06/04/2021

Número: **0002201-48.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**
Última distribuição : **25/03/2020**
Valor da causa: **R$ 1.000,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA (AUTOR)	KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA (PERITO)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
78136189	06/04/2021 11:07	2732094_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CARUARU/PE

Processo n.º 00022014820208172480

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

DO LAUDO PERICIAL

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

Houve pagamento administrativo realizado na monta de R$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

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

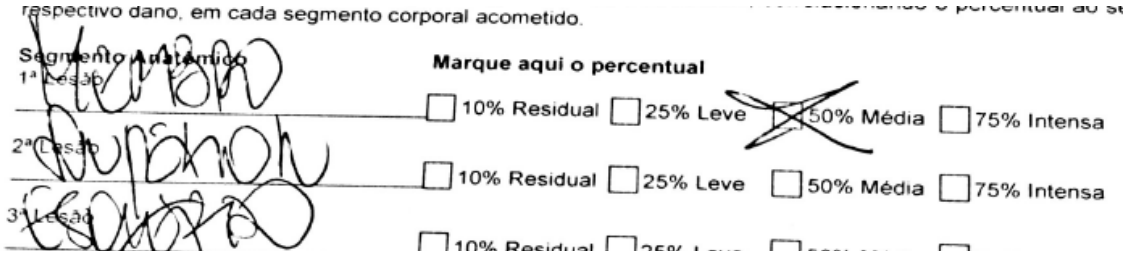
BANCO: 237
AGÊNCIA: 01285-8
CONTA: 000000019697-5

Nr. Autenticação
BRADESCO291120190500000000002370128500000001969723625O PAGO

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:48
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074878600000076545471
Número do documento: 21040611074878600000076545471

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

O laudo produzido apresentou a seguinte conclusão:


respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico	Marque aqui o percentual			
1ª Lesão	☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☒ 50% Média	☐ 75% Intensa
2ª Lesão	☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75% Intensa
3ª Lesão	☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75% Intensa

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na presente hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

1) Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;

2) Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Ocorre que, não se mostra crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

Cumpre observar, que em sede administrativa foi apurada invalidez correspondente a 25% do membro, contudo, o laudo ora produzido traz uma conclusão que reconheceu uma invalidez de 50%, mesmo inexistindo qualquer prova desse agravamento.

Deve ser considerada a grande divergência nas conclusões, dado que naturalmente haveria a estagnação da invalidez ou até mesmo a melhora, mas jamais o agravamento.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Os documentos não comprovam o agravamento da lesão bem como a necessidade de novos tratamentos ou procedimentos médicos que indicariam que a lesão não estava estabilizada, cabendo o acolhimento do laudo administrativo acostado e o pagamento efetuado, impondo-se a improcedência da demanda.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CARUARU, 5 de abril de 2021.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

06/04/2021

Número: **0002201-48.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**
Última distribuição : **25/03/2020**
Valor da causa: **R$ 1.000,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA (AUTOR)	KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA (PERITO)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
78136190	06/04/2021 11:07	ANEXO 1	Outros (Documento)

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
BRADESCO301220190500000000002370128500000019697251430 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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**

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190647535

Vítima: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Data do Acidente: 10/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Pag. 01613/01614 - carta_01 - INVALIDEZ

00020807

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15132475

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190647535

Vítima: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Data do Acidente: 10/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Pag. 01917/01918 - carta_15R - INVALIDEZ

00020959

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do 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 SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

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: Divinópolis — 12 - Cidade: Tamboril — 13 - Estado: CE — 14 - CEP: 55940-190

15 - E-mail: Rena.silva.Nascimento@Hotmail.com — 16 - Tel.(DDD): (88) 99285-3008

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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 ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

■ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 1285 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 019697 (5) (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 o somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 recebimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, 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, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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: Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou registro (arrimo)? ☐ 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão datiloscópica

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza - CE, 19-11-2019

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Rosilene Margarida da Silva

FPS.001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074896300000076545472
Número do documento: 21040611074896300000076545472

bradesco

Autoatendimento
Deposito em Conta Corrente em Dinheiro

Banco: 237 Agencia: 6345 Maquina: 052769
Data: 18/11/2019 Hora: 13:13 N.Trans: 007954

Favorecido
Banco: 237
Agencia: 1285 / RUA CAP. JOAO VELHO
Conta: 0019697-5

Valor do deposito:

Titular: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENT

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

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

Horario de Brasilia.

Obrigado
Tenha uma boa tarde

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ºCIRC
DINTER1/14ºDESEC

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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 10/3/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: RUA LÚCIO MENDONÇA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: INDIANOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

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 (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

SDS/Polícia Civil - PE
DP - 2ºRC
90ª Circunscrição
3º Distrito de Caruaru

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: 19/2/1998 Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9488983/SDS/PE (RG), 12097061413 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Residencia: RUA MARTINS FRANCISCO,241-A FUNDOS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO 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: ULMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA Pai: JOÃO MARTINS DE LIRA Data de Nascimento: 2/12/1981 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9005006/SDS/PE (RG), 08548409412 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Residencia: RUA DONA MARIA PRIMEIRA,86 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTENARIO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074896300000076545472
Número do documento: 21040611074896300000076545472

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 ESDI Objeto apreendido: NÃO
Cor: VERMELHA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCW6424 (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: 1063436660 Chassi: 9C2KC2200GR126716
Combustível: ALCOOL/GASOL
Descrição: RENAVAN 1063436060

Polícia Civil - PE
14ª USPC
90ª Circunscrição
3º Distrito de Caruaru

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE ENCONTRAVA-SE COMO PASSAGEIRA DO VEÍCULO ACIMA DESCRIMINADO , 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 PREFERÊNCIA, VINDO A MOTO, EM QUE A VÍTIMA SE ENCONTRAVA, COLIDIR COM A OUTRA MOTO QUE ATRAVESSOU A SUA FRENTE, VINDO AMBOS OS VEÍCULOS A TOMBAREM, TENDO A VÍTIMA JAQUELINE SOFRIDO FRATURA DA PERNA ESQUERDA, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA PARA O HRA-CARUARU, E APÓS TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE BEZERROS ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO SIRURGICA. E A PESSOA DE RENATO CESAR VINDO A SOFRER FRATURA DO ANTEBRALO ESQUERDO, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA PARA HRA-CARUARU E APÓS REMOVIDA PARA O HOSPITAL DE BEZERROS, ONDE FOI SUBMETIDA À INTERVENÇÃO SIRURGICACONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA.NADA MAIS A INFORMAR.

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

Jaqueline da Silva Lopes
JAQUELINE DA SILVA LOPES
(VITIMA)

RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA
(OUTRO)

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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074896300000076545472
Número do documento: 21040611074896300000076545472

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 055 454 684-12	4 - Nome completo da vítima: Renata 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

DADOS CADASTRAIS

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

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CUIDADOR) 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$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 recebimento 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 de minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

■ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, 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, 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado no 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 teve filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou menor(es) órfão(s)? ☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não	32 - Se teve 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 provarem esta condição, estando 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Renata César Santos do Nascimento Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Rosilene Margarida da Silva

FPS.001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074896300000076545472
Número do documento: 21040611074896300000076545472

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

SAMU 192

CARUARU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **RENATO CÉSAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA** portador do **CPF: 055.454.684-12** e **RG: 8.089.095 SDS-PE**, que consta nos registros de ocorrências **Nº1903104496** do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia **10/03/2019** as **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

Tiago Acioli.
Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

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

Renato Cesar Santos do N. Lira

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074896300000076545472
Número do documento: 21040611074896300000076545472

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP [illegible]
CNPJ [illegible] | Insc. Est. [illegible] | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ULMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO

CPF: 886 [illegible]-72

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DONA MARIA I 65

DIVINOPOLIS/CARUARU
CARUARU PE
55010-160

1558388010	10/2019
30/10/2019	22/11/2019
	258,78

[illegible]	UNICA	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]

DISCRIMINAÇÃO DA FATURA

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	289,000000	0,8[illegible]	217,28
Acréscimo Bandeira AMARELA			4,13
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,76
Contrib. Ilum. Pública Municipal			24,19
ICMS Subvenção CDE-NF [illegible]			1,17
Multa por atraso-NF [illegible]			3,86
Juros por atraso-NF [illegible]			2,88

TOTAL DA FATURA 258,79

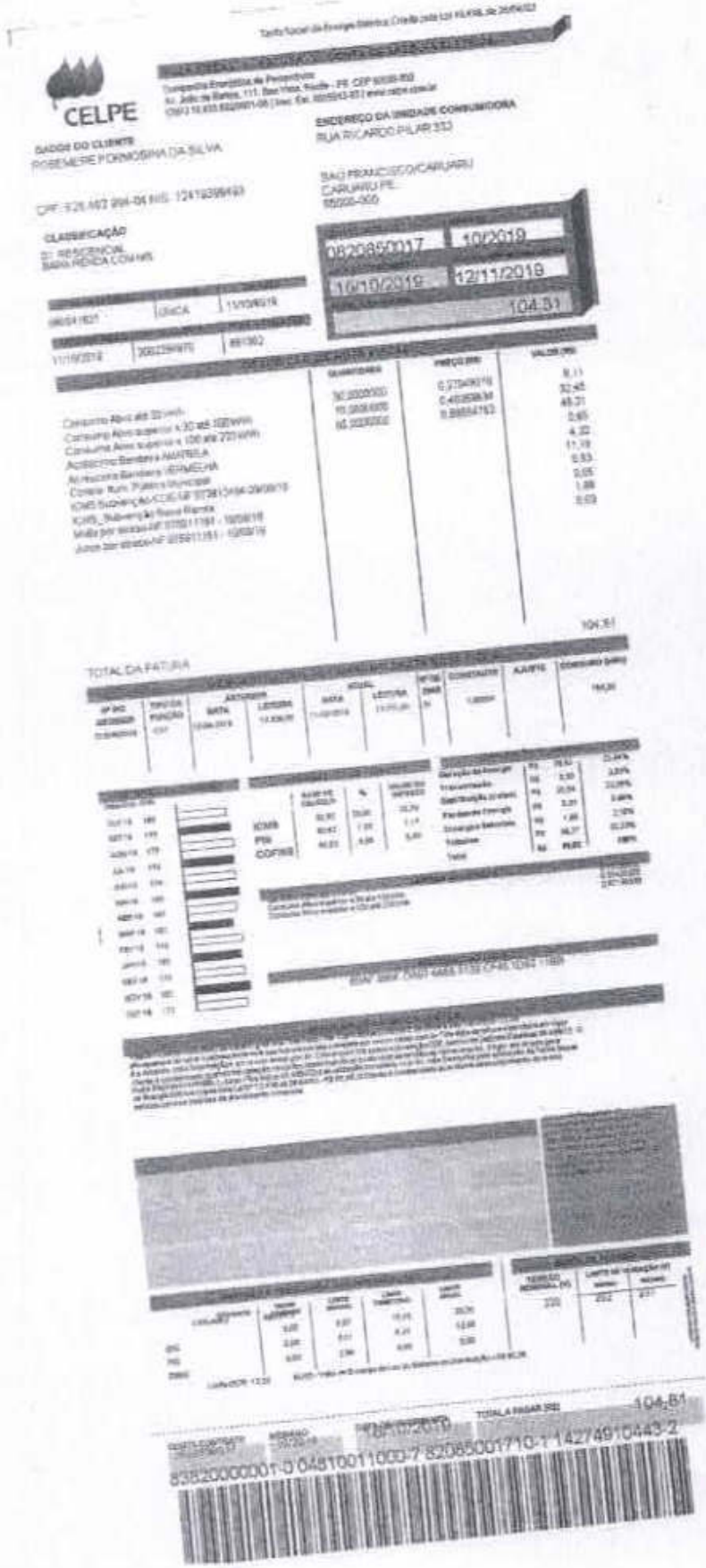
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1,0000		[illegible]

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Geração de Energia	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Transmissão	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Distribuição	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Encargos	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Tributos	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]

[illegible]


CELPE
DADOS DO CLIENTE
ROSEMERE PORMOSINA DA SILVA
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA RICARDO PILAR 233
SAO FRANCISCO/CARUARU
CARUARU PE
55000-000
CLASSIFICAÇÃO
08208500017
10/2019
10/10/2019
12/11/2018
104,51
TOTAL DA FATURA
104,51
104,51
10/10/2019
83820000001-0 04810011000-7 82085001710-1 14274910443-2

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 69 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 66 | 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

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

Renato César Santos do Nascimento Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 055 454 684 12

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Renato César Santos do Nascimento Junior

inscrito (a) no CPF sob o Nº 055454684 / 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	CEP: 55.000-000
E-mail: rose.silva.seguros@hotmail.com			Tel.(DDD): 81 99285-3008

Local e Data: CARUARU, 19 - 11 - 2019

Rosilene Margarida da Silva
Assinatura do Declarante

DLDBIL001 V001/2017

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074896300000076545472
Número do documento: 21040611074896300000076545472

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 180548 Prontuário: 334584

Nome: RENATO CESAR SANTOS NASCIMENTO LIRA
Data Nasc.: 12/12/1991 Idade: 27 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS:
Endereço: RUA DONA MARIA I Nº: 55
Bairro: CENTENARIO Cidade: CARUARU Estado: PE
CEP: 55010180 Fone: 999307444 Profissão:
Nome da Mãe: ULMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 10/03/2019 15:22 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico: PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Prescrição: Dieta: _____

Data		Horário

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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Leito Nº:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO

HOSPITAL R[illegible]ONAL DO AGRESTE

[illegible] de Classificação de Risco - Protocolo HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

[illegible] retirada da senha: [illegible] 18:08

Nome Paciente: [illegible]
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: [illegible]
Idade: [illegible]
Senha: [illegible]
Convênio:
Atendimento:
SAME:

[illegible]do: 10/03/2019 18:13 - 10/03/2019 18:14
[illegible]DA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: [illegible] - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

[illegible]	URGENTE
[illegible]	[illegible]
[illegible]	PACIENTE [illegible] SAMU, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COLISÃO MOTO x MOTO
[illegible]	NEGA ALERGIAS SAIAS
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible] [illegible]
[illegible]	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: [illegible] - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 10/03/2019 18:14

[illegible] Página 1 de 1

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074896300000076545472
Número do documento: 21040611074896300000076545472

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA

5 - Evolução / Exames

10/08/19 [illegible]

[illegible]

Dr. [illegible]

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 [illegible]

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 ( ) Evasão ( ) Alta a Pedido

( ) Transferência: _______________ ( ) Internamento: _______________

Condição de Alta

( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

Data: ___/___/___ Hora: ______ Médico: _______________ CRM

10/08/2019 18:22:34

Unidade de Atendimento

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074896300000076545472
Número do documento: 21040611074896300000076545472

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante: HOSPITAL JESUS PEQUENINO — Protocolo 201907057e.	2 - CNES: 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante: HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES: 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA		6 - Número do Prontuário: 124259	
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): 206314089810000	8 - Data Nascimento: 02/12/1991	9 - Sexo: MASCULINO 1	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

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: Paciente refere acidente de moto com trauma em antebraço Esq.

21 - Condições que justificam a internação: Tto cirúrgico

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

23 - Diagnóstico inicial	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas
Fratura fechada antebraço Esquerdo	S52.2		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado: Internamento	28 - Código do procedimento: 04.08.02.042-3 / 04.03.02.007-7 / 04.08.06.044-1

29 - Clínica	30 - Caráter de Internação	31 - Documento	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional Solicitante
Ortopedia		( ) CNS ( ) CPF	04.08.06.044-1

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acidente de Trabalho típico / 38 - ( ) Acidente de Trabalho trajeto	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não segurado

Raymundo Francisco [illegible] Médico CREMEPE: 5379

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	
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

Conferido Com Documento Original Bezerros PE 09/07/19 Hospital Jesus Pequenino — Ana Amorim, Assistente Social, CRESS/PE Nº 4471

Conferido Com Documento 09.08.19 Pequenino — José Lourivaldo dos Santos, Assistente Social

Acomodação: ENFER_04 - LEITO-03
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 535656 Data: 12/03/2019 Hora: 16:25
Recepc.: 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 LIRA
Sexo: MASCULINO Cor:
Nascimento: 02/12/1991 - 27 Anos e 3 Meses
Est. Civil:
Endereço: RUA DONA MARIA 1º, 65
C.P.F.: 05545408412
Bairro: CENTENARIO CEP:
Identidade: 8069095 SDS PE
UF/Cidade: 2604106 CARUARU UF: PE
Telefone:
Pai: JOAO MARTINS DE LIRA
G.Instrução:
Mãe: UILMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA
Ocupação:
Nacionalidade: BRASIL
Naturalidade:

Obs.: SENHA ORT: 548395

Queixa do Paciente:

Paciente refere acidente de moto com Trauma em antebraço Esq

Exame Físico:

HD: Fratura fechada dos ossos do antebraço E

Tratamento:

Conferido Com Documento Original Bezerros PE 09/07/19 Hospital Jesus Pequenino

Ana Amorim Assistente Social CRESS/PE Nº 4.471

DR. EDNALDO B. PEREIRA MÉDICO CRM 4493

Bezerros, terça-feira, 12 de março de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

Conferido Com Documento Original Bezerros PE 05/09/19 Hospital Jesus Pequenino

José Laurindo dos Santos Assistente Social CRESS 10.1A

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

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

Paciente: 124259 RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA
Nascimento: 02/12/1991 - 27 Anos e 3 Meses
Endereço: RUA DONA MARIA 1ª, 65
Bairro: CENTENARIO
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU CEP:
UF: PE
Pai: 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:

Recepcionista: ______

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

Alta Hospitalar Data: 15/03/19
Médico: ______

Dr. Ragasson Ernesto
Ortopedista
CRM. 3784

Assinatura / CRM

Transferência Hospitalar Data: __/__/__
Médico: ______

Assinatura / CRM

Óbito Data: __/__/__
Médico: ______

Assinatura / CRM

Observação

Diagnósticos
Diagnóstico Provisório: ______

Diagnóstico Definitivo: ______

Diagnóstico Secundário: ______

Conferido Com Documento
Original Setor... Hospital Jesus Pequenino
19/03/19 19/08/07
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

Conferido com Documento
Original ... 05/08/19
Hospital Jesus Pequenino
José Laurinaldo dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074896300000076545472
Número do documento: 21040611074896300000076545472

14/3/19. Prot: cirurgia de fratura dos ossos do antebraço E

Dr. [illegible] Evangelista
Ortopedista
CRM 3784

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074896300000076545472
Número do documento: 21040611074896300000076545472

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbocath T				Urofix			
Agulha Desc. 25x7	03	unid		Vaselina Bisnaga			
Agulha ~~Gengival~~ longo	01	unid					
Agulha ~~Raque~~ bloqueio	01	unid		FIOS			
Agulha 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	und	
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	und	
Dreno Penrose				Mononylon			
Equipo p/ Soro				Prolene			
Equipo Macro Gotas				Prolene			
Esparadrapo	1 cota			Polycot			
Esparadrapo Anti-alérgico				Seda			
Esparadrapo Micropore				Seda			
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5	07	Pacote		LÍQUIDOS			
Gase Furacionada							
Gelfoan				Água Oxigenada			
H. Kuntscher				Álcool ~~Simples~~ 70%	100 ml		
Intracath				Álcool Iodado			
Luva Descartável 8.0	03	Par		Éter			
Luva Comum "	02	Par		Formol			
Lâmina Bisturi 21	01	unid		Germpol			
Lâmina Gillette				Glutaril			
Látex 204				Pov Tópico			
P. S. Petersen				Pov Degermante			
P. L. Sherman				clorexidina	100	ml	
Pr. S. Petersen				OXIGÊNIO	1 cota		
Par. Sherman							
Pino Steiman				Das______ ás______			
Prótese Thompson							
Scalp				PROTÓXIDO			
Seringa 03 cc							
Seringa 05 cc	01	unid		Das______ ás______			
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	1 cota		
Sonda Uretral nº				eletrodo	06	unid	
Sonda Foley nº				Oxímetro Pulso	1 cota		
Sonda "3v nº				esponja prot.	07	unid	
Sonda p/ O_2	01	unid					

Conferido Com Documento
Hospital ...
07.07.19
Ana A. Morais
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.171

Maria de Fatima da Silva
Técnico de Enfermagem

C. 450394

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

CATEGORIA: ____________

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Renato Pessoa Santos do Nascimento Leuis Registro Nº. 124259

Aptº. ____________ Enfermaria: ____________ Data: 14/07/19

Cirurgia: Fratura de ossos do antebraço E Cirurgião: M. Ronaldo

Anestesia: Bloqueio ____________ Anestesista: M. Lucia

Início: ____________ Término: ____________

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropine				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	05	amp		Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil	01	amp	
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemicetina			
Cedilanide				Quelicin			
Decadron	01	amp		Rifocina 150			
Dormonid	01	amp		Rifocina 500			
Diazepan				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Styptanon			
Fentanil	01	amp		Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico	1000	ml	
Furacin Pomada				Thionembutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaína Pesada			
Glicose				Xylocaína 2% s/a	01	amp	
Garamicina 80				Xylocaína 2% c/a	01	amp	
Heparina 5.000				Xylocaína 1% s/a			
Halotano				Xylocaína Geléia			
Haemaccel				Xylocaína Spray			
Inoval				Dipirona 1g	02	amp	
Keflin 1g	01	amp		Touca e máscara	04	und	
Ketalar				Pro Pé	04	par	
Lasix				propofol	01	amp	
Methergin							
Marcaína Pesada							
Marcaína s/a							
Marcaína c/a							

Conferido Com Documento Original Bezerros PE 09/08/19 Hospital Jesus Pequenino

Conferido Com Documento Original Bezerros PE 09/08/19 Hospital Jesus Pequenino José Lourivaldo dos Santos Assistente Social CRESS 11150

Ana Amorim Assistente Social CRESS/PE Nº 4.471

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074896300000076545472
Número do documento: 21040611074896300000076545472

Instituto Alcides d'Andrade Lima
HOSPITAL JESUS PEQUENINO
Fone: 3728-1585 - BR 232 - Bezerros - PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº ________
Data: 14/03/19

Anestesia: Bloqueio plexo braquial — NB

Nome: Renata Cesar Santos do Nascimento — Nº do Registro ________ Nº. na Clínica: ________

Clínica: ________ Quarto: ________ Leito: ________ Idade: ________ Sexo: ________ Cor: ________

Operador: Dr Ronaldo Evangelista — Assist. ________ Anestesista: Dra Lucia Lima

Diag. Preop.: ________ Diag. Posop.: ________

Op. Proposta: Tratamento cirúrgico de fratura dos ossos do antebraço

Premeditação: ________ Hora: ________ Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1 - 2 - 3 - 4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

Gráfico: 7:20 — 8:00 — PA OSCILOMETRICO — POSICIONISTS

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A Xylestesin c/ a.t.	40ml	Bloqueio plexo braquial + sedação	3
B Bupivacaína	10ml (20ml)		
Midazolam	3mg		
D Fentanil	75mcg		
E Cefalotina	2g		
F Dipirona	2g		
G Plasil	10mg		

LÍQUIDOS

SF 0,9% - 500ml

CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA
NASO/OROTRAQUEAL - CEGA
BAL - TAMP. - CALIBRE DO TUBO
SOE - MÁSCARA
DIFICULDADE TÉCNICA

Tempo de Anestesia

TOTAL

OPERAÇÃO:

Laringo. / Espasmo - Excesso Secre. Depressão Respiratória - Hipoxia "BUCKING" Vômito

Hemorragia Arritmia Bradi - Taquicardia - Choque

ANESTESISTA: (assinatura)

CIRURGIÃO: Dr Ronaldo Evangelista Ortopedista CRM 3774

PERDA SANGUÍNEA:

Conferido Com Documento Original Bezerros PE 08/07/19 Hospital Jesus Pequenino — 06/07 — Ana Amorim Assistente Social CRESS/PE Nº 4.471

Hospital Infantil JESUS PEQUENINO

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 PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO	
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + NEUROLISE DO RADIAL + TENOLISE DO EXTENSOR + TENOLISE DO FLEXOR	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SON ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO NA FACE LATERAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO
4. ABERTURA DA APONEUROSE
5. DIVULSAÕ POR PLANOS
6. TENOLISE DO EXTENSOR
7. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA DO RADIO + REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS
8. INCISÃO NA FACE MEDIAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO
9. ABERTURA DA APONEUROSE
10. DIVULSAÕ POR PLANOS
11. TENOLISE DO FLEXOR
12. ABORADEGEM DO FOCO DA FRATURA DA ULNA + REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS
13. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
14. FECHAMENTO POR PLANOS
15. CURATIVO
16. RETIRADA DA FAIXA DE ESNARCH

Confere Com Documento
Original Bezerros PE 08/07/19
Hospital Jesus Pequenino
05/07

Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.473

Confere Com Documento
Original Bezerros PE 09/07/19
Hospital Jesus Pequenino

Confere Com Documento
Original Bezerros PE __/__/__
Hospital Jesus Pequenino
Inês Lourinaldo dos Santos
Assistente Social
CRESS 10160

Hospital Regional
JESUS PEQUENINO

EVOLUÇÃO MÉDICA

RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

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

Dr. Ronaldo Exequiel
Ortopedista
CRM 3764

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

Dr. Ronaldo Exequiel
Ortopedista
CRM 3764

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

Dr. Ronaldo Exequiel
Ortopedista
CRM 3764

15/03/2019: PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.

Dr. Ronaldo Exequiel
Ortopedista
CRM 3764

Conferido Com Documento
Origina Bezerros PE 05/03/19
Hospital Regional Jesus Pequenino
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

Conferido Com Documento
Origina Bezerros PE 09/03/19
Hospital Regional Jesus Pequenino
Jose Luciano dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150

Conferido Com Documento
Origina Bezerros PE __/__/__
Hospital Regional Jesus Pequenino

HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: [illegible]

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de [illegible] CID-10: S525, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 14/3/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 11/4/19.

Dr. Rosaldo Evangelista
Ortopedista
CRM-PE [illegible]

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074896300000076545472
Número do documento: 21040611074896300000076545472

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
8.089.095
15/07/2010
<< RENATO CÉSAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA >>
<< JOÃO MARTINS DE LIRA >>
<< ULMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA >>
CARUARU - PE
02/12/1991
<< CN 48653 L 40A F 228 CART. 2ª
ZONA CARUARU-PE 12.12.1991 >>
055.454.684-12

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO CAC-05
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 9.000.356
DATA EXPEDIÇÃO 31/05/2010
NOME << ROSILENE MARGARIDA DA SILVA >>
FILIAÇÃO << SEVERINO FIRMINO DA SILVA >>
<< MARGARIDA FORMOSINA DA SILVA >>
NATURALIDADE CARUARU - PE
DATA DE NASCIMENTO 30/01/1976
DOC. ORIGEM << 074195 01 55 1993 2 00017 030 00088807 13 CARUARU-PE >>
CPF 029.170.884-60

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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 Cesar Santos do Nascimento Lira
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: Divinopolis Parnaiba - PE CEP: 55010190

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

PODERES:
Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório – DPVAT, por natureza da Vítima Renato Cesar Santos do Nascimento Lira CPF 055.454.684-12 e cujo Sinistro ocorrido no dia _____.

Parnaíba, 09 de Agosto de 2019.

1º CARTÓRIO DE NOTAS

Renato Cesar Santos do N. Lira
Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074896300000076545472
Número do documento: 21040611074896300000076545472

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

Reconheço, por autenticidade, a firma de: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA. Em testemunho ( ) da verdade. Dou fé.
Caruaru/PE, 09/05/2019 - 11:23:34

VILMA BARROS TOSCANO DE CARVALHO (Substituta).
EMOLUMENTOS: R$3,51, TGNR: R$0,80, FERC: R$0,40,
FUNSEG: R$0,08, FERM: R$0,04, ISS: R$0,08
TOTAL: R$4,91 Operador: 24

Selo:0073718.UN0820190101119

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407416/19

Vítima: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENT

Data do acidente: 10/03/2019

CPF: 055.454.684-12 **CPF de:** Próprio **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 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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 20/11/2019 Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA CPF: 029.170.884-60	Data do cadastramento: 20/11/2019 Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso CPF: 115.938.994-24
_____ ROSILENE MARGARIDA DA SILVA	_____ Steffany Caroliny Lins Veloso

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190707625

Vítima: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Data do Acidente: 10/03/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01501/01502 - carta_01 - DAMS

00020751

Carta nº 15266934

06/04/2021

Número: **0002201-48.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**
Última distribuição : **25/03/2020**
Valor da causa: **R$ 1.000,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA (AUTOR)	KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA (PERITO)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
78136193	06/04/2021 11:07	ANEXO 2	Outros (Documento)

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190707625

Vítima: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Data do Acidente: 10/03/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

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

Recebedor: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA
Valor: R$ 2.514,30
Banco: 237
Agência: 000001285-8
Conta: 0000019697-5
Tipo: CONTA CORRENTE

Pag. 01319/01320 - carta_29 - DAMS

00020660

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	055 454 694-12	Renato César Santos do Nascimento L.

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Renato César Santos do Nascimento Lira — 6 - CPF: 055.454.694-12

7 - Profissão: Recuso — 8 - Endereço: Rua Dona Maria I — 9 - Número: 65 — 10 - Complemento: Casa

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

15 - E-mail: Rose.rafra.seguro@hotmail.com — 16 - Tel (DDD): (81) 99286-3008

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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:

[X] RECUSO INFORMAR [ ] R$1,00 A R$1.000,00 [ ] R$2.501,00 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

[ ] CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
[ ] Bradesco (237) [ ] Itaú (341)
[ ] Banco do Brasil (001) [ ] Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ____ (Informar o dígito se existir) CONTA: ____ (Informar o dígito se existir)

[X] CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco 237
AGÊNCIA: 1285 (Informar o dígito se existir) CONTA: 001969-7 5 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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
[X] O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, 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 de 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: [ ] Solteiro [ ] Casado (no 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 Vivos: Falecidos: — 30 - Vítima deixou nascituro (gravidez)? [ ] 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 provarem 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital de quem não sabe ou não pode assinar

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Caruaru, 17/12/2019

Renato César Santos do Nascimento Lira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rosilene Moraes da Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

bradesco

Autoatendimento
Deposito em Conta-Corrente em Dinheiro

Banco: 237 Agencia: 6245 Maquina: 052788
Data: 18/11/2019 Hora: 13:13 N.Trans: 007954

Favorecido
Banco: 237
Agencia: 1265 / RUA CAP. JOAO VELHO
Conta: 0019697-5

Valor do deposito: [redacted]

Titular: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENT

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

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

Horario de Brasilia.

Obrigado
Tenha uma boa tarde

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0180001283

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/05/2019 às 11:52

Complementa o BO Número: 19E0180001282

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

Fato ocorrido no endereço: RUA LÚCIO MENDONÇA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: INDIANOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

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 (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

SDS/Polícia Civil - PE 14ª I DRC 90ª Circunscrição 3º Distrito de Caruaru

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: 19/3/1996 Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9459963/SDS/PE (RG), 12997061413 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Residencial: RUA MARTINS FRANCISCO,241-A FUNDOS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO 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: ULMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA Pai: JOÃO MARTINS DE LIRA Data de Nascimento: 2/12/1991 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9008006/SDS/PE (RG), 05546450412 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Residencial: RUA DONA MARIA PRIMEIRA,85 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTENARIO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074937900000076545474
Número do documento: 21040611074937900000076545474

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 ESDI Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCW6424 (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: 1083436660 Chassi: 9C2KC2200GR125716
Combustível: ALCOOL/GASOL
Descrição: RENAVAN 1083436660

Polícia Civil - PE
14ª USPC
90ª Circunscrição
3º Distrito de Caruaru

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ENCONTRAVA-SE COMO PASSAGEIRA DO VEÍCULO ACIMA DESCRIMINADO , 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 PREFERÊNCIA, 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 SOFRIDO FRATURA DA PERNA ESQUERDA, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA PARA O HRA-CARUARU, E APÓS TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE BEZERROS ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO SIRURGICA. E A PESSOA DE RENATO CESAR VINDO A SOFRER FRATURA DO ANTEBRALO ESQUERDO, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA PARA HRA-CARUARU E APÓS REMOVIDA PARA O HOSPITAL DE BEZERROS, ONDE FOI SUBMETIDA À INTERVENÇÃO SIRURGICACONFORME 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)

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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074937900000076545474
Número do documento: 21040611074937900000076545474

SAMU 192

CARUARU

DECLARAÇÃO

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

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

Caruaru, 19 de Junho de 2019.

Tiago Acioli.
Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

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

Renato Cesar Santos do N. Lira

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074937900000076545474
Número do documento: 21040611074937900000076545474

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco

DADOS DO CLIENTE

[illegible]

CPF [illegible]

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DONA MARIA [illegible]

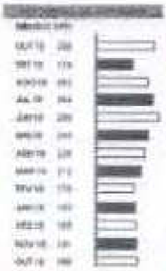
[illegible]
CARUARU PE

1558388010	10/2019
30/10/2019	22/11/2019
	258,78

[illegible]	ÚNICA	22/10/2019
22/10/2019	[illegible]	[illegible]

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	[illegible]	[illegible]	217,28
Acréscimo Bandeira AMARELA			4,15
Acréscimo Bandeira VERMELHA			[illegible]
Contrib. Ilum. Pública Municipal			34,39
ICMS Subvenção CDE NF [illegible]			1,77
Multa por atraso NF [illegible]			3,89
Juros por atraso NF [illegible]			2,09

TOTAL DA FATURA 258,78



[illegible]

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco

CNPJ 10.835.932/0001-08 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ROZEMERE FERNANDINA DA SILVA

CPF: 8[illegible] 482.[illegible]-04 NIS: [illegible]

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA RICARDO PILAR 332

SAO FRANCISCO/CARUARU
CARUARU PE
55000-000

0820850017	11/2019
20/11/2019	14/12/2019
	105,59

38[illegible]	ÚNICA	12/11/2019
12/11/2019	[illegible]	[illegible]

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,2[illegible]	7,27
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,44[illegible]	31,49
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	71,0000000	0,6[illegible]	47,21
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,88
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,57
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,19
ICMS Subvenção-CDE-NF [illegible]			0,62
Multa por atraso NF [illegible] - 11/10/19			1,81
Juros por atraso NF [illegible] - 11/10/19			0,38

TOTAL DA FATURA 105,59

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	CAT	[illegible]	[illegible]	12-11-2019	[illegible]	30	1,00000		171,00

[illegible]

CÓDIGO CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
0820850017	11/2019	20/11/2019	105,59

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074937900000076545474
Número do documento: 21040611074937900000076545474

AVALIAÇÃO

Renato Cesar Santos Nascimento Lira

Paciente vitima 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

Lindinalva Ferreira Soares
Fisioterapeuta
CREFITO: 159711-F

RECIBO

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

Caruaru, 20 de Agosto de 2019

Fisioterapeuta

Maria Lindinalva Ferreira Soares

Crefito 159711-F

Lindinalva Ferreira Soares
Fisioterapeuta
CREFITO: 159711-F

Lindinalva Ferreira Soares
Fisioterapeuta
CREFITO: 159711-F

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074937900000076545474
Número do documento: 21040611074937900000076545474

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **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: 4020-1596 / 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 021 01 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

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

Renato Cesar Santos do Nascimento Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.454.684 , 12 ,

do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima Renato Cesar Santos do Nascimento Silva

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	CEP: 55.000-000
E-mail: rose.silva.seguros@hotmail.com			Tel.(DDD): 81 99285-3008

Local e Data: CARUARU, 17. 12 - 2019

Rosilene Margarida da Silva

Assinatura do Declarante

OLDPAL001 V001/2017

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074937900000076545474
Número do documento: 21040611074937900000076545474

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 440646 Prontuário: 334393

Nome: RENATO CESAR SANTOS NASCIMENTO LIRA
Data Nasc.: 12/12/1991 Idade: 27 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS:
Endereço: RUA DONA MARIA I Nº: 05
Bairro: CENTENARIO Cidade: CARUARU Estado: PE
CEP: 55016130 Fone: 999907444 Profissão:
Nome da Mãe: LILIMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT C/M MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

II - ATENDIMENTO Data: 10/03/2019 16:22 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico: PA: FC: FR:

Hipótese Diagnóstica:

Conduta:

Prescrição: Dieta:

Data		Horário

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074937900000076545474
Número do documento: 21040611074937900000076545474

HOSPITAL R[illegible]ONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Data/hora retirada da senha: 10/03/2019 16:1[illegible]

Nome Paciente:	RENATO CESAR SANTOS NASCIMENTO LIRA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Masculino
Idade:	2[illegible]
Senha:	[illegible]
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 10/03/2019 16:13 - 10/03/2019 16:14
GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 116317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	URGENTE
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COLISÃO MOTO X MOTO
Observação:	NEGA ALERGIAS SAMU
Fluxograma entrada:	PROBLEMAS NOS MEMBROS
Discriminador(es):	- DOR MODERADA? - DEFORMIDADE GROSSEIRA?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 116317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 10/03/2019 16:14

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074937900000076545474
Número do documento: 21040611074937900000076545474

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA

3 - Evolução / Exames

10/05/19 — # Ortopedia #
Paciente informa [illegible] acidente motociclístico, [illegible] c/ fratura [illegible] dos ossos do antebraço esquerdo [illegible]
CD - Internamento

Dr. Oberdan Ribeiro
Ortopedista/Traumatologista

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido ( ) Paciente ( ) Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente dese nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: ______________________ RG: __________
Endereço: ______________________ Tel: __________
Data: ____ / ____ / ________

____
Assinatura

Autorização de Procedimeto ( ) Paciente ( ) Familiar

Nome: ______________________ RG: __________
Endereço: ______________________ Tel: __________
Procedimento: ______________________

____
Assinatura

Diag. Definitivo: ______________________

Destino do Paciente

( ) Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido
( ) Transferencia: __________ ( ) Internamento __________

Condição de Alta

( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ______ Médico: ______________ CRM: ______

10/05/2019 18:22:34
2 de 2

Usuario do Atendimento
VANESSAVC

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074937900000076545474
Número do documento: 21040611074937900000076545474

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA			6 - Número do Prontuário: 124259	
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): 206314089610000	8 - Data Nascimento: 02/12/1991	9 - Sexo: MASCULINO 1	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

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: Paciente refere acidente de moto com trauma em antebraço Esq.

21 - Condições que justificam a internação: Tto cirúrgico

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

23 - Diagnóstico Inicial	24 - CID 10 Principais	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas
Fratura fechada antebraço esquerdo	S52.2		0408.02.042-3 / 04.03.02.007-7

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado: Internamento				28 - Código do procedimento: 04.08.06.044-1
29 - Clínica: Ortopedia	30 - Caráter de Internação: 3	31 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante	04.08.06.044-1
33 - Nome do Profissional Solicitante	34 - Data da solicitação: 12/03/19	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acidente de Trabalho trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	
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

Raymundo ... Médico CREMEPE: 5379

Confere Com Documento Original Bezerros PE 08/04/19 Hospital Jesus Pequenino
Ana Amorim Assistente Social

Confere Com Documento 09/08/19 Hospital Jesus Pequenino
José Leonildo dos Santos Assistente Social

14/3/19. Prat. cirurgico de fratura dos ossos do antebraço
E

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3764

HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME [illegible]

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de [illegible] CID-10: S525, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 14/3/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 11/4/19.

Dr. Romildo Evangelista
Ortopedista
CRM-PE [illegible]

Hospital Regional
JESUS PEQUENINO

EVOLUÇÃO MÉDICA

RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

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

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

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

15/03/2019: PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 06/04/21
Hospital Regional Jesus Pequenino
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 09/04/19
Hospital Regional Jesus Pequenino
Assistente Social
CRESS 10190

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE ___/___/___
Hospital Regional Jesus Pequenino

Hospital Regional
JESUS PEQUENINO

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 PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + NEUROLISE DO RADIAL + TENOLISE DO EXTENSOR + TENOLISE DO FLEXOR	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SON ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO NA FACE LATERAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO
4. ABERTURA DA APONEUROSE
5. DIVULSAÕ POR PLANOS
6. TENOLISE DO EXTENSOR
7. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA DO RADIO + REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS
8. INCISÃO NA FACE MEDIAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO
9. ABERTURA DA APONEUROSE
10. DIVULSAÕ POR PLANOS
11. TENOLISE DO FLEXOR
12. ABORADEGEM DO FOCO DA FRATURA DA ULNA + REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS
13. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇAO SOB FLUOROSCOPIA
14. FECHAMENTO POR PLANOS
15. CURATIVO
16. RETIRADA DA FAIXA DE ESMARCH

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 09/07/19
Hospital Jesus Pequenino
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 09/07/19
Hospital Jesus Pequenino

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE / /
Hospital Jesus Pequenino

Inês Leucinaldo dos Santos
Assistente Social
CRESS 10156

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

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

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

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 CEP:
UF: PE
Cidade: 2604106 CARUARU
Pai: 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 Bezerros PE 05/03/19
Hospital Jesus Pequenino

DR. EDNALDO B. PEREIRA
MÉDICO
CRM 6932

Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

Bezerros, terça-feira, 12 de março de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 05/03/19
Hospital Jesus Pequenino

José Lourinaldo dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074937900000076545474
Número do documento: 21040611074937900000076545474

OSPITAL 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

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

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 CEP:
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU UF: PE
Pai: 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:

Recepcionista: ______

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

Alta Hospitalar Data: 15/03/19
Médico: ______
Dr. Renato Cordeiro Ortopedista CRM 3764
Assinatura / CRM

Transferência Hospitalar Data: __/__/__
Médico: ______
Assinatura / CRM

Óbito Data: __/__/__
Médico: ______
Assinatura / CRM

Observação

Diagnósticos
Diagnóstico Provisório: ______
Diagnóstico Definitivo: ______
Diagnóstico Secundário: ______

Conferido Com Documento Original Bezerros Hospital Jesus Pequenino 06/08/19
Ana Amorim Assistente Social CRESS/PE Nº 4.471

Conferido Com Documento Original Hospital Jesus Pequenino 05/08/19
José Lugrinaldo dos Santos Assistente Social CRESS 10150

Instituto Alcides d'Andrade Lima
HOSPITAL JESUS PEQUENINO
Fone: 3728-1586 - BR 232 - Bezerros - PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº ______
Data: 14/03/19

Anestesia: Bloqueio plexo braquial | NB

Nome: Renato César Santos do Nascimento Nº do Registro: ______ Nº. na Clínica: ______
Clínica: ______ Quarto: ______ Leito: ______ Idade: ______ Sexo: ______ Cor: ______
Operador: Dr Ronaldo Evangelista Assist.: ______ Anestesista: Dra Lúcia Lima
Diag. Preop.: ______ Diag. Posop.: ______
Op. Proposta: Tratamento cirúrgico de fratura dos ossos do antebraço
Premeditação: ______ Hora: ______ Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1 - 2 - 3 - 4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

Gráfico: 15 30 45 | AGENTES: N2O, O2 | Líquidos Infund. | PA V, PULSO, ANES. Z, OP. O, TEMP. A, ASPIR. A, RESP. O | °C 38 36 34 32 30 | 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 | Espont. Assist. Contr.

7:20 8:00

PA
OXIMETRO

POSIÇÕES

SIMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A. Xylestesin c/ ad	400mg	
B. Bupivacaína s/ad	50mg	Bloqueio plexo
C. Midazolam	3mg	braquial + sedação
D. Rubinol	750mg	
E. Cefalotina	2g	
F. Dipirona	2g	
G. Plasil	40mg	
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA
SF 0,9%	500ml	
		Tempo de Anestesia
TOTAL:		
OPERAÇÃO:		

ANOTAÇÕES:
3

Laringo - Espasmo - Excesso Secre. Depressão Respiratória - Hipoxia "SOCHING" Vômito | Hemorragia Anormal Bradi - Taquicardia - Choque

ANESTESISTA: [assinatura] | CIRURGIÃO: Dr. Ronaldo Evangelista Ortopedista CRM 3784 | PERDA SANGUÍNEA:

Conferido Com Documento Original Bezerros PE 08/07/19 Hospital Jesus Pequenino

Ana Amorim Assistente Social CRESS/PE Nº 4.471

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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

DATA	HORA	EVOLUÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.089.095 DATA DE EMISSÃO 15/07/2010

NOME << RENATO CÉSAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA >>

FILIAÇÃO << JOÃO MARTINS DE LIRA >>
<< UILMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA >>

NATURALIDADE CARUARU - PE DATA DE NASCIMENTO 02/12/1991

DOC. ORIGEM << CN 48653 L 40A F.226 CART. 2ª
ZONA CARUARU-PE 12.12.1991 >>

CPF 055.454.684-12

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO THOMAZ PIRES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Num. 78136193 - Pág. 24
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074937900000076545474
Número do documento: 21040611074937900000076545474

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
CAC-05
CARTEIRA DE IDENTIDADE

9.000.356
31/05/2010
<< ROSILENE MARGARIDA DA SILVA >>
<< SEVERINO FIRMINO DA SILVA >>
<< MARGARIDA FORMOSINA DA SILVA >>
CARUARU - PE
30/01/1976
<< 074195 01 55 1993 2 00017 030
0006807 13 CARUARU-PE >>
029.170.884-60

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE

Nº 014483517445

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1	1062925550	**********	2016

NOME: ADILSON EVELINO DOS SANTOS

CARUARU PE

CPF/CNPJ: 075.342.784-40 — PLACA: PCH6421

PLACA ANT/UF: *******/PE — CHASSI: 9C2KC2210GR128718

ESPÉCIE/TIPO: PAS MOTOCICLETA MOTO-TAX — COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 FAN ESDI — ANO FAB: 2016 — ANO MOD: 2016

CAP/POT/CIL: [illegible]/162CC — CATEGORIA: ALUGUEL — COR PREDOMINANTE: VERMELHA

IPVA 2016 QUITADO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

[illegible] — DATA: [illegible]

[illegible] — DETRAN/PE

PARECER DE DAMS

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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 Cesar Santos do Nascimento Oliva
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: Divinopolis Parnamirim - PE CEP: 55010190

OUTORGADO:
Nome: Rosilene Margarida da Silva
brasileiro (a), estado civil: Solteira, RG nº 9 000 356,
CPF/MF nº 029.170.884-60 com endereço residencial na
Rua Frei Ricardo Pitar, 332 Bairro: São Francisco

PODERES:
Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório – DPVAT, por natureza da Vítima Renato Cesar Santos do Nascimento Oliva CPF 055.454.684-12 e cujo Sinistro ocorrido no dia _____.

Parnamirim, 09 de Agosto de 2019.

1º CARTÓRIO DE NOTAS

Renato Cesar Santos do N. Oliva
Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2021 11:07:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040611074937900000076545474
Número do documento: 21040611074937900000076545474

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

Dra. CARLOS TOSCANO

Reconheço, por autenticidade, a firma de: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA. Em testemunho [illegible] da verdade. Dou fé. Caruaru/PE, 09/09/2019 - 11:23:54

VILMA BARROS TOSCANO DE CARVALHO (Substituta).

EMOLUMENTOS: R$3,51, TBNR: R$0,00, FERC: R$0,40, FUNISEG: R$0,08, FERM: R$0,04, ISS: R$0,08. TOTAL: R$4,91 Operador: 24

Selo 0073718.UNI08201901.01118

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458133/19

Vítima: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENT

Data do acidente: 10/03/2019

CPF: 055.454.684-12 **CPF de:** Próprio **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 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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 18/12/2019	Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA	Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 029.170.884-60	CPF: 115.938.994-24
ROSILENE MARGARIDA DA SILVA	Steffany Caroliny Lins Veloso