

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

C-11

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO



Maria Terezinha da Silva

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5455844 DATA DE EXPEDIÇÃO 10.08.1995

NOME MARIA IVANISE DA SILVA

FILIAÇÃO Mariano Delmiro da Silva
Maria Jose da Silva

NATURALIDADE Macaparana-PE. DATA DE NASCIMENTO 30.04.1973

DCC ORDEM C.N.10.675-L.136-Fls.142
Cart.de Macaparana-PE.

Bela. Eliane Caldas Lira
Bela. Eliane Caldas Lira

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA IVANISE DA SILVA, Casada, Copeira, portador da cédula de identidade sob o RG de nº 5455811 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o n.º 058.797.624-16, residente e domiciliado Rua Engenho capelinha, nº 48, Bairro: Imbiribeira, na Cidade Recife, Estado de Pernambuco. Que surta seus efeitos legais.

Recife, 13 de Dezembro de 2018.

x Maria Ivanise da Silva

Scanned with CamScanner





CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 25/04/02

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DO CLIENTE
A JOSEFA DE OLIVEIRA
S PIPOQUEIRA VENEZA, RUA 21

196 941 124-04

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AFOGADOS/RECIFE
RECIFE PE
50820-500

EFICACIA
SIDENCIAL
ENCIAL

3322

UNICA

25/07/2019

2019

230022/350

2643412

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE

239,00000000

PREÇO (R\$)

0,78063035

VALOR (R\$)

185,57

0407642015

07/2019

01708/2019

26/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

220,02

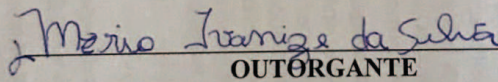
INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARIA IVANISE DA SILVA, brasileira, casada, copeira, portadora do RG nº 5455844 SDS/PE, inscrita no CPF sob o nº 058.797.624-16, residente na Rua Engenho Capelinha, nº 48, Imbiribeira, Recife- PE. CEP: 51150-070.

OUTORGADOS: ANDRÉ LUIZ RODRIGUES BARROS, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 50.585 D, com endereço profissional na Rua Santa Cruz do Capibaribe, 303, Bl 02, Apto 04, Portal dos Prazeres, Jaboatão dos Guararapes/PE, CEP 54368-060 e MARIA DAS GRAÇAS LUCENA AMANCIO TAVARES DE SÁ PRAGANA, brasileira, solteira, Bacharela em Direito, OAB/PE 13.326 E, com endereço profissional à Rua da Aurora, 1035, Santo Amaro, Recife/PE

PODERES: O OUTORGANTE confere aos outorgados poderes da cláusula *ADJUDICIA ET EXTRA* para representá-lo perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, firmar e prestar compromisso, requerer, receber e levantar alvarás judiciais, substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

Recife/PE, 10 de Setembro de 2019.


OUTORGANTE

Scanned with CamScanner



DECLARAÇÃO

Eu, MARIA IVANISE DA SILVA, Casada, Copeira, portador da cédula de identidade sob o RG de nº 5455811 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 058.797.624-16, residente e domiciliado Rua Engenho capelinha, nº 48, Bairro: Imbiribeira, na Cidade Recife, Estado de Pernambuco. Desejando obter os benefícios da "*Justiça Gratuita*", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz *jus* aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Recife, 13 de Dezembro de 2018

Maria Ivanise da Silva

Scanned with CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0099002048**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/07/2017** às **11:31**

Complementa o BO Número: **17E0099002047**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **11/4/2017** às **07:40**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA MARECHAL MASCARENHAS DE MORAIS, 1** - Bairro: **IMBIRIBEIRA** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

UBIRAJARA ALMEIDA DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
MARIA IVANISE DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **UBIRAJARA ALMEIDA DA SILVA**

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

MARIA IVANISE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA** Pai: **MARIANO DELMIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **30/4/1973** Naturalidade: **MACAPARANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3455814/SSP/PE (RG). 05879762416 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COPEIRO** Telefones Celulares: **- 984319980**

Endereço Residencial: **RUA SÃO JOSE DO BELMONTE, 61 - CEP: 55000-000 - Bairro: PIXETE - SÃO LOURENÇO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

UBIRAJARA ALMEIDA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **UBIRAJARA ALMEIDA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **UBIRAJARA ALMEIDA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/SIENA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIK9277** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Descrição: **TAXI**

ARUANA SEGUROS
12 JUL 2018

Complemento / Observação

Scanned with CamScanner



A QUEIXOSA INFORMA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AV. MAL. MASCARENHAS DE MORAES, QUANDO REPENTINAMENTE O VEICULO ACIMA DESCRITO - TAXI - LHE ATROPELOU NA FAIXA AZUL DA REFERIDA AVENIDA, SENDO SOCORRIDA PELO GBAPH QUE A CONDUZIU PARA O HOSPITAL DOM HELDER, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO.

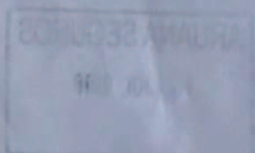
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Maria Ivanise da Silva
MARIA IVANISE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **WELLINGTON GILENO DE NOVAES** - Matrícula: **221147-5**



Imprimir



Scanned with CamScanner





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH001147 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). MARIA IVANISE DA SILVA, 44 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 5455844 SSP PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 058.797.624-16, residente à RUA SAO JOSE DO BELMONTE, nº 61, , PIXETE, SAO LOURENCO DA MATA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 11/04/2017, por volta das 08:19 hs, no endereço: AV. MASCARENHAS DE MORAIS, S/N, IMBIRIBEIRA RECIFE-PE, referente a um(a) APROELAMENTO, envolvendo AUTOMOVEL FIAT/SIENA TETRAFUEL 1.4 BRANCA KIK9277-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) MARIA IVANISE DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 058.797.624-16 e Registro Geral ° 5455844, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710381-6 CLEITON. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 92946. Ficou aos cuidados do médico XX, registro 10457. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 02/08/2017

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH001147

ARUANA SEGUROS
12 JUL 2018

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

Scanned with CamScanner



Atendimento: 368404

Data e Hora: 11/04/2017 09:39

Classe da Classificação:

0019

Bomb

Paciente: 92946 MARIA IVANISE DA SILVA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 30/04/1973 Idade: 43 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: SEM INFORMACAO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR

CRM: 14583

Endereço: RUA SAO JOSE DO BELMONTE -- BAIRRO PIXETE 61

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: SAO LOURENCO DA MATA PE

Usuário Atendimento: EDICLECIAUS

RG (Identidade): 5455844

SDS

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 05879762416

Fone:

Cartão SUS: 206054340470009

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

*Relato de sintomas de hipertensão
há 2 horas, episódios de náusea
em vômito, dor de cabeça, tontura,
choque de síncope.*

Exame Físico

*Exame físico normal.
TA 160/90 mmHg.
FC 100 bpm.*

ARUANA SEGUROS

12 JUL 2018

Hipótese Diagnóstica

Pat. Hipertensão.

Conduta Terapêutica

1

Prescrição Médica

Trat 100mg + 50mg 100ml EV 13/40

*Soluto. Bupropiona 150mg Coml
Paral-1A + 100mg 50% EV 13/40*

Trat 100mg + 100mg SE 08/25

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

*Paralela transferida p/ Natação do Respiro da
Respiração*



HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
CENTRO DIAGNÓSTICO
TOMOGRAFIA



Data: 11/04/2017
Hora: 18:31:26
SAME: 92946

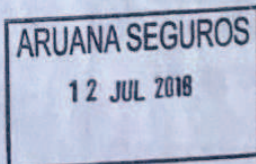
Pedido: Atendimento: 368404 Idade: 43a 11m 13d
Paciente: 92946 MARIA IVANISE DA SILVA
Médico Solicitante: CRM - 14583 EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR
Data da Solicitação: 11/04/2017 Hora: 11:25:18 Dt. Realiz.: 11/04/2017
Convênio: SUS/SIA AMB/URG Origem da Solicitação: BOMBEIRO
Unidade Internação: Enfermaria: Leito:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA BACIA

Técnica: Foram realizados cortes tomográficos computadorizados nas coxofemorais. Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura dos ramos isquiopúbico e iliopúbico à esquerda.
- Sínfise púbica preservada.
- Configuração anatômica das cabeças dos fêmures e acetábulos.
- Espaços coxofemorais conservados. Superfícies articulares lisas.
- Espessamento do músculo obturador interno à esquerda.

Dr(a): Bruno Brandão Pernambuco
CRM: 18107



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 11/04/2017 09:35

Nome Paciente: MARIA IVANISE DA SILVA
Cód. Paciente: 92946
Data de Nascimento: 30/04/1973
Sexo: Feminino
Idade: 43
Senha: 0019
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 368404
SAME:

Período: 11/04/2017 09:41 - 11/04/2017 09:43

ANGELICA CAVALCANTI CARVALHO DA SILVA - COREN: 11190 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE CARRO, COM QUEIXA DE DOR EM MID NGA DESMAIO E VOMITO APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MMII + MMSS + CORTE EM SUPERCÍLIO NGA HAS- DM- ALERGIA MEDICAMENTOSA

Evacuação: BOMBEIRO JABOATÃO / PRAZERES

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ARUANA SEGUROS

12 JUL 2018

HDH - Hospital D. Helder
Natalia Soares
Coord. do Ambulatório
COREN 365.119

Acolhido(a) por: ANGELICA CAVALCANTI CARVALHO DA SILVA - COREN: 11190 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/04/2017 09:43

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned with CamScanner



Atendimento: 368404

Data e Hora: 11/04/2017 09:39

Classe da Classificação:

0019

Bomb

Paciente: 92946 MARIA IVANISE DA SILVA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 30/04/1973 Idade: 43 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: SEM INFORMACAO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR

CRM: 14583

Endereço: RUA SAO JOSE DO BELMONTE -- BAIRRO PIXETE 61

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: SAO LOURENCO DA MATA PE

Usuário Atendimento: EDICLECIAUS

RG (Identidade): 5455844

SDS

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 05879762416

Fone:

Cartão SUS: 206054340470009

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Relato de vítima de acidente de trânsito no dia 2 horas, apresentando dor no abdômen no quadrante superior direito, com náuseas e vômitos.

Exame Físico

Exame físico normal. PA: 100/60. FC: 70. T: 36,5. S.O. normal.

ARUANA SEGUROS

12 JUL 2018

Hipótese Diagnóstica

Pat. Trauma.

Conduta Terapêutica

Observação.

Prescrição Médica

*Tramadol 100mg + 50mg 100ml EV 13/40
Solução Analgésica de Ampolas Control
Paral-1A + 100mg 50% EV 13/40
Tramadol 100mg + 100mg SE 08/25*

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

Relato de vítima de acidente de trânsito no dia 2 horas, apresentando dor no abdômen no quadrante superior direito, com náuseas e vômitos.

LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 09/05/17

Nº PRONTUÁRIO: 92946

NOME DO PACIENTE: Klaris Ivanir da Silva

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: 28º dia de fratura do
ramo proximal (E) do tto,
clp, tratamento conservador

CID: S32.8

OBS.: /

Nº DIAS: () AFASTAMENTO DO TRABALHO

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12.2024

Assinatura do Médico
Carimbo

ARUANA



UNIDADE DE SAÚDE (161)
 Prof. Romero Marques
 Ipiranga Distrito V
 Rua Carlos Gomes, 932 - FV000
 CNPJ: 41.090.291/0001-33
 Fone/Fax: 3355.4440 / 3355.4284

FICHA DE SOLICITAÇÃO AMBULATORIAL

RECIFE
 PREFEITURA DA CIDADE

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SOLICITANTE

CNES: _____ Nome da Unidade Solicitante: _____ Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO(A) USUÁRIO(A) DO SUS

Número do Cartão Nacional de Saúde - CNS: 200054340470009 Data de Nascimento: 30/04/73 Sexo: ☐ M ☒ F Telefone Celular / Fixo: _____

Nome Completo: Maria Imaculada da Silva
 Nome da Mãe: Maria Jose da Silva
 CEP: 50.720-000 Endereço (Rua, Avenida, Travessa, etc): 2 St Edwingen Município: _____ Número: 339
 Complemento: Bairro: Prado

Patologias Crônicas e Condição do(a) Usuário(a): ☒ Diabetes ☒ Hipertensão Arterial ☐ Deficiência: _____ ☐ Alergia: _____

ATENÇÃO! PREENCHER FICHAS SEPARADAS para CONSULTA, EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM, quando solicitados a UM(A) MESMO(A) USUÁRIO(A).

CONSULTA / ATENDIMENTO

☐ Retorno para a Unidade: _____ Profissionais: _____ Quant. de Sessões: 20
 Especialidade da Consulta/Atendimento: Fisioterapia

EXAMES (LABORATORIAIS / IMAGEM / OUTROS)

Descrição do Exame	Descrição do Exame (cont.)	Descrição do Exame (cont.)

JUSTIFICATIVA DE SOLICITAÇÃO

Hipótese Diagnóstica: Fratura do osso isquimpúbico E
 Condições Clínicas que Justificam a Solicitação (Opcional em caso de RETORNO): Dor no quadril
 Resultados de Exames Realizados: _____

CID 10 Principal: _____ CID 10 Secundária: _____

Classifique o Risco do Caso:
☐ Eletivo (AZUL)
☐ Prioritário (VERDE)
☒ Urgência (AMARELO)
☐ Emergência (VERMELHO)

Carimbo e Assinatura Profissional Solicitante:
 Dr.ª Lígia Pina
 Médica
 CRM-PE 15626

Data da Solicitação: _____

Solicitação Enviada para: ☐ FILA DE ESPERA ☐ REGULAÇÃO Código de Solicitação: _____ Data do Envio: _____ Data da Autorização: _____

AUTORIZAÇÃO / AGENDAMENTO

Nº Chave: 24750 03/12/17 08:00
 Unidade Executante: Clínica de Fisioterapia do Recife
 Nome do(a) Profissional Executante: Anderson Andrade
 do Boneco, St6, B. Vista,
 e 3023.4694

ACOLHIMENTO E CONDUTA NA UNIDADE EXECUTANTE

La consulta ocorreu em
 03/12/17 às 08:00h
 com resultado no seu
 quadro clínico, não foram
 constatadas alterações
 João Paulo A. L. Silva JG10711

Scanned with CamScanner

Norma

01	02	03	04	05	06
07	08	09	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24

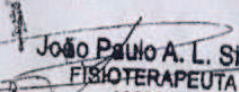
030205001-9

61)

AO AMBULATORIAL

21 6858 250

RECIFE
PREFEITURA DA CIDADE

CNEB:		Nome da Unidade Solicitante:		Telefone:	
IDENTIFICAÇÃO DO(A) USUÁRIO(A) DO SUS					
Número do Documento Nacional de Identidade (DN)		Data de Nascimento:		Sexo: ☐ M ☒ F	
200084340470009		30/04/73		Telefone Celular / Fixo:	
Nome Completo: <u>Maria Jemima da Silva</u>					
Nome da Mãe: <u>Maria José da Silva</u>					
CPF: <u>50.730.000</u>		Endereço (Rua, Avenida, Travessa, etc): <u>R. S. Edmundo</u>		Telefone Celular / Fixo / Contato:	
Complemento:		Bairro: <u>Madro</u>		Município:	
Patologias Crônicas e Condição do(a) Usuário(a)		Número: <u>339</u>			
☒ Diabetes		☒ Hipertensão Arterial		☐ Deficiência:	
		☐ Alergia:			
ATENÇÃO! PREENCHER FICHAS SEPARADAS para CONSULTA, EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM, quando solicitadas a UM(A) MESMO(A) USUÁRIO(A).					
CONSULTA / ATENDIMENTO					
☐ Retorno para a Unidade					
Especialidade da Consulta/Atendimento: <u>Fisioterapia</u>				Profissional:	
				Quant. de Sessões: <u>20</u>	
EXAMES (LABORATORIAIS / IMAGEM / OUTROS)					
Descrição do Exame		Descrição do Exame (cont.)		Descrição do Exame (cont.)	
JUSTIFICATIVA DE SOLICITAÇÃO					
Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura de nanho isquimpúbico E</u>		CID 10 Principal:		CID 10 Secundária:	
Condições Clínicas que Justificam a Solicitação (Opcional em caso de RETORNO): <u>Dor no quadril</u>		Classifique o Risco do Caso:			
		☐ Eletivo (AZUL)			
		☐ Prioritário (VERDE)			
		☒ Urgência (AMARELO)			
		☐ Emergência (VERMELHO)			
Resultados de Exames Realizados:		Carimbo e Assinatura Profissional Solicitante:			
		 Dr.ª Lúcia Paula Medeiros Médica CRM-PE 15826			
		Data da Solicitação:			
Solicitação Enviada para:		Código de Solicitação:		Data de Envio:	
☐ FILA DE ESPERA ☐ REGULAÇÃO					
AUTORIZAÇÃO / AGENDAMENTO					
Nº Chave: <u>24750</u>		03/12/17		08:00	
Unidade Executante: <u>Clínica de Fisioterapia do Recife</u>					
Nome do(a) Profissional Executante: <u>Anderson Anacleto</u>					
do Sonego, 576, B. Vista					
cc 3023.4694					
ACOLHIMENTO E CONDUÇÃO NA UNIDADE EXECUTANTE					
<u>Leve o paciente ao consultório</u> <u>para realização do exame</u> <u>que o paciente não necessita</u> <u>continuar a fisioterapia</u>					
 João Paulo A. L. Silva FISIOTERAPEUTA 100041.E					
UG107118					

SINISTRO 3180319866 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA IVANIZE DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA
SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO MARIA IVANIZE DA SILVA

CPF/CNPJ: 05879762416

Posição em 11-09-2019 20:21:00

O pedido de reanálise do processo não foi concluído, pois não recebemos os documentos complementares solicitados na última correspondência. Como não identificamos, na documentação apresentada anteriormente, novas lesões ou agravamento da(s) sequela(s) já indenizada(s). O pedido de indenização foi finalizado, permanecendo o valor pago.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/08/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

