

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.514,30

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

CLIENTE: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01285-8

CONTA: 000000019697-5

---

Nr. Autenticação

BRADESCO30122019050000000002370128500000019697251430 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01285-8

CONTA: 000000019697-5

---

Nr. Autenticação

BRADESCO29112019050000000002370128500000019697236250 PAGO

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647535

**Cidade:** Caruaru

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

**Data do acidente:** 10/03/2019

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL  
SEGUROS S/A

**PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA**

**Data da análise:** 26/11/2019

## **Valoração do IML: 0**

## **Perícia médica: Não**

**Diagnóstico:** FRATURA ANTEBRAÇO ESQUERDO. P5.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSÍNSE. ALTA MÉDICA. P5. P5.9.11.12.13.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

## **Nome do documento faltante:**

## **Apontamento do Laudo do IML:**

### **Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

### **Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

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, 21 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190647535**

**Vítima: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA**

**Data do Acidente: 10/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190647535

Vítima: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Data do Acidente: 10/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

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\$ 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: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000001285-8

Conta: 000000019697-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° do bairro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

**055 454 684-12**

4 - Nome completo da vítima:

**Renato César Santos do Nascimento bira**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: <b>Renato César Santos do Nascimento bira</b>	6 - CPF: <b>055 454 684-12</b>		
7 - Profissão: <b>Recurso</b>	8 - Endereço: <b>Rua Dona Maria</b>	9 - Número: <b>165</b>	10 - Complemento: <b>Casa</b>
11 - Bairro: <b>Diamantino</b>	12 - Cidade: <b>Monteiro</b>	13 - Estado: <b>PE</b>	14 - CEP: <b>55010-190</b>
15 - E-mail: <b>Renato.bira@gmail.com</b>	16 - Tel (DDD): <b>(81) 99285-3008</b>		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEKAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

- CONTA POUPANÇA (Somente para contas bancárias físicas. Ativarei uma conta):  
 Bradesco (257)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: **1285**

CONTA: **0059697**

(Informar o dígito se extenso) (Informar o dígito se extenso)

AGÊNCIA: **1285**

CONTA: **0059697**

**5**

(Informar o dígito se extenso) (Informar o dígito se extenso)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e imediatamente a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo da instituição Médico Legal (IML) para o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo acostado, se for o caso, o preencheramento da unidade de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordo, desde já, em me submeter à avaliação médica às curas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente (se houver), conforme art. 6.124/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concomitante com a future assistência médica ou restituição ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:  Solteiro  Casado (na Civil)  Viúvo  Separado judicialmente  Vôvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: **26 - Vítima deixou companheiro(a):**  Sim  Não **27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:**

28 - Vítima teve filhos? **29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: **Feitosdos**** **30 - Vítima deixou pais/mães?** **31 - Vítima teve irmãos?** **32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: **Feitosdos**** **33 - Vítima deixou pais/avós vivos?** **34 - Não**

Informo claramente que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT aos meus únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

**34**

Informo  
que a  
declaração  
apresentada  
é verdadeira  
e voluntária  
e assinada  
com plena consciênci

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido:

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido:

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido:

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **19-11-2019**

**Renato César Santos do Nascimento bira**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.D01 V002/2013

12/11/2019

**Margarida da Silva**



Autoatendimento  
Deposito em Conta Corrente em Dinheiro

Banco: 237 Agencia: 5345 Maquina: 052769  
Data: 18/11/2018 Hora: 13:13 N. Trans: 007954

Favorecido

Banco: 237  
Agencia: 12NE / RUA CAP. JOAO VELHO  
Conta: 0019687-5

Valor do deposito:

titular: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO

Alo Bradesco

SAC - Servico de Apoio ao Cliente  
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes

0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ovidoria - 0800 727 5833

Atendimento de segunda a sexta-feira das  
0h as 18h, exceto feriados.

Horario da Brasilia,

Obrigado

Tenha um bom dia



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090<sup>ª</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90<sup>ª</sup>CIRC  
 DINTER1/14<sup>º</sup>OESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0180001283

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/05/2019 às 11:59

Complementa o BO Número: 19E0180001282

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que acometeceu  
no dia 10/3/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: RUA LÚCIO MENDONÇA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRAZIL Próximo à:  
 MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: INDIANOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRAZIL  
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
 RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA ( OUTRO )  
 ADILSON AVELINO DOS SANTOS ( OUTRO )  
 JAQUELINE DA SILVA LOPES ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sít(a) RENATO  
 CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA



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

JAQUELINE DA SILVA LOPES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino MSe: CECILIA MARIA DA SILVA Pai: JOSE FRANCISCO LOPES Data de Nascimento: 18/04/1988 Naturalidade: VITÓRIA DE SANTO ANTÃO / PERNAMBUCO / BRAZIL Documentos: 642889657/SDS/PC (RG), 12097051413 (CPF) Estado Civil: SOLTERO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSÕES Residência: RUA MARTINS FRANCISCO,241-A FUNDOS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRAZIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 5 - Bairro: SALGADO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRAZIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRAZIL

RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino MSe: UILMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA Pai: JOÃO MARTINS DE LIRA Data de Nascimento: 2/12/1991 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRAZIL Documentos: 8029006/SDS/PC (RG), 0654682412 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSÕES Residência: RUA DONA MARIA PRIMEIRA,66 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRAZIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 6 - Bairro: CENTENÁRIO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRAZIL

ADILSON AVELINO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ADILSON AVELINO DOS SANTOS, que está em posse da(o) Sr(a): RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN ESDI Objeto apreendido: N/A

Cor: VERMELHA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCW86424 (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: 106343666 Câmbio: 9C2HC2200GR126716

Condutor(a): ALCO/GASOL

Motorista: RENAVAN 106343666



### Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ENCONTRAVA-SE COMO PESSAGREIA DO VEÍCULO ACIMA DESCRISSIMADO, O MESMO ESTAVA SENDO PILOTADO PELA PESSOA DE RENATO CESAR, PELA VIA INFORMADA, QUANDO EM DADO MOMENTO OUTRO VEÍCULO TIPO MOTO, SAIU DE UMA VIA SECUNDARIA DO LADO ESQUERDO SEM DAR A DEVIDA PREFERÊNCIA, VINDO A MOTO, EM QUE A VITIMA SE ENCONTRAVA, COLIDIR COM A OUTRA MOTO QUE ATRAVESSOU A SUA FRETE, VINDO AMBOS OS VEÍCULOS A TOMBAREM, TENDO A VITIMA JAQUELINE SOFRIDO FRATURA DA PERNA ESQUERDA, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA PARA O HRA-CARUARU, E APÓS TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE BEZERROS ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO SURGICA. E A PESSOA DE RENATO CESAR VINDO A SOFRER FRATURA DO ANTEBRAL ESQUERDO, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA PARA HRA-CARUARU E APÓS REMOVIDA PARA O HOSPITAL DE BEZERROS, ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO SURGICA CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA.NADA MAIS A INFORMAR.

### Assinatura da(s) pessoa(s) presente(na) unidade policial

Jáqueline da Silva Lopes  
(VITIMA)  
Renato Cesar Santos do Nascimento Lira  
(OUTROS)

S.O. registrado por: DAVID LOPEZ DOS SANTOS JUNIOR - Matrícula: 391096-0



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do idoso ou ASL:  3 - CPF da vítima:  055 454 684-12 4 - Nome completo da vítima:  Renato César Santos do Marcondo Lira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR EUSEP N° 448/2012

5 - Nome completo:  Renato César Santos do Marcondo Lira 6 - CPF:  055 454 684-12  
 7 - Profissão:  Recluso 8 - Endereço:  Rua: Dona Maria 9 - Número:  165 10 - Complemento:  Casa  
 11 - Bairro:  Diuaneópolis 12 - Cidade:  Petrópolis 13 - Estado:  RJ 14 - CEP:  25501-190  
 15 - E-mail:  Renato.Lira.Nogueira@Hotmail.com 16 - Tel. (DDD):  (21) 99285-3008

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 13 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEKAR CóPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPIANÇA (serve para os serviços básicos. Andarei uma réplica)  
 Bradesco (257)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os serviços)  
 Nome do BANCO:  Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

5

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/Reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, resguardando a dívida, desde já e sujeita após a efetivação do crédito, a restituição total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas de perda, que sou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para o fato de não terem sido realizados exames de validação da indenização do Seguro DPVAT por invalides permanentes, uma vez que fui atendido uma das opções:

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

Pela motivo acima mencionado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanentes, com base na documentação apresentada, constando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.514/74, art. 51, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:  RJ - Distrito da Vítima:  Rio de Janeiro  Niterói  Duque de Caxias  Mesquita  Belford Roxo  Vila Velha 24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a Vítima:  Seu/Seucompanheiro(a)  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

26 - Vítima:  Sim  Não 28 - Se tiver filhos, informar Vivos:  Falecidos:  Sim  Não 30 - Vítima do babaço:  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tiver irmãos, informar Vivos:  Falecidos:  Sim  Não 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos?  Sim  Não

Estevo ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte de aqueles beneficiários que se apresentarem e puderem, sob sua condição, estarão vivos, ainda, se quer múltiplos omelios ou declaração não veridíctiva poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO AUTORIZADO

34  
Assinatura  
Data: 19/11/19  
Assinatura  
Data: 19/11/19  
Assinatura  
Data: 19/11/19

35 - Nome legal de quem assina o rogo/é pedido:

36 - CPF legal de quem assina o rogo/é pedido:

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/é pedido:

40 - Local e Data:

*Petrópolis - 19-11-2019  
Renato César Santos do Nascimento*

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

*Margarida da Silva*

TESTEMUNHA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01285-8

CONTA: 000000019697-5

---

Nr. Autenticação

BRADESCO29112019050000000002370128500000019697236250 PAGO



CARUARU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. RENATO CÉSAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA portador do CPF: 055.454.684-12 e RG: 8.089.095 SDS-PE, que consta nos registros de ocorrências Nº1903104496 do SAMU REGIONAL AGreste, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 10/03/2019 as 17h e 17min, no endereço RUA LÚCIO MENDONÇA, INDIANOPOLIS, CARUARU-PE, com queixa de COLISÃO MOTO X MOTO tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local transportando o mesmo para o HOSPITAL REGIONAL DO AGreste.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 19 de Junho de 2019

  
Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 10/06/2019

Renato Pessas Santos da N. Lira



Tarifa Social de Energia Elétrica Cadastral Lote 10458 da 26/04/12

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111 - Rua Vila, Recife - PE - CEP 50003-002  
CNPJ 10.0102320001-40 (Ins. Est. 000543-01) | www.celepe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
ULMA ELET. & MATERIAIS DO NAVIOS MEI

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA DONA MINHÁ I 65

CNPJ: 088.612.664-72

SIMPLÉCIO (CARUARU)  
CARUARU - PE  
65010-190

CLASSIFICAÇÃO  
S1 RESIDENCIAL  
PESO/CÓDIGO

1558388010 10/2019

007350022	UNCA	2018/2019
281272010	20036XAB	K5001

30/10/2018	22/11/2019
256,75	

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL
Conselho de Vila	200,000000	0,01000000	200,00
Achambe (Endereço AVARETA)		4,13	4,13
Achambe (Residencial VITNEMLA)		4,76	4,76
Centro, Km. PÚBLICO Municipal		24,19	24,19
ICMS Subvenção (CDE-IP) 07487491-1208519		1,17	1,17
Maisporápolis IP 07429422-7208519		3,98	3,98
Jardim por Áreas IP 07407673-2208519		2,08	2,08

TOTAL DA FATURA

256,75

Nº DO MOVIMENTO	DATA MOVIMENTO	DATA LEITURA	DATA LEITURA	ANTE DATA	DATA LEITURA	ANTE DATA	CONSUMO (KWH)
PROBLEMA	CAD	2018-2019	2018-2019	2018-2019	2018-2019	2018-2019	000,00

MOVIMENTOS		MOVIMENTOS		MOVIMENTOS		MOVIMENTOS	
00718 - 000		00718 - 000		00718 - 000		00718 - 000	
00718 - 075		00718 - 075		00718 - 075		00718 - 075	
00018 - 001		00018 - 001		00018 - 001		00018 - 001	
00118 - 000		00118 - 000		00118 - 000		00118 - 000	
00118 - 020		00118 - 020		00118 - 020		00118 - 020	
00118 - 025		00118 - 025		00118 - 025		00118 - 025	
00018 - 011		00018 - 011		00018 - 011		00018 - 011	
00118 - 010		00118 - 010		00118 - 010		00118 - 010	
00118 - 005		00118 - 005		00118 - 005		00118 - 005	
00118 - 001		00118 - 001		00118 - 001		00118 - 001	
00118 - 002		00118 - 002		00118 - 002		00118 - 002	
00118 - 003		00118 - 003		00118 - 003		00118 - 003	
00118 - 004		00118 - 004		00118 - 004		00118 - 004	
00118 - 005		00118 - 005		00118 - 005		00118 - 005	
00118 - 006		00118 - 006		00118 - 006		00118 - 006	
00118 - 007		00118 - 007		00118 - 007		00118 - 007	
00118 - 008		00118 - 008		00118 - 008		00118 - 008	
00118 - 009		00118 - 009		00118 - 009		00118 - 009	
00118 - 010		00118 - 010		00118 - 010		00118 - 010	
00118 - 011		00118 - 011		00118 - 011		00118 - 011	
00118 - 012		00118 - 012		00118 - 012		00118 - 012	
00118 - 013		00118 - 013		00118 - 013		00118 - 013	
00118 - 014		00118 - 014		00118 - 014		00118 - 014	
00118 - 015		00118 - 015		00118 - 015		00118 - 015	
00118 - 016		00118 - 016		00118 - 016		00118 - 016	
00118 - 017		00118 - 017		00118 - 017		00118 - 017	
00118 - 018		00118 - 018		00118 - 018		00118 - 018	
00118 - 019		00118 - 019		00118 - 019		00118 - 019	
00118 - 020		00118 - 020		00118 - 020		00118 - 020	
00118 - 021		00118 - 021		00118 - 021		00118 - 021	
00118 - 022		00118 - 022		00118 - 022		00118 - 022	
00118 - 023		00118 - 023		00118 - 023		00118 - 023	
00118 - 024		00118 - 024		00118 - 024		00118 - 024	
00118 - 025		00118 - 025		00118 - 025		00118 - 025	
00118 - 026		00118 - 026		00118 - 026		00118 - 026	
00118 - 027		00118 - 027		00118 - 027		00118 - 027	
00118 - 028		00118 - 028		00118 - 028		00118 - 028	
00118 - 029		00118 - 029		00118 - 029		00118 - 029	
00118 - 030		00118 - 030		00118 - 030		00118 - 030	
00118 - 031		00118 - 031		00118 - 031		00118 - 031	
00118 - 032		00118 - 032		00118 - 032		00118 - 032	
00118 - 033		00118 - 033		00118 - 033		00118 - 033	
00118 - 034		00118 - 034		00118 - 034		00118 - 034	
00118 - 035		00118 - 035		00118 - 035		00118 - 035	
00118 - 036		00118 - 036		00118 - 036		00118 - 036	
00118 - 037		00118 - 037		00118 - 037		00118 - 037	
00118 - 038		00118 - 038		00118 - 038		00118 - 038	
00118 - 039		00118 - 039		00118 - 039		00118 - 039	
00118 - 040		00118 - 040		00118 - 040		00118 - 040	
00118 - 041		00118 - 041		00118 - 041		00118 - 041	
00118 - 042		00118 - 042		00118 - 042		00118 - 042	
00118 - 043		00118 - 043		00118 - 043		00118 - 043	
00118 - 044		00118 - 044		00118 - 044		00118 - 044	
00118 - 045		00118 - 045		00118 - 045		00118 - 045	
00118 - 046		00118 - 046		00118 - 046		00118 - 046	
00118 - 047		00118 - 047		00118 - 047		00118 - 047	
00118 - 048		00118 - 048		00118 - 048		00118 - 048	
00118 - 049		00118 - 049		00118 - 049		00118 - 049	
00118 - 050		00118 - 050		00118 - 050		00118 - 050	
00118 - 051		00118 - 051		00118 - 051		00118 - 051	
00118 - 052		00118 - 052		00118 - 052		00118 - 052	
00118 - 053		00118 - 053		00118 - 053		00118 - 053	
00118 - 054		00118 - 054		00118 - 054		00118 - 054	
00118 - 055		00118 - 055		00118 - 055		00118 - 055	
00118 - 056		00118 - 056		00118 - 056		00118 - 056	
00118 - 057		00118 - 057		00118 - 057		00118 - 057	
00118 - 058		00118 - 058		00118 - 058		00118 - 058	
00118 - 059		00118 - 059		00118 - 059		00118 - 059	
00118 - 060		00118 - 060		00118 - 060		00118 - 060	
00118 - 061		00118 - 061		00118 - 061		00118 - 061	
00118 - 062		00118 - 062		00118 - 062		00118 - 062	
00118 - 063		00118 - 063		00118 - 063		00118 - 063	
00118 - 064		00118 - 064		00118 - 064		00118 - 064	
00118 - 065		00118 - 065		00118 - 065		00118 - 065	
00118 - 066		00118 - 066		00118 - 066		00118 - 066	
00118 - 067		00118 - 067		00118 - 067		00118 - 067	
00118 - 068		00118 - 068		00118 - 068		00118 - 068	
00118 - 069		00118 - 069		00118 - 069		00118 - 069	
00118 - 070		00118 - 070		00118 - 070		00118 - 070	
00118 - 071		00118 - 071		00118 - 071		00118 - 071	
00118 - 072		00118 - 072		00118 - 072		00118 - 072	
00118 - 073		00118 - 073		00118 - 073		00118 - 073	
00118 - 074		00118 - 074		00118 - 074		00118 - 074	
00118 - 075		00118 - 075		00118 - 075		00118 - 075	
00118 - 076		00118 - 076		00118 - 076		00118 - 076	
00118 - 077		00118 - 077		00118 - 077		00118 - 077	
00118 - 078		00118 - 078		00118 - 078		00118 - 078	
00118 - 079		00118 - 079		00118 - 079		00118 - 079	
00118 - 080		00118 - 080		00118 - 080		00118 - 080	
00118 - 081		00118 - 081		00118 - 081		00118 - 081	
00118 - 082		00118 - 082		00118 - 082		00118 - 082	
00118 - 083		00118 - 083		00118 - 083		00118 - 083	
00118 - 084		00118 - 084		00118 - 084		00118 - 084	
00118 - 085		00118 - 085		00118 - 085		00118 - 085	
00118 - 086		00118 - 086		00118 - 086		00118 - 086	
00118 - 087		00118 - 087		00118 - 087		00118 - 087	
00118 - 088		00118 - 088		00118 - 088		00118 - 088	
00118 - 089		00118 - 089		00118 - 089		00118 - 089	
00118 - 090		00118 - 090		00118 - 090		00118 - 090	
00118 - 091		00118 - 091		00118 - 091		00118 - 091	
00118 - 092		00118 - 092		00118 - 092		00118 - 092	
00118 - 093		00118 - 093		00118 - 093		00118 - 093	
00118 - 094		00118 - 094		00118 - 094		00118 - 094	
00118 - 095		00118 - 095		00118 - 095		00118 - 095	
00118 - 096		00118 - 096		00118 - 096		00118 - 096	
00118 - 097		00118 - 097		00118 - 097		00118 - 097	
00118 - 098		00118 - 098		00118 - 098		00118 - 098	
00118 - 099		00118 - 099		00118 - 099		00118 - 099	
00118 - 100		00118 - 100		00118 - 100		00118 - 100	
00118 - 101		00118 - 101		00118 - 101		00118 - 101	
00118 - 102		00118 - 102		00118 - 102		00118 - 102	
00118 - 103		00118 - 103		00118 - 103		00118 - 103	
00118 - 104		00118 - 104		00118 - 104		00118 - 104	
00118 - 105		00118 - 105		00118 - 105			





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

Faça mais fácil o seu dia, acesse o site [www.seguradopralider.com.br](http://www.seguradopralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 | Outras regiões: (0800) 022 1204

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 8188 | SAC (para encaminhamentos auditivos e de fala): 0800 622 12 66 | Central Dividida: 0800 021 91 35

### 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/IBEL/OTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=24636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da presença à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a consultar cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte 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, ARRANCO, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TAMBÉM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu \_\_\_\_\_ ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.170.884 / 60 na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

Rosilene Margarida da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 055 454 684 / 12

do sinistro de DPVAT cobertura Individual da Vítima Rosilene Margarida da Silva

inscrito (a) no CPF sob o N° 055 454 684 / 12 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante da residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 199 do Código Penal.

Endereço: RUA RICARDO PILAR	Cidade: CARUARU	Número: 332	Complemento: CASA
Bairro: SAO FRANCISCO		Estado: PE	CEP: 55.000-000
E-mail: roslene.margarida.silva.asegurados@hotmail.com			Tel.(DDDI) 81 99265-3006

Local e Data: CARUARU, 19-11-2019

Rosilene Margarida da Silva

Assinatura do Declarante

**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste**  
**EMERGÊNCIA**

**I. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Atendimento: 190046

Pronunciado: 234544

Nome: RENATO LUIZ SANTOS NASCIMENTO LIRA

Nascimento: 12/07/1991

Idade: 27

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDAS

Religião:

CPF:

RG:

CNS:

Endereço: RUA DONA MARIA I

Bairro: CENTENARIO

Cidade: CARuaru

Nº: 15

CEP: 56910180

Fone: 99207744

Profissão:

Estado: PE

Nome da Mãe: UILMA SULLY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Acumulamento:

Motivo do Atendimento: AFT COM MUSO E CESTA

Clínica: CH MOPED/TRAUMATÓLOGO

- ATENDIMENTO Data: 07/03/2018 15:22

Medico: MEDICO PLANTONISTA

Diagnóstico / HDA:

PTF - Frio de cérebro persistente, frigocôndilo, SAMS

ASD - infarto cerebral, dano cerebral permanente

Forma clínica: infarto cerebral permanente

Exame Físico:

Peso: 60kg, altura: 1,70m

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

TEP: 37,5°C, PTA: 70mmHg

Sopro: auscultado no esterno, no tórax.

DPO: 10.

Exames feitos no dia?

Exame Provisorio:

Biotecnologia

PTF: normal, PTA: 70mmHg

EEG:

ECG: normal

Uro: 1000ml

Gastro: 1000ml

30-03-18

Procedimento:

Dietas:

Horário:

Data:

Sinu hiperemia (1/1) 100%

10:00

Respiração: 16/ min, saturação: 95%

Tempo:

Pressão arterial: 120/80 mmHg

10:00

Respiração: 16/ min, saturação: 95%

Tempo:

Pressão arterial: 120/80 mmHg

10:00

Respiração: 16/ min, saturação: 95%

Tempo:

Pressão arterial: 120/80 mmHg

10:00

Respiração: 16/ min, saturação: 95%

Tempo:

Pressão arterial: 120/80 mmHg

10:00

Respiração: 16/ min, saturação: 95%

Tempo:

Pressão arterial: 120/80 mmHg

10:00

Respiração: 16/ min, saturação: 95%

Tempo:

Pressão arterial: 120/80 mmHg

10:00

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

# HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Regimento Interno do Rio Grande - Protocolo

Data e hora da chegada do paciente: 18/03/2018 10:14

## HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Nome Paciente: GILDA MARIA DE SOUZA PRATA - CORON. 115817 - FUNCAO: ENFERMEIRA - CLASSE: IP-A  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento:  
Sexo:  
Idade:  
Série:  
Convenio:  
Atendimento:  
SAME

Entrada: 18/03/2018 10:14 - Atendimento: 10:14

GILDA MARIA DE SOUZA PRATA - CORON. 115817 - FUNCAO: ENFERMEIRA - CLASSE: IP-A

Prioridade:

**URGENTE**

DATA: 18/03/2018

DIAGNOSTICO: FALLENKEIMER: PACIENTE SANTA VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SAO  
MOTOCICLISTA  
LOCAL: RUA  
NOME: LARSON S  
SEXO: M  
EDADE: 50  
PROBLEMA: FRACOZINHO  
DIAGNOSTICO: -DOLOR NO PESO DA  
ARTICULACAO DIREITA E ESQUERDA  
ORTOPEDIATRISTA: LIMA

Assinado(a) por: GILDA MARIA DE SOUZA PRATA - CORON. 115817 - FUNCAO: ENFERMEIRA

Data: 18/03/2018 10:14

Assinado(a) por: LIMA - CORON. 115817

Data: 18/03/2018

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames

Exames: Unim. 1.000 ml de urina. Urinário: negativo.  
Urografia: negativa. Uretra: negativa. Cistos: negativa.  
Uretral: negativa.

IV. Atenção ao paciente  
orientado ao médico

Termo de Responsabilidade de ARq e Puxido

Paciente  Família

Responsabilizo-me pela imediata realização dos procedimentos necessários, bem como pelo total respeito ao paciente, sobre todas as consequências que possam resultar da ação.

Nome: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Autenticação de Pratiquante  Praticante  Família

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Diag. Definitivo: \_\_\_\_\_

Dossiê do Paciente: \_\_\_\_\_

Alta  Cirurgia  Outros \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Pediatria: \_\_\_\_\_

Transferência: \_\_\_\_\_

Condicões de Alta: \_\_\_\_\_

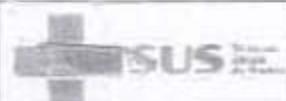
Curado  Melhorado  Indeterminado  Morto

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

10-09-2014 14:27:54

União do Almíndio

1499



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

Nome do Estabelecimento Solicitante <b>HOSPITAL JESUS PEQUENINO</b>	Protocolo 2019070572			2 - CNES 2344254
Nome do Estabelecimento Executante <b>HOSPITAL JESUS PEQUENINO</b>				4 - CNES 2344254

**Identificação do Paciente**

5 - Nome do Paciente <b>RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA</b>	6 - Número do Prontuário <b>124259</b>			
7 - Conselho Nacional de Saúde (CNS) <b>206314089610000</b>	8 - Data Nascimento <b>02/12/1991</b>	9 - Sexo <b>MASCULINO</b>	10 - Raça/Cor <b>10.1 - Etnia</b>	
11 - Nome da Mãe <b>UILMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA</b>	12 - Telefone de Contato			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) <b>RUA DONA MARIA 1º, 65 () - CENTENARIO</b>	16 - Município de residência <b>CARUARU</b>	17 - Cep, IBGE município <b>2604106</b>	18 - UF <b>PE</b>	19 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

Principais sinais e sintomas clínicos

Paciente refere acidente de moto com trauma hemorragico Esp.

21 - Condições que justificam a internação

Tto cirúrgico

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

Ex Fisi

23 - Diagnóstico inicial <b>Fratura fechada do fêmur 5522</b>	24 - CID 10 Principal <b>04.08.02.042.3</b>	25 - CID 10 Sec. <b>04.03.02.001.7</b>	26 - CID 10 Causas associadas <b>04.08.06.044.1</b>
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Descrição do Procedimento Solicitado <b>Internamento</b>			
27 - Clínica <b>Ortopedia</b>	30 - Caráter de Internação <b>30</b>	31 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CNPJ) do Profissional autorizante <b>09/08/14 00 044-1</b>
33 - Nome do Profissional Solicitante <b>DR. JOSÉ VIEIRA</b>	34 - Data da solicitação <b>12/03/19</b>	35 - Assinatura e carimbo (n.º do registro do conselho)	

Conferido Com Documento  
Original Requerente PE  
Hospital  
Assistente Social  
CRF SCBSC Nº 4.471

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

36 - <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. de Bilhete	41 - Série
37 - <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBOP
38 - <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho trajeto			

45 - Vinculo com a Previdência <input checked="" type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador	46 - Autônomo	47 - Desempregado	48 - Aposentado
---	---------------	-------------------	-----------------

<b>AUTORIZAÇÃO</b>		CREMSE: 5379
49 - Nome do Profissional Autorizador	50 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar

53 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	54 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizado
55 - Data da Autorização	56 - Assinatura e Carimbo (N.º do Registro do Conselho)

**Prefeitura Municipal de Bezerros**

**Secretaria de Saúde**

**NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL**

**261910545260-1**

Documento  
**09/08/14**  
Assistente Social  
Perquinino

**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNACÃO**

Adomodação: ENFER\_04 - LEITO-03

Atendimento:	535656	Data:	12/03/2019	Hora:	16:25	Recepção:	EDUARDO HENRIQUE G. SILVA
Convênio:	SES - ORTOPEDIA					Matrícula:	
Responsável:						Identidade:	
Médico:	DR. EDNALDO BARROS PEREIRA					Código SUS:	206314089610000
Paciente:	124259	RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA			Sexo:	MASCULINO	Cor:
Atendimento:	02/12/1991	- 27 Anos e 3 Meses			Estr. Civil:		
Endereço:	RUA DONA MARIA 1º, 65					C.P.F.:	05545468412
Nº:	CENTENARIO			CEP:	Identidade:	8089095	SOS
C/Cidade:	2604106	CARUARU		UF:	PE	Telefone:	PE
Nome:						G.Instrução:	
Mae:	JOAO MARTINS DE LIRA					Ocupação:	
Pai:	UILMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA					Naturalidade:	
Nacionalidade:	BRASIL						
Obs.:	SENHA ORT: 548395						

## Queda do Paciente

Pecado referente a adorar deuses ou deusas  
com Traços de um anfídeo, Esp

Exame Fisico

Fracture facile de l'os des doigts antérieurs E

三

Contentido Com. Digital Básico P. Pequeño

EDTO6, terça-feira, 12 de março de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

Conferido Com Documento  
Início Revisoras PLOS 05/08/14  
Assinado Jesus Pequeno

~~José Lourenço dos Santos  
Assessor Técnico  
CRESC 10-18~~

## HOSPITAL JESUS PEQUENINO

## FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER\_04 - LEITO-03  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 535656 Data: 12/03/2019 Hora: 16:25  
 Convênio: SES - ORTOPEDIA  
 Responsável:  
 Médico: DR. EDNALDO BARROS PEREIRA

Recepção: EDUARDO HENRIQUE G. SILVA  
 Matrícula:  
 Identidade:  
 Cartão SUS: 206314080610000

Paciente: 124259 RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIR/ Sexo: MASCULINO Cor:  
 Nascimento: 02/12/1991 - 27 Anos e 3 Meses Est. Civil:  
 Endereço: RUA DONA MARIA 1<sup>a</sup>, 65 C.P.F.: 05545468412  
 Bairro: CENTENARIO Identidade: 8089095 SDS PE  
 I.G.E./Cidade: 2604106 CARUARU UF: PE Telefone:  
 Pek: JOAO MARTINS DE LIRA G. Instrução:  
 Mãe: UILMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA Ocupação:  
 Nacionalidade: BRASIL Naturalidade:

Apelido: \_\_\_\_\_

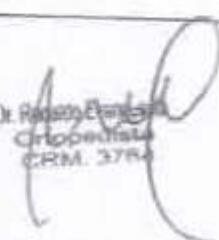
Saívo Alta: ( ) Curado ( ) Melhorado ( ) A Pedido ( ) Transferido ( ) Evasão Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 horas  
 (Assinou o termo)

## Alta Hospitalar

Data: 15/03/19

Médico: \_\_\_\_\_

D. Renato Barros  
 Ortopedista  
 CRM: 3784



Assinatura / CRM

## Observação

## Transferência Hospitalar

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura / CRM

## Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_

*DR. RENATO BARROS  
 ORTOPEDISTA  
 CRM: 3784  
 15/03/19*

*Conf. Dr. Renato Barros  
 CRM: 3784  
 15/03/19  
 Hospital Jesus Pequenino  
 Assentamento Social  
 CRM: 10150*

## Óbito

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura / CRM

Conselho  
 Odontológico  
 PE

Documento  
 05081/19  
 José Lourenço dos Santos  
 Assistente Social  
 CRM: 10150  
 Pequenino

14/3/19. Fpt. ejemplar de  
frutero de río de la mitad  
E

D. Ronald E. Engeler  
Ornithologist  
CRM 37H

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abiocath T				Urofix			
Aguilha Desc. 157-4	03	l实		Vaselina Bisnaga			
Aguilha Gengival LCOV 10	01	l实					
Aguilha Pespas Bioguia 01		l实		FIOS			
Aguilha Sutura							
Algodão Hidrófilo				CatGut Simpa s/a			
Algodão Ortopédico				CatGut Simp c/a			
Atadura Gase				CatGut Crom s/a			
Atadura Crepe				CatGut Crom cl-a 2.0	01	ml	
Atadura Gesso				Fio de Algodão			
Bolsa p/ Colostomia				Fio de Aço			
Comp. Cirúrgica	10	l实		Fio Kirschner			
Dreno Tórax				Fio Umbilical			
Dreno Tórax Kerr				Mononylon	30	02 ml-	
Dreno Penrose				Mononylon			
Equipo p/ Soro				Prolene			
Equipo Macro Gotas				Prolene			
Espadrado		l实		Polycot			
Espadrado Anti-alérgico				Seda			
Espadrado Micropore				Seda			
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5	03	Pças		LÍQUIDOS			
Gase Funcionada							
Gelfoan				Água Oxigenada			
H. Kuntscher				Álcool Simples	30	100 ml	
Intracath				Álcool Iodado			
Luva Descartável 8,0	03	Pças		Éter			
Luva Comum	02	Pçm		Formol			
Lâmina Bisturi	01	l实		Germpol			
Lâmina Gillette				Glutaril			
Látex 204				Pov Tópico			
P. S. Petersen				Pov Degermante			
P. L. Sherman				clorhexidina			
Pr. S. Petersen				OXIGÉNIO			
Par. Sherman							
Pino Stelman							
Prótese Thompson							
Scalp							
Seringa 03 cc				PROTÓXIDO			
Seringa 05 cc	01	l实					
Seringa 10 cc	03	l实					
Seringa 20 cc	01	l实		TAXAS			
Seringa Vidro 05 cc							
Seringa Vidro 10 cc				Aspirador			
Seringa Vidro 20 cc				Artroscopia			
Seringa de 01 cc				Bisturi Elétrico			
Sonda Estom n°				Defibrilador			
Sonda Levine n°				Monitor			
Sonda Uretral n°				elétrica	06	l实	
Sonda Foley n°				Óxido Rúbio	02		
Sonda "3v n°				oxigênio 95%	07	l实	
Sonda p/ O.	01	l实		Vaso de Fajenita 50cc			



MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Ricardo Pena Sánta de Novovento leus Registro N° 124259

Apt. \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Data: 14/10/19

Cirurgia: Fistula de fistula de antibiótico Cirurgião: Dr. Ronaldo

Anestesia: Oxgano Anestesiista: Dr. Lucio

Inicio: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminotilina				Narcen			
Água Destilada	0,5	0,000		Nipride			
Alioferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil	0,1	0,000	
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemicetina			
Cedilanide				Quelicin			
Decadron	0,1	0,000		Rifocina 150			
Dormonid	0,1	0,000		Rifocina 500			
Diazepam				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etranex				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Styptanon			
Fentanil	0,1	0,000		Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico	1,000	0,000	
Furacin Pomada				Thionembutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaína Pesada			
Glicose				Xylocaína 2% s/a	0,1	0,000	
Garamicina 80				Xylocaína 2% c/a	0,1	0,000	
Heparina 5.000				Xylocaína 1% s/a			
Halotano				Xylocaína Geléia			
Haemaccel				Xylocaína Spray			
Inoval				Dipiviracina 1% 0,2			
Keflin	1,	0,1	0,000	Isoxam + unox 0,6			
Ketalar				Isoproprai 0,4			
Lasix				Propofol 0,6			
Methergin							
Marcaina Pesada							
Marcaina s/a							
Marcaina c/a							
Conforme Com Documento							

## FICHA DE ANESTESIA

Nº \_\_\_\_\_  
Date: 14/03/19

Anesthesia: Bisopress plus Braganol

NE

Name: Renato Cesar Sombra de Noronha Nº na Registro: \_\_\_\_\_ Nº. na Clínica: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Quarto: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_  
Operador: Dr. Ronaldo Evangelista Assista: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Bacia Faria  
Diag. Preop.: \_\_\_\_\_ Diag. Posop.: \_\_\_\_\_  
Op. Proposta: Tratamento cirúrgico de opacificação dos ossos de auditivo  
Premarkitado: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ (MO 1-2-3) \_\_\_\_\_ (AO 1-2-3) \_\_\_\_\_ Risco 1-2-3-4

**PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO**

AGENTES	DOSSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A. Etiuclerin ej ad - 40mg			3
B. Extubosana 1000mg Bloquemplex			
Midazolam - 3mg (Benzodiazepínicos + sedativo)			
C. Fubanil - 750mg			
D. Tefalohexa - 2g			
E. Depomed - 200mg			
F. Flanit - 40mg			
LÍQUIDOS:			
3F 0,9% - 500ml			
		DÂMINA - NASOVOZOR FARRADEI NASOCRICOATRAQUEAL - GEM BAL - TRAMT - CALIBRE DO TUBO SOE - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
		Função de Anestesia	
TOTAL			
OPERAÇÃO:			
ANESTESISTA:	<i>Pimenta</i> <i>17/06/2013</i> <i>08-06-13</i>	OPERAÇÃO:	Laringo - Glóssico - Excesso Secre Obstrução Respiratória - Reação "SILENT" - Vomito
			Hemostasia Ativada Estrela - Depuradora - Clorase
		DR. VANDRIO ENFERMEIRO CROSP-ACRESC CRM-3784	PERDA SANGUÍNEA:

**RELATÓRIO CIRÚRGICO**

NOME DO PACIENTE RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA	CLÍNICA ORTOPEDICA	NUMERO DO REGISTRO 124259
CIRURGÃO RONALDO EVANGELISTA	INSTRUMENTADOR: EDILSON E FARIA	ANESTESISTA DRA. LUCIA
ANESTESIA BLOQUEIO		
DATA DA OPERAÇÃO 14/03/2019		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO		
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + NEUROLISE DO RADIAL. + TENOLISE DO EXTENSOR + TENOLISE DO FLEXOR		
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA		
<b>DESCRICAÇÃO DO ATO OPERATÓRIO</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA</li> <li>2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS</li> <li>3. INCISÃO NA FACE LATERAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO</li> <li>4. ABERTURA DA APONEUROSE</li> <li>5. DIVULSAO POR PLANOS</li> <li>6. TENOLISE DO EXTENSOR</li> <li>7. ASORDAGEM DO FOCO DA FRATURA DO RÁDIO + REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS</li> <li>8. INCISÃO NA FACE MEDIAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO</li> <li>9. ABERTURA DA APONEUROSE</li> <li>10. DIVULSAO POR PLANOS</li> <li>11. TENOLISE DO FLEXOR</li> <li>12. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA DA URNA + REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS</li> <li>13. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA</li> <li>14. FECHAMENTO POR PLANOS</li> <li>15. CURATIVO</li> <li>16. RETIRADA DA FAIXA DE ESMARCH</li> </ol>		

Confereido Com: Renato Cesar P. de Oliveira  
 Original Bem-te-vi PE  
 Hospital Igreja Pequenino  
 Assentante Social  
 CRÉDITOS N° 4.473  
Ina Amorim

Confereido Com Documento: Confereido Com Documento

Original Bem-te-vi PE Renato Cesar P. de Oliveira / / Igreja Pequenino  
 Hospital Igreja Pequenino Assentante Social  
 CRÉDITOS N° 10160

**Hospital Regional  
JESUS PEQUENINO**  
**EVOLUÇÃO MÉDICA**

RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

12/03/2019: PACIENTE COM FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.  
AGUARDANDO CIRURGIA. MEDICADO.

13/03/2019: PACIENTE EVOLUINDO BEM. MEDICADO.

14/03/2019: OPERADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. MEDICADO.

15/03/2019: PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.

Conferido Com Documento  
09/03/19  
Original Renato Pequenino  
Hospital Jesus Pequenino  
Assistente Social  
CRSS/PE N° 4.471

Conferei Com Documento  
09/03/19  
Original Renato Pequenino  
Hospital Jesus Pequenino  
Assistente Social  
CRSS-1010



NOME

Renato Lemos Andrade Neto

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de fratura do osso metatarso CID-10: S52.5, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 14/3/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros,

11/4/17

Dr. Rosendo Evangelista  
Ortopedista  
CRM-PE 3.784

*[Handwritten signature]*

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.089.095

15/07/2010

DOC. N.º 8.089.095 - EXP. 15/07/2010

NOME: RENATO CÉSAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA >>

“**“JOÃO MARTINS DE LIRA”**”

“**“ULMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA”**”

CARUAPU - PE  
02/12/1991

DOC. N.º 8.089.095 - EXP. 15/07/2010

“**“CN 48853 L 406 F 228 CART. 26**”

ZONA CARUAPU-PE 12.12.1991 >>

055.454.684-32

ESTADO DA PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE CARUAPU

REGISTRO DE VITALIDADE

EXCELENTE ESTADO

REGISTRO DE VITALIDADE



“**“JOÃO MARTINS DE LIRA”**”  
“**“ULMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA”**”

ESTADO DA PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE CARUAPU

REGISTRO DE VITALIDADE

**9.000.356** 31/05/2010  
HOMEN  
HOMEN  
HOMEN  
HOMEN  
**<< ROSILENE MARGARIDA DA SILVA >>**  
**<< SEVERINO FIRMINO DA SILVA >>**  
**<< MARGARIDA FORMOSINA DA SILVA >>**  
HOMEN  
CARUARU - PE  
DOC. 07419501551993200017030  
0000880713 CARUARU-PE  
029.170.884.50



## **PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647535

**Cidade:** Caruaru

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

**Data do acidente:** 10/03/2019

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL  
SEGUROS S/A

**PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA**

**Data da análise:** 22/11/2019

## **Valoração do IML: 0**

## **Perícia médica: Não**

**Diagnóstico:** FRATURA ANTEBRAÇO ESQUERDO. P5.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P5. P5,9,11,12,13.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

#### **Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

## **Nome do documento faltante:**

## **Apontamento do Laudo do IML:**

### **Conduita mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

#### **Observaciones:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

### OUTORGANTE:

Nome: Renata Lésia Santos do Nascimento Oliveira  
brasileiro (a), estado civil: Divorciada, profissão: Estudante  
RG nº 8.089.095 CPF/MF nº 055.454.684-12, com  
endereço residencial na Rua Dona Maria I, 65  
Bairro: Divinópolis Pará - PE CEP: 59010.190

### OUTORGADO:

Nome: Positene Margarida da Silva  
brasileiro (a), estado civil: Solteira, RG nº 9.000.356  
CPF/MF nº 029.170.884-60, com endereço residencial na  
Rua Frei Ricardo Pilar, 332 Bairro: São Francisco

### PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório –  
DPVAT, por natureza \_\_\_\_\_ da Vítima  
Renata Lésia Santos do Nascimento Oliveira CPF 055.454.684-12 e  
cujo Sinistro ocorrido no dia \_\_\_\_\_.

Pará, 09 de Agosto de 2019.



Renata Lésia Santos do Nascimento Oliveira

Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

EUL CASSIO TOSOGO

Rua Presidente Vargas, 33 - Centro Centro da Serra - Ceará-Mirim - CEP: 62300-000 - Tel: (85) 3233-1011 - Fax: (85) 3233-0216  
Reconheço, por autenticidade, a firma de: **SENA TOLEDO SANTOS**  
DO NASCIMENTO LIRA. Em testemunho **100** de verdade. Sou Fá.  
Caruaru/PE, 04/08/2016 - 102354.

*Vilma Barros Toscane de Carvalho*

VILMA BARROS TOSCANE DE CARVALHO (Substituta).  
EMOLUMENTOS: R\$3,51, TBMR: R\$0,80, FERC: R\$0,40,  R\$0,00  
PUNSEG: R\$0,02, FERM: R\$0,04, IBI: R\$0,08  
TOTAL: R\$4,91 Operador: 24



Salto:0073719.UNI08201801011110

Celular: Autenticação por código QR ou link



# RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407416/19

**Vítima:** RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO

**CPF:** 055.454.684-12

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/03/2019

**Titular do CPF:** RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

### ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

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

### RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA : 055.454.684-12

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: 20/11/2019  
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA  
CPF: 029.170.884-60

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

\_\_\_\_\_  
ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

\_\_\_\_\_  
Steffany Caroliny Lins Veloso

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, 19 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190707625**

**Vítima: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA**

**Data do Acidente: 10/03/2019**

**Cobertura: DAMS**

**Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA**

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

Informamos que o reembolso de despesas médicas e suplementares é avaliado conforme critérios de análise praticados pelo mercado e tendo como limite mínimo os valores constantes na Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim ser ou não reembolsado em sua totalidade, observando-se o limite da cobertura.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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, 06 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190707625**

**Vítima: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA**

**Data do Acidente: 10/03/2019**

**Cobertura: DAMS**

**Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA**

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

**Rebedor: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA**

**Valor: R\$ 2.514,30**

**Banco: 237**

**Agência: 000001285-8**

**Conta: 0000019697-5**

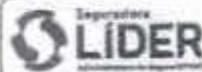
**Tipo: CONTA CORRENTE**



Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

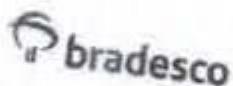
1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: <b>055 454 684-12</b>		4 - Nome completo da vítima: <b>Renata Cícero Santos do Noronha</b>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012					
5 - Nome completo: <b>Renata Cícero Santos do Noronha</b>		6 - CPF: <b>055.454.684-12</b>			
7 - Profissão: <b>Recreio</b>		8 - Endereço: <b>Rua Dona Maria I</b>		9 - Número: <b>65</b>	10 - Complemento: <b>Casa</b>
11 - Bairro: <b>Jardim das Flores</b>		12 - Cidade: <b>Barravaria</b>		13 - Estado: <b>SC</b>	14 - CEP: <b>85010-190</b>
15 - E-mail: <b>Renata.cicero@hotmail.com</b>				16 - Tel. (DDO): <b>(48) 3598-3088</b>	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO (SENGER ENTRE 0 A 13 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR)					
17 - Nome completo do Representante Legal:					
18 - CPF do Representante Legal:			19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).					
20 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:					
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO (INFORMAR) <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.001,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)					
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (informe para ativos sólidos. Possuir uma conta)					
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (101) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)					
AGÊNCIA: _____		CONTA: _____		AGÊNCIA: <b>1285</b> CONTA: <b>0019697</b> 5	
(Inserir o dígito de verificação)			(Inserir o dígito de verificação)		
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que em meu direito, reconheço e dando, desde já e imediatamente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.					
22 - DECLARAÇÃO DE ALÉMIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE					
Declaro, sob as penas da lei, que estou prestando declaração de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de comprovação da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinar uma das opções):					
<input type="checkbox"/> Não há IMI que atende a regiao do incidente ou da minha residencia; ou <input type="checkbox"/> O IMI que atende a regiao do incidente ou da minha residencia não realiza pericias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IMI que atende a regiao do incidente ou da minha residencia realiza pericias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.					
Fiel motivo esclarecido, solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para validação da existência e quantificação das limites permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 6.294/74, art. 24, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descreva seu conteúdo.					
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (j/o Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado/Aguardamento <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data de óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou cunhado(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a Vítima deixou cunhado(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 29 - Seinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou neto(neta): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente indenizada, os seguintes beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição: estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a abrigação de responsabilidade civil e penal, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 209 do Código Penal.					
34 - Assinatura de quem assina o rego/s pedido					
35 - Nome legível de quem assina o rego/s pedido					
36 - CPF legível de quem assina o rego/s pedido					
37 - (*) Assinatura de quem assina o rego/s pedido					
40 - Local e Data: <b>Barra do Rio - SC - 17-07-2019</b>					
41 - Assinatura da vítima/beneficiária (declarante): <b>Rosilene Moreira</b>					
42 - Assinatura do representante legal (se houver): <b>Ja Sylva</b>					
43 - Assinatura do Procurador (se houver):					

INVALIDEZ PERMANENTE

NÃO ALFAFETIZADO

DADOS CADASTRAIS

TESTEMUNHAS



Automação  
Depósito em Conta-Corrente em Dinheiro

Banco: 237 Agência: 6345 Maquinha: 052759  
Data: 18/11/2013 Hora: 13:13 N.Tranç: 007954  
Favorecido  
Banco: 237  
Agencia: 1265 / RUA CAP. JOAO VELHO  
Conta: 0019697-5

Valor do depósito:

Titular: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO

Atendimento  
SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente  
Cancelamentos, Reclamações e Informações  
0800 704 8383  
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouviroria - 0800 727 2933  
Atendimento de segunda a sexta-feira das  
8h às 18h, exceto feriados.

Horário de Brasília,

Obrigado  
Tenha uma boa tarde



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLICIA DA 090<sup>ª</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90<sup>ª</sup>CIRC  
 DINTER1/14<sup>º</sup>QESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0180001283**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/05/2019 às 11:55

Complementa o BO Número: 19E0180001282

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 10/3/2019 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: RUA LUCIO MENDONÇA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, PÓWERO B.  
 MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: INDIOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL  
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( Autor / Agente )  
 RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA ( OUTRO )  
 ADILSON AVELINO DOS SANTOS ( OUTRO )  
 JAQUELINE DA SILVA LOPES ( Vítima )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na gerência da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA



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

JAQUELINE DA SILVA LOPES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nasc. CECILIA MARIA DA SILVA Pe. JOSE FRANCISCO LOPES Data de Nascimento: 18/01/1996 Naturalidade: VITÓRIA DO SANTO ANTÃO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 94088903/SDS/PE (RG), 12997061413 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSÕES

Residência: RUA MARTINS FRANCISCO,241-A FUNDOS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Pówero B. MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 0 - Bairro: SALGARO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nasc. NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nasc. UELMA BUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA Pe. JOÃO MARTINS DE LIRA Data de Nascimento: 2/12/1991 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 90089167/SDS/PE (RG), 05546460412 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO, Profissão: OUTRAS PROFISSÕES

Residência: RUA DONA MARIA PRIMEIRA,65 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Pówero B. MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTENÁRIO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

ADILSON AVELINO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a), Sr(a): ADILSON AVELINO DOS SANTOS, que estava em posse do(a).

Sr(a): RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Categoria/Marcas/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA CG 160 FAN ERDI Objeto apreendido: Não

Car. VERMELHA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCW6424 (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: 108343666 Chassi: 9C2XCG200GR126716

Combustível: ALCOOL/GÁSOL.

Descrição: RENAVAN 108343666



### Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ENCONTRAVA-SE COMO PESSAGEIRA DO VEÍCULO ACIMA DESCRIMINADO, O QUAL ESTAVA NEMO PILOTADO PELA PESSOA DE RENATO CESAR, PELA VIA INFORMADA, QUANDO EM DADO MOMENTO OUTRO VEÍCULO TIPO MOTO, SAIU DE UMA VIA SECUNDARIA DO LADO ESQUERDO SEM DAR A DEVIDA PREFERÊNCIA, VINDO A MOTO, EM QUE A VITIMA SE ENCONTRAVA, COLIDIR COM A OUTRA MOTO QUE ATRAVESSOU A SUA FRENTE, VINDO AMBOS OS VÉHICULOS A TOMBAREM, TENDO A VITIM JAQUELINE SOFRIDO FRATURA DA PERNA ESQUERDA, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA PARA O HRA-CARUARU, E APÓS TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE BEZERROS ONDE FCI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO SURGICAL. E A PESSOA DE RENATO CESAR VINDO A SOFRER FRATURA DO ANTEBRAZO ESQUERDO, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA PARA HRA-CARUARU E APÓS REMOVIDA PARA O HOSPITAL DE BEZERROS, ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO SURGICAL CORPORE DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA, NADA MAIS A INFORMAR.

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

Jaqueleine da Silva Lopes  
(VITIMA)

Renato Cesar Santos do Nascento Lira  
(OUTRO)

B.O. registrado por: DAVID LOPEZ DOS SANTOS JUNIOR - Matrícula: 301096-0



SAMU  
192



CARUARU

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. RENATO CÉSAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA portador do CPF: 055.454.684-12 e RG: 8.089.095 SDS-PE, que consta nos registros de ocorrências Nº1903104496 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 10/03/2019 às 17h e 17min, no endereço RUA LÚCIO MENDONÇA, INDIANOPOLIS, CARUARU-PE, com queixa de COLISÃO MOTO X MOTO tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o HOSPITAL REGIONAL DO AGreste.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 19 de Junho de 2019.

\_\_\_\_\_  
Thiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 19/06/2019

Renato Pessas Santos da M. Oliveira



Tech & Innovation: The Future of Credit and the Impact of Emerging Technologies

Centro de Competitividade  
Av. Jardim do Rio, 115 - Rio das Pedras - RJ - CEP 26260-000

(BADÃO DO CLIENTE)  
ULMA ISABEL SANTOS DO NASCIMENTO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
PRAIA D'AREIA S/Nº, SALA 165

CPF-888-427-884-72

CHIROPRACTIC

CLASSE C 2010

卷之三

083264022 OMCA 321503018

30/10/2019 22/11/2019  
25575

	ESERCIZIO	PERIODO	TOTALE (RS)
Consensi Adempimenti	260.000.000	10.000.000	270.000.000
Arretrano Salvovento AMMELA			4.13
Arretrano Salvovento UPRMELA			4.13
Contributi Iura Pubblica Autonomia			34.39
ICAE Salvovento-COE-HP 034514912-2009/10			1.37
Mutui per Consensi-HP 034514912 - 2009/10			3.09
Altri per Consensi-HP 034514912 - 2009/10			2.59

TOTALE DA 162.652

Aspergillus fumigatus var. fumigatus has been isolated from patients with chronic granulomatous disease (CGD) and from patients with immunodeficiencies due to other causes. Aspergillus fumigatus var. fumigatus has also been isolated from patients with chronic sinusitis, bronchitis, and pulmonary infiltrates. Aspergillus fumigatus var. fumigatus has been isolated from patients with chronic sinusitis, bronchitis, and pulmonary infiltrates.





These sample files are for your personal enjoyment. Please do not redistribute.

我的世界

2017年7月26日星期五

(CPT: 828-40) 094-04 795 129 13355483

• 1000000000

BRUNSWICK  
BAYA PERGAMON

запечатано за линия брандмауър

POLAROID PAPER 112

SAN FRANCISCO CARIAP  
CARIBARI/FP  
EQUITY-FP

204441890 (8654) 121 M013

0820850017 11/2018  
-2014-2010 14/12/2010 105.59

DESCRIÇÃO	VALOR R\$	VALOR (%)
Consumo Ativo até 30 kWh.	10.000,00	1.294.743
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh.	72.000,00	9.448.874
Consumo Ativo superior a 100 ate 200 kWh.	71.000,00	9.147.051
Avaliação Bônus e DESBONUS		1.88
Avaliação Bônus e DESBONUS		2.37
Centro. Serr. Pública Munic.		11.19
ICMS Biomassa-SC-07611191-1020W18		8.62
Mutirão IDAUS-NF 000044021-11/1918		1.81
Mutirão IDAUS-NF 000044021-11/1918		4.34

• 2003 年 11 月卷第 2 期

100

Digitized by srujanika@gmail.com

After the initial period of adjustment, the new system has been operating satisfactorily. The new system will be used for all future contracts. The new system will be used for all future contracts.

...and the first time I saw it, I was so taken by its beauty that I had to have it. It's a piece of art that I can't afford to let go of.

PERÍODO CALCULADO	VALOR ESTIMADO	VALORES ESTIMADOS		VALORES ESTIMADOS
		VALORES ESTIMADOS	VALORES ESTIMADOS	
100	1.00	1.00	10.00	10.00
1000	1.00	1.00	10.00	10.00
10000	1.00	1.00	10.00	10.00

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 35, No. 4, December 2010  
DOI 10.1215/03616878-35-4 © 2010 by The University of Chicago

## AVALIAÇÃO

Renato Cesar Santos Nascimento Lira

Paciente vítima de acidente motociclístico, colisão moto com moto, em 10 de Março de 2019, sofreu fratura fechada dos ossos do antebraço esquerdo, foi levado pelo SAMU para o HRA. Paciente recebeu tratamento cirúrgico, Recebeu alta em 15 de março de 2019. Paciente foi encaminhado para 30 sessões de fisioterapia motora .

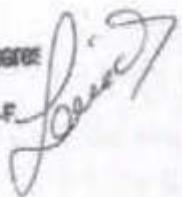
Caruaru, 22 de Abril de 2019

Fisioterapeuta

Maria Lindinalva Ferreira Soares

Crefito 159711-F

M. Lindinalva Ferreira Soares  
Fisioterapeuta  
CREFITO: 159711-F



RECIBO

Recebi do Sr. Renato Cesar Santos do Nascimento Lira,  
RG -8.089.095, a importância de R\$ 2.950,00( Dois mil e novecentos e  
cinquenta Reais) referentes a 30 sessões de fisioterapia motora. Sendo cada  
sessão a importância de R\$95,00)noventa e cinco Reais e R\$ 100,00 (cem  
Reais ) a avaliação.

Caruaru, 20 de Agosto de 2019

Fisioterapeuta

Maria Lindinalva Ferreira Soares

Crefito 159711-F

Lindinalva Ferreira Soares  
Fisioterapeuta  
CREFITO: 159711-F

Lindinalva Ferreira Soares  
Fisioterapeuta  
CREFITO: 159711-F



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):

Capital e regiões metropolitanas: 0800-1586 / Outras regiões: 0800-932-13-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-31-39 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvintes: 0800-021-31-35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

[http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL\\_ASFX/TIPO=1&CODIGO=29636](http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL_ASFX/TIPO=1&CODIGO=29636)

A Circular SUSEP<sup>®</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 de 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>3</sup>.

<sup>3</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESERVAURO. <sup>4</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA Fazenda, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS Ocorrências SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº3.613/98.

Período exposto, eu ROSLENE MARGARIDA DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.170.884 60, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

Rosilene Margarida da Silva, inscrito (a) no CPF sob o N° 155.454.684, 12

do sinistro de DPVAT cobertura DAMS de Vítima Rosilene Margarida da Silva,

inscrito (a) no CPF sob o N° 155.454.684, 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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. 239 do Código Penal.

Endereço: RUA RICARDO PILAR	Número: 332	Complemento: CASA
Bairro: SAO FRANCISCO	Cidade: CARUARU	Estado: PE
E-mail: ros.silva.seguros@hotmail.com	CEP: 55.000-000	Tel.(DDD): 81 99285-3008

Local e Data: CARUARU, 17. 12 - 2019

Rosilene Margarida da Silva  
Assinatura do Declarante

**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA**

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: RENATO CESAR SANTOS NASCIMENTO PA  
 Data Nasc.: 12/12/1991 Idade: 27 Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS  
 CPF: RG:  
 Endereço: RUA DONA MARIA I  
 Bairro: CENTENARO Cidade: CARUARU  
 CEP: 56110-030 Fone: 593907444 Profissão:  
 Nome da Mae: LILIMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA  
 Acompanhante:  
 Motivo de Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA  
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**2 - ATENDIMENTO** Data: 10/03/2018 10:23 **Médico:** MÉDICO PLANTONISTA

Quinto Principal / HDA:

Por volta de 01h00min sentiu dor no lado esquerdo, seguida por 5 min.  
 Naquele momento desmaiou e não soube para onde correu.  
 Ficou consciente no momento da chegada.

Exame Físico: PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

• Peso: 60kg  
 • Altura: 1,78m  
 • Gênero: Masculino  
 • Idade: 27 anos

Evolução: Entrado em DSE?

Diagnóstico:

Pel-tronco

Rx: Tórax V AP  
 Pulsos  
 Dorsos: ANP  
 Fundo: S APT  
 Exames: ECG, USG, RNM

10/03/18

Procedimentos:

Data: \_\_\_\_\_

Data:

Horário:

Fuso horário: +1 hora  
 Uprima: 10:23

Descrição: - RH de torno  
 exames: ECG, USG, RNM

cb  
 Peto da cintura  
 e estreito

# HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Protocolo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Data: Horário: Código da consulta: 01/03/2019 16:14

Nome Paciente	RENATO CLEBER CANTOS NASCIMENTO LIMA
Cod. Paciente	
Data de Nascimento	
Sexo:	MASCULINO
Idade:	27
Sexta:	03/03/2019
Coronavírus:	
Alcance:	
SAME:	

Percorso: 10/03/2019 10:13 - 10/03/2019 16:14  
GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 114917 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prontuário:

URGENTE

MINUTO

Sexo:

PACIENTE TRANSFERIDO DA UNI. UEMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM FERIMENTO  
MOTOCROSS

Unidade:

NEUROLOGIA

Principais queixas:

PROBLEMAS NO MEMBROS

Exames:

- DOR MIGRATORIA

Medicamentos:

- PROFUNDIZAO GROSSEIRA

- OSTEOPEDIA HONORAT CLOVIS

Assinatura do: GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 114917 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 10/03/2019 16:14

AVISO: O USO DE AUTOMATISMOS COM TECNOLOGIA DE RECONHECIMENTO DE Voz

Página 1/1

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA

1 - Evolução / Exames

Início de febre e calafrios intensos, duração de 24 horas.

Dr. Edson da Silva  
Ortopedista

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente  Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retomada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente  Familiar

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Assinatura

Dia: Definitivo

Destino do Paciente

Alta  Cirurgia  Obito  Evacuação  Termo de Alta a Pedido  
 Transferecia: \_\_\_\_\_  Internamento

Condição de Alta

Curado  Melhorado  Instaurado  Óbito

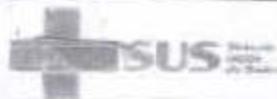
Data: / / Hora: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

2009/2014 15:27:34

Zona 2

Usuário do Atendimento

VANESSA VAG



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do Estabelecimento Solicitante  
**HOSPITAL JESUS PEQUENINO** *Protocolo 2019070570* 2 - CNES  
2344254

Nome do Estabelecimento Executante  
**HOSPITAL JESUS PEQUENINO** 4 - CNES  
2344254

## Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente  
**RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA** 6 - Número do Prontuário  
124259

7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)  
206314089610000 8 - Data Nascimento  
02/12/1991 9 - Sexo  
MASCULINO 10 - Raga/Cor  
10.1 - Etnia

11 - Nome da Mãe  
**UILMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA** 12 - Telefone de Contato:

13 - Nome Responsável

14 - Telefone de Contato

15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)  
**RUA DONA MARIA 1º, 65 () - CENTENARIO**

16 - Município de residência  
**CARUARU** 17 - Cod. IBGE município  
2604106 18 - UF  
PE 19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos

*Paciente se refere acidente de moto com trauma cranioencefálico Esp.*

21 - Condições que justificam a internação

*Tto cirúrgico*

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

*Ex Fisi*

23 - Diagnóstico Inicial *Ambulatório* 24 - CID 10 Principal **Fratura fechada do úmero 5522** 25 - CID 10 Sec. 26 - CID 10 Causas associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado *Internamento* 28 - Código do procedimento

29 - Clínica **Ortopedia** 30 - Caráter de Internação **30** 31 - Documento ( ) CNS ( ) CPF 32 - Nr. Doc. (CNS/CNPJ) do Profissional autorizado

33 - Nome do Profissional Solicitante **DR. E. C. GOMES** 34 - Data da solicitação **12/03/19** 35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)

36 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito 37 - ( ) Acidente de Trabalho típico 38 - CNPJ da Seguradora 40 - Nr. do Bilhete 41 - Série

37 - ( ) Acidente de Trabalho típico 42 - CNPJ da Empresa 43 - CNA da Empresa 44 - CBO

38 - ( ) Acidente de Trabalho trajeto 45 - Vítima com a Previdência 46 - Aposentado 47 - Agendado para alta / Morte / Não segurado

45 - Vítima com a Previdência 46 - Aposentado 47 - Agendado para alta / Morte / Não segurado

47 - Nome do Profissional Autorizador 48 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizado

49 - Documento (CNS / CPF) 50 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizado

51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)

**Prefeitura Municipal de Bezerros**

**Secretaria de Saúde**

**NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL**

**261910545260-1**

*Documentos*

*use Lembrete das Santas  
Assistente Social  
SUS/PE/MS*

*0810KIL  
Fiquenino*

14/3/19. Spst. esquema de  
fractura do osso do metacarpal  
E

Dr. Renato Evangelista  
Ortopedista  
CRM: 3746



NOME

Leandro Lemos Santos da Nogueira

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de fratura expandida, CID-10: S52.5, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 14/3/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros,

11/4/17.

Dr. Ronaldo Evangelista  
Ortopedista

*Ronaldo*

**Hospital Regional  
JESUS PEQUENINO**  
**EVOLUÇÃO MÉDICA**

RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

12/03/2019: PACIENTE COM FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.  
AGUARDANDO CIRURGIA. MEDICADO.

13/03/2019: PACIENTE EVOLUINDO BEM. MEDICADO.

14/03/2019: OPERADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. MEDICADO.

15/03/2019: PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.

Conferido Com Documento 000719  
Original Belema Pequeno  
Hospital Jesus Pequenino  
Ana Andrade  
Assistente Social  
CRESC/PE nº 4.471

Conferido Com Documento Conferido Com Documento  
Original Belema PE 09/03/19 / / /  
Hospital Jesus Pequenino  
José Luiz Amorim da Silva  
Assistente Social  
CRESC 10160



Hospital Beira Mar  
UNIVERSITÁRIO

### RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA CLÍNICA ORTOPÉDICA		NUMERO DO REGISTRO 124259
CIRURGÃO RONALDO EVANGELISTA	INSTRUMENTADOR: EDILSON E FARIA	
ANESTESIA BLOQUEIO	ANESTESISTA DRA. LUCIA	
DATA DA OPERAÇÃO 14/03/2019		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO		
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + NEUROLISE DO RADIAL + TENDONISMO DO EXTENSOR + TENDONISMO DO FLEXOR		
OPERAÇÃO REALIZADA À PROPOSTA		
<b>DESCRICAÇÃO DO ATO OPERATÓRIO</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SON ANESTESIA</li> <li>2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS</li> <li>3. INCISÃO NA FACE LATERAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO</li> <li>4. ABERTURA DA APONEUROSE</li> <li>5. DIVULSAÇÃO POR PLANOS</li> <li>6. TENDONISMO DO EXTENSOR</li> <li>7. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA DO RÁDIO + REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS</li> <li>8. INCISÃO NA FACE MEDIAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO</li> <li>9. ABERTURA DA APONEUROSE</li> <li>10. DIVULSAÇÃO POR PLANOS</li> <li>11. TENDONISMO DO FLEXOR</li> <li>12. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA DA UMLA + REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS</li> <li>13. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOS FLUOROSCOPIA</li> <li>14. FECHAMENTO POR PLANOS</li> <li>15. CURATIVO</li> <li>16. RETIRADA DA FAIXA DE ESMARCH</li> </ol>		

Conferido Com 09/04/2019  
 Original Bezerros PE 09/04/2019  
 Hospital Beira Mar Univeritário 09/04/2019  
 Relatório Cirúrgico 09/04/2019  
 Dr. Anderson  
 Assistente Social  
 CRSS/PE nº 4.471

Conferido Com Documento Conferido Com Documento

Original Bezerros PE 09/04/2019 Assinado por Dr. Anderson  
 Hospital Beira Mar Univeritário 09/04/2019 Relatório Cirúrgico  
 Dr. Anderson  
 Assistente Social  
 CRSS/PE nº 4.471

**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

Atendimento: 535656 Data: 12/03/2019 Hora: 16:25  
Convênio: SES - ORTOPEDIA  
Responsável:  
Médico: DR. EDNALDO BARROS PEREIRA

Acomodação: ENFER\_04 - LEITO-03  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Recepção: EDUARDO HENRIQUE G. SILVA  
Matrícula:  
Identidade:  
Cartão SUS: 206314089610000

Endereço: 124259 RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA Sexo: MASCULINO Cor:  
Nascimento: 02/12/1991 - 27 Anos e 3 Meses Est. Civil:  
Logradouro: RUA DONA MARIA 1<sup>a</sup>, 85 C.P.F.: 05545468412  
Bairro: CENTENARIO Identidade: 8089095 SDS PE  
Cidade: 2804106 CARUARU UF: PE Telefone:  
Pais: JOAO MARTINS DE LIRA G.Instrução:  
Mãe: UILMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA Ocupação:  
Nacionalidade: BRASIL Naturalidade:

Obs: SENHA ORT/ 548395

Queixa do Paciente:

Paciente refere andar de cama muito  
com trauma em antebraço Esg

Exame Físico:

Fratura fechada braço do antebraço E

Tratamento:

Conforme Documento  
Original Bemecito PB 05108178  
Hospital Jesus Pequenino  
Hospit  
04/03/2019

DR. EDNALDO BARROS PEREIRA  
MEDICO  
CRM 632

Assinatura e Carimbo do Médico

Ana Amorim  
Agente Social  
CHESF/PB N° 4471

Caruaru, terça-feira, 12 de março de 2019

Conforme Documento  
Original Bemecito PB 05108178  
Hospital Jesus Pequenino

José Laurindo dos Santos  
Assessor Social  
CRESP 1015

## HOSPITAL JESUS PEQUENINO

## FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER\_04 - LEITO-03

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 535666 Data: 12/03/2019 Hora: 18:25  
 Convênio: SE8 - ORTOPEDIA  
 Responsável:  
 Médico: DR. EDNALDO BARROS PEREIRA

Recepção: EDUARDO HENRIQUE G. SILVA  
 Matrícula:  
 Identidade:  
 Cartão SUS: 206314069610000

Paciente: 124259 RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA  
 Nascimento: 02/12/1991 - 27 Anos e 3 Meses  
 Endereço: RUA DONA MARIA 1º, 65  
 Bairro: CENTENARIO  
 IBGE/Cidade: 2604108 CARUARU  
 País: JOAO MARTINS DE LIRA  
 Mão: UILMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA  
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor:  
 Est. Civil:  
 C.P.F.: 05545468412  
 Identidade: 8089095 SOS PE  
 Telefone:  
 G.Instrução:  
 Ocupação:  
 Naturalidade:

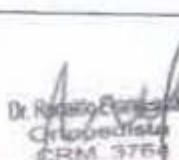
Pacientista: \_\_\_\_\_

Novo Alta: ( ) Curado ( ) Melhorado ( ) A Pedido ( ) Transferido ( ) Evasão Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 horas  
 /Assinou o termo

## Alta Hospitalar

Data: 15/03/19

Médico: \_\_\_\_\_



Dr. Ednaldo Barros Pereira  
Ortopedista  
CRM 3768

Assinatura / CRM

## Observação

## Transferência Hospitalar

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura / CRM

## Diagnósticos

Diagnóstico Provisional: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_

## Óbito

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura / CRM

*Conferido com Documento  
Original Bezerro P.  
Hospital Jesus Pequenino  
Bento 03/03/19*

*Santo Amaro  
Assinante Socio  
CRSS: 16150  
CRESSPE N° 4.471*

Conferido com Documento

Data: 05/03/19

Médico:

Horário:

*05/03/19  
Pequenino*

*Luzivaldo dos Santos  
Assistente Social  
CRSS: 16150*

## **FICHA DE ANESTESIA**

Nº \_\_\_\_\_  
Date: 14/03/19

Anestesia:	<u>Bloqueio plevo braquial</u>	NB
Nome:	<u>Renato Cesar Santos da Nóbrega</u>	Nº do Regist.
Clinica:		Nº na Clínica:
Operador:	<u>De Ronaldos Evangelista</u>	Quarto: _____ Leito: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____
Diag. Preop.:	Anestesiista: <u>Dra Bárbara Braga</u>	
Op. Proposta:	<u>Tratamento cirúrgico de opacidade dos ossos do antebraço</u>	
Premedicação:	Hora:	Resultado: (NO 1-2-3) (AO 1-2-3)
		Risco 1-2-3-4

**PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO**

Age (months)	Lead Level (PPM)
15	10
16	10
17	10
18	10
19	10
20	10
21	10
22	10
23	10
24	10
25	10
26	10
27	10
28	10
29	10
30	10
31	10
32	10
33	10
34	10
35	10
36	10
37	10
38	10

AGENTES:	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
1. <i>Albuterol</i> c/ ad - 400mg			
2. <i>Bretilverina</i> 1pt 50mg		<i>Bloquem. pleco</i>	
3. <i>Midazolam</i> - 3mg		<i>Glucagon + Midazolam</i>	
4. <i>Rubisco</i> - 750mg			
5. <i>Efepatoflúmina</i> - 2g			
6. <i>Diamox</i> - 3g			
7. <i>Pizano</i> - 400mg			
LÍQUIDOS			
SE 0,9% - 500ml		CÂMILA - MASCORRO FARÍNGEA MASCORRO TRAQUEIAL - CETO BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOL - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
		Tanpa de Anestesia	
TOTAL			
OPERAÇÃO:			
ANESTESIA:			

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE - SES

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Number of Faculty Members: 1,200

卷之四

— 57 —



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	Nº 10
REGISTRO	8.089.095
DATA	15/07/2010
<< RENATO CÉSAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA >>	
<< JOÃO MARTINS DE LIRA >>	
<< ULMA SUELV SANTOS DO NASCIMENTO LIRA >>	
CARUAPU - PE	02/12/1991
CNPJ: << CN 48853 L 40A F 226 CART. 2a	
ZONA CARUAPU-PE 12.12.1991 >>	
055 454 684-12	055 454 684-12



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REFUGIADO  
NOME: 9.000.356  
DATA: 31/05/2010  
TIPO: REFUGIADO  
RESIDÊNCIA: CARUARU - PE  
DOC. ORIGEM: << 07419501551993200017030  
000690713 CARUARU-PE >>  
DATA DE EMISSÃO: 30/01/1976

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MISTERIOSOS CHAMPS

OSTRV. RE. NO. 014465-1795  
CONTROLE DE NEGOCIO DA LIEZENKAUF DE VACUO  
MATERIAL 100%

DENTAL

ALBUM OF BIRDS OF

卷之三

卷之三

卷之三

# PARECER DE DAMS



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190707625      **Data do acidente:** 10/03/2019  
**Vítima:** RENATO CESAR SANTOS DO      **Atendimento:** HOSPITAL  
 NASCIMENTO LIRA  
**Cidade:** Caruaru      **UF:** PE      **Análise:** Primeira Análise  
**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A      **Data:** 26/12/2019 10:11:03

## DADOS DO PARECER

**Diagnóstico:** FRAT DO ANTEBRACO FRAT DA DIAFISE DO CUBITO -      **Internação:** Não

**Tratamento:** CIRURGICO      **Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	2.01.03.48-4	PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EM UM MEMBRO	2850,00	2489,43
Honorários Médicos	4.13.01.40-4	AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO MUSCULAR POR MOVIMENTO MANUAL (POR MEMBRO) / (EXAME MUSCULAR)	100,00	24,87
<b>Total da Análise Atual</b>			<b>2950,00</b>	<b>2514,30</b>

**Indicadores:** Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

**Observações:**

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	2950,00	2514,30	2514,30
<b>Total da Análise Atual</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2950,00</b>	<b>2514,30</b>	<b>2514,30</b>

**TOTAL PLEITEADO:** 2950,00      **TOTAL AVALIADO:** 2514,30      **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 2514,30

## INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

## PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

### OUTORGANTE:

Nome: Renato Pêrez Santos do Nascimento, Círculo  
brasileiro (a), estado civil: Divorciado, profissão: Estudante,  
RG nº 8.089.095, CPF/MF nº 055.454.684-12, com  
endereço residencial na Rua Dona Maria I, 65  
Bairro: Divinópolis Pará - PE CEP: 55010-190

### OUTORGADO:

Nome: Rosilene Margarida da Silva  
brasileiro (a), estado civil: Solteira, RG nº 9.000.356,  
CPF/MF nº 029.170.884-60, com endereço residencial na  
Rua Frei Ricardo Pitão, 332 Bairro: São Francisco

### PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório –  
DPVAT, por natureza \_\_\_\_\_ da Vítima  
Renato Pêrez Santos do Nascimento CPF 055.454.684-12 e  
cujo Sinistro ocorrido no dia \_\_\_\_\_.

Pará , 09 de Agosto de 2019.



Renato Pêrez Santos do Nascimento

Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

3º SERVICO NOTARIAL E DE PROTECAO

RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS

R. 20 Pontevedra, 10 - Centro - Caruaru - PE - CEP: 56301-000 - Fone: (87) 3229-7111 - Fax: (87) 3229-7111

Reconheço, por autenticidade, a firma de: **RENATO CESAR SANTOS  
DO NARCISO LIRA**. Em testamento, da verdade. Dou fé.  
Caruaru/PE, 08/09/2016 - 14:22:54.

*Renato Cesar Santos*  
VILMA BARROS TORCANO DE CARVALHO (Substituta).  
EMOLUMENTOS: R\$3,31, TBNE: R\$0,30, FERC: R\$0,40, PIS/COFINS: R\$0,00,  
PISSEG: R\$0,08, FERME: R\$0,04, ISS: R\$0,08.  
TOTAL: R\$4,81. Operador: 24



Selo: 0073718.LNU08201901011118

PROV. GO. PE  
CARUARU  
2016

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458133/19

**Vítima:** RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO

**CPF:** 055.454.684-12

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/03/2019

**Titular do CPF:** RENATO CESAR SANTOS  
DO NASCIMENTO LIRA

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Comprovantes de despesas médicas  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

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

### RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA : 055.454.684-12

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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomado por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/12/2019  
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA  
CPF: 029.170.884-60

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

\_\_\_\_\_  
ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

\_\_\_\_\_  
Steffany Caroliny Lins Veloso