERVAÇÃO ATÉ A LIBERAÇÃO MÉDICA, ME RESPONSABILIZANDO POR QUALQUER ACONTECIMENTO POSTERIOR.

ASSINATURA DO PACIENTE: _____

Paciente: Rozane Sousa Cruz

Encaminhamento

do LIRFB

Encaminhamento a paciente supracitada com história de acidente motorciclístico com lesão direta em antebraço @ e possível fratura de antebraço.

Solicito avaliação especializada.

?

Att

Data: 17/05/18

Dra. Wollane P. Rodrigues
MÉDICA
CRM-CE 18.960

Médico

Voltando a consulta queira trazer esta receita



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 17/05/2018 21:06 N. Tratamento: 3

Nome: **ROSEANE SOARES CRUZ**

Pront.: 8195

End.: RUA SANTA INACIA, 40

Bairro: COHAB 1 Cidade: TRINDADE - PE Telefone: 8796598305

Sexo: Feminino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 12/12/1960 Idade: 57

Mãe: MARIA MADALENA MORAIS Responsável:

BOLETIM DE ATENDIMENTO

CR- ORTOPEDISTA - Amarelo

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

-QUEIXA
- PCT VITIMA DE TRAUMA APRESENTANDO DOR E EDEMA EM ANTEBRAÇO DIREITO. AVALIAÇÃO ORTOPEDICA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLINICAS

- DOR 5

DOR 5

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA:

Peso:

PA: x mmHg

Altura:

HGT: mg/dL

IMC: ()

Temperatura: 0

Paciente chegou: () Andando () De Auto () Ambulância

Ambulância: Saída _____ Chegada _____

() Acidente de Trabalho () Caso Policial

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

SOLICITAÇÕES / RESULTADOS DE EXAMES:
QUEDA DE MOTO (SIC) COM DOR EM PUNHO D
Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM: 23218

Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376/TEOT 11928



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 17/05/2018 21:06 N. Tratamento: 3

Nome: **ROSEANE SOARES CRUZ**

Pront.: 8195

End.: RUA SANTA INACIA, 40

Bairro: COHAB 1 Cidade: TRINDADE - PE Telefone: 8796598305

Sexo: Feminino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 12/12/1960 Idade: 57

Mãe: MARIA MADALENA MORAIS Responsável:

RX = FRATURA DE RADIO DISTAL COM DESVIO
CD: SOL PRE OP, AINES, TALA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

Óbito às _____ H _____ Min

DESTINO DO PACIENTE

() RESIDÊNCIA () INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

Data: ____/____/____

ASSINATURA - CARIMBO - CRM / CRO

Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM: 23218

Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM: 23218

Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376/TEOT 11928



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o(a) **Sr.(a) ROSEANE SOARES CRUZ**, foi atendido (a) neste serviço no dia 17/05/2018 CID: S52.

ESCOLHA UMA DAS SEGUINTE OPÇÕES

- () Necessitado de 120 dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).
- () Estando apto para voltar ao trabalho.
- () Como acompanhante
- () Outros: _____

OURICURI, 17 de Maio de 2018

Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM: 23218

Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM-10376/TEOT 11928



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 17/05/2018 21:08 N. Tratamento: 3

Nome: **ROSEANE SOARES CRUZ** Pront.: 8195
End.: RUA SANTA INACIA, 40
Bairro: COHAB 1 Cidade: TRINDADE - PE Telefone: 8798598305
Sexo: Feminino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 12/12/1960 Idade: 57
Mãe: MARIA MADALENA MORAIS Responsável:

Dia 29/05

SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA

Tipo da Cirurgia: *Eleiva*

Descrição Cirúrgica:
OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE RADIO DISTAL D

Exames Pré Operatórios:

- HEMOGRAMA
- GLICEMIA
- UREIA
- CREATININA
- COAGULOGRAMA

OPME:

FIOS KIRSCHNER

ECG COM PARECER CARD

29/05/18
UF
11/5/18

TS - 1.00
TC - 1.00
R7Hojc

ROSEANE
4:00h
4:15h

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:
S52.5

2008 Junho 2018

[Signature]
Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15374 / CBO 1320



SANTA CASA DE MISERICORDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
ESTADO DO PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

NOME: ROSEANE SOARES CRUZ
DATA: 17/05/2018

RECEITUÁRIO

1) NOVALGINA 1g _____ 01 caixa
tomar 01 comprimido de 8 em 8 horas se tiver dor

2) IBUPROFENO 600MG _____ 20 COMP
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12 EM 12 HRS

Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM: 23218

Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10378/TEOT 11928

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) **ROSEANE SOARES CRUZ**, foi atendido (a) neste serviço no dia 10/06/2018 CID: S52.

ESCOLHA UMA DAS SEGUINTE OPÇÕES

- (X) Necessitado de 90 dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).
- () Estando apto para voltar ao trabalho.
- () Como acompanhante
- () Outros: _____

OURICURI, 10 de Junho de 2018

Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376/TEOT 11928

Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM: 23218



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CISAPE - Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA
OURICURI - PERNAMBUCO

NOME: ROSEANE SOARES CRUZ
ENDEREÇO: RUA SANTA INACIA, 40, COHAB 1 .TRINDADE -PE
DATA: 10/06/2018

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

- 1) CEFALEXINA 500MG _____ 32 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 6 EM 6 HORAS
- 2) IBUPROFENO 600MG _____ 20 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12 EM 12 HORAS SE DOR
- 3) PARACETAMOL 500MG + CODEINA 30MG ____ 01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 8 EM 8 HORAS SE DOR FORTE.

Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376/TEOT 11928

Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM: 23218

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

IDENT: _____ Órgão Emissor _____

End: _____

Cidade: _____ UF _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. do Farmacêutico _____ Data _____



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 17/05/2018 21:06 N. Tratamento: 6

Nome: **ROSEANE SOARES CRUZ**

Pront.: **8195**

End.: RUA SANTA INACIA, 40

Bairro: COHAB 1 Cidade: TRINDADE - PE Telefone: 8798598305

Sexo: Feminino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 12/12/1960 Idade: 57

Mãe: MARIA MADALENA MORAIS Responsável:

RX = FRATURA DE RADIO DISTAL COM DESVIO
CD: SOL PRE OP, AINES, TALA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

Óbito às _____ H _____ Min

DESTINO DO PACIENTE

() RESIDÊNCIA () INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

Data: ____/____/____

ASSINATURA - CARIMBO - CRM / CRO

Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR

CRM: 23218

Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM: 23218

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

DADOS DO PACIENTE

DATA INTERNAÇÃO: 08/06/2018 11

NOME: ROSEANE SOARES CRUZ
ENDEREÇO: RUA SANTA INACIA
MUNICÍPIO: TRINDADE
NATURALIDADE: IPUBI
PROFISSÃO: AGRICULTOR
MÃE: MARIA MADALENA MORAIS
PAI: IGNORADO
NOME DO RESPONSÁVEL:
CNS: 898002906124283

DATA NASCIMENTO: 12/12/1960 PRONTUÁRIO: 6
IDADE: 57 anos(s) 5 mese(s) 29 dia(s)
BAIRRO: COHAB 1 N°: 40
SEXO: FEMININO COR: MORENA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A)
RG: 3024454 CPF:
ALA: TRAUMATO-ORTOPEDIA Leito: ENF 5 VI
PARENTESCO:
ESCOLARIDADE:

OCORRÊNCIA

LOCAL DO ACIDENTE: _____ DATA: _____ HORA: _____

NATUREZA DO ACIDENTE

- Casual Acid. Trânsito Intoxicação Tent. Suicídio
 Queda Acid. Trabalho Agressão Outras Causas

ATENÇÃO MÉDICA

ATENDIMENTO: Clínico Cirúrgico

QUEIXA PRINCIPAL: *Fratura de braço direito*

HD: *Dr. Carlos*

EXAME

PRESSÃO ARTERIAL: _____ PULSO: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

ESTADO GERAL: _____

A.C.V: _____

A.R: _____

A.D: _____

A.G.U: _____

PARTICULARIDADE OUTRAS: _____

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: _____

CONDIÇÃO DE ALTA

- Curado Inalterado Óbito em _____ Hora _____
 Melhorado Falecido +48 Horas 12 Horas

MOTIVO DE ALTA

- Decisão Médica Indisponibilidade
 Alta Pedida Evolução
 Transferida

TRANSFERIDO PARA: _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

[Handwritten Signature]
RECEPCIONISTA

Dr. Waydson Basilio dos Santos
Ortopedista - Traumatologista
CRM-OR-0700
CREMEPE: 18.255

MÉDICO - CREMEPE

Relatório Médico de Alta



Nome: ROSEANE SOARES CRUZ

Reg.: 9190 Pront.: 8195

Sexo: Feminino Dt. Nasc.: 12/12/1960

Conv.: SUS

Idade: 57

Admissão: 08/06/2018 11:00

Alta: 10/06/2018 10:40

Admissão:

FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

Evolução / Conduta:

Diagnóstico:

Principal S52 FRATURA DO ANTEBRAÇO | NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPLAS PARA IDENTIFICAR FRATURA E FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA COMO FECHADA OU ABERTA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
TRAUMATO-ORTOPEDIA	08/06/2018 11:00	10/06/2018 10:40	2 dia(s)

Orientação:

- 1) REVISAO NO AME COM 30 DIAS
- 2) CURATIVO A CADA 3 DIAS
- 3) RECOLOCAR TALA APÓS CURATIVOS.


Condição de Alta:

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM: 23218

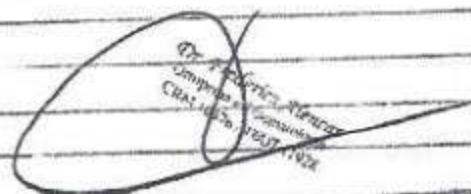
Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376/TEOT 11928

BOLETIM DE CIRURGIA

Paciente: Rosane Soares Cruz DATA: 1 / 1
Cirurgia realizada: osteomínter de fr. nádo
ANO: _____ TERMO: _____ GÊNERO: MASCULINO FEMEA SALMO: _____
ANESTESIA: GERAL RAQUIANESTESIA PERIDURAL SEDAÇÃO LOCAL
INICIAR: _____ TÉRMINO: _____
EQUIPE CIRÚRGICA:  ANESTESISTA: _____
1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____
CIRCULANTE: _____

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

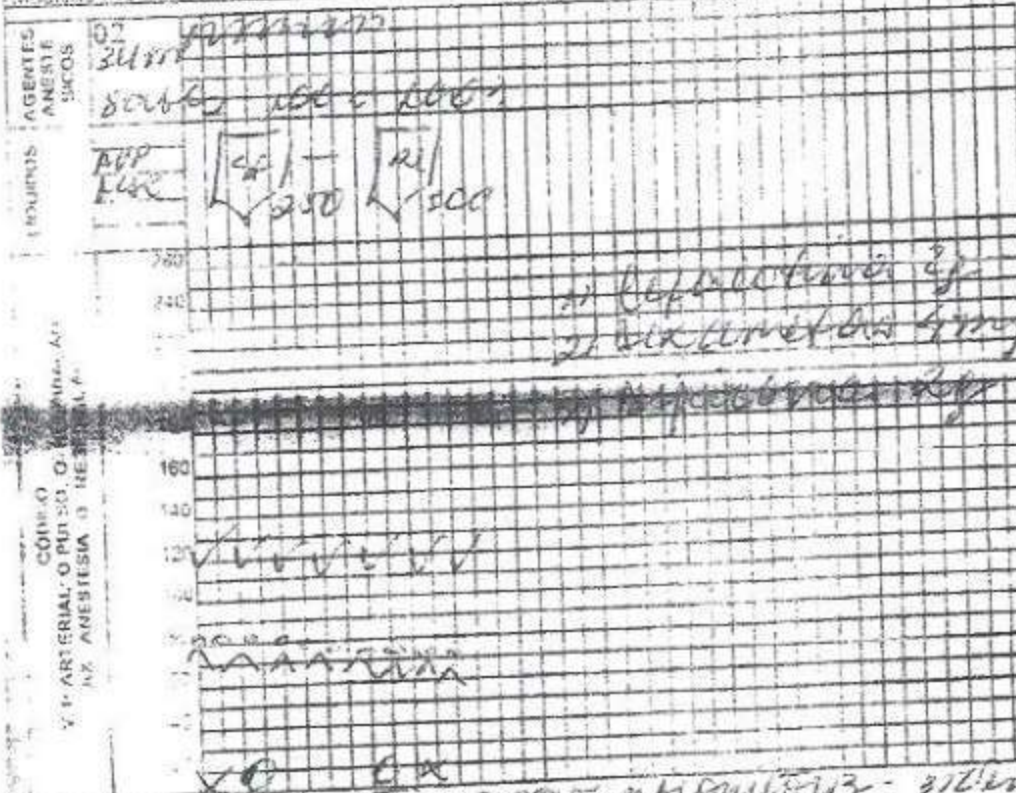
- ① Pet, um MMH 503 anastomose
- ② autômica udd.
- ③ Adesão imune a prótese
- ④ manutenção de 150 k 2.0.
- ⑤ limpeza, curativos, tola


CRM 10376/1907 11923

SECRETARIA DE SAÚDE DE OURICURI - PE
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Roberto S Cruz Idade: 54 Sexo: M Cor:
 Nº Prontuário: 11213
 Enfermeiro: URPB
 Tipo Sanguíneo: B Pressão Arterial: 110/70 Pulso: 60 Respiração: 16 Temperatura: 36.5 Peso: 70 Altura: 1.70
 Hemóclotado: 45 Hematócrito: 15 Hemoglobina: 10 S-O₂: 98 Uréia: 15 Outros:
 Urina: Asma: Bronquite:
 Ap. Respiratório: Sem alterações Eletrocardiograma:
 Ap. Circulatório: Aparelho Urinário:
 Ap. Digestivo: Sistema completo Fígado: Pâncreas: Alergia: Hipotensão:
 Estado Mental: Bom Antecedentes: Parto: Partos: Anest. Anteriores:
 Diagnóstico Pré-Operatório: Prostata aumentada Risco:
 Diagnóstico Pós-Operatório: Aplicada às: Efeito:
 Medicação Pré-Anestésica: AC - 100 - 35



INDUÇÃO
 Satisf. Excit. Tosse:
 Laringo Espasmo: Lenta:
 Náuseas: Vômitos:
 Outros:

MANUTENÇÃO
 Anestesia Satisf. Sim Não
 Não. Por quê?

DESPERTAR
 Reflexos na SO
 Obstr. CO Excit.
 Náuseas Vômitos:
 Outros:
 Com Cânula
 Para o Leito: Sim Não:

CONDIÇÕES
 1) 100ml de 2% em 10 minutos - 100ml de 2%
 2) 100ml de cânula; 57 segundos de 100ml de 2%

PREPARAÇÃO: DAH
 Medicamentos: Fluparil 100mg + Midazolam 5mg + Propofol 150mg
Sedação + Analgesia (1kg de Propofol)
Redução + Inalação de Oxigênio úmido
Respiração + 2x Waydroon
 Anestesiologista: Dr. Antônio C. Angelini
 CRM-PE: 21.473 CRM-BA: 20.000
 Observações: Repiracana 150mg (EPB)
 Perda Sanguínea:
 Anest. no nível: ES Condições: 0 Condições Pós-Operatórias:

FARMACIA MODESTO
 FARMACIA MODESTO LTDA ME CNPJ: 12.006.120/0001-85
 RUA PRESIDENTE DUTRA, 52 - CENTRO - TRINDADE - PE -
 58250-000 - FONE: 87 3870-2033

**DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL
 DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA**

#|COD|DESC|QTD|UN|VL UN R\$|(VLTR R\$)|VL ITEM R\$
 01 30185 PARACET+F CODE 30 30,00

1 UNID X 30 30,00
 Desconto -2,00
 Valor Líquido 28,00

QTD. TOTAL DE ITENS
VALOR TOTAL R\$
FORMA DE PAGAMENTO
 Dinheiro 001
 Valor Pago 28,00

Número 000014932 - Série 003
 Emissão 12/08/2018 11:44:36 - Via Consumidor
 Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce-web/consultarNFCe>
 2618 0612 0061 2000 0185 6500 3000 0149 3210 0200 4527
 Protocolo de Autenticação 326180241074292 12/08/2018 11:44:37

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



Vendedor: NAISA Venda: 200452

FARMACIA MODESTO
 FARMACIA MODESTO LTDA ME CNPJ: 12.006.120/0001-85
 RUA PRESIDENTE DUTRA, 52 - CENTRO - TRINDADE - PE -
 58250-000 - FONE: 87 3870-2033

**DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL
 DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA**

#|COD|DESC|QTD|UN|VL UN R\$|(VLTR R\$)|VL ITEM R\$
 01 30185 PARACET+F CODE 30 30,00

1 UNID X 30 30,00
 Desconto -2,00
 Valor Líquido 28,00

QTD. TOTAL DE ITENS
VALOR TOTAL R\$
FORMA DE PAGAMENTO
 Dinheiro 001
 Valor Pago 28,00

Número 000014932 - Série 003
 Emissão 12/08/2018 11:44:36 - Via Consumidor
 Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce-web/consultarNFCe>
 2618 0612 0061 2000 0185 6500 3000 0149 3210 0200 4527
 Protocolo de Autenticação 326180241074292 12/08/2018 11:44:37

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



Vendedor: NAISA Venda: 200452

Digifarma

Digifarma

FARMACIA MODESTO

FARMACIA MODESTO LTDA ME CNPJ: 12.008.120/0001-85
RUA PRESIDENTE DUTRA, 52 - CENTRO - TRINIDADE - PE -
56250-000 - FONE: 87 3870-2033

FARMACIA MODE
FARMACIA MODESTO LTDA ME CNPJ: 12.008.120/0001-85
RUA PRESIDENTE DUTRA, 52 - CENTRO - TRINIDADE - PE -
56250-000 - FONE: 87 3870-2033

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

#COD|DESC|QTD|UN|VL UN R\$|VLTR R\$|VL ITEM R\$
01 10530 ROVALGIXA 10 CX 10 CPR
1 UND X 18 18,44

#COD|DESC|QTD|UN|VL UN R\$|VLTR R\$|VL ITEM R\$
01 10530 ROVALGIXA 10 CX 10 CPR
1 UND X 18 18,44

Desconto
Valor Líquido
02 21216 ALGY-FLANDERIL 600MG C
1 UND X 8 8,00

Desconto -1,01
Valor Líquido 17,43

Desconto
Acréscimo
Valor Líquido

Desconto -0,44
Acréscimo +0,01
Valor Líquido 7,51

QTD. TOTAL DE ITENS
VALOR TOTAL R\$
FORMA DE PAGAMENTO
Dinheiro

QTD. TOTAL DE ITENS 002
VALOR TOTAL R\$ 25,00
FORMA DE PAGAMENTO Dinheiro
Valor Pago 25,00

Número 000021410 - Série 003
Emissão 17/07/2018 12:57:28 - Via Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce-web>
2618 0712 0061 2000 0185 6500 3000 0214 1910 0213 0034
Protocolo de Autorização: 328180312857458

Número 000021410 - Série 003
Emissão 17/07/2018 12:57:28 - Via Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce-web>
2618 0712 0061 2000 0185 6500 3000 0214 1910 0213 0034
Protocolo de Autorização: 328180312857458 17/07/2018 12:57:31

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



Vendedor: DAYANE Venda: 213083

Vendedor: DAYANE Venda: 213083

Tributos Incidentes Lei Federal 12.741/12 - Total R\$ 8,02

Tributos Incidentes Lei Federal 12.741/12 - Total R\$ 8,02

Digitalma

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2008924366 - 2	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/2014
NOME	LUANE FEITOSA FERRAZ ARRAES GINO DE ALENCAR		
FILIAÇÃO	PLINIO ARRAES FILHO ANTONIA MÁRCIA FEITOSA ARRAES		
NACIONALIDADE	BRATO - CE	DATA DE NASCIMENTO	28/04/1989
DOC. CIVIL CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 10.859 FOLHA: 037 LIVRO: 8 30 ARARIPINA - PE CPF 054.203.744-04			
1 VIA	<i>Luane Feitosa Ferraz Arraes Gino de Alencar</i> ASSINATURA DO DIRETOR		P.: 56
LEI N° 7.116 DE 28/08/83			

ARUANA SEGUROS
14 SET 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE DEFESA DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E FORTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

 Polegar Direto	
<i>Luane Feitosa Ferraz Arraes Gino de Alencar</i> IDENTIFICADO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 11R-28
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TANQUE SURE



Roseane Soares Cruz

SECRETARIA DE SEGURANÇA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.624.454 DATA DE EMISSÃO 26.06.1995

NOME
ROSEANE SOARES CRUZ

FILIAÇÃO
Maria Madalena Morno

NATURALIDADE Ipupi-PE. DATA DE NASCIMENTO 12.12.1960

CCO CARRER C.N.11.368.L.A-39.F.66.

CIV Cart. Curioso

Eliane Lira
Eliane Caldas Lira

SECRETARIA DE SEGURANÇA

ROZLANE BOARDS CRUZ

12.12.60

Rozlane Boards Cruz

CFF : 511.165.544 - 42

44.080/2497

12/11/8

ABF - Ouricuri

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008924366 - 2 DATA DE EMISSÃO 23/09/2014

NOME LUANE FEITOSA FERRAZ ARRAES GINO DE ALENCAR

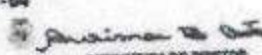
FILIAÇÃO PLINIO ARRAES FILHO

ANTONIA NÁRCIA FEITOSA ARRAES

NACIONALIDADE CRATO - CE DATA DE NASCIMENTO 28/04/1989

DOC. ORDEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 10.059 FOLHA: 037 LIVRO: 030 ARARIPINA - PE

CNP 054.203.744-04

1 VIA  P.: 56

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20-08-83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
SISTEMA AUTOMÁTICO DE EMISSÃO DE CTPC
REGULAMENTADO POR RESOLUÇÃO Nº 10.001/2008

 **Papeis Dúctis** 

Luane Feitosa Ferraz Gino de Alencar

CARTERA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE 012237941310

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 1089610219 ***** 2016

RAI, DA SILVA

TRINDADE-PE

115.869.554-28

PDT1426

***** 9C2JB0100GR509234

VEICULO: B3 MOTOCICLETA

GASOLINA

HONDA/POP 110I

2016 2016

EP/109CL

PARTIC

PRETA

IPVA 2016 QUITADO

1

SEGURO PAGO

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

TRINDADE-PE 20/06/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA E PESSOAS TRANSPORTADAS OU NA O SEGURO DPVAT

PE Nº 012237941310 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RAI DA SILVA

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1204

TRINDADE-PE

2016

20/06/16

1

115.869.554-28

PDT1426

1089610219

HONDA/POP 110I

2016

09

9C2JB0100GR509234

PREMIO TARIFARIO

COPIA ÚNICA	PAGAMENTO	PARCELADA	DATA DE CANCELAMENTO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

ARUANA SEGUROS
14 SET 2019

0102-100

012237941310

1 1089610219 ***** 2016

RAI DA SILVA

TRINDADE-PE

115.869.554-38 PDT1426

***** 9C2JB0100GR503234

PAR MOTOCICLETA RESOLINA

HONDA/POP 110I 2016 2016

EP/109CL PARTIC PRETA

IPVA 2016 QUITADO *****

1 ***** *****

SEGURO PAGO

S.A. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

TRINDADE-PE 20/06/16

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

012237941310

RAI DA SILVA

TRINDADE-PE 2016 20/06/16

1 115.869.554-38 PDT1426

1089610219 HONDA/POP 110I

2016 09 9C2JB0100GR503234

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.748.838/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NAO E DE PORTE OBRIGATORIO

087-2015

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Rosilene Soares Bez
 DATA DO ACIDENTE 14/05/2018 CPF DA VÍTIMA 543.165.544-72
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Luane Feitosa Feerez, Aécio Gino de Almeida
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Av. Central
 Nº 541 COMPLEMENTO Ap 104 BAIRRO Central
 CIDADE Tremedade UF PE CEP 56.250-000
 E-MAIL luanezguero@hotmail.com TELEFONE 84.99208.8432

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

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, 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)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE 00089243062
 ASSINATURA Luane Feitosa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME ARUANA SEGUROS
 ASSINATURA Nathalia F. Souza

Feerez Aécio Gino de Almeida

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Roseane Soares Cruz
Nacionalidade: Brasileira, Estado civil: Solteira
Profissão: Agricultora, Portador(a) do RG: 3.021.454
Órgão expedidor: SSP-PE, N° do CPF: 511.165.544-72
Residente no(a): Rua da Invasão, N° 42
Bairro: Linha, Município: Trindade - PE

OUTORGADO:

Nome: Luane Fátima Ferez Alves Gino de Menezes
Nacionalidade: Brasileira, Estado civil: Casada
Profissão: Autônoma, Portador(a) do RG: 20089243662
Órgão expedidor: SSP-CE, N° do CPF: 054.203.744-04
Residente no(a): Av. Central, N° 1341
Bairro: Central, Município: Trindade - PE

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o outorgante, nomeia e constitui como seus procuradores, os outorgados acima qualificado, para representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios de Seguro DPVAT, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditado em conta bancária, conforme ficha de autorização de pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo, junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário, assinar, substabelecer, dar quitação e praticar em fim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato. O outorgado não se responsabiliza por possíveis inverdades ditas pelo outorgante com o fito de fraudar a seguradora, que trabalha dentro dos termos da lei, seguindo os princípios da boa-fé e moralidade.

DECLARAÇÃO: O(A) Outorgante declara para fins de direito e sob as penas da lei, que todos os fatos narrados e documentações acostadas ao processo é de sua integral responsabilidade.

Local e Data: Trindade - PE, 20/08/2018

[Assinatura]
Assinatura do Outorgante (Reconhecer firma por Autenticidade)

ARUANA SEGUROS

14 SET 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337414/18

Vítima: ROSEANE SOARES CRUZ

CPF: 541.165.544-72

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 17/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSEANE SOARES CRUZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LUANE FEITOSA FERRAZ ARRAES GINO DE ALENCAR : 054.203.744-04

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

ROSEANE SOARES CRUZ : 541.165.544-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/09/2018
Nome: LUANE FEITOSA FERRAZ ARRAES GINO DE ALENCAR
CPF: 054.203.744-04

ANE FEITOSA FERRAZ ARRAES GINO DE ALENC

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123569/20

Vítima: ROSEANE SOARES CRUZ

CPF: 541.165.544-72

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 17/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSEANE SOARES CRUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUANE FEITOSA FERRAZ ARRAES GINO DE ALENCAR : 054.203.744-04

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

ROSEANE SOARES CRUZ : 541.165.544-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/04/2020
Nome: ROSEANE SOARES CRUZ
CPF: 541.165.544-72

ROSEANE SOARES CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO