



Número: **0001152-49.2021.8.17.3510**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Trindade**

Última distribuição : **18/05/2021**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSEANE SOARES CRUZ (AUTOR)		CID PEIXOTO DE CARVALHO (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13094 9785	19/04/2023 09:36	<a href="#">2834164_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Ações processuais\Documento de Comprovação



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TRINDADE/PE - SEÇÃO -**

**PROCESSO: 00011524920218173510**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ROSEANE SOARES CRUZ**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>ª</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

TRINDADE, 18 de abril de 2023.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**OAB/PE 30225**



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/04/2023 09:36:20  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041909362038600000127926115>  
Número do documento: 23041909362038600000127926115

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/04/2023 09:36:20  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041909362038600000127926115>  
Número do documento: 23041909362038600000127926115



Número: **0001152-49.2021.8.17.3510**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Trindade**

Última distribuição : **18/05/2021**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSEANE SOARES CRUZ (AUTOR)		CID PEIXOTO DE CARVALHO (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13094 9788	19/04/2023 09:36	<a href="#">ANEXO 1</a>	Ações processuais\Documento de Comprovação



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Carta nº 15732763

Pag. 01281/01282 - carta\_01 - INVALIDEZ



00010641





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSEANE SOARES CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00772

CONTA: 000000049264-7

---

---

Nr. da Autenticação 26318819E4ABE2F7



## 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 - OSTEOSÍNTESE (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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





### AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

#### INFORMAÇÕES 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 Tremdeade	Estado PE
Email	CEP 56.250-000	Telefone (DDD) 8499909.6818

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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	NR0	
AGÊNCIA NR0	D/V	CONTA NR0	D/V
0472	043	49.264	4
(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.

Tremdeade-PE, 20 de Agosto de 2018  
Local e Data

ARUANA SEGUROS  
14 SET 2018

Roseane Soares Cruz Cruz  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





ARUANA SEGUROS  
14 SET 2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA 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 **17/5/2018** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TRINDADE, 1, POSTO GESSO  
BONITO - 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 (VÍTIMA)**

**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 no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA  
MADALENA MORAIS Data de Nascimento: 12/12/1968 Naturalidade: IPUBI / PERNAMBUCO /  
BRASIL Documentos: 3024484/SSP/PE (RG), 64118654472 (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 no plantão) - Sexo:  
Feminino Mãe: LUIZA MEDEIROS DA SILVA Pai: MANOEL PEREIRA DA SILVA Data de  
Nascimento: 29/8/1973 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TRINDADE, 64, RUA SÃO SEBASTIÃO - CEP:  
55000-000 - Bairro: CENTRO - TRINDADE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO APLICÁVEL (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**RAÍ DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO**

07/08/2018 17:08



**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): **FRANCICLEIDE PEREIRA DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 198** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDT1426** (PERNAMBUCO/TRINDADE) Chassi: **9C2JE8160GR503234**  
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**  
Descrição: **RENAVAM: 1088810210**

**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 MÉDICO EM ANEXO.SEM MAIS.**

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

*Roseane Soares Cruz*  
**ROSEANE SOARES CRUZ**  
**(VÍTIMA)**

B.O. registrado por: **CLAUDIO PEREIRA COUTO** - Matrícula: **359771-9**



07/08/2018 17:08





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 205ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRINDADE  
DP205ªCIRC DINTERZ/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 **17/5/2018** 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 (VÍTIMA)**

**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 no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA  
NADALENA MORAIS Data de Nascimento: 12/02/1968 Naturalidade: (PUB) / PERNAMBUCO /  
BRASIL Documentos: 2024484/SSP/PE (RG), 04118554472 (CPF) Profissão: AGRICULTOR(A)  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TRINDADE, 46, RUA SANTO INÁCIO, COHAB 01 -  
CEP: 55900-000 - Bairro: CENTRO - TRINDADE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**FRANCICLEIDE PEREIRA DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:  
Feminino Mãe: LUIZA MEDEIROS DA SILVA Pai: MANOEL PEREIRA DA SILVA Data de  
Nascimento: 29/08/1973 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TRINDADE, 04, RUA SÃO SEBASTIÃO - CEP:  
55900-000 - Bairro: CENTRO - TRINDADE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO APLICÁVEL (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecida Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**RAÍ DA SILVA (não presente no 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 118** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDT1428** (PERNAMBUCO/TRINIDADE) Chassi: **9C2JE9180GR502224**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**  
Designação: **RENAVAM: 4859618213**

**Complemento / Observação**

**DECLARA A SENHORA ROSEANE SOARES CRUZ (VITIMA) QUE NA DATA E LOCAL SUPRAMENCIONADOS, TRAFEGAVA DE CARONA NA MOTOCICLETA JÁ DESCRITA SENDO ESTA CONDUZIDA PELA SENHORA FRANCICLEIDE QUANDO NAS PROXIMIDADES DO POSTO BESSO BONITO A MOTO DERRAPOU NUMA POSSA DE LAMA OCASIONANDO A QUEDA DE AMBAS. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL E TRANSFERIDA PARA A HOSPITAL DE QURICURI 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**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **CLAUDIO PEREIRA COUTO** - Matrícula: **3897713**



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 interditada 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: Roselene 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.

Treindade-PE 20 de Agosto de 2018  
Local e Data

ARUANA SEGUROS  
14 SET 2018

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

DALI.001 V001/2017



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: ROSANE SOARES OLIVEIRA CPF da Vítima: 711.165.544-72 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 Lider 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

Rosane Soares Oliveira  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI001 V001/2017





**TRINDADE**  
**HMMV**  
HOSPITAL MUNICIPAL MARIA  
VENERI

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

HORÁRIO CHEGADA: 16:01

NOME: Rosane Soares Cruz	DATA: 14.05.19
ENDEREÇO: Coho I Rua Santa Inacia	Nº DE ATENDIMENTO:
NOME DA MÃE:	
RESPONSÁVEL: A mesma TEL:	PSF:

PACIENTE CHEGOU	NASCIMENTO	TIPO	DOC. IDENTIDADE
( ) ANDANDO (x) DE AUTO ( ) AMBULÂNCIA	12/12/1960	( ) ACIDENTE TRABALHO ( ) CASO POLICIAL ( ) ACIDENTE DOMÉSTICO (x) DOENÇA COMUM ( ) ACIDENTE ANIMAL PEÇONHETO	CARTÃO SUS
	HORÁRIO ATEND:		PRESSÃO ARTERIAL
	H MIN		TEMPERATURA
SEXO:	PROFISSÃO:	HGT:	PESO
( ) MASCULINO (x) FEMININO		O2:	IDADE
		BPM:	57 ou 60

QUEIXA PRINCIPAL	CONDUTA
Paciente admitida relatando acidente de moto com dor em antebraço @ e deformidade.	<p>① Voltaram para casa</p> <p>② Encaminhamento a Orla</p>
ANAMNESE	

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>ARUANA SEGUROS</b> 14 SET 2019         </div>

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
( ) VERMELHO ( ) LARANJA ( ) AMARELO ( ) VERDE ( ) AZUL

HIPÓTESE DIAGNÓTICA	<p>Dr. Wallace P. Rodrigues MÉDICO / CRM 14.05.19 GRUPO 18.969</p>
Fratura de antebraço?	

**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, Roseane Soares Cruz

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	Coahab
Cidade	Treindade
Estado	PE
CEP	56.250-000
Telefone de Contato	(087) 9.9817.4718 / (087) 9.9202.8482
E-mail	luanesequros@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Roseane Soares Cruz

ARUANA SEGUROS  
14 SET 2018





Tarifa Social de Energia Elétrica, Criada pela Lei 10.438, de 24/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. José de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50020-902  
 CNPJ 13.638.532/0001-56 | Ins. Est. 0665945-23 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
 MARIA MADALENA DA CONCEIÇÃO

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 RUA DA INVASÃO 42

CPF 018 378 194-85

COHAB/TRINIDADE  
 TRINIDADE PE  
 56250-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
 BT RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

CONTA CONTRATADA: **1946611014** MÊS/ANO: **06/2018**  
 DATA DE VENCIMENTO: **18/06/2018** DATA ANTERIOR: **10/07/2018**  
 TOTAL A PAGAR (R\$): **74,99**

Nº DE MÓDULO FISCAL	UF	CI/MSD
013701570	PE	1105/2016
ADMISSÃO	Nº DO CLIENTE	IP DA INSTALAÇÃO
11/05/2016	2031141662	2914356

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (W/h)	83,000000	0,77027718	63,75
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,28
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,25
Contribuição Função de Proteção			2,50
ICMS Subvenção-CLIE-NF 312251544-1064718			0,82
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>74,99</b>

DESCRIÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSUMO (kWh)
MEDIDOR	DATA	DATA	CONTA	
371648	10/05/2018	11/06/2018	24	83,23

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	%
IRPJ	3,00	4,00%			
COSUB	11,90	15,87%	11,90	15,87%	
IRPF	21,80	29,07%	21,80	29,07%	
CCFMSD	21,80	29,07%	21,80	29,07%	
TOTAL	58,50	78,12%	58,50	78,12%	

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
 Esta conta eletrônica pode ser consultada em qualquer momento pelo cliente através do site www.celpe.com.br ou pelo telefone 0800 000 0000. O cliente é responsável quanto ao envio de informações para a atualização dos dados cadastrais. Para mais informações consulte o site www.celpe.com.br ou o telefone 0800 000 0000.

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
IRPJ	3,00	3,00	3,00
COSUB	11,90	11,90	11,90
IRPF	21,80	21,80	21,80
CCFMSD	21,80	21,80	21,80
<b>TOTAL</b>	<b>58,50</b>	<b>58,50</b>	<b>58,50</b>

**ARUANA SEGUROS**  
 14 SET 2018

CONTA CONTRATADA: **1946611014** MÊS/ANO: **06/2018** DATA DE VENCIMENTO: **18/06/2018** TOTAL A PAGAR (R\$): **74,99**



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luanne Feitosa Fereaz Soares Gino de Alencar

RG nº 20089243662 data de expedição 13/09/14 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>luaneseuros@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Luanne Feitosa Fereaz Soares Gino de Alencar

ARUANA SEGUROS

14 SET 2018





Terço Social de Energia Elétrica Criado pela Lei 10.435 de 26/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Saneamento de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
 CNPJ: 30.035.002/0004-04 | Ins. Est. 0801943-68 | www.celpe.com.br

SENTELA BENEDES DE CARVALHO

AV. CENTRAL, 1561 - S. AR. 104  
 BRUNO DE SA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 061.278.314-09 INSC: 18201557807

CENTRO/TRINDADE  
 TRINDADE PE  
 56250-000

INSCRIÇÃO  
 BANCÁRIA CDM 145  
 Modificada

7018151828 00/2018

DATA DE EMISSÃO: 21/08/2018

13/09/2018

VALOR DA FATURA: 276,67

TOTAL A PAGAR (R\$) 276,67

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO
Consumo Alvo até 30 kWh	120,00000000	3,44847528	413,817034
Consumo Alvo superior a 30 até 100 kWh	120,00000000	2,87272960	344,727552
Consumo Alvo superior a 100 até 220 kWh	147,00000000	3,74749511	550,881771
Consumo Alvo superior a 220 kWh			
Acrescimo Bancaria VERMELHA			22,80
Contribuição para a Fuzquia			11,00
Multa por atraso NF 023399436 - 13/07/18			4,94
Multa por atraso NF 023399430 - 16/07/18			0,73
Atualização IPVA NF 023399435 - 10/07/18			1,48

TOTAL DA FATURA 276,67

REPERCUSSÃO DE CONTINGÊNCIA DESTA NOTA FISCAL

MPD	DESCRIÇÃO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
AA-18	399		
AM-18	351		
MAR-18	381		
ABR-18	427		
MAR-19	378		
FEV-19	432		
JAN-19	453		
DEZ-17	473		
NOV-17	497		
OUT-17	507		
SET-17	557		
AGO-17	206		

Composição do Crédito

Descrição	Valor	Porcentagem
Preço de Energia	413,817034	14,96%
Transmissão	19,82	7,17%
Distribuição (Cálculo)	19,82	7,17%
Perdas de Energia	19,82	7,17%
Energia Intermitente	19,82	7,17%
Taxação	19,82	7,17%
Total	276,67	100%

Este documento é uma cópia eletrônica da Nota Fiscal emitida pelo sistema de emissão de notas fiscais eletrônicas. Para mais informações, consulte o site da Receita Federal do Brasil.

Assinatura eletrônica  
 Assinatura eletrônica  
 Assinatura eletrônica  
 Assinatura eletrônica  
 Assinatura eletrônica

ARJANA SEGUROS  
 14 SET 2018





Tarifas Sociais de Energia Elétrica, Criadas pela Lei 10.433 de 26/04/02  
**NOTA FISCAL - FISCAL - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 151, Boa Vista, Recife, Pernambuco | CEP 51020-000  
 CNPJ 16.828.223/0001-06 | Insc. Est. 200890-82 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
 MARIA MACALEIRA DA CONCEIÇÃO

**ENDEREÇO DA USUÁRIA CONSUMIDORA**  
 RUA DA BRASÃO 42

CPF: 019.370.194-05

**CIDADE/UF**  
 TERESINA/PE  
 55250-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
 E1 RESIDENCIAL  
 Residência

**CÓDIGO CONTRATO** 1946811014 **MÊS** 08/2018

**DATA DE VENCIMENTO** 18/08/2018 **DATA DE EMISSÃO** 10/07/2018

**ÍF. FISCAL/ISS** 11592018 **ÍF. ICMS** 2001041999 **ÍF. SINALIZAÇÃO** 3014286

**TOTAL A PAGAR** 74,99

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
02,00000000	0,75000000	1,50
		0,88
		2,29
		3,00
		0,32
<b>TOTAL DA FATURA</b>		<b>74,99</b>

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

MÊS	TIPO DE FURÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	DE	PARA	CONSUMO	AVULSO	CONSUMO MÊS
08/2018	RESIDENCIAL	11592018	3014286	11592018	3014286	0,00	0,00	0,00

MÊS	CONSUMO (KWh)	VALOR (R\$)
08/18	2,00	1,50
07/18	2,00	1,50
06/18	2,00	1,50
05/18	2,00	1,50
04/18	2,00	1,50
03/18	2,00	1,50
02/18	2,00	1,50
01/18	2,00	1,50
12/17	2,00	1,50
11/17	2,00	1,50
10/17	2,00	1,50
09/17	2,00	1,50
08/17	2,00	1,50
07/17	2,00	1,50
06/17	2,00	1,50
05/17	2,00	1,50
04/17	2,00	1,50
03/17	2,00	1,50
02/17	2,00	1,50
01/17	2,00	1,50
12/16	2,00	1,50
11/16	2,00	1,50
10/16	2,00	1,50
09/16	2,00	1,50
08/16	2,00	1,50
07/16	2,00	1,50
06/16	2,00	1,50
05/16	2,00	1,50
04/16	2,00	1,50
03/16	2,00	1,50
02/16	2,00	1,50
01/16	2,00	1,50
12/15	2,00	1,50
11/15	2,00	1,50
10/15	2,00	1,50
09/15	2,00	1,50
08/15	2,00	1,50
07/15	2,00	1,50
06/15	2,00	1,50
05/15	2,00	1,50
04/15	2,00	1,50
03/15	2,00	1,50
02/15	2,00	1,50
01/15	2,00	1,50
12/14	2,00	1,50
11/14	2,00	1,50
10/14	2,00	1,50
09/14	2,00	1,50
08/14	2,00	1,50
07/14	2,00	1,50
06/14	2,00	1,50
05/14	2,00	1,50
04/14	2,00	1,50
03/14	2,00	1,50
02/14	2,00	1,50
01/14	2,00	1,50
12/13	2,00	1,50
11/13	2,00	1,50
10/13	2,00	1,50
09/13	2,00	1,50
08/13	2,00	1,50
07/13	2,00	1,50
06/13	2,00	1,50
05/13	2,00	1,50
04/13	2,00	1,50
03/13	2,00	1,50
02/13	2,00	1,50
01/13	2,00	1,50
12/12	2,00	1,50
11/12	2,00	1,50
10/12	2,00	1,50
09/12	2,00	1,50
08/12	2,00	1,50
07/12	2,00	1,50
06/12	2,00	1,50
05/12	2,00	1,50
04/12	2,00	1,50
03/12	2,00	1,50
02/12	2,00	1,50
01/12	2,00	1,50
12/11	2,00	1,50
11/11	2,00	1,50
10/11	2,00	1,50
09/11	2,00	1,50
08/11	2,00	1,50
07/11	2,00	1,50
06/11	2,00	1,50
05/11	2,00	1,50
04/11	2,00	1,50
03/11	2,00	1,50
02/11	2,00	1,50
01/11	2,00	1,50
12/10	2,00	1,50
11/10	2,00	1,50
10/10	2,00	1,50
09/10	2,00	1,50
08/10	2,00	1,50
07/10	2,00	1,50
06/10	2,00	1,50
05/10	2,00	1,50
04/10	2,00	1,50
03/10	2,00	1,50
02/10	2,00	1,50
01/10	2,00	1,50
12/09	2,00	1,50
11/09	2,00	1,50
10/09	2,00	1,50
09/09	2,00	1,50
08/09	2,00	1,50
07/09	2,00	1,50
06/09	2,00	1,50
05/09	2,00	1,50
04/09	2,00	1,50
03/09	2,00	1,50
02/09	2,00	1,50
01/09	2,00	1,50
12/08	2,00	1,50
11/08	2,00	1,50
10/08	2,00	1,50
09/08	2,00	1,50
08/08	2,00	1,50
07/08	2,00	1,50
06/08	2,00	1,50
05/08	2,00	1,50
04/08	2,00	1,50
03/08	2,00	1,50
02/08	2,00	1,50
01/08	2,00	1,50
12/07	2,00	1,50
11/07	2,00	1,50
10/07	2,00	1,50
09/07	2,00	1,50
08/07	2,00	1,50
07/07	2,00	1,50
06/07	2,00	1,50
05/07	2,00	1,50
04/07	2,00	1,50
03/07	2,00	1,50
02/07	2,00	1,50
01/07	2,00	1,50
12/06	2,00	1,50
11/06	2,00	1,50
10/06	2,00	1,50
09/06	2,00	1,50
08/06	2,00	1,50
07/06	2,00	1,50
06/06	2,00	1,50
05/06	2,00	1,50
04/06	2,00	1,50
03/06	2,00	1,50
02/06	2,00	1,50
01/06	2,00	1,50
12/05	2,00	1,50
11/05	2,00	1,50
10/05	2,00	1,50
09/05	2,00	1,50
08/05	2,00	1,50
07/05	2,00	1,50
06/05	2,00	1,50
05/05	2,00	1,50
04/05	2,00	1,50
03/05	2,00	1,50
02/05	2,00	1,50
01/05	2,00	1,50
12/04	2,00	1,50
11/04	2,00	1,50
10/04	2,00	1,50
09/04	2,00	1,50
08/04	2,00	1,50
07/04	2,00	1,50
06/04	2,00	1,50
05/04	2,00	1,50
04/04	2,00	1,50
03/04	2,00	1,50
02/04	2,00	1,50
01/04	2,00	1,50
12/03	2,00	1,50
11/03	2,00	1,50
10/03	2,00	1,50
09/03	2,00	1,50
08/03	2,00	1,50
07/03	2,00	1,50
06/03	2,00	1,50
05/03	2,00	1,50
04/03	2,00	1,50
03/03	2,00	1,50
02/03	2,00	1,50
01/03	2,00	1,50
12/02	2,00	1,50
11/02	2,00	1,50
10/02	2,00	1,50
09/02	2,00	1,50
08/02	2,00	1,50
07/02	2,00	1,50
06/02	2,00	1,50
05/02	2,00	1,50
04/02	2,00	1,50
03/02	2,00	1,50
02/02	2,00	1,50
01/02	2,00	1,50
12/01	2,00	1,50
11/01	2,00	1,50
10/01	2,00	1,50
09/01	2,00	1,50
08/01	2,00	1,50
07/01	2,00	1,50
06/01	2,00	1,50
05/01	2,00	1,50
04/01	2,00	1,50
03/01	2,00	1,50
02/01	2,00	1,50
01/01	2,00	1,50

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**  
 Este documento é uma cópia eletrônica da Nota Fiscal emitida pelo sistema de emissão de notas fiscais eletrônicas da Celpe. Para obter informações detalhadas sobre o sistema de emissão de notas fiscais eletrônicas, consulte o site www.celpe.com.br.

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**  
 Este documento é uma cópia eletrônica da Nota Fiscal emitida pelo sistema de emissão de notas fiscais eletrônicas da Celpe. Para obter informações detalhadas sobre o sistema de emissão de notas fiscais eletrônicas, consulte o site www.celpe.com.br.

**SITUAÇÃO E PRECATORIO DAS CONTRIBUIÇÕES**

CONTRIBUIÇÃO	DESCRIÇÃO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO	SITUAÇÃO
ISS	Imposto Sobre Serviços	0,00	01/07/2018	PAGO
ICMS	Imposto sobre Consumo	0,00	01/07/2018	PAGO
INSS	Instituto Nacional de Seguros Sociais	0,00	01/07/2018	PAGO

**TOTAL A PAGAR** 74,99







### DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível na endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho 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 Fevora de Azevedo 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 Vítima 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

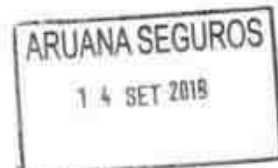
Recuso informar

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>1411</u>	Complemento <u>Ap 104</u>
Bairro <u>Central</u>	Cidade <u>Trindade</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.250-000</u>
Email <u>luizomefevora@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(85)9.96636848</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85)9.92028482</u>

Trindade - PE, 20 de Agosto de 2018  
Local e Data



Luizome Feitosa Fevora de Azevedo Gino de Alencar  
Assinatura do Declarante

DLDR.L.001 V001/2017



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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro;

<sup>2</sup> 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 Farias, Juracy Gino de Alencar inscrito (a) no CPF sob o Nº 054108744, M na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROSEANE SOARES VIEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 541365544, 42, do sinistro de DPVAT cobertura muricidz da Vítima ROSEANE SOARES VIEIRA, 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. Centeal</u>	Número	<u>541</u>	Complemento	<u>Ap 304</u>
Bairro	<u>centeal</u>	Cidade	<u>Trindade</u>	Estado	<u>PE</u>
				CEP	<u>56.250-000</u>
Email	<u>buamefeitosax@hotmai.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
			<u>(85)9196636848</u>	<u>(85)91912028482</u>	

Trindade-PE 00 de agosto de 2018  
Local e Data

Buame Feitosa Farias, Juracy Gino de Alencar  
Assinatura do Declarante

DLDRLO01 V001/2017





**TRINDADE**  
**HMMV**  
HOSPITAL MUNICIPAL MARIA  
VENERI

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

HORÁRIO CHEGADA: 06:01

NOME: Rozane Soares Cruz DATA: 14.05.19  
 ENDEREÇO: Cobos I Rua Santa Inacia 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 ATEND:		PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA
	__H__ MIN		PESO	IDADE
SEXO:	PROFISSÃO:	HGT: O2: BPM:		<u>57 anos</u>
( ) MASCULINO (x) FEMININO				

QUEIXA PRINCIPAL	CONDUTA
<u>Paciente admitida relatando acidente de moto com dor em antebraço @ e deformidade.</u>	<u>1 Voltar ao trabalho</u>
ANAMNESE	<u>2 Exame de sangue</u>
	<u>Química</u>

EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES
	<b>ARUANA SEGUROS</b> 14 SET 2019

HIPÓTESE DIAGNÓTICA	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
<u>Fratura de antebraço?</u>	( ) VERMELHO ( ) LARANJA ( ) AMARELO ( ) VERDE ( ) AZUL

Dr. Wallace P. Rodrigues  
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 Sousa Cruz

Encaminhamento

do HRFS

Encaminhamento a paciente supracitada com história de acidente motorciclístico com lesão direta

em antebraço @ e possível fratura de antebraço.

Solicito avaliação especializada.

7

AT+

ARJANA SEGUROS

14 SET 2018

Data: 17/05/18

Dra. Wailane P. Rodrigues  
MÉDICA  
CRM-CE 18.862

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 21:08 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: °

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

ARUANA SEGUROS

14 SET 2019

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





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:

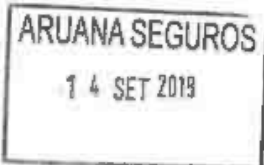
REMOVIDO:

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 11628





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

ARUANA SEGUROS

14 SET 2018

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





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE  
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO  
ESTADO DE

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: *Eletiva*

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

*ROSEANE*  
*TS - 1.5*  
*TC - 1.5*  
*RT - 1.5*  
*115844*  
*27*  
*30*  
*31*  
*32*  
*33*  
*34*  
*35*  
*36*  
*37*  
*38*  
*39*  
*40*  
*41*  
*42*  
*43*  
*44*  
*45*  
*46*  
*47*  
*48*  
*49*  
*50*  
*51*  
*52*  
*53*  
*54*  
*55*  
*56*  
*57*  
*58*  
*59*  
*60*  
*61*  
*62*  
*63*  
*64*  
*65*  
*66*  
*67*  
*68*  
*69*  
*70*  
*71*  
*72*  
*73*  
*74*  
*75*  
*76*  
*77*  
*78*  
*79*  
*80*  
*81*  
*82*  
*83*  
*84*  
*85*  
*86*  
*87*  
*88*  
*89*  
*90*  
*91*  
*92*  
*93*  
*94*  
*95*  
*96*  
*97*  
*98*  
*99*  
*100*

*20.08. Junho 2018*

*Dr. Frederico Alencar*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15374 / EOT 1028

ARUANA SEGUROS  
14 SET 2019





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE  
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



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

**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 / TECT 11928

ARUANA SEGUROS

14 SET 2019





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

## 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

ARUANA SEGUROS

14 SET 2018





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

ARUANA SEGUROS

14 SET 2019





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE  
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



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 CLINICAS

- DOR 5

DOR 5

#### ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

#### TRANSPORTADO POR

#### JUSTIFICATIVA

#### MEDICA:

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

*Dr. Frederico Alencar*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10376 / TBO 119

ARJANA SEGUROS  
14 SET 2018





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: 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

ARUANA SEGUROS

14 SET 2019

Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR  
CRM: 23218



SANTA CASA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DO RECIFE  
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO

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

9087-81915

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  
NATALIDADE: IPUBI  
PROFISSÃO: AGRICULTOR  
MÃE: MARIA MADALENA MORAIS  
PAI: IGNORADO  
NOME DO RESPONSÁVEL:  
CNS: 898002906124283

DATA NASCIMENTO: 12/12/1960 PRONTUÁRIO: 8  
IDADE: 57 anos(s) 5 mes(es) 29 dia(s)  
BAIRRO: COHAB 1 Nº: 40  
SEXO: FEMININO COR: MORENA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A)  
RG: 3024454 CPF:  
ALA: TRAUMATO-ORTOPEDIA Leito: ENF 5 VI  
PARENTESCO:  
ESCOLARIDADE: 5/14

OCCORRÊNCIA

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: *Acid. Trabalho*  
HD: *Acid. Trabalho*

EXAME

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO: TEMPERATURA: PESO:

ESTADO GERAL:

A.C.V.:

A.R.:

A.D.:

A.G.U.:

PARTICULARIDADES OUTRAS:

ARUANA SEGUROS  
14 SET 2018

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

CONDIÇÃO DE ALTA

MOTIVO DE ALTA

Curado  Insatisfeito  Óbito em \_\_\_\_\_ +48 Horas  Decisão Médica  Indis  
 Melhorado  Fiorado Hora \_\_\_\_\_ -48 Horas  Alta Pedida  Evasi  
 Transferida

TRANSFERIDO PARA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

*[Signature]*  
RECEPCIONISTA

Dr. Waydon Basílio dos Santos  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE-4700  
CONEPE-18.255

*[Signature]*  
MÉDICO - CREMEPE



Hospital Regional Fernando Bezerra  
Relatório Médico de Alta



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
CSAPE - Conselho Interministerial do Sistema de Saúde Pernambuco  
SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PECEPE  
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA  
(RU) 0000 - PERNAMBUCO

Nome: ROSEANE SOARES CRUZ  
Reg.: 9190 Pront.: 8195  
Sexo: Feminino Dt. Nasc.: 12/12/1960 idade: 57  
Conv.: SUS 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 2019





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

**BOLETIM DE CIRURGIA**

PACIENTE: Ronane Soares Cruz DATA: 14/09/2015

CIRURGIA REALIZADA: ostomintom e prot. recto CONVENIO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_ URGÊNCIA:  ELETIVA:  SALA Nº: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: GERAL (  ) RAQUIANESTESIA (  ) PERIDURAL (  ) SEDAÇÃO (  ) LOCAL (  )

INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

EQUIPE CIRÚRGICA: 

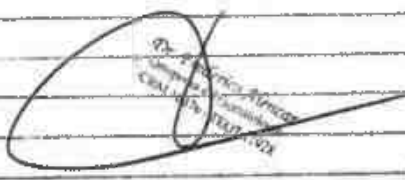
CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: \_\_\_\_\_

1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ 2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

CIRCULANTE: \_\_\_\_\_

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

- ① Pot, um DMH sob anestesia
- ② autimpne utd.
- ③ redução imediata a prolapso
- ④ manutenção de pss k 2.0.
- ⑤ limpeza, curativos, tele



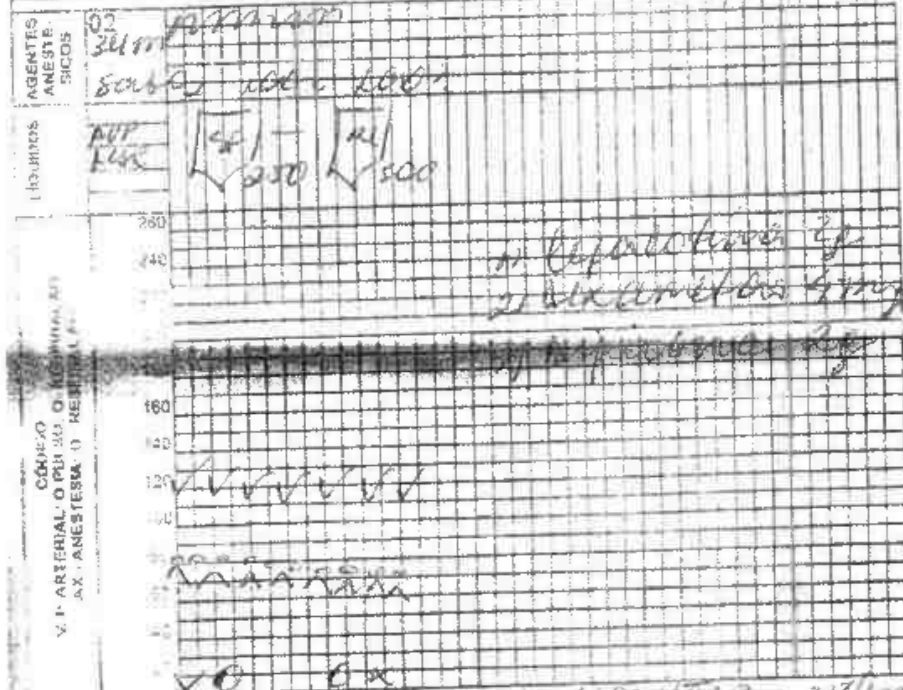
**ARUANA SEGUROS**  
14 SET 2015



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

FOLHA DE ANESTESIA

Paciente: Roseane S Cruz Idade: 57 Sexo: F Cor:   
 Nº Prontuário: 116713  
 Tipo Sanguíneo: B  
 Anest. Anteriores:   
 Aplicada às: 16:35 Efeito:



**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 Cârula   
 Para o Leito: Sim  Não:

**SINAIS E ANOTAÇÕES**  
 11/10/2023  
 17:02 no cateter; 57 sedação su. 5/1500  
 Prescric: DAU

**Medicamentos:**  
 Propofol 150mg  
 Midazolam 5mg  
 Analgesia: Paracetamol + Analgesia (PLA de Plexo Braqui)  
 Sedação: Riducos + Fexofenadina de Pseudo  
 Anestesia: Propofol + Le Waydron  
 Anest. Anteriores: Diá Ana para C. Angedim  
 Anest. Anteriores: Arrestesio  
 Anest. Anteriores: CRM-PE: 21.473/CRM-BA: 26  
 Anest. Anteriores: Ropivacaína 150mg (BPA)  
 Anest. Anteriores: Perda Sanguínea

ARJANA SEGUROS  
 14 SET 2023





**TRINDADE**  
**HMMV**

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA

VENERI

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

HORÁRIO CHEGADA: 36 C1

NOME: Rosane Soares Gesteira DATA: 11-05-20  
 ENDEREÇO: Cobredo 1 Rua Costa Gomes Nº DE ATENDIMENTO:  
 NOME DA MÃE:  
 RESPONSÁVEL: Rosane Soares Gesteira TEL: PSF:

PACIENTE CHEGOU	NASCIMENTO	TIPO	DOC. IDENTIDADE	
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input checked="" type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA	<u>12/12/81</u>	<input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO <input type="checkbox"/> CASO POLICIAL <input type="checkbox"/> ACIDENTE DOMÉSTICO <input type="checkbox"/> DOENÇA COMUM <input type="checkbox"/> ACIDENTE ANIMAL RECONHETO	CARTÃO SUS	
	HORÁRIO ATEND: H MIN		PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO	PROFISSÃO:	HGT: O2: BPM:	PESO	IDADE

QUEIXA PRINCIPAL	CONDUTA
<u>Paciente admitida no setor de emergência de modo casual com um diagnóstico de úlcera péptica</u>	<u>1) Voltar para Jamp IV</u> <u>2) Encaminhar para o Oncologista</u>

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

EXAMES COMPLEMENTARES

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO  LARANJA  AMARELO  VERDE  
 AZUL

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Fratura de condilão?

Dra. Walkara P. Rodrigues  
MÉDICA  
CRP 18.369

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 HRFS:

Encaminhado a paciente supracitada com história de acidente motorístico em nível direito em antebraço @ e possível fratura de antebraço.

Solicito avaliação especializada

?

HT+

Data: 17/05/18

Dra. Wailane S. Rodrigues  
MÉDICA  
CRM-03 18.989

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:

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:  
REMOVEDO: \_\_\_\_\_

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



### 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

- ( X ) 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 11028





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: 8796698305  
Sexo: Feminino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 12/12/1960 Idade: 57  
Mãe: MARIA MADALENA MORAIS Responsável:

*Dia 29/05*

**SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA**

Tipo da Cirurgia: *Eletiva*

Descrição Cirúrgica:  
OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE RADIO DISTAL D

Exames Pré Operatórios:

- ~~HEMOGRAMA~~
- ~~URENIA~~
- ~~UREIA~~
- ~~CREATININA~~
- ~~COAGULOGRAMA~~

ECG COM PARECER CARD

OPME:

FIOS KIRSCHNER

*Resposta*  
*4/11/18*  
*TS TC 1.0.1.18*

*27/05/18*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:  
552.5

*20.08 Junho 2018*

*Dr. Frederico Alencar*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10047/2011





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE  
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



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 16378 / TEOT 11928





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

## 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



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  
ENDERÇO: RUA SANTA INACIA  
MUNICIPIO: TRINDADE  
NATURALIDADE: IPUBI  
PROFISSÃO: AGRICULTOR  
MÃE: MARIA MADALENA MORAIS  
PAI: IGHORADO  
NOME DO RESPONSÁVEL:  
CNS: 838002906124283

DATA NASCIMENTO: 12/12/1960 PRONTUÁRIO: 5  
IDADE: 57 anos(s) 5 mese(s) 29 dia(s)  
BAIRRO: COMUS 1 N°: 140  
SEXO: FEMININO COR: MORENA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A)  
RG: 3024454 CPF:  
ALA: TRAUMATO-ORTOPEDIA Leito: ENF 5 VI  
PARENTESCO:  
ESCOLARIDADE: 5/12

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:

HD:

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

MOTIVO DE ALTA

Curado  Inalterado  Óbito em \_\_\_\_\_ Hora  +48 Horas  Decisão Médica  Indis  
 Melhorado  Placido  Hora \_\_\_\_\_  48 Horas  Alta Pedida  Evaz!  
TRANSFERIDO PARA: \_\_\_\_\_  Transferida

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

*[Assinatura]*  
RECEPCIONISTA

Dr. Waydon Basílio dos Santos  
Ortopedista - Traumatologia  
CRM de Pernambuco  
18.255

MÉDICO - CREMEPE



Hospital Regional Fernando Bezerra  
Relatório Médico de Alta



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
CSAPE - Conselho Interministerial de Apoio às Ações Preventivas  
UNIDADE DE REGISTRO EM SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA  
CAMPUS: ASSIMÉTRICO

Nome: ROSEANE SOARES CRUZ

Reg.: 9190

Pront.: 8195

Sexo: Feminino

Dt. Nasc.: 12/12/1960

Idade: 57

Conv.: SUS

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 1928



BOLETIM DE CIRURGIA

Paciente: Rosiane Soares Cruz DATA: 19/04/2023  
 Nº REG. REALIZADA: 257608188 Nº REG. 123456789  
 Nº 1234 TERMINO: 14:30 MÉDICO: Dr. Antonio Yves SALVADOR  
 ANESTESIA: SER. 123 RAQUIANESTESIA: X PERIÓDICO: X SANGUADO: X LIGADO: X  
 Nº REG. 1234 TERMINO: 14:30  
 EQUIPE CIRÚRGICA: Dr. Antonio Yves  
 CIRURGIÃO: Dr. Antonio Yves ANESTESISTA: Dr. Antonio Yves  
 1º AUXILIAR: Dr. Antonio Yves 2º AUXILIAR: Dr. Antonio Yves  
 CIRCULANTE: Dr. Antonio Yves

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① pct: um DMH 50% anestesia
- ② antíptica abd.
- ③ redução imediata a prolapso
- ④ manutenção de pss k 2.0
- ⑤ limpeza, curativos, tala

*[Handwritten signature]*  
 Dr. Antonio Yves  
 Cirurgião Geralista  
 CRM 123456789





**FARMACIA MODESTO**  
 FARMACIA MODESTO LTDA ME CNPJ: 12.006.120/0001-85  
 ILHA PRESIDENTE DUTRA, 52 - CENTRO - TRINDADE - PE -  
 56250-000 - 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+P CODE	30	30,00	
1 UNO X			

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

Número 000014932 - Série 003  
 Emissão 12/06/2018 11:44:36 - Via Consumidor  
 Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://nfce.ssfaz.pe.gov.br/nfce-web/consultarNFCe>  
 2618 0812 0061 2000 0185 6500 3000 0149 3210 0200 4527  
 Processo de Automação: 32616004 1074262 12/06/2018 11:44:37

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



Vendedor: NAISA Venda: 200452

**FARMACIA MODESTO**  
 FARMACIA MODESTO LTDA ME CNPJ: 12.006.120/0001-85  
 ILHA PRESIDENTE DUTRA, 52 - CENTRO - TRINDADE - PE -  
 56250-000 - 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+P CODE	30	30,00	
1 UNO X			

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

Número 000014932 - Série 003  
 Emissão 12/06/2018 11:44:36 - Via Consumidor  
 Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://nfce.ssfaz.pe.gov.br/nfce-web/consultarNFCe>  
 2618 0812 0061 2000 0185 6500 3000 0149 3210 0200 4527  
 Processo de Automação: 32616004 1074262 12/06/2018 11:44:37

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



Vendedor: NAISA Venda: 200452

Digifirma



FARMACIA MODESTO

FARMACIA MODESTO LTDA ME CNPJ: 12.006.120/0001-85  
RUA PRESIDENTE DUTRA, 52 - CENTRO - TRINDADE - PE -  
56250-000 - FONE: 87 3870-2033

FARMACIA MODESTO  
FARMACIA MODESTO LTDA ME CNPJ: 12.006.120/0001-85  
RUA PRESIDENTE DUTRA, 52 - CENTRO - TRINDADE - 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 ROVALGIERA 10 CK 10 CPR  
1 USD X 18 18,44

#COD|DESC|QTD|UN|VL UN R\$|VLTR R\$|VL ITEM R\$  
01 10530 ROVALGIERA 10 CK 10 CPR  
1 USD X 18 18,44

Descrição: 18  
Valor Líquido: 18,44

Descrição: 18  
Valor Líquido: 18,44

02 21216 ALGY-FLANDERIL 600MG C  
1 USD X 8 8,00

02 21216 ALGY-FLANDERIL 600MG C  
1 USD X 8 8,00

Descrição: 8  
Valor Líquido: 8,00

Descrição: 8  
Valor Líquido: 8,00

QTD. TOTAL DE ITENS: 002  
VALOR TOTAL R\$: 25,00

QTD. TOTAL DE ITENS: 002  
VALOR TOTAL R\$: 25,00

FORMA DE PAGAMENTO: Dinheiro  
Valor Pago: 25,00

FORMA DE PAGAMENTO: Dinheiro  
Valor Pago: 25,00

Número 00021410 - Série 003  
Emissão 17/07/2018 12:57:28 - Via Consumidor

Número 00021410 - Série 003  
Emissão 17/07/2018 12:57:28 - Via Consumidor

Consulta pela Chave de Acesso em  
<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce-web/consultarNFCe>

Consulta pela Chave de Acesso em  
<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce-web/consultarNFCe>

2618 0712 0061 2000 0185 6500 3000 0214 1910 0213 0034

2618 0712 0061 2000 0185 6500 3000 0214 1910 0213 0034

Protocolo de Autuação: 20180212057455

Protocolo de Autuação: 20180212057455

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



Vendedor: DAYANE Venda

Vendedor: DAYANE Venda: 213083

Tributos Incidentes Lei Federal 12.741/12 - Total R\$ 9,02

Tributos Incidentes Lei Federal 12.741/12 - Total R\$ 9,02

Digite





ARUANA SEGUROS  
14 SET 2018





UNIDADE NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

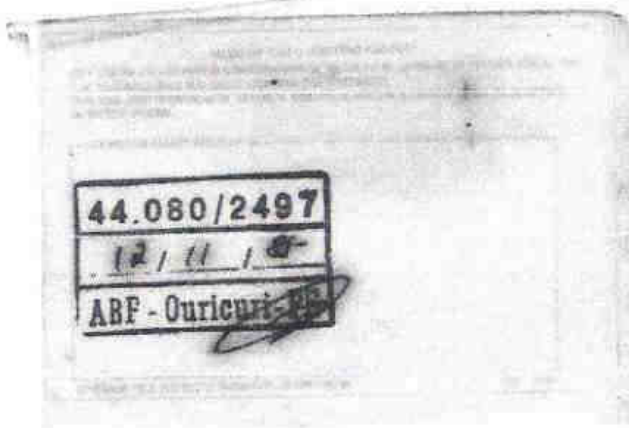
REGISTRO GERAL	3.824.454	DATA DE EMISSÃO	26.06.1995
NOME	ROSEANE SOARES CRUZ		
FILIAÇÃO	Maria Madalena Moraes		
NATURALIDADE	Ipupi-PE.	DATA DE NASCIMENTO	12.12.1960
DOC. IDENTIF.	C.N. 11.368.L.A-39.F.66.		
CVV	Cart. Curioso		
	<i>Eliane Lira</i> Eliane Celdas Lira		

SECRETARIA DE SEGURANÇA





CPF : 511.165.544 - 42



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SERIE Nº 208974386 - 2 DATA DE EMISSÃO 23/09/2014

NOME LUANE FEITOSA FERAZ ARRAES GIM DE ALENCAR

FILIAÇÃO PLEINIO ARRAES FILHO

ANTONIA MÃRCIA FEITOSA ARRAES

NACIONALIDADE BRASILEIRA DATA DE NASCIMENTO 28/04/1989

DOC. DIVULG. CEEF. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 10.859 FOLHA: 037 LIVRO: 038 ARARIPINA - PE

CPF 054.283.744-04

1 VIA

ADMINISTRADOR DO REGISTRO

LEI Nº 7.116 DE 09-06-83

P.: 56

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

INSTITUTO DE CENSURA

SECRETARIA DA SEGURANÇA NACIONAL E DEFESA SOCIAL

SISTEMA NACIONAL DE REGISTRO DO CASAMENTO

CONSTITUCIONALIDADE: LEI Nº 7.116 DE 09-06-83

Polígono Oval

Luane Feitosa Feraz Gim de Alencar

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

012237941310

1. 1089610219 \*\*\*\*\* 2016

RAI. SÁ SILVA

TRINDADE-PE

115.869.554-28

PDT1426

\*\*\*\*\* 9C2JB0100GR503234

VEICULO: HONDA/POP 110I

2016 2016

EP/109CL PARTIC PRETA

IPVA 2016 QUITADO

1 \*\*\*\*\*

SEGURO PAGO

RS. 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 A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NA O SEGURO DPVAT

PE Nº 012237941310 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RAI DA SILVA

LEIA O BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA SAUB INFORMAÇÕES. LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 822 1204

TRINDADE-PE 2016 20/06/16

1. 115.869.554-28 PDT1426

1089610219 HONDA/POP 110I

2016 09 9C2JB0100GR503234

VEICULO: HONDA/POP 110I

PRETA

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

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

ARUANA SEGUROS  
14 SET 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

012237941310

1 1089810219 \*\*\*\*\* 2016

RAY DA SILVA

TRINDADE-PE

115.869.554-38 PDT1428

\*\*\*\*\* 9C2JB0100GR509234

VAR MOTOCICLETA 03504708

HONDA/POP 110I 2016 2016

SR/109CL PARTIC PRETA

IRVA 2016 QUITADO \*\*\*\*\*

1 \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

SEGURO PAGO

25. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

TRINDADE-PE 20/06/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente DTPAS/DF

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
EM TERRESTRE DO FUNDOS DE GARANTIA ANS S/A  
TRANSITANDO OU NAQ. SEGURO DPVAT

012237941310

RAY DA SILVA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO EM TERRESTRE DO FUNDOS DE GARANTIA ANS S/A TRANSITANDO OU NAQ. SEGURO DPVAT

TRINDADE-PE 2016 20/06/16

1 115.869.554-38 PDT1428

1089810219 HONDA/POP 110I

2016 09 9C2JB0100GR509234

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

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

001-2013





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

**IDENTIFICAÇÃO**

VÍTIMA Roseane Soares Veiz

DATA DO ACIDENTE 14/05/2018 CPF DA VÍTIMA 543.165.544-72

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Ruane Teitosa Fereza de Araujo Simões de Menezes

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO PORTADOR Av. Central

Nº 1511 COMPLEMENTO Ap 104 BAIRRO Central

CIDADE Tremedade UF PE CEP 56.250-000

E-MAIL lunaraqueiro@hotmail.com TELEFONE 84.99201.8432

**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 DEBILITIVA

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, ACESSO [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://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)

REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE 000892436627

ASSINATURA Ruane Teitosa Fereza de Araujo Simões de Menezes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

ARUANA SEGUROS

NOME Nathália P. Souza

ASSINATURA \_\_\_\_\_



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Roseane Soares Cruz  
Nacionalidade: Brasileira, Estado civil: solteira  
Profissão: Agricultora, Portador(a) do RG: 3.081.451  
Órgão expedidor: SSP-PE, N° do CPF: 511.165.544-72  
Residente no(a): Rua da Invasão, N° 402  
Bairro: Linhão, Município: Trindade - PE

### OUTORGADO:

Nome: Antônio Fátima Fereaz Alves Gino de Menezes  
Nacionalidade: Brasileira, Estado civil: casado  
Profissão: Autônomo, Portador(a) do RG: 200843662  
Órgão expedidor: SSP-PE, N° do CPF: 051.203.714-04  
Residente no(a): de Trindade, N° 1541  
Bairro: Trindade, 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 Líder 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

Antônio Fátima Fereaz Alves Gino de Menezes  
Assinatura do Outorgado (Reconhecer firma por Autenticidade)

ARUANA SEGUROS  
14 SET 2018

CARTÓRIO ÚNICO DA COMARCA DE TRINDADE - PE

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/04/2023 09:36:20  
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041909362055700000127926117  
Número do documento: 23041909362055700000127926117



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337414/18

**Vítima:** ROSEANE SOARES CRUZ

**Data do acidente:** 17/05/2018

**CPF:** 541.165.544-72

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ROSEANE SOARES CRUZ

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

### 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
ANE FEITOSA FERRAZ ARRAES GINO DE ALENCAR

\_\_\_\_\_  
NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123569/20

**Vítima:** ROSEANE SOARES CRUZ

**Data do acidente:** 17/05/2018

**CPF:** 541.165.544-72

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ROSEANE SOARES CRUZ

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

### 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROSEANE SOARES CRUZ

MANOEL COELHO NETO

