

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

BRDESCO3012201905000000000023701285000000019697251430 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

BRADESCO2911201905000000000023701285000000019697236250    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 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:**

**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

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

---

**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

**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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do registro no ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 055 454 684-12 4 - Nome completo da vítima: Renato César Santos do Nascimento Lima

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

5 - Nome completo: Renato César Santos do Nascimento Lima 6 - CPF: 055 454 684-12  
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua: Dona Maria 9 - Número: 165 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Diamantina 12 - Cidade: Itapicuru 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55010-190  
15 - E-mail: Renato.Lima@Hotmail.com 16 - Tel (DDD): (81) 99285-3008

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 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 (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Anotar o nome e o tipo)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Bradesco  
AGÊNCIA: 1285 CONTA: 019697 5  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após 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 do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo exposto, solicito o processamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente da trânsito, conforme Lei 8.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 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? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou herdeiros (ou parentes)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Futuro cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem apresentar e provar 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 art. 299 do Código Penal.

34 - ☐ Impugnado ☐ Não impugnado ☐ Contestado ☐ Não contestado

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido: \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido: \_\_\_\_\_  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido: \_\_\_\_\_

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura de testemunha: \_\_\_\_\_  
39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura de testemunha: \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

19-11-2019  
Renato César Santos do N. Lima  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Rozilene  
42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Margareida de Silva



Autoatendimento  
Deposito em Conta Corrente em Dinheiro

Banco: 237 Agência: 6945 Máquina: 052769  
Data: 18/11/2018 Hora: 13:19 N.Trans: 007954

Favorecido:  
Banco: 237  
Agência: 1245 RUA CAP. JOAO VELHO  
Conta: 0019687-5

Valor do depósito:

Titular: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO

Alô Bradesco  
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente  
Cancelamentos, Reclamações e Informações  
0800 704 6383  
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0096  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933  
Atendimento de segunda a sexta-feira das  
0h às 18h, exceto feriados.

Horário de Brasília.

Obrigado  
Terça uma boa tarde





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP00CIRC  
DINTER/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0180001283**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/05/2019 às 11:58**

Complementa o BO Número: 19E0180001282

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

Fato ocorrido no endereço: RUA LÚCIO MENDONÇA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: INDIANÓPOLIS - 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 geração 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/Mãe: CECILIA MARIA DA SILVA Pai: JOSÉ FRANCISCO LOPES Data de Nascimento: 19/04/1988 Nacionalidade: VITÓRIA DE SANTO ANTÃO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 94889945/SSDFPE (RG), 12997951413 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: OUTRAS

PROFISSIONAL  
Residência: RUA MARTINS FRANCISCO, 241-A FUNDOS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 0 - Bairro: SALGADO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: LILMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA Pai: JOÃO MARTINS DE LIRA Data de Nascimento: 2/12/1991 Nacionalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8008095/SSDFPE (RG), 05546402/12 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Profissão: OUTRAS

PROFISSIONAL  
Residência: RUA DONA MARIA PRIMEIRA, 85 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTENÁRIO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

08/05/2019 11:51



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

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

MOTO (VEICULO) 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/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN ESD Objeto apreendido NÃO

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

Placa: PCW6424 (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: 106343566 Chassi: 9C2K2200GR125716

Combustível: ALCO/GASOL

Descrição: RENAVAN 106343566

# Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ENCONTRAVA-SE COMO PASSAGEIRA DO VEICULO ACIMA DESCRITIVO, O QUAL ESTAVA SENDO PILOTADO PELA PESSOA DE RENATO CESAR, PELA VIA INFORMADA, QUANDO EM DADO MOMENTO OUTRO VEICULO TIPO MOTO, SAIU DE UMA VIA SECUNDARIA DO LADO ESQUERDO SEM DAR A DEVIDA PREFERENCIA, VINDO A MOTO, EM QUE A VITIMA SE ENCONTRAVA, COLIDIR COM A OUTRA MOTO QUE ATRAVESSOU A SUA FRENTE, VINDO AMBOS OS VEICULOS 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 BEZERRAS ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO CIRURGICA, E A PESSOA DE RENATO CESAR VINDO A SOFRER FRATURA DO ANTEBRALDO ESQUERDO, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA PARA HRA-CARUARU E APÓS REMOVIDA PARA O HOSPITAL DE BEZERRAS, ONDE FOI SUBMETIDA À INTERVENÇÃO CIRURGICA CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA. NADA MAIS A INFORMAR.

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

JAQUELINE DA SILVA LOPES  
(VITIMA)  
RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA  
(OUTRO)

S.O. registrado por: DAVID LOPES DOS SANTOS JUNIOR - Matrícula: 391086-0





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 055 454 684-12 4 - Nome completo da vítima: Renato César Santos do Nascimento Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR BUSEP Nº 448/2012

5 - Nome completo: Renato César Santos do Nascimento Lima 6 - CPF: 055 454 684-12  
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua: Dona Maria 9 - Número: 165 10 - Complementar: Casa  
11 - Bairro: Divinópolis 12 - Cidade: Itabimura 13 - Estado: PR 14 - CEP: 55040-190  
15 - E-mail: Rua Maria Helena Q Nacional, Lm 16 - Tel (DDD): (181) 99255-3008

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 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 (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (comércio para os serviços acima. Anotar uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 1285 CONTA: 019697 5

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a dívida, desde já e somente após 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 do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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.

Pela motivação assinalada, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Div.) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou maduro(s) filho(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estatado ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (se for o caso): \_\_\_\_\_ 35 - Nome legível de quem assina a seguinte pedido: \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a seguinte pedido: \_\_\_\_\_ 37 - (\*) Assinatura de quem assina a seguinte pedido: \_\_\_\_\_  
38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (selecione): Renato César Santos do Nascimento Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

Margarida de Silva

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

BRADESCO2911201905000000000023701285000000019697236250    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 às 17h e 17min, no endereço RUA LÚCIO MENDONÇA, INDIANÓPOLIS, 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

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 11/06/2019



Tarifa Social de Energia Elétrica Chão para Lei 10.548 de 2004/02

# SOLICITAÇÃO DE TENDIMENTO DE CONSUMO

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111 - Rua Vitor, Recife - PE CEP 50050-902  
CNPJ 06.933.238/0001-00 (Insc. Est. 06.933.43-02) www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

ÚLTIMA SUEL: 7 SUELTS DO NASCIMENTO

CPF: 000.000.000-00

## CLASSIFICAÇÃO

81 - RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DOURA MENEZES, 100

SIVINOPOLIS (CARUARU)  
CARUARU - PE  
55010-190

## PERÍODO DE VALIDADE DO TENDIMENTO

06/2019/01/01 - 06/2019/01/01

06/2019/01/01 - 06/2019/01/01

06/2019/01/01 - 06/2019/01/01

1558388010 10/2019  
30/10/2019 22/11/2019  
256,78

## RESUMO DA FATURA - VALORES EM REAIS

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo 454 (vivi)	289,000000	0,750000	217,25
Acrescimo Bandeira AMARELA			4,13
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,76
Contrib. Ref. PIS/PASEP			24,18
ICMS Substituição ICMS-SP (0787913-1) 000018			1,17
Multa por atraso NF 014514112 - 220818			0,00
Juros por atraso NF 014514112 - 220818			0,00
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>256,78</b>

Nº DO MÊS/ANO	PERÍODO FATURA	SALDO DEVEDOR	SALDO DEVEDOR	DATA DEBITO	Nº DO MÊS/ANO	PERÍODO FATURA	SALDO DEVEDOR	SALDO DEVEDOR	DATA DEBITO
01/2019	01/2019	0,00	0,00	01/01/2019	01/2019	01/2019	0,00	0,00	01/01/2019

PERÍODO	VALOR UNIT.	QUANTIDADE	VALOR UNIT.	VALOR UNIT.	VALOR UNIT.	VALOR UNIT.	VALOR UNIT.	VALOR UNIT.	VALOR UNIT.
01/2019	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25
02/2019	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25
03/2019	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25
04/2019	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25
05/2019	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25
06/2019	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25
07/2019	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25
08/2019	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25
09/2019	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25
10/2019	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25
11/2019	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25
12/2019	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25
01/2020	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25	0,75	289,00	217,25

## INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



REF ID: A67 204-04 115-1247339400

CLASSIFICAÇÃO  
DE REACCIÓNAL  
BASTA PERDA COM HIR

Taxa Social de Frangos e Frangos (Taxa Social de Frangos e Frangos)

Comunidade Energética de Pescadores  
R. João de Barros, 111, Rua Nova, Recife - PE CEP 51035-010  
CNPJ 15.833.822/0001-00 | Tel. (81) 3335-0121 | [ene@ene.org.br](mailto:ene@ene.org.br)  
www.ene.org.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA RICARDO PILAR 333

SAN FRANCISCO CALIFORNIA  
CALIFORNIA  
94102-5000

0820850017 10/2019

10/10/2018 12/11/2018

104-33

15041525	10000	15000000
----------	-------	----------

11/16/2018	XG125HW7U	#H302
------------	-----------	-------

[illegible]

Category	Value	Value
Category 1	0.000000	0.00
Category 2	0.000000	0.00
Category 3	0.000000	0.00
Category 4	0.000000	0.00

1024-58

TOTAL DA FATURA

TOTAL DA FATURA		TOTAL		CONSTANTE	ALUGUE	DEBITO (R\$)
SP INC	1000,00	DATA	10/06/2019	1000,00		1000,00
ALUGUE	1000,00	DATA	10/06/2019	1000,00		1000,00
DEBITO	1000,00	DATA	10/06/2019	1000,00		1000,00

[illegible]

1984 177

[illegible]

104-B1

83820000001-0 04810011000-7 82085001710-1 14274910443-2







## 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)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4026-1544 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 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/IBIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO, <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.131/95.

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 Lima Santos do Nascimento Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 055 454 684 12  
do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Rosilene Lima Santos do Nascimento Junior

inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 289 do Código Penal.

Endereço: RUA RICARDO PILAR	Número: 332	Complemento: CASA
Cidade: SÃO FRANCISCO	Estado: PE	CPF: 55.000-000
E-mail: rosilene.silva.seguros@hotmail.com	Tel./DDD: 81 99265-3008	

Local e Data: CARUARU, 19.11.2019

Rosilene Margarida da Silva

Assinatura do Declarante

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGENCIA



## 7. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 490348		Prontuário: 334384	
Nome: RENEVALDO DE CARVALHO SANTOS NASCIMENTO LIRA			
Data Nasc.: 12/12/1991	Idade: 27	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDAS
CPE:	RG:	CNS:	Religião:
Endereço: RUA DONA MARIA I		Nº: 65	
Quilômetro: CENTENÁRIO		Cidade: GARUARU	Estado: PE
CEP: 55210-120	Fone: 993-07444	Profissão:	
Nome da Mãe: JULIA SULLY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA			
acompanhante			
Motivo do Atendimento: AET COM MÚLTIPLO TRAUMATISMO			
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA			

1 - ATENDIMENTO	Data: 07/03/2018 14:22	Médico: MEDICO PLANTONISTA
-----------------	------------------------	----------------------------

© 2004 Practical JHDA

Post above the white the bottom of the box, the white of the box  
the white of the box the white of the box the white of the box the white of the box  
the white of the box the white of the box the white of the box the white of the box the white of the box

MAKING FRIENDS

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

(1) In the case of  $P$ ,  
 (2) If  $V \in H^1(\Omega)$ ,  
 (3) If  $V \in H^1(\Omega)$ ,  
 (4) If  $V \in H^1(\Omega)$ ,

Estero de la Cruz

## John Frowson

Butcher

**Pl. urbano**

Notes

### Horário

[illegible]

10/10/10



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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Endereço do paciente:

Endereço da residência:

Endereço do:

Nome:

Idade:

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

14/12/14

Paciente com quadro de insuficiência renal crônica em estágio avançado, com sintomas de retenção hídrica e hipercalemia.

Dr. Humberto de Oliveira

*[Handwritten signature]*

15/12/14

Paciente com quadro de insuficiência renal crônica em estágio avançado, com sintomas de retenção hídrica e hipercalemia.

Dr. Humberto de Oliveira

*[Handwritten signature]*

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Ruim da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Data e hora de entrada do paciente: 10/03/2019 18:08

Nome Paciente:	RENATO DE SOUZA SANTOS SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Masculino
Idade:	27
Estado:	Brasil
Convênio:	
Atendimento:	SAME

Período: 10/03/2019 18:13 - 10/03/2019 18:14

GL DA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Classificação:	URGENTE
Função:	Enfermeiro
Assessment:	PACIENTE APARELHO RESPIRATÓRIO VITIMIZADO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO GOLBÃO MCHLOX MCHLOX
Classificação:	NEGRA VERMELHA
Classificação:	SALVO
Classificação:	TRATAMENTO EM INTENSIVADO
Classificação:	- DOR MODERADA
Classificação:	DEFICITADA DE OXIGÊNIO
Classificação:	ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

Assinado(a) por: GL DA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data e hora de assinatura: 10/03/2019 18:14

Página 1 de 1



# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGENCIA



## 3 - Evolução / Exames

10/05/15

Exame físico: sem alterações. Exames laboratoriais: glicemia 120 mg/dL, colesterol 180 mg/dL, triglicéridos 150 mg/dL, creatinina 1.2 mg/dL, ureia 15 mg/dL, hemoglobina 12 g/dL, hematócrito 36%, hemograma normal. Exames de imagem: radiografia de tórax sem alterações. Exames de imagem: ultrassom de abdome sem alterações.

Dr. Gabriel Aguiar  
Médico Assistente  
de Emergência

## Termo de Responsabilidade de Alta - Paciente

☒ Paciente ☐ Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desta emergência, bem como tenho ciência do comprometimento sobre todas as consequências que possam advir desta alta.

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

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

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

## Autorização de Procedimento

☒ Paciente ☐ Familiar

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

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

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

## Diagnóstico

## Destino do Paciente

☐ Alta ☐ Cirurgia ☒ Observação ☐ Internar ☐ Transferência ☐ Solicitar Alta Pedido

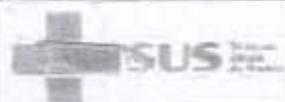
## Condição de Alta

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Melhorado ☐ Curado

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ Min: \_\_\_\_ CMH

10/05/15 15:22:34  
JCS

Unidade de Atendimento  
2015-05-10



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do Estabelecimento Solicitante	HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CHES	2344254
Nome do Estabelecimento Executante	HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CHES	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 - Raça/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 refere acidente de trânsito com Trauma em antebraço Esq.

21 - Condições que justificam a internação

Tto cirurgico

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

Ex Físico

23 - Diagnóstico inicial

Fratura fechada do antebraço

24 - CID 10 Principal

S59.2

25 - CID 10 Sec.

26 - CID 10 Causas associadas

04.08.02.042.3

04.03.02.007.7

27 - Código do procedimento

04.08.06.044.1

28 - Código do procedimento

04.08.06.044.1

29 - Descrição do Procedimento Solicitado

Intervenção

30 - Caracter de internação

31 - Documento

( ) CNS ( ) CPF

32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional Solicitante

04.08.06.044.1

33 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. E. J. J.

34 - Data da solicitação

12/03/19

35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)

Contido Com Documento  
Original Bateria PE  
Hospital Jesus Pequeno  
Ana Amorim  
Assistente Social  
PROCESSO Nº 2.471

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bônus	41 - Série
37 - ( ) Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBO
38 - ( ) Acidente de Trabalho atípico			
45 - Vínculo com a Previdência	( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado	46 - Nº da Previdência	47 - Nº da Previdência

AUTORIZAÇÃO

48 - Nome do Profissional Autorizador	49 - Cód. Órgão Emissor	50 - Nr. Autorização de internação hospitalar
51 - Documento	52 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	
53 - Data da Autorização	54 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	

Prefeitura Municipal de Bezerros  
Secretaria de Saúde  
NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL  
261910545260-1

Contido Com Documento  
Original Bateria PE  
Hospital Jesus Pequeno  
Ana Amorim  
Assistente Social  
PROCESSO Nº 2.471



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

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

Atendimento: 535858 Data: 12/03/2019 Hora: 16:25  
Convênio: SES - ORTOPEDIA  
Responsável:  
Médico: DR. EDNALDO BARROS PEREIRA

Recap.: EDUARDO HENRIQUE G. SILVA  
Matrícula:  
Identidade:  
Cartão SUS: 206314089810000

Paciente: 124259 RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA  
Nascimento: 02/12/1991 - 27 Anos e 3 Meses  
Endereço: RUA DONA MARIA 1º, 86  
Bairro: CENTENARIO CEP: 2604106 CARUARU UF: PE  
Mãe: JOAO MARTINS DE LIRA  
Nome: JULIA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor:  
Esl. Civil:  
C.P.F. 05545468412  
Identidade: 8089095 SDS FE  
Telefone:  
G.Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade:

Obs.: SENHA ORT: 548395

Queixa do Paciente:

Paciente refere acidente de moto  
com Trauma em antebraço Esq

Exame Físico:

Fratura fechada do osso do antebraço E

Tratamento:

Conferido Com Documento  
Original Bezerra P  
Hospital Jesus Pequeno  
12/03/2019

DR. EDNALDO BARROS PEREIRA  
MÉDICO  
CRM 4002

Ana Amorim  
Assistente Social  
CRM 155/PE Nº 4.471

Barros, terça-feira, 12 de março de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

Conferido Com Documento  
Original Bezerra P  
Hospital Jesus Pequeno

José Laurindo dos Santos  
Assistente Social  
CRM 1019

# HOSPITAL JESUS PEQUENINO

## FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

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

Atendimento: 535558	Data: 12/03/2019	Hora: 16:25	Recepção: EDUARDO HENRIQUE G. SILVA
Convênio: SES - ORTOPEDIA			Matrícula:
Responsável:			Identidade:
Médico: DR. EDNALDO BARROS PEREIRA			Cartão SUS: 206314089610000

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 1ª, 85		C.P.F.: 05545468412	
Bairro: CENTENARIO		Identidade: 8089095	SDS PE
UF/Cidade: 2604105 CARUARU	CEP:	Telefone:	
País: JOAO MARTINS DE LIRA	UF: PE	G. Instrução:	
Mãe: LILMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA		Ocupação:	
Nacionalidade: BRASIL		Naturalidade:	

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_  
 Alta: ( ) Curado (x) Melhorado ( ) A Pedido ( ) Transferido ( ) Evasão Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 horas  
 Assinou o termo

**Alta Hospitalar** Data: 15/03/19

Médico: \_\_\_\_\_

*Dr. Renato Cesar Santos do Nascimento Lira*  
Ortopedista  
CRM. 3764

Assinatura / CRM

**Observação**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Transferência Hospitalar** Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura / CRM

**Diagnósticos**

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Óbito** Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura / CRM

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conferido Com Documento  
Original Saneado R  
Hospital Jesus Pequeno  
15/03/19  
Assinatura  
Assistente Social  
CRS/PE Nº 4.471

14/3/19. Trat. cirurgico de  
fractura do osso do antebraço  
E

Dr. Manoel Francisco  
Ortopedista  
-1918 3714



Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbocath T				Urofix			
Aguilha Desc. 25x7 03		unid		Vaselina Bisnaga			
Aguilha Gengival 10x120 01		unid					
Aguilha Resaca 10x120 01		unid		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 c/a 2.0	01	un	
Atadura Gesso				Fio de Algodão			
Bolsa p/ Colostomia				Fio de Aço			
Comp. Cirúrgica	10	unid		Fio Kirschner			
Dreno Tórax				Fio Umbilical			
Dreno Tórax Kerr				Mononylon 3.0	02	un	
Dreno Penrose				Mononylon			
Equipo p/ Soro				Prolene			
Equipo Macro Gotas				Prolene			
Espadrado	1	cole		Polycot			
Espadrado Anti-estéril				Seda			
Espadrado Micropore				Seda			
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5	07	Pacote		LÍQUIDOS			
Gase Furacionada							
Gelfoam				Água Oxigenada			
H. Kuntscher				Alcool Simples 20%	100	un	
Intracath				Alcool Iodado			
Luva Descartável 8.0	03	Pacote		Éter			
Luva Comum	02	Pacote		Formol			
Lâmina Bisturi 21	01	unid		Gempol			
Lâmina Gillette				Glutaril			
Látex 204				Pov Tópico			
P. S. Petersen				Pov Degermante			
P. L. Sherman				clonazepam	100	un	
Pr. S. Petersen				OXIGÊNIO	100	un	
Par. Sherman							
Pino Steiman				Das _____ às _____			
Prótese Thompson							
Scalp				PROTÓXIDO			
Seringa 03 cc							
Seringa 05 cc	01	unid		Das _____ às _____			
Seringa 10 cc	03	unid					
Seringa 20 cc	01	unid		TAXAS			
Seringa Vidro 05 cc							
Seringa Vidro 10 cc				Aspirador			
Seringa Vidro 20 cc				Artroscopia			
Seringa de 01 cc				Bisturi Elétrico			
Sonda Estom nº				Desfibrilador			
Sonda Levine nº				Monitor			
Sonda Uretral nº				elétrica	06	unid	
Sonda Foley nº				Skuto Pulso	100	un	
Sonda "3v" nº				esquema Pratt	07	unid	
Sonda p/ O <sub>2</sub>	01	unid					

Verin de Fátima da Silva  
Unidade de Fisiologia  
2004

Conteúdo com 100% de garantia  
Gratuito: Bateria e 1 ano de garantia  
Hospital Jussara  
Alta Morrin  
Assistente Social  
CRSS/PE Nº 4571

C. 450394


**HOSPITAL**  
**JESUS PEQUENINHO**

CATEGORIA: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS**

Paciente: Renato Lima Santa do Nascimento Registro N° 124259  
 Apt.: \_\_\_\_\_ Enfermeira: \_\_\_\_\_ Data: 14/02/19  
 Cirurgia: Fstn. de osios de artubos Cirurgião: M. Raulo  
 Anestesia: Ologuino Anestesista: M. Lucio  
 Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Neiorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	05	1000		Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil	01	amp	
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemacetina			
Cadilande				Quelicin			
Decadron	01	amp		Rifocina 150			
Dormonid	01	amp		Rifocina 500			
Diazepam				Rocelin I. M.			
Dolantina				Rocelin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxecil				Styptanon			
Fentanil	01	amp		Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico	1000	ml	
Furacin Pomada				Thionembutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocaina 2% s/a	01	amp	
Geramicina 80				Xylocaina 2% c/a	01	amp	
Heparina 5.000				Xylocaina 1% s/a			
Halotano				Xylocaina Geléia			
Haemocel				Xylocaina Spray			
Inoval				Depressiva 14	02	amp	
Keflin	14	01	amp	Insulina T. unom	04	amp	
Ketalar				Insulina P. 100	04	amp	
Lasix				propofol	01	amp	
Methergin							
Marcalina Pesada							
Marcalina s/a							
Marcalina c/a							

Conferido Com Documento

Original Externa PE 0902/19

Hospital Jesus Pequenininho

 José Lourenço dos Santos  
 Assistente Social  
 CRESS 17152

 Conferido Com Documento  
 Original Externa PE 0902/19  
 Hospital Jesus Pequenininho  
 Ana Amorim  
 Assistente Social  
 CRESS PE N° 4471



# FICHA DE ANESTESIA

Nº \_\_\_\_\_

Data: 14.03.19

Anestesia: Bloqueio plexo braquial

NB

Nome: Renato Cesar Sampaio do Nascimento

Nº. na Clínica: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_

Quarto: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Cor: \_\_\_\_\_

Operador: Dr. Ronaldo Evangelista

Anestesiologista: Dra. Luciana Lima

Diag. Preop: \_\_\_\_\_

Diag. Posop: \_\_\_\_\_

Op. Proposta: Tratamento cirúrgico de op. de abdome dos mms de outubro

Premeditação: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Resultado: (MO 1-2-3)

(AO 1-2-3)

Risco 1-2-3-4

## PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30
A	120														
120	100														
100	80														
80	60														
60	40														
40	20														
20	0														
0															
120	100														
100	80														
80	60														
60	40														
40	20														
20	0														
0															
120	100														
100	80														
80	60														
60	40														
40	20														
20	0														
0															
120	100														
100	80														
80	60														
60	40														
40	20														
20	0														
0															

## SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Atropina 1mg	0,5mg	Bloqueio plexo	3
Propofol 1%	100mg	Bloqueio plexo	
Morfin 10mg	3mg	Bloqueio plexo	
Atropina 1mg	750mg	Bloqueio plexo	
Difenhidramina 1%	2g	Bloqueio plexo	
Dopamina 1%	2g	Bloqueio plexo	
Flumazenil 1%	40mg	Bloqueio plexo	
LÍQUIDOS			
FE 0,9% - 500ml			
TOTAL			
OPERAÇÃO:			
ANESTESISTA:			
CIRURGIÃO:			
PERDA SANGÜEA:			

Conferido Com Documento Original Bszermos PE Hospital Jesus Pequeno  
Assistente Social CRESS/PE Nº 4.471





Hospital Regional de  
Itapicuru Pequeno

# RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA		NÚMERO DO REGISTRO 124259
CLÍNICA ORTOPÉDICA		
CIRURGIÃO: RONALDO EVANGELISTA		INSTRUMENTADOR: EDILSON E FARIAS
ANESTESIA: BLOQUEIO		ANESTESISTA: DRA. LUCIA
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		
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA</li> <li>2. ASSEPSESIA E ANTISSEPSESIA + 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. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA DO RADIO + 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 ULNA + REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS</li> <li>13. OBSERVADA BOM 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>		

*[Assinatura]*

Conteúdo Com Documento  
Original Bezerros PE  
Hospital Regional de Itapicuru Pequeno  
124259  
Dra. Amorim  
Assistente Social  
CRESC/PE Nº 4.473

Conteúdo Com Documento Conteúdo Com Documento

Original Bezerros PE 09/01/19  
Hospital Regional de Itapicuru Pequeno  
Instituto Evangelista dos Santos  
Assistente Social  
CRESC 10150



Hospital Regional de  
JESUS, PIQUERINO  
**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 CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO  
ANTEBRAÇO ESQUERDO. MEDICADO.

15/03/2019: PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.

Dr. Renato Cesar Santos do Nascimento Lira  
Ortopedista  
CRM 3764

Dr. Renato Cesar Santos do Nascimento Lira  
Ortopedista  
CRM 3764

Dr. Renato Cesar Santos do Nascimento Lira  
Ortopedista  
CRM 3764

Conferido Com Documento  
Original Beteros PE  
Hospital Jesus Piquerino  
Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESS/PE Nº 4.471

Conferido Com Documento  
Original Beteros PE  
Hospital Jesus Piquerino  
Assistente Social  
CRESS 10190



NOME

Renato Vitorino Santos do N. Lima

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de fratura de osso do antebraço CID-10: S52.5, foi

submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

14.03.19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 14.03.19

Dr. Rodrigo Evangelista  
Ortopedista  
CRM-CE 3184





\*ALUMINUM TUBING TO BE USED MUST BE ANATOMICALLY

100

9.000.356

[illegible]

31/05/2010

1992

&lt;&lt; ROSILENE MARGARIDA DA SILVA &gt;&gt;

1000000

<< SEVERINO FIRMINO DA SILVA >>

>> FRANCISCA FORTOSSI DA SILVA >>

Department of Education

CAPADOCIA - PE

10

<< 074195 01 55 1993 2 00017 030  
0008807 13 CARLJAPIJ-PE >>

33

029, 170, 884, 60

30/01/1976

*Journal of Management Education*

F-33 40.0560 - 312

100% satisfaction guarantee

Prisila Marfida da Silva



**POLYMER LETTERS**



EAC-95

2000

CHANDLER

10

# 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:**

**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

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



## PROCURAÇÃO

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

### OUTORGANTE:

Nome: Renato Peixar Santos do Nascimento Lima  
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 Paruaru - PE CEP: 55010190

### OUTORGADO:

Nome: Resilene 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 Pitar, 332 Bairro: São Francisco

### PODERES:

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

Paruaru, 09 de Agosto de 2019.



Renato Peixar Santos do Nascimento Lima

Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

Boleto 088021020890

R. do Tocantins, 113 - Nova Cidade dos Boleto - Caruaru-PE - CEP: 55020-440 - Fone: (081) 2123-8701 - Fax: (081) 2123-3088

Reconheço, por autenticidade, a firma de: **SENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA**. Em testemunho da verdade. Dou fé.  
Caruaru-PE, 09/05/2016 - 11:23:54

*Senato Cesar Santos*  
VILMA BARROS TOSCANI DE CARVALHO (Subscritora)

EMOLUMENTOS: R\$3,54, TGNR: R\$0,80, FERC: R\$0,40,  
FUNSEQ: R\$0,02, PERM: R\$0,04, ISS: R\$0,02  
TOTAL: R\$4,81 Operador: 24



Bol: 0073719.LIN0820190101119

Código de Autenticação em: [www.tre.com.br](http://www.tre.com.br)



# RECIBO 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 médico-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

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Steffany Carolyn Lins Veloso



---

**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

Carta nº 15266934



---

**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:**

**Recebedor: 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: ☒ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2002

5 - Nome completo: Renato César Santos da Moura 6 - CPF: 055 454 684-12

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Dona Maria F 9 - Número: 65 10 - Complemento: Garra

11 - Bairro: Divinópolis 12 - Cidade: Leopoldina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55010-190

15 - E-mail: Rox.cabra.recusado@netmail.com 16 - Tel (DDD): (31) 3599-308

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 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 (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para as contas abidas. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Bradesco 237

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (041) AGÊNCIA: 1285 CONTA: 0019697 5

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após 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 do Instituto Médico Legal (IML) para os fins 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.

Felo motivo assinalado, solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Caso de Particípio com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não 34 - Vítima ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina o rgo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina o rgo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina o rgo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Leopoldina, 17 de 02 de 2019 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Procurador (se houver) Rosilene Moreira da Silva

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





AutosIendimento  
Deposito em Conta-Corrente em Dinheiro

Banco: 237 Agência: 6345 Maculira: 052709  
Data: 18/11/2019 Hora: 13:13 N.Trans: 007954

Favorecido  
Banco: 237  
Agência: 1255 / RUA CAP. JOAO VELHO  
Conta: 0078697-5

Valor do depósito:

Titular: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENT

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

Ovidoria - 0800 727 9933  
Atendimento de segunda a sexta-feira das  
8h às 18h, exceto feriados.

Horário de Brasília.

Obrigado  
Terça 18h30 tarde



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 080ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0180001283**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/05/2019** às **11:53**

Complementa o BO Número: 19E0180001282

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

Fato ocorrido no endereço: RUA LÚCIO MENDONÇA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: INDIANÓPOLIS - 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 geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA



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

JAQUELINE DA SILVA LOPES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: CECILIA MARIA DA SILVA Pai: JOSÉ FRANCISCO LOPES Data de Nascimento: 19/07/1996 Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 94088963/SDS/PE (RG), 12997081413 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSÕES  
Residência: RUA MARTINS FRANCISCO, 241-A FUNDOS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 0 - Bairro: SALGADO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: UELMA BUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA Pai: JOÃO MARTINS DE LIRA Data de Nascimento: 2/12/1991 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9089066/SDS/PE (RG), 05546450412 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSÕES  
Residência: RUA D. MARIA PRIMEIRA, 35 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: 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/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN ESDI Objeto apreendido: NÃO  
Cor: VERMELHA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCW6424 (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: 108343566 Chassi: 9C2XC3200GR126716

Combustível: ALCOOL/GASOL

Descrição: RENAVAN 108343566



**Complemento / Observação**

INFORMA A VITIMA QUE ENCONTRAVA-SE COMO PASSAGEIRA DO VEÍCULO ACIMA DESCRITIVADO, O QUAL 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 PRIORIDADE, VINDO A MOTO, EM QUE A VITIMA SE ENCONTRAVA, COLIDIR COM A OUTRA MOTO QUE ATRAVESSOU A SUA FRENTE, VINDO AMBOS OS VEÍCULOS A TOMBAREM, TENDO A VITIMA JAQUELINE SOFRENDO FRATURA DA PERNA ESQUERDA, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA PARA O HIA-CARUARU, E APÓS TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE BEZERRAS ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. E A PESSOA DE RENATO CESAR VINDO A SOFRER FRATURA DO ANTEBRALDO ESQUERDO, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA PARA HIA-CARUARU E APÓS REMOVIDA PARA O HOSPITAL DE BEZERRAS, ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA. NADA MAIS A INFORMAR.

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

JAQUELINE DA SILVA LOPES

(VITIMA)

RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

(OUTRO)

S.O. registrado por: DAVID LOPES DOS SANTOS JUNIOR - Matrícula: 301086-0





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, INDIANÓPOLIS, 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.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

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



Comunidade Científica de Pernambuco  
Av. João de Barros, 115, Rua Nova, Recife - PE, CEP 50000-002  
CNPq 301301/2004-48 (E-mail: Fap, 000943-43) www.ccpq.org.br

SAO PAULO, SP, 15 DE JULHO DE 2015

ENERGIA DA UNIDADE CONSUMIDORA  
EUA/TONELADA SAREAL/CS

CPF-888-402 804-T2

ENVIRONMENTAL SCIENCE  
CAREERS  
800-123

CLASSIFICATION  
 99.882.0000  
 99.882.0000

092348022	CANCA	22/10/2018
22/10/2018	2002382440	W01361

1558358010	10/2018
301002010	22/11/2019
	255 75

	ESTABELECIMENTO	PERÍODO (R\$)	TOTAL (R\$)
Consumo Abordagem	256.000.000,00	8.8.000.000,00	217,28
Acrescimo Bateria RASRES A			4,13
Acrescimo Bateria de PMG 10k			8,49
Outros Item Publicidade			34,39
CMR Redeção COE AP (3431610-000018			1,77
Multicartão AP (04514913 - 330035			3,60
Jornal para AP (04514913 - 330035			3,60

TOTAL OMEGA-3: 0.9g

IPPO MEMBER	IPPO (A) FUNGAS	REFERENCE DATE	12/2015	DATE 01-10-2016	ACTUAL (2015)	IPPO (B)	COMMENTS	AUDITE	CORRECTION
WIKIRONG	12	01-10-2015	0.0000	01-10-2016	0.0000	0	1.0000		200.00

Categorías de la encuesta		Categorías de la encuesta		Categorías de la encuesta	
Indicador	Valor	Indicador	Valor	Indicador	Valor
UCL 10	200	UCL 10	200	UCL 10	200
UCL 10	175	UCL 10	175	UCL 10	175
UCL 10	150	UCL 10	150	UCL 10	150
UCL 10	125	UCL 10	125	UCL 10	125
UCL 10	100	UCL 10	100	UCL 10	100
UCL 10	75	UCL 10	75	UCL 10	75
UCL 10	50	UCL 10	50	UCL 10	50
UCL 10	25	UCL 10	25	UCL 10	25
UCL 10	0	UCL 10	0	UCL 10	0
UCL 10	-25	UCL 10	-25	UCL 10	-25
UCL 10	-50	UCL 10	-50	UCL 10	-50
UCL 10	-75	UCL 10	-75	UCL 10	-75
UCL 10	-100	UCL 10	-100	UCL 10	-100
UCL 10	-125	UCL 10	-125	UCL 10	-125
UCL 10	-150	UCL 10	-150	UCL 10	-150
UCL 10	-175	UCL 10	-175	UCL 10	-175
UCL 10	-200	UCL 10	-200	UCL 10	-200

[illegible]

1. **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti) - **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti)  
 2. **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti) - **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti)  
 3. **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti) - **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti)  
 4. **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti) - **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti)  
 5. **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti) - **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti)  
 6. **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti) - **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti)  
 7. **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti) - **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti)  
 8. **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti) - **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti)  
 9. **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti) - **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti)  
 10. **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti) - **PROVA DI AMMISSIONE** (1500 punti)



Conta Social de Energia Elétrica - Crédito em Lâmpada de 250W/100V

**SUBSIDIÁRIO: PATRÃO - COTAÇÃO: R\$ 1,000000**

Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 51000-002  
 CNPJ 06.337.822/0001-02 | Web: Ene.000993-81 | www.enepe.com.br

# **DADOS DO CLIENTE**

ROSEMEIRE FERREIRA DA SILVA

CPE: 828 452 594-08 195 124 03 594 81

## **CLASSIFICAÇÃO**

81 RESIDENCIAL  
 BARRA VERDE COM 188

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 RUA RICARDO FILAR 332

SÃO FRANCISCO CARUARU  
 CARUARU/PE  
 55000-500

DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR
06/04/2019	06/04/2019	1211/2019
06/04/2019	06/04/2019	1211/2019
06/04/2019	06/04/2019	1211/2019

06/04/2019 11/2019

06/04/2019 11/2019

105.59

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR
Consumo Mínimo 30 kWh	30.000000	0.2547343	7.37
Consumo Mínimo superior a 30 até 100 kWh	70.000000	0.4400074	30.80
Consumo Mínimo superior a 100 até 220 kWh	71.000000	0.5140001	36.51
Acrescimo Sanitário ADRELA			1.30
Acrescimo Sanitário VITAMINOLIA			3.57
Consumo Sanitário Municipal			11.10
ICMS Sanitário - CDE-SP 075911131-000018			0.62
Multa por atraso no pagamento 00043221 - 11/1919			1.81
Juros por atraso no pagamento 00043221 - 11/1919			0.58

TOTAL DA FATURA

105.59

DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
06/04/2019	06/04/2019	1211/2019	1211/2019	1211/2019	1211/2019	1211/2019	1211/2019	1211/2019	1211/2019

CONSUMO		VALOR			VALOR			VALOR			
Consumo Mínimo 30 kWh	30.000000	0.2547343	7.37	Consumo Mínimo superior a 30 até 100 kWh	70.000000	0.4400074	30.80	Consumo Mínimo superior a 100 até 220 kWh	71.000000	0.5140001	36.51
Consumo Mínimo superior a 100 até 220 kWh	71.000000	0.5140001	36.51	Consumo Mínimo superior a 220 kWh	72.000000	0.5880028	42.32	Consumo Mínimo superior a 220 até 300 kWh	73.000000	0.6620055	48.13
Consumo Mínimo superior a 300 kWh	74.000000	0.7360082	54.54	Consumo Mínimo superior a 300 até 400 kWh	75.000000	0.8100109	60.35	Consumo Mínimo superior a 400 até 500 kWh	76.000000	0.8840136	66.16
Consumo Mínimo superior a 500 kWh	77.000000	0.9580163	71.97	Consumo Mínimo superior a 500 até 600 kWh	78.000000	1.0320190	77.78	Consumo Mínimo superior a 600 até 700 kWh	79.000000	1.1060217	83.59
Consumo Mínimo superior a 700 kWh	80.000000	1.1800244	89.40	Consumo Mínimo superior a 800 até 900 kWh	81.000000	1.2540271	95.21	Consumo Mínimo superior a 900 até 1000 kWh	82.000000	1.3280298	101.02
Consumo Mínimo superior a 1000 kWh	83.000000	1.4020325	106.83	Consumo Mínimo superior a 1000 até 1100 kWh	84.000000	1.4760352	112.64	Consumo Mínimo superior a 1100 até 1200 kWh	85.000000	1.5500379	118.45
Consumo Mínimo superior a 1200 kWh	86.000000	1.6240406	124.26	Consumo Mínimo superior a 1200 até 1300 kWh	87.000000	1.6980433	130.07	Consumo Mínimo superior a 1300 até 1400 kWh	88.000000	1.7720460	135.88
Consumo Mínimo superior a 1400 kWh	89.000000	1.8460487	141.69	Consumo Mínimo superior a 1400 até 1500 kWh	90.000000	1.9200514	147.50	Consumo Mínimo superior a 1500 até 1600 kWh	91.000000	1.9940541	153.31
Consumo Mínimo superior a 1600 kWh	92.000000	2.0680568	159.12	Consumo Mínimo superior a 1600 até 1700 kWh	93.000000	2.1420595	164.93	Consumo Mínimo superior a 1700 até 1800 kWh	94.000000	2.2160622	170.74
Consumo Mínimo superior a 1800 kWh	95.000000	2.2900649	176.55	Consumo Mínimo superior a 1800 até 1900 kWh	96.000000	2.3640676	182.36	Consumo Mínimo superior a 1900 até 2000 kWh	97.000000	2.4380703	188.17
Consumo Mínimo superior a 2000 kWh	98.000000	2.5120730	193.98	Consumo Mínimo superior a 2000 até 2100 kWh	99.000000	2.5860757	199.99	Consumo Mínimo superior a 2100 até 2200 kWh	100.000000	2.6600784	205.80
Consumo Mínimo superior a 2200 kWh	101.000000	2.7340811	211.61	Consumo Mínimo superior a 2200 até 2300 kWh	102.000000	2.8080838	217.62	Consumo Mínimo superior a 2300 até 2400 kWh	103.000000	2.8820865	223.43
Consumo Mínimo superior a 2400 kWh	104.000000	2.9560892	229.24	Consumo Mínimo superior a 2400 até 2500 kWh	105.000000	3.0300919	235.25	Consumo Mínimo superior a 2500 até 2600 kWh	106.000000	3.1040946	241.06
Consumo Mínimo superior a 2600 kWh	107.000000	3.1780973	246.87	Consumo Mínimo superior a 2600 até 2700 kWh	108.000000	3.1820996	251.88	Consumo Mínimo superior a 2700 até 2800 kWh	109.000000	3.2561023	257.69
Consumo Mínimo superior a 2800 kWh	110.000000	3.3321050	263.70	Consumo Mínimo superior a 2800 até 2900 kWh	111.000000	3.4061077	269.71	Consumo Mínimo superior a 2900 até 3000 kWh	112.000000	3.4801104	275.52
Consumo Mínimo superior a 3000 kWh	113.000000	3.5561131	281.53	Consumo Mínimo superior a 3000 até 3100 kWh	114.000000	3.5801154	287.34	Consumo Mínimo superior a 3100 até 3200 kWh	115.000000	3.6541181	293.15
Consumo Mínimo superior a 3200 kWh	116.000000	3.7281208	300.96	Consumo Mínimo superior a 3200 até 3300 kWh	117.000000	3.7581231	306.77	Consumo Mínimo superior a 3300 até 3400 kWh	118.000000	3.8321258	312.58
Consumo Mínimo superior a 3400 kWh	119.000000	3.9061285	318.39	Consumo Mínimo superior a 3400 até 3500 kWh	120.000000	3.9821308	324.40	Consumo Mínimo superior a 3500 até 3600 kWh	121.000000	4.0561335	330.21
Consumo Mínimo superior a 3600 kWh	122.000000	4.1301362	336.02	Consumo Mínimo superior a 3600 até 3700 kWh	123.000000	4.2061385	342.03	Consumo Mínimo superior a 3700 até 3800 kWh	124.000000	4.2801412	347.84
Consumo Mínimo superior a 3800 kWh	125.000000	4.3541439	353.85	Consumo Mínimo superior a 3800 até 3900 kWh	126.000000	4.3801461	358.66	Consumo Mínimo superior a 3900 até 4000 kWh	127.000000	4.4541488	364.67
Consumo Mínimo superior a 4000 kWh	128.000000	4.5281515	370.48	Consumo Mínimo superior a 4000 até 4100 kWh	129.000000	4.5581511	376.49	Consumo Mínimo superior a 4100 até 4200 kWh	130.000000	4.6321538	382.50
Consumo Mínimo superior a 4200 kWh	131.000000	4.7061565	388.30	Consumo Mínimo superior a 4200 até 4300 kWh	132.000000	4.6821564	394.31	Consumo Mínimo superior a 4300 até 4400 kWh	133.000000	4.7561591	399.32
Consumo Mínimo superior a 4400 kWh	134.000000	4.8301612	404.12	Consumo Mínimo superior a 4400 até 4500 kWh	135.000000	4.8061617	410.13	Consumo Mínimo superior a 4500 até 4600 kWh	136.000000	4.8801644	416.14
Consumo Mínimo superior a 4600 kWh	137.000000	4.9541669	420.15	Consumo Mínimo superior a 4600 até 4700 kWh	138.000000	4.9301672	426.16	Consumo Mínimo superior a 4700 até 4800 kWh	139.000000	5.0041699	432.17
Consumo Mínimo superior a 4800 kWh	140.000000	5.0281726	438.18	Consumo Mínimo superior a 4800 até 4900 kWh	141.000000	5.1021727	444.19	Consumo Mínimo superior a 4900 até 5000 kWh	142.000000	5.1761754	450.20
Consumo Mínimo superior a 5000 kWh	143.000000	5.2521781	456.21	Consumo Mínimo superior a 5000 até 5100 kWh	144.000000	5.2261780	460.22	Consumo Mínimo superior a 5100 até 5200 kWh	145.000000	5.3001807	466.23
Consumo Mínimo superior a 5200 kWh	146.000000	5.3761836	472.24	Consumo Mínimo superior a 5200 até 5300 kWh	147.000000	5.3761836	478.25	Consumo Mínimo superior a 5300 até 5400 kWh	148.000000	5.4501863	482.26
Consumo Mínimo superior a 5400 kWh	149.000000	5.5501911	490.27	Consumo Mínimo superior a 5400 até 5500 kWh	150.000000	5.5261911	498.28	Consumo Mínimo superior a 5500 até 5600 kWh	151.000000	5.6261989	506.29
Consumo Mínimo superior a 5600 kWh	152.000000	5.7001988	512.30	Consumo Mínimo superior a 5600 até 5700 kWh	153.000000	5.7001988	518.31	Consumo Mínimo superior a 5700 até 5800 kWh	154.000000	5.7742015	524.32
Consumo Mínimo superior a 5800 kWh	155.000000	5.7742015	524.32	Consumo Mínimo superior a 5800 até 5900 kWh	156.000000	5.8482042	530.33	Consumo Mínimo superior a 5900 até 6000 kWh	157.000000	5.8482042	536.34
Consumo Mínimo superior a 6000 kWh	158.000000	5.9222069	542.35	Consumo Mínimo superior a 6000 até 6100 kWh	159.000000	5.9222069	546.36	Consumo Mínimo superior a 6100 até 6200 kWh	160.000000	5.9962096	552.37
Consumo Mínimo superior a 6200 kWh	161.000000	6.0762115	558.38	Consumo Mínimo superior a 6200 até 6300 kWh	162.000000	6.0762115	564.39	Consumo Mínimo superior a 6300 até 6400 kWh	163.000000	6.1502142	568.40
Consumo Mínimo superior a 6400 kWh	164.000000	6.2502190	580.41	Consumo Mínimo superior a 6400 até 6500 kWh	165.000000	6.2502190	590.42	Consumo Mínimo superior a 6500 até 6600 kWh	166.000000	6.3242217	596.43
Consumo Mínimo superior a 6600 kWh	167.000000	6.3242217	596.43	Consumo Mínimo superior a 6600 até 6700 kWh	168.000000	6.3982244	602.44	Consumo Mínimo superior a 6700 até 6800 kWh	169.000000	6.3982244	608.45
Consumo Mínimo superior a 6800 kWh	170.000000	6.4722291	618.46	Consumo Mínimo superior a 6800 até 6900 kWh	171.000000	6.4722291	618.46	Consumo Mínimo superior a 6900 até 7000 kWh	172.000000	6.5462318	624.47
Consumo Mínimo superior a 7000 kWh	173.000000	6.5462318	624.47	Consumo Mínimo superior a 7000 até 7100 kWh	174.000000	6.6202345	630.48	Consumo Mínimo superior a 7100 até 7200 kWh	175.000000	6.6202345	636.49
Consumo Mínimo superior a 7200 kWh	176.000000	6.6942372	642.50	Consumo Mínimo superior a 7200 até 7300 kWh	177.000000	6.6942372	642.50	Consumo Mínimo superior a 7300 até 7400 kWh	178.000000	6.7682399	648.51
Consumo Mínimo superior a 7400 kWh	179.000000	6.7682399	648.51	Consumo Mínimo superior a 7400 até 7500 kWh	180.000000	6.8422426	654.52	Consumo Mínimo superior a 7500 até 7600 kWh	181.000000	6.8422426	660.53
Consumo Mínimo superior a 7600 kWh	182.000000	6.9162453	666.54	Consumo Mínimo superior a 7600 até 7700 kWh	183.000000	6.9162453	666.54	Consumo Mínimo superior a 7700 até 7800 kWh	184.000000	6.9902480	672.55
Consumo Mínimo superior a 7800 kWh	185.000000	6.9902480	672.55	Consumo Mínimo superior a 7800 até 7900 kWh	186.000000	7.0642507	678.56	Consumo Mínimo superior a 7900 até 8000 kWh	187.000000	7.0642507	684.57
Consumo Mínimo superior a 8000 kWh	188.000000	7.1382534	690.58	Consumo Mínimo superior a 8000 até 8100 kWh	189.000000	7.1382534	690.58	Consumo Mínimo superior a 8100 até 8200 kWh	190.000000	7.2122561	696.59
Consumo Mínimo superior a 8200 kWh	191.000000	7.2122561	696.59	Consumo Mínimo superior a 8200 até 8300 kWh	192.000000	7.2862588	702.60	Consumo Mínimo superior a 8300 até 8400 kWh	193.000000	7.2862588	708.61
Consumo Mínimo superior a 8400 kWh	194.000000	7.3602635	718.62	Consumo Mínimo superior a 8400 até 8500 kWh	195.000000	7.3602635	718.62	Consumo Mínimo superior a 8500 até 8600 kWh	196.000000	7.4342662	724.63
Consumo Mínimo superior a 8600 kWh	197.000000	7.4342662	724.63	Consumo Mínimo superior a 8600 até 8700 kWh	198.000000	7.5082689	730.64	Consumo Mínimo superior a 8700 até 8800 kWh	199.000000	7.5082689	736.65
Consumo Mínimo superior a 8800 kWh	200.000000	7.5822716	742.66	Consumo Mínimo superior a 8800 até 8900 kWh	201.000000	7.5822716	742.66	Consumo Mínimo superior a 8900 até 9000 kWh	202.000000	7.6562743	748.67
Consumo Mínimo superior a 9000 kWh	203.000000	7.6562743	748.67	Consumo Mínimo superior a 9000 até 9100 kWh	204.000000	7.7302770	754.68	Consumo Mínimo superior a 9100 até 9200 kWh	205.000000	7.7302770	760.69
Consumo Mínimo superior a 9200 kWh	206.000000	7.8042824	770.70	Consumo Mínimo superior a 9200 até 9300 kWh	207.000000	7.8042824	770.70	Consumo Mínimo superior a 9300 até 9400 kWh	208.000000	7.8782851	776.71
Consumo Mínimo superior a 9400 kWh	209.000000	7.8782851	776.71	Consumo Mínimo superior a 9400 até 9500 kWh	210.000000	7.9522878	782.72	Consumo Mínimo superior a 9500 até 9600 kWh	211.000000	7.9522878	788.73
Consumo Mínimo superior a 9600 kWh	212.000000	8.0262905	794.74	Consumo Mínimo superior a 9600 até 9700 kWh	213.000000	8.0262905	794.74	Consumo Mínimo superior a 9700 até 9800 kWh	214.000000	8.1002932	800.75
Consumo Mínimo superior a 9800 kWh	215.000000	8.1002932	800.75	Consumo Mínimo superior a 9800 até 9900 kWh	216.000000	8.1742959	806.76	Consumo Mínimo superior a 9900 até 10000 kWh	217.000000	8.1742959	812.77
Consumo Mínimo superior a 10000 kWh	218.000000	8.2482986	820.78	Consumo Mínimo superior a 10000 até 10100 kWh	219.000000	8.2482986	820.78	Consumo Mínimo superior a 10100 até 10200 kWh	220.000000	8.3223013	826.79
Consumo Mínimo superior a 10200 kWh	221.000000	8.3223013	826.79	Consumo Mínimo superior a 10200 até 10300 kWh	222.000000	8.3963040	832.80	Consumo Mínimo superior a 10300 até 10400 kWh	223.000000	8.3963040	838.81
Consumo Mínimo superior a 10400 kWh	224.000000	8.4703067	844.82	Consumo Mínimo superior a 10400 até 10500 kWh	225.000000	8.4703067	844.82	Consumo Mínimo superior a 10500 até 10600 kWh	226.000000	8.5443094	850.83
Consumo Mínimo superior a 10600 kWh	227.000000	8.5443094	850.83	Consumo Mínimo superior a 10600 até 10700 kWh	228.000000	8.6183121	856.84	Consumo Mínimo superior a 10700 até 10800 kWh	229.000000	8.6183121	862.85
Consumo Mínimo superior a 10800 kWh	230.000000	8.6923148	868.86	Consumo Mínimo superior a 10800 até 10900 kWh	231.000000	8.6923148	868.86	Consumo Mínimo superior a 10900 até 11000 kWh	232.000000	8.7663175	874.87
Consumo Mínimo superior a 11000 kWh	233.000000	8.7663175	874.87	Consumo Mínimo superior a 11000 até 11100 kWh	234.000000	8.8403202	880.88	Consumo Mínimo superior a 11100 até 11200 kWh	235.000000	8.8403202	880.88
Consumo Mínimo superior a 11200 kWh	236.000000	8.9143229	890.89	Consumo Mínimo superior a 11200 até 11300 kWh	237.000000	8.9143229	890.89	Consumo Mínimo superior a 11300 até 11400 kWh	238.000000	8.9883256	896.90
Consumo Mínimo superior a 11400 kWh	239.000000	8.9883256	896.90	Consumo Mínimo superior a 11400 até 11500 kWh	240.000000	9.0623283	902.91	Consumo Mínimo superior a 11500 até 11600 kWh	241.000000	9.0623283	902.91
Consumo Mínimo superior a 11600 kWh	242.000000	9.1363310	912.92	Consumo Mínimo superior a 11600 até 11700 kWh	243.000000	9.1363310	912.92	Consumo Mínimo superior a 11700 até 11800 kWh	244.000000	9.2103337	918.93
Consumo Mínimo superior a 11800 kWh	245.000000	9.2103337	918.93	Consumo Mínimo superior a 11800 até 11900 kWh	246.000000	9.2843364	924.94	Consumo Mínimo superior a 11900 até 12000 kWh	247.000000	9.2843364	924.94
Consumo Mínimo superior a 12000 kWh	248.000000	9.3583391	936.96	Consumo Mínimo superior a 12000 até 12100 kWh	249.000000	9.3583391	936.96	Consumo Mínimo superior a 12100 até 12200 kWh	250.000000	9.4323418	942.97
Consumo Mínimo superior a 1											

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA - COTAÇÃO: R\$ 1,000000

Consumo Mínimo 30 kWh

Consumo Mínimo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Mínimo superior a 100 até 220 kWh

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR		
Consumo Mínimo 30 kWh	30.000000	0.2547343	7.37	Consumo Mínimo superior a 30 até 100 kWh	70.000000	0.4400074	30.80	Consumo Mínimo superior a 100 até 220 kWh	71.000000	0.5140001	36.51

Consumo e Valor da Energia Elétrica (R\$)					Consumo		
Consumo (kWh)	Valor Energia Elétrica	Valor Taxa de Distribuição	Valor Taxa de Transmissão	Valor Taxa de Uso	Valor Total	Consumo (kWh)	Valor Total
100	0,00	9,37	15,13	10,00	34,50	270	270,00
100	0,00	9,37	15,13	10,00	34,50	270	270,00
100	0,00	9,37	15,13	10,00	34,50	270	270,00

CONTA CONTINUA	VALOR	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR EM	3053
202050301	11519	20/11/2019		

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR		
Consumo Mínimo 30 kWh	30.000000	0.2547343	7.37	Consumo Mínimo superior a 30 até 100 kWh	70.000000	0.4400074	30.80	Consumo Mínimo superior a 100 até 220 kWh	71.000000	0.5140001	36.51



## 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.

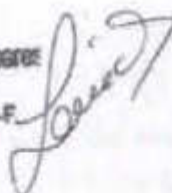
Caruaru, 22 de Abril de 2019

Fisioterapeuta

Maria Lindinalva Ferreira Soares

Crefito 159711-F

M. Lindinalva Ferreira Soares  
Fisioterapeuta  
CREFITO: 159711-F



**RECIBO**

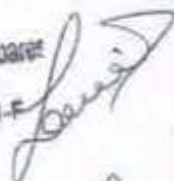
Recebi do Sr. Renato Cesar Santos do Nascimento Lira, RG -8.089.095, a importância de R\$ 2.950,00( Dois mil e novecentos e cinquenta Reais) referentes a 30 sessões de fisioterapia motora. Sendo cada sessão a importância de R\$95,00)noventa e cinco Reais e R\$ 100,00 (cem Reais ) a avaliação.

Caruaru, 20 de Agosto de 2019

Fisioterapeuta

Maria Lindinalva Ferreira Soares

Crefito 159711-F

Maria Lindinalva Ferreira Soares  
Fisioterapeuta  
CREFITO: 159711-F 

Maria 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: 4070-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 01 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 01 95

**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/WB/LOTECAWEB/DOCORIGINAL.SUPX/TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/92.

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

Renato Cison Santos da Moximanta Jovina

inscrito (a) no CPF sob o nº 055.454.684, 12

do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da vítima Renato Cison Santos da Moximanta Jovina

inscrito (a) no CPF sob o nº 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 a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA RICARDO PILAR	Número: 332	Complemento: CASA
Bairro: SÃO FRANCISCO	Cidade: CARUARU	Estado: PE
E-mail: rosilene.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



2

440644

## Medico: MEDICO PLANTONISTA

POT indica de donde vienen los nutrientes, principalmente de la SPM  
que viene de la circulación, así como parte de la respiración  
y una parte de la materia de la célula

1. செய்தியைப் பற்றி

PA: FC: FR:

© M V O HAT 2014

[illegible]

€ *Eructaria lutea* var. *hispida*?

### Una Prigione

Robertson

2. Toluidine Blue  
Lysine 5 ADP  
Proline 6 ADP  
Glutamate 10 ADP

10-03-19

Diets

[illegible]

1216

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Data e hora de realização da avaliação: 10/03/2019 18:14

Nome Paciente:	RENATO CLESON SANTOS MACHADO LIMA
Cod. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Masculino
Idade:	27
Suporte:	Gravida
Convênio:	
Atendimento:	SAME

Período: 10/03/2019 18:14 - 10/03/2019 18:14

GI DA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 116317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prontidão: URGENTE

Local:  MARIATO

Amostra Principal: PACIENTE TRAMULG FÚ DO SAMU VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM UGAO MOTO X MOTO

Localização: NEUA MARIATO  
SAMU

Procedimentos: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Diagnósticos: - DOR AGUDA  
- DEFICIÊNCIA GROSSERA

Intervenções: ENTORPECIA TRAMULG GROSSA

Assinado(a) por: GI DA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 116317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/03/2019 18:14

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 2/10



# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



## 3 - Evolução / Exames

10/03/19

Exame físico: paciente em boas condições, sem alterações significativas, sem sinais de desidratação, sem alterações de consciência, sem alterações de vitalidade. Sem alterações de vitalidade. Sem alterações de vitalidade.

CD - Internamento

Dr. Edson Roberto  
Otonari  
CRM 100000

## Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

☐ Paciente ☐ Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que isso lhe possa acarretar.

Nome:

RG:

Endereço:

Tel:

Data: / /

Assinatura

## Autorização de Procedimento

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome:

RG:

Endereço:

Tel:

Procedimento:

Assinatura

Diag. Definitivo:

## Destino do Paciente

☐ Alta ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Evacuação ☐ Termo de Alta a Pedido  
☐ Transferência: ☐ Internamento

## Condição de Alta

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Nome:

Hora:

Médico:

CRM:

10/03/2019 18:27:34

2 de 2

Usuário do Atendimento  
VANESSA VCS





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do Estabelecimento Solicitante	Protocolo 201907057e	2 - CNES
HOSPITAL JESUS PEQUENINO		2344254
Nome do Estabelecimento Executante		4 - CNES
HOSPITAL JESUS PEQUENINO		2344254

Identificação do Paciente

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos
Paciente refere acidente de moto com Trauma em antebraço Esp.
21 - Condições que justificam a internação
Tto cirurgico
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)
Ex F. S. 2

Conferido Com Documento  
Original Anexos PE 040802042-3  
Hospital  
Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESS/PE Nº 4.477

23 - Diagnóstico Inicial	24 - CID 10 Principais	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas
Fratura fechada do osso 5522	5522		040802042-3

Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do procedimento
Intervenção	040806044-1

30 - Caracter de Internação	31 - Documento	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF do Profissional Solicitante)
30	( ) CNS ( ) CPF	040806044-1

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bônus	41 - Série
37 - ( ) Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBO
38 - ( ) Acidente de Trabalho atípico			
45 - Vínculo com a Previdência			
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não segurado			

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
		CREMESP-5379

48 - Documento	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador
CNS ( ) CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)

Prefeitura Municipal de Bezerros  
Secretaria de Saúde  
NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL  
261910545260-1

Este Documento  
Foi emitido por  
F. J. J. J.  
Assistente Social  
Hospital Jesus Pequeno

14/3/19. Trat. cirurgico de  
fratura do osso do antebraço  
E

Dr. Sérgio L. Gomes  
Ortopedista  
CRM 3764



NOME

Renato Cesar Junior de N. Lima

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de fratura torçãõ CID-10: S52.5, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 14.3.19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros,

14.4.19

Dr. Ronaldo Evangelista  
Ortopedista  
CRM - PA 170





Hospital Regional de  
JERICÓ, PERNAMBUCO  
**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 CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO  
ANTEBRAÇO ESQUERDO. MEDICADO.

15/03/2019: PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.

Dr. Renato Evangelista  
Ortopedista  
RM 3764

Dr. Renato Evangelista  
Ortopedista  
RM 3764

Dr. Renato Evangelista  
Ortopedista  
RM 3764

Conferido Com Documento  
Original Bezerias PE 09/01/19  
Hospital Regional de Jericó, Pernambuco  
Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESS/PE Nº 4.471



Hospital Regional  
Itapetininga

# RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA		NUMERO DO REGISTRO 124259
CLÍNICA ORTOPÉDICA		
CIRURGIÃO RONALDO EVANGELISTA		INSTRUMENTADOR: EDILSON E FARIAS
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 + TENOLISE DO EXTENSOR + TENOLISE DO FLEXOR		
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA		
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</li> <li>2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA + 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. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA DO RADIO + 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 ULNA + REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS</li> <li>13. OBSERVADA BOM 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>		

*[Handwritten signature]*

Conferido Com Documento  
Original Bezerro PE 09/07/19  
Hospital Regional de Itapetininga  
Itapetininga, 12, 05/10/19  
Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESS/PE Nº 4171

Conferido Com Documento Conferido Com Documento

Original Bezerro PE 09/07/19 Original Bezerro PE 11/11/19  
Hospital Regional de Itapetininga Hospital Regional de Itapetininga  
Itapetininga, 12, 05/10/19 Itapetininga, 12, 05/10/19  
Ana Amorim Ana Amorim  
Assistente Social Assistente Social  
CRESS/PE Nº 4171 CRESS/PE Nº 4171

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

Acomodação: ENFER\_D4 - LEITO-03  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 535558 Data: 12/03/2019 Hora: 16:25  
Convênio: SES - ORTOPIEDIA  
Responsável:  
Médico: DR. EDNALDO BARROS PEREIRA

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

Idade: 124259 RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA  
Data de Nascimento: 02/12/1991 - 27 Anos e 3 Meses  
Endereço: RUA DONA MARIA 1ª, 65  
Bairro: CENTENARIO  
Cidade: 2804106 CARUARU  
UF: PE  
Nome: JOAO MARTINS DE LIRA  
Mãe: UILMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA  
Nacionalidade: BRASIL

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

Obs: SENHA ORT: 548395

Queixa do Paciente:

Paciente refere acidente de moto  
com Trauma em antebraço Esq

Exame Físico:

Fratura fechada do osso do Antebraço E

Tratamento:

Conferido Com Documento  
Original Bateria PE 056815  
Hospital Jesus Pequeno  
12/03/19  
Assinatura e Carimbo do Médico

DR. EDNALDO BARROS PEREIRA  
MÉDICO  
CRM 1032

Carros, terça-feira, 12 de março de 2019

Conferido Com Documento  
Original Bateria PE 056815  
Hospital Jesus Pequeno

Assinatura Social  
CRM 1032



# 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

Recepç.: EDUARDO HENRIQUE G. SILVA  
Matrícula:  
Identidade:  
Cartão SUS: 206314089510000

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: 2604106 CARUARU  
Pai: JOAO MARTINS DE LIRA  
Mãe: UILMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA  
Nacionalidade: BRASIL

CEP:  
UF: PE

Sexo: MASCULINO Cor:  
Est. Civil:  
C.P.F.: 05545468412  
Identidade: 8099095 SDS PE  
Telefone:  
G. Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade:

Profissionalista:

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

### Alta Hospitalar

Data: 15/03/19

Médico:

Dr. Renato Barreto  
Ortopedista  
CRM 3769

Assinatura / CRM

### Observação

### Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico Secundário:

### Óbito

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Conferido com Documento  
Original Bazeado  
Hospital Jesus Pequeno  
R. João Amador  
Assistente Social  
CRESS/PE Nº 1.471

Conferido com Documento

Original Bazeado

Hospital Jesus Pequeno

Assistente Social  
CRESS/PE Nº 1.471

Anestesia: Bloqueio pleio braquial  
Nome: Renato César Santo da Natividade Nº do Registro: \_\_\_\_\_ Nº. na Clínica: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Quarto: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_  
Operador: Dr. Ronaldo Evangelista Anestesiista: Dra. Luciana Lima  
Diag. Preop.: \_\_\_\_\_ Diag. Pósop.: \_\_\_\_\_  
Op. Proposta: Tratamento cirúrgico de fratura dos ossos do antebraço  
Premedicação: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Resultado: (MO 1-2-3) Risco 1-2-3-4  
(AO 1-2-3)

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES	DOSE	HORA	EFEITO	AGENTES	DOSE	HORA	EFEITO	AGENTES	DOSE	HORA	EFEITO	AGENTES	DOSE	HORA	EFEITO
PA	200	15		PA	200	30		PA	200	45		PA	200	15	
V	200	15		V	200	30		V	200	45		V	200	15	
PULSO	100	15		PULSO	100	30		PULSO	100	45		PULSO	100	15	
AVES	100	15		AVES	100	30		AVES	100	45		AVES	100	15	
OP	100	15		OP	100	30		OP	100	45		OP	100	15	
TEMP	38	15		TEMP	38	30		TEMP	38	45		TEMP	38	15	
ADP	100	15		ADP	100	30		ADP	100	45		ADP	100	15	
RESPIR	100	15		RESPIR	100	30		RESPIR	100	45		RESPIR	100	15	
OP	100	15		OP	100	30		OP	100	45		OP	100	15	
Exat				Exat				Exat				Exat			
Anál				Anál				Anál				Anál			
Cont				Cont				Cont				Cont			

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
1. Lidocaína 1% - 40mg			
2. Bupivacaína 0,5% - 10mg		Bloqueio pleio braquial	
3. Midazolam - 3mg			
4. Fentanil - 25mcg			
5. Eufedrina - 2g			
6. Pilsen - 40mg			
LÍQUIDOS			
SF 0,9% - 500ml			
TOTAL			
OPERAÇÃO:			
ANESTESISTA:			
CIRURGIÃO:			
PERDA SANGÜÍNEA:			

Conferido Com Documento Original Bezerros PE  
Hospital Jesus Pequeno  
Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESS/PE Nº 4.473



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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde:

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Número de Registro:

12345

Registro nº

Local:

Unidade

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
		por [illegible]
14/12/14		paciente com [illegible] em [illegible] no [illegible] em [illegible] [illegible]
		Dr. [illegible] pt [illegible]
		[illegible]
15/12/14		paciente com [illegible] em [illegible] no [illegible]
		Dr. [illegible] pt [illegible]
		[illegible]



ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE REABILITACAO DE CACAPES

RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

RENATO

POLEGAR DIREITO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 8.089.095

15/07/2010

RENATO CÉSAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA >>

<< JOÃO MARTINS DE LIRA >>

<< ULYSSEY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA >>

CARUARU - PE

02/12/1991

CPF 055.454.684-32

SOB. CIVILIZ. << CN 48853 L 40A F.228 CART. 2A

ZONA CARUARU-PE 12.12.1991 >>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE JUSTIÇA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

ABRIL MARINHA DA SILVA  
RESOLUÇÃO DO TITULAR

RECEBIMOS

RECEBIMOS

VALIDA ERI TOGO O TEAM - LIMBO NACIONAL

REGISTRO  
COPIL

9.000.356

31/05/2010

NOVE

SEVERINO FIRMINO DA SILVA >>

MARGARIDA FORMOSINA DA SILVA >>

CARUARU - PE

0006907 13 CARUARU-PE >>

029.170.664.60

30/01/1976

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DEPARTAMENTO

SECRETARIA DE  
 REGISTRO DE VEÍCULOS E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
 Nº 014402517415  
 DATA: 10/05/1960  
 Nº 1003935500 2058

ANTONIO EVILINO DOS SANTOS

CARMELO DE

075 742 104-10

1003935500 2058

PLA 1003935500 2058

1003935500 2058

1003935500 2058

1003935500 2058

1003935500 2058

1003935500 2058

1003935500 2058

*[Handwritten signature]*

04/15/60



## PARECER DE DAMS

## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190707625

Data do acidente: 10/03/2019

Vítima: RENATO CESAR SANTOS DO  
NASCIMENTO LIRA

Atendimento: HOSPITAL

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 OSTEOMIOARTICULAR 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
Total da Análise Atual			2950,00	2514,30

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
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	2950,00	2514,30	2514,30

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 Pinar Santos do Nascimento Lima  
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 Paruaru - PE CEP: 55010-190

### OUTORGADO:

Nome: Rosilene Margarida da Silva  
brasileira (a), estado civil: Solteira, RG nº 9.000.356,  
CPF/MF nº 029.170-884-60, com endereço residencial na  
Rua Fm. Ricardo Pitar, 332 Bairro: São Francisco

### PODERES:

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

Paruaru \_\_\_\_\_ de Agosto de 2019.



Renato Pinar Santos do Nascimento Lima

Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

R. São Sebastião, 15 - Bairro Santos dos Reis - Curitiba - PR - CEP: 81250-000 Fone: (41) 3333-1111 Fax: (41) 3333-1112

Dr. CESAR TOSCANO

Reconheço, por autenticidade, a firma de: **REYNATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA**. Em testemunho da verdade. Dou fé.  
Caruaru-PE, 08/08/2016 - 11:23:54

*Reynato Cesar Santos*  
VILMA BARROS TOSCANO DE CARVALHO (Substituta)

EMOLUMENTOS: R\$1,11, TBM: R\$0,30, FERC: R\$0,40,  
PLANEJ: R\$0,08, FERM: R\$0,04, IBB: R\$0,08  
TOTAL: R\$4,91 Operador: 24



Selo: 0073718.UN0820190101118





# 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, tomando 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

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Steffany Carolyn Lins Veloso