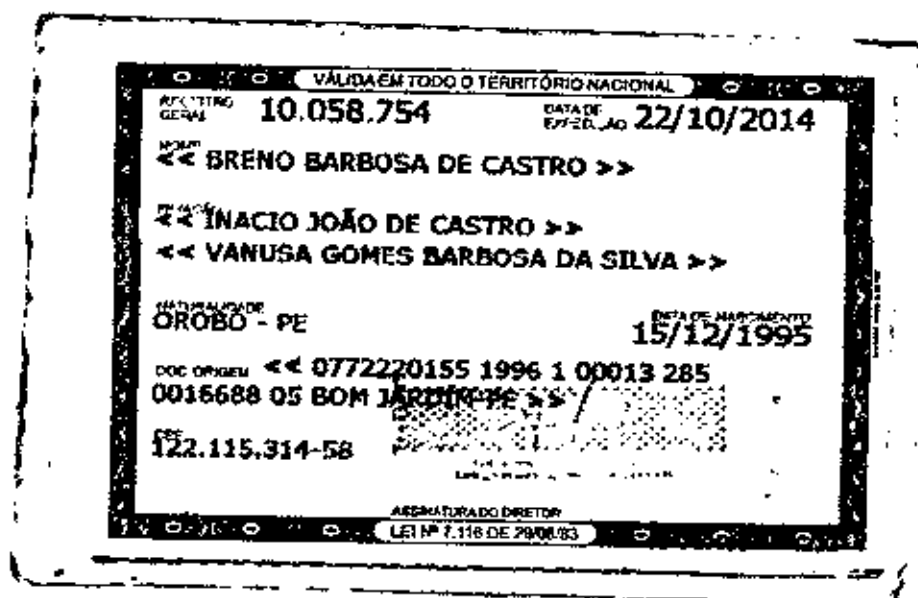




Documentos de identificacao



OUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014483124176
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 227587415 R.V. TRC ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
YOLANDO FABRICIO DA SILVA

BOM JARDIM-PE

OFF / CNPJ

934.180.274-15

PLACA

RHA7899

PLACA ANT / UF

***** PE

CHASSI

9C2KD0520AR065232

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTIVEL

ALCO / GASOL

MARCA / MODELO

PIRELLA / PIRELLA

ANO FAB

ANO MOD

CAP / POT / CL

2P/149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

1* *****

FAIXA TRVA

1

PARCELAMENTO / COTAS

2* *****

3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO FAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

BOM JARDIM

DATA

21/07/18

Carlos Alexandre Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014483124176 BILHETE DE SEGURO DPVAT
YOLANDO FABRICIO DA SILVA

55730-000

CASA BOM JARDIM-PE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

21/07/18

VIA

1

OFF / CNPJ

934.180.274-15

PLACA

RHA7899

RENAVAM

227587415

MARCA / MODELO

PIRELLA / PIRELLA

ANO FAB

2018

ANO MOD

09

CHASSI

9C2KD0520AR065232

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO FAGO

IOF (R\$)

ITC / ALÍQUOTA (R\$)

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE OUTRUGA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.348.408/0001-04

DETRAN-PE GUARDE O BILHETE DPVAT

ELA É DO LÍDER DE PORTE ODI

DETRAN

CONTRAN

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130739/19

Vítima: BRENO BARBOSA DE CASTRO

CPF: 122.115.314-58

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/10/2018

Titular do CPF: BRENO BARBOSA DE
CASTRO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



BRENO BARBOSA DE CASTRO : 122.115.314-58

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela 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: 16/04/2019
Nome: BRENO BARBOSA DE CASTRO
CPF: 122.115.314-58

BRENO BARBOSA DE CASTRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2019
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patrícia Aleixo Silva



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA BRENO BARBOSA DE CASTRO
 DATA DO ACIDENTE 07.10.2018 CPF DA VÍTIMA 722.115.314-58
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO BRENO BARBOSA DE CASTRO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR SÍTIO FEIJÃO
 Nº 9A COMPLEMENTO CASA BAIRRO ZONA RURAL
 CIDADE BOM JARDIM UF PE CEP 55730-000
 E-MAIL enderfbr@bol.com.br TELEFONE (81) 99696 4979
99706 5834

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - 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)
 () REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 02.04.2019
 IDENTIDADE 10058754
 ASSINATURA Breno Barbosa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 02.04.2019
 NOME Rafael José de Silva Araújo
 ASSINATURA Agente de Cartório - Ativ. Com.
MAR. 8.503.140-5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 SECRETARIA DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
YOLANDO FABRICIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4774423 SDS PE

CPF
934.180.274-15

DATA NASCIMENTO
01/02/1976

FILIAÇÃO
MANOEL FABRICIO DA SILVA
NOEMIA MARIA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
AE

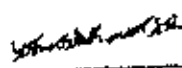
Nº REGISTRO
05595036542

VALIDADE
07/02/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/09/2012

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421232039

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421232039

ASSINATURA DO PORTADOR


LOCAL
LIMOEIRO - PE

DATA EMISSÃO
08/02/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
 Diretor Presidente
 ASSINATURA DO EMISSOR

12150650189
PE077721713

PERNAMBUCO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280258 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRENO BARBOSA DE CASTRO **Data do acidente:** 07/10/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA. P1/5-FC/6/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280258 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRENO BARBOSA DE CASTRO **Data do acidente:** 07/10/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA. P1/5-FC/6/

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130739/19

Vítima: BRENO BARBOSA DE CASTRO

CPF: 122.115.314-58

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/10/2018

Titular do CPF: BRENO BARBOSA DE CASTRO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

BRENO BARBOSA DE CASTRO : 122.115.314-58

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/04/2019
Nome: BRENO BARBOSA DE CASTRO
CPF: 122.115.314-58

BRENO BARBOSA DE CASTRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190280258

Vítima: BRENO BARBOSA DE CASTRO

Data do Acidente: 07/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRENO BARBOSA DE CASTRO

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



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190280258

Vítima: BRENO BARBOSA DE CASTRO

Data do Acidente: 07/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRENO BARBOSA DE CASTRO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **BRENO BARBOSA DE CASTRO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000002369-8**

Conta: **000010020946-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

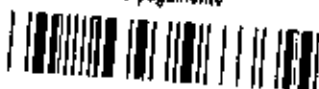
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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 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 com 16 ou 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

122.115.314/58

Nome completo da vítima

BRENO BARBOSA DE CASTRO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo BRENO BARBOSA DE CASTRO		CPF titular da conta 122.115.314/58	Profissão AGRICULTOR
Endereço SÍTIO FEIJÃO		Número 9A	Complemento CASA
Bairro ZONA RURAL	Cidade BOM JARDIM	Estado RE	CEP 55730-000
Email endofeijo@bol.com.br			Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

9369

DV

8

CONTA
NRO.

20946

DV

5

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA
NRO.

(Informar dígito se existir)

DV

(Informar dígito se existir)

CONTA
NRO.

(Informar dígito se existir)

DV

(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.

Oratório, RE, 02 de abril de 2019

Local e Data

Breno Barbosa de Castro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COBAN:063676 LOJA:0001 PDV:000002
02/04/2019 BANCO DO BRASIL 10:59:12
236967601 CORRESPONDENTE BANCARIO 0069
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: BRENO BARBOSA DE CASTRO
AGENCIA: 2309-8 CONTA: 20.946-5

=====

VARIACAO POUPANCA	51
DATA	02/04/2019
NR. DOCUMENTO	23.696.367.600.069

Abstract

2018-09-20 09:56

1237 Chrysomelidae

Q. 1056

RECEBIDO
09 ABR 2019
Seguradora Lider DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DINTER1 - 16ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - LIMOEIRO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0047002482
DE FLAGRANTE DELITO

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/10/2018
05:39

Número do Aviso de Atendimento: M10048354

EMERIGUEZ - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 7/10/2018 no período da Madrugada.

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE OROBO, 1, RUA MANOEL DE**
APRÍGIO - Bairro: CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Possou(s) envolverde(s) na ocorrência:

YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA (AUTOR / AGENTE - Flagrante de Delito)
A SOCIEDADE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração de ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA

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

YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NOEMIA MARIA DA SILVA** Pai: **MANOEL FABRÍCIO DA SILVA** Data de Nascimento: **1/2** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **63418027415 (CPF)** Estado Civil: **ANASIAO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **SERVENTE** Telefones Celulares:

- 006126809

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BOM JARDIM, 1, SÍTIO FEIJÃO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

A SOCIEDADE - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

UMA MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS, COR PRETA, ANO 2010 (VEICULO)
de propriedade do(ã) Sr(a): YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA, que estava em posse do(ã)
Sr(a): YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 DROS MIX ES** Objeto apreendido:

Autentico a presente copia fotostática que é eletrônica
fiel da original que me foi apresentada, datada de 29 de outubro de 2018. Em des-
verdade JOSE CARLOS DA SILVA PETERRA, ESCRIVENTE
AUTORIZADO, Empl. nº 2.90 - FENJ. Nº 0.54 - TFR. Nº 0.38 -
Total: R\$ 4,09 Saldo: 007586181020180108% Consultar

Seguradora Líder DPVAT
05 ABR 2019

N50

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **KHA7899** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **227187418** Chassi:**9C2K00520AR065232**Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**Descrição: **MILHARES DE SANTINHOS COM OS NOMES DOS CANDIDATOS SEBASTIÃO OLIVEIRA, CLODOALDO MAGALHÃES, PAULO, HUMBERTO, JARBAS E HADDAD**

Complemento / Observação

POLICIAIS MILITARES AO REALIZAREM RONDAS NA CIDADE DE OROBÓ/PE FORAM SURPREENDIDOS COM O SAMU FAZENDO UM ATENDIMENTO A UMA VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, ONDE VERIFICARAM QUE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA A ESTAVA PILOTANDO QUANDO O PASSAGEIRO CAIU SEM QUE ELE PERCEBESSE; QUE, QUANDO O CONDUTOR PERCEBEU QUE O PASSAGEIRO HAVIA CAÍDO RETORNOU E PERCEBEU QUE ESTE ESTAVA COM ESTADO DE SAÚDE BASTANTE GRAVE, MOTIVO PELO QUAL ACIONOU O SAMU. O CONDUZIDO AFIRMOU QUE HAVIA INGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA E QUE O PASSAGEIRO ESTAVA SEM CAPACETE; QUE, O PASSAGEIRO BRENO FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DE OROBÓ A FIM DE QUE FOSSE SOCORRIDO E O AUTUADO FOI CONDUZIDO ATÉ ESTA DEPLAN PARA QUE FOSSEM TOMADAS AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS; QUE, O AUTUADO APRESENTAVA SINAIS DE EMBRIAGUEZ, TAIS COMO: ODOR ETÍLICO E OLHOS AVERMELHADOS.

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

YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA
(AUTOR \ AGENTE)

Condutor da ocorrência:Nome: **GILMAR DE MORAIS CARDOSO**Cargo: **SOLDADO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **1100482** - Prefixo da
Matrícula: **22331** - Unidade Operacional: **22º BPM - 22º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR**B.O. registrado por: **FLAVIANE SOUZA DE FRANÇA** - Matrícula: **2737740**

Cartório Pêrgio Vasconcelos
Rua Ovarillo Lima, 12 - Centro
Bon Jardim/PE - Cep 55730-000
Tel (81) 3638-1819

Autentico a presente cópia fotostática que é a reprodução fiel da original que me foi apresentado. Dou, fé, Bon Jardim, 29 de outubro de 2018. Em teste

Verdade: **JOSÉ CARLOS DA SILVA BEZERRA, ESCRIVENTE**
AUTORIZADO Emol: R\$ 2,90 - FERC: R\$ 0,34 - TSN: R\$ 0,68
Total: R\$ 4,09 Selo: 0077586-1AC10201801.00875 Consulte

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)

Comprovante de ato declaratório

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

BRENO BARBOSA DE CASTRO

CPF da Vítima

122.715.314-58

Data do Acidente

07-10-2018**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.

Orobó, PE 02 de abril de 2019

Local e Data

Breno Barbosa de Castro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRENO BARBOSA DE CASTRO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02369-8

CONTA: 000010020946-7

Nr. da Autenticação B7D863AE3EF03222

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Documentação médica - hospitalar



LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. BRENO BARSOSA DE CASTRO, foi vítima de acidente de trânsito no dia 07/10/2018, sofrendo FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO, submetido a tratamento cirúrgico (redução cirúrgica e fixação com placa e parafusos) .Atualmente apresenta ao exame físico atrofia muscular do MSE em grau acentuado com déficit de força muscular, limitação da extensão do cotovelo esquerdo (-30 graus), limitação da pronossupinação do antebraço esquerdo, e da flexo-extensão do punho esquerdo. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 20/03/2019

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11.730 - TEOT: 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **BRENO BARBOSA DE CASTRO**, prontuário nº 1148954, admitido neste hospital em 08/10/2018 com diagnóstico de Fratura de rádio distal esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 10/10/2018.

Recife, 20 de Fevereiro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife

HOSPITAL SANTO AMARO

Convênio SUS



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente:

Breno Barbosa de

Castro.

Diagn: FRATURA
CONSOLIDADA DO
MÃO ESQUERDO.

Alta ortopé-
dica.

Dr. [illegible]
18/07/2018

Cód.:1226

SUS

Sistema Ministerial
União da
Saúde Saúde

União do Rádio

CA: 00 PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

Identificação do Estabelecimento

HSA

Identificação do **PEREIRO BARBOSA DE CASTRO**

607356

1. NOME DO PACIENTE

2. NOME DO RESPONSÁVEL

3. NOME DA MÃE

4. NOME DO RESPONSÁVEL

5. ENDEREÇO (Cidade e Estado)

6. DATA DE NASCIMENTO

X 7. DATA DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO NO SPONCERIAL

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

X

Rótulos de Placa e Parafusos

8. DATA DE DATA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Placa DCP 3,5mm

0,7 0,2 0 3 0 8 9,9 01

Parafusos Contatos nº 1401 ; 16/01 ; 18/04

06

Paciente vítima de Acidente motociclístico, resultando Fratura de Rádio Distal Esquerdo.
Evoluiu com dor e edema tecni.Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DR. AZARIAS SALGADO

09/10/18

PROFISSIONAL SOLICITANTE

1 4 5 1 5 2 2 4 4 2 8

AUTORIZAÇÃO

Rótulo 3



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 607356 Prontuário: 1148954 Data de Nascimento: 15/12/95 Idade: 22 ANO(S)
Nome do Paciente: **BRENO BARBOSA DE CASTRO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: VANUSA GOMES BARBOSA DA SILVA
CPF: 12211531458

Data: 09/10/2018

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 09/10/2018-08:19

Diagnóstico pré-operatório: Fratura do Rádio Distal Esquerdo
Diagnóstico pós-operatório: Fratura Única do Rádio Esquerdo
Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura Única do Rádio Esquerdo + Retirada de Placa e Parafusos + Osteotomia
Cirurgião: Dr. Azarias Salgado
Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antissepsia c/ PV PI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Realizado incisão;
4. Visualizado e identificado Placa e Parafusos, retirada de fibrose entre fragmentos;
5. Retirada de Placa e Parafusos;
6. Realizado osteotomia + remoção de espícula óssea;
7. Realizado manipulação articular para liberação de aderências;
8. Realizado irrigação copiosa com SF 0,9%;

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antissepsia c/ PV PI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Realizado incisão em face volar do antebraço. Dissecção por planos e hemostasia. Identificado o foco de fratura única do rádio, realizado osteotomia + redução da fratura. Realizado a osteossíntese do rádio com 01 placa em DCP, sendo fixada com parafusos corticais. Verificado boa posição dos implantes e boa redução da fratura através de scopia;
4. Limpeza com SF 0,9%;
5. Sutura;
6. Curativo;
7. Tala gessada;
8. RX de controle.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 16/10/2018 08:19:23



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 607356 Prontuário: 1148954 Data de Nascimento: 15/12/95 Idade: 22 ANO(S)
Nome do Paciente: **BRENO BARBOSA DE CASTRO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: VANUSA GOMES BARBOSA DA SILVA
CPF: 12211531458

Data: 09/10/2018

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Rádio Distal Esquerdo CÓDIGO:
0408020407

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura Única do Rádio Esquerdo + Retirada de Placa e Parafusos + Osteotomia CÓDIGO: 0408020431 / 0408060379 / 0408060174

COD.	EQUIPE	NOME	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	Dr. Azarias Salgado	6218
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA		
5	ANESTESISTA	Dr. Leonardo Guerra	21806
6	CLÍNICA MÉDICA		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE.

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclístico, resultando Fratura de Rádio Distal Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 15/10/2018 11:57:15.

Relatório Médico de Alta

Nome: BRENO BARBOSA DE CASTRO

Reg.: 607356

Pront.: 1148954

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 15/12/1995

Idade: 22

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Admissão: 08/10/2018 17:40

Alta: 10/10/2018 08:52

Admissão:

FRATURA EM RÁDIO ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	08/10/2018 17:40	10/10/2018 08:52	2 dia(s)

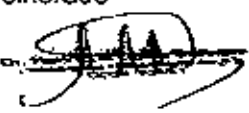
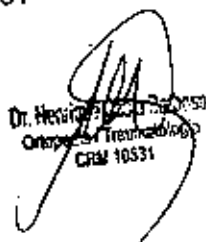
Orientação:

- 1) Agendar retorno para Dr^a AZARIAS para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 607356 Prontuário: 1148954 Data de Nascimento: 15/12/95 Idade: 22 ANO(S)
Nome do Paciente: **BRENO BARBOSA DE CASTRO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: VANUSA GOMES BARBOSA DA SILVA
CPF: 12211531458

Data: 09/10/2018

MOTIVO DA ALTA
MELHORADO

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 15/10/2018 11:57:15.



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

BRENO BARBOSA DE CASTRO

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S525

Recife, 10/10/2018

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Otorrinolaringologista
CRM 10531

Casa de Recife
Clínica de Exames

Paciente: **BRENO BARBOSA DE CASTRO**

Reg.: 607356

Pront.: 1148954

Telefone: 81995717548

Dt. Nasc.: 15/12/1995

RG: 10058754

Titular: **BRENO BARBOSA DE CASTRO**

Matric:

Unidade: **ENFERMARIA SÃO LUIZ**

Leitos: **LEITO C3**

IH No.: 1 Admissão: 08/10/2018 17:40

Convênio: **RETAGUARDA GETULIO**

CID: S525

OS:

Data/Hora: 09/10/2018 10:03

Exames Solicitados:

1) RX PUNHO ESQ - AP/LAT/OBLIQUAS

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO

CRM: 6218


Dr. Breno Barbosa de Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: BRENO BARBOSA DE CASTRO
DATA: 10/10/2018

Prescrição Médica

1) DIPIRONA (500mg) ----- 2 Bl.

Tomar 2 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

--ou--

1) PARACETAMOL (750mg) ----- 2 Bl.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

2) IBUPROFENO (400mg ou 600 mg) ----- 2 Bl.

Tomar 1 comp. Via Oral de 08 em 08 horas (3 vezes ao dia)
por 5 dias

OBSERVAÇÕES:

NÃO TOMAR AS MEDICAÇÕES CASO APRESENTE REAÇÃO ALÉRGICA;

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531
Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia / Neurologia
CRM 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: BRENO BARBOSA DE CASTRO
DATA: 10/10/2018

Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 10531