

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.514,30

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01285-8

CONTA: 000000019697-5

Nr. Autenticação

BRDESCO3012201905000000000023701285000000019697251430 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01285-8

CONTA: 000000019697-5

Nr. Autenticação

BRDESCO291120190500000000023701285000000019697236250 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647535 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA **Data do acidente:** 10/03/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA ANTEBRAÇO ESQUERDO. P5.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190647535

Vítima: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Data do Acidente: 10/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190647535

Vítima: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Data do Acidente: 10/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Banco: **237**

Agência: **000001285-8**

Conta: **000000019697-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: Renato César Santos do Nascimento Lima 6 - CPF: 055 454 684-12
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Rua: Dona Maria 9 - Número: 165 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Divinópolis 12 - Cidade: Minas Gerais 13 - Estado: MG 14 - CEP: 35040-190
15 - E-mail: Ren.Lima.Nascimento@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (31) 99285-3008

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

☐ CONTA POUANÇA (somente para os bancos citados. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 1285 CONTA: 019697 5

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima ou representante legal: 35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido: 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura de testemunha: 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura de testemunha:

40 - Local e Data, 19-11-2019

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):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001 V002/2019

Margherida de Silva



Autoatendimento
Deposito em Conta Corrente em Dinheiro

Banco: 237 Agência: 6945 Agência: 052768
Data: 18/11/2018 Hora: 13:19 N.Trans: 007954

Favorecido:

Banco: 237

Agência: 1245 RUA CAP. JOAO VELHO

Conta: 0019887-5

Valor do depósito:

Titular: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO

Atendimento

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamações e Informações
0800 704 6383

Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0096
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

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

Horário de Brasília.

Obrigado
Terça-feira tarde



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP00CIRC
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 - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 10/3/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: RUA LÚCIO MENDONÇA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: INDIANÓPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

JAQUELINE DA SILVA LOPES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino MSe: CECILIA MARIA DA SILVA Pai: JOSÉ FRANCISCO LOPES Data de Nascimento: 19/04/1988 Nacionalidade: VITÓRIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 94889945/SSB/PE (RG): 12997951413 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: OUTRAS

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

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

RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino MSe: JULIA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA Pai: JOÃO MARTINS DE LIRA Data de Nascimento: 2/12/1991 Nacionalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8008095/SSB/PE (RG): 05546482/12 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Profissão: OUTRAS

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

08/05/2019 11:51

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

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

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

Sr(a): RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN ESD Objeto apreendido NÃO

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

Placa: PCW6424 (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: 1003435660 Chassi: 9C2K2200GR125716

Combustível: ALCOOL/GASOL

Descrição: RENAVAN 1003435660



Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE ENCONTRAVA-SE COMO PASSAGEIRA DO VEÍCULO ACIMA DESCRITIVO, 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 PREFERENCIA, 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 BEZERRAS ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO CIRURGICA, E A PESSOA DE RENATO CESAR VINDO A SOFRER FRATURA DO ANTEBRALDO ESQUERDO, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA PARA HRA-CARUARU E APÓS REMOVIDA PARA O HOSPITAL DE BEZERRAS, ONDE FOI SUBMETIDA À INTERVENÇÃO CIRURGICA CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA. NADA MAIS A INFORMAR.

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

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: Renato César Santos do Nascimento Lima 6 - CPF: 055 454 684-12

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua: Dona Maria 9 - Número: 165 10 - Complementar: Casa

11 - Bairro: Divinópolis 12 - Cidade: Itabim 13 - Estado: MG 14 - CEP: 35240-190

15 - E-mail: Rua Maria Helena Q Nacional, Lm 16 - Tel (DDD): (31) 99255-3008

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (comércio para os serviços acima. Anotar uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 1285 CONTA: 019697 5

(Informar o dígito ao lado) (Informar o dígito ao lado) (Informar o dígito ao lado) (Informar o dígito ao lado)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a dívida, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

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

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Margarida de Silva

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01285-8

CONTA: 000000019697-5

Nr. Autenticação

BRDESCO291120190500000000023701285000000019697236250 PAGO



CARUARU

DECLARAÇÃO

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

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

Caruaru, 19 de Junho de 2019

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

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



REF ID: A67 884-04 PMS 12478399493

CLASSIFICAÇÃO
DE: REACIONAL
NADA PERICULOSA COM HIN

08/04/2021	USCA	15/09/2019
11/10/2018	200259670	#B302

[illegible]

Texte final de l'ouvrage transmis à l'éditeur par l'auteur le 20/04/2012

Transmissão Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 51035-010
CNPJ 15.833.532/0001-06 | Tel. (81) 3335-0121 | enel@pe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA RICARDO PILAR 333

SAIG. PRODUCTO DE CARUARI
CARUARI PE
1992-2000

0820850017 10/2019

10/10/2018 12/11/2018

104-39

11/19/2012	201239971	851302	201239971	201239971	201239971
Consumo Agua 20 kWh					8.11
Consumo Agua superior A 30 a 50 kWh					32.45
Consumo Agua superior A 100 a 220 kWh					49.71
Activacion Servicio AMATELA					0.85
Activacion Servicio SEMECLA					4.32
Consumo Agua Superior					17.78
Consumo Agua Superior					0.83
Consumo Agua Superior					0.05
Consumo Agua Superior					1.88
Consumo Agua Superior					0.07

TOTAL DA FATURA

TOTAL DA TABUERA							
SP INC ACORDADO COM O MUNICÍPIO	TOTAL DO MUNICÍPIO COSTO	ANTERIOR DATA 10-06-2019	LEITURA 17-06-2019	SALDO 7-06-2019	NOVA LEITURA 17-07-2019	NOVO SALDO 30	DIFERENÇA CONTABILIZADA 1-08-2019
			17.000,00		17.000,00		160,00

[illegible]

1984 177

[illegible]

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





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4026-1544 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIbliotecaWEB/DOCORIGINAL.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.131/95.

Pelo exposto, eu ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

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

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

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

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 289 do Código Penal.

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

Local e Data: CARUARU, 19-11-2019

Rosilene Margarida da Silva

Assinatura do Declarante

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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Endereço do paciente:

Endereço da residência:

Endereço do

Endereço do

Endereço do

Endereço do

Endereço do

Endereço do

Endereço do

Endereço do

Endereço do

Endereço do

Endereço do

Endereço do

Endereço do

Endereço do

Endereço do

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Ruim da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

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

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

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

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

Classificação:	URGENTE
Função:	Enfermeiro
Assessment:	PACIENTE APARELHO RESPIRATÓRIO VITIMIZADO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO GOLBAO MOLDO + MOLTO
Classificação:	NEGRA VERMELHA
Classificação:	SALVO
Classificação:	TRATAMENTO EM INTENSIVADO
Classificação:	- DOR MODERADA
Classificação:	DEFICITADA DE OXIGENIO
Classificação:	ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

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

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

Assinado(a) por: [Assinatura] - Data e hora de assinatura: 10/03/2019 18:14

Assinado(a) por: [Assinatura]

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGENCIA



3 - Evolução / Exames

10/05/15
Exame físico: paciente em repouso, sem alterações significativas, sem sinais de desidratação, sem alterações de consciência.

Dr. Gerson Acácio
Médico Assistente
de Plantão

Termo de Responsabilidade de Alta - Paciente

☐ Paciente ☐ Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desta emergência, tendo plena consciência do comprometimento sobre todas as consequências que possam advir desta decisão.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo

Destino do Paciente

☐ Alta ☐ Cirurgia ☐ Obs. ☐ Internar ☐ Encaminhado para Pronto Socorro

☐ Transferência ☐ Internar

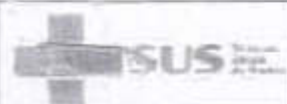
Condição de Alta

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Melhorado ☐ Curado

Data: ____/____/____ Hora: ____ Min: ____ CMH

10/05/15 15:22:34
JCS

Unidade de Atendimento
2015-05-10



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do Estabelecimento Solicitante
HOSPITAL JESUS PEQUENINO
Nome do Estabelecimento Executante
HOSPITAL JESUS PEQUENINO

Protocolo 2019070572

2 - CHES
2344254
4 - CHES
2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA			6 - Número do Prontuário 124259	
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 206314089610000	8 - Data Nascimento 02/12/1991	9 - Sexo MASCULINO	10 - Raça/Cor 1	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe LILMA 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 1ª, 65 () - CENTENARIO				
16 - Município de residência CARUARU		17 - Cod. IBGE município 2604106	18 - UF PE	19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos

Paciente refere acidente de trânsito
com Trauma em antebraço Esq.

21 - Condições que justificam a internação

Tto cirurgico

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

Ex Físico

23 - Diagnóstico inicial
Fratura fechada do antebraço Esq.
24 - CID 10 Principal
5592
25 - CID 10 Sec.
0408.02.042.3
26 - CID 10 Causas associadas
0403.02.007.7

Descrição do Procedimento Solicitado

Intervenção

27 - Clínica
Ortopedia
30 - Caracter de internação
31 - Documento
() CNS () CPF
22 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional Solicitante
0408.06.044.1

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 Bônus	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBO
38 - () Acidente de Trabalho atípico			
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado			

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

Carimbo do Documento
09/03/19
Pequeno

Assinatura do Médico
Assistente Social
Data: 09/03/19

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_04 - LEITO-03
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPÉDICA

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

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

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

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

Obs.: SENHA ORT: 548395

Queixa do Paciente:

Paciente refere acidente de moto
com Trauma em antebraço Esq

Exame Físico:

Fratura fechada do osso do antebraço E

Tratamento:

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

DR. EDNALDO BARROS PEREIRA
MÉDICO
CRM 4002

Ana Amorim
Assistente Social
CRM 155/PE Nº 4.471

Carros, terça-feira, 12 de março de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

Conferido Com Documento
Original Bezerra P
Hospital Jesus Pequeno

José Laurindo dos Santos
Assistente Social
CRM 1013

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER_04 - LEITO-03
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

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

Paciente: 124259	RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIR/	Sexo: MASCULINO	Cor:
Nascimento: 02/12/1991	- 27 Anos e 3 Meses	Est. Civil:	
Endereço: RUA DONA MARIA 1ª, 85		C.P.F.: 05545468412	
Bairro: CENTENARIO		Identidade: 8089095	SDS PE
UF/Cidade: 2604105 CARUARU	CEP: UF: PE	Telefone:	
Pai: JOAO MARTINS DE LIRA		G. Instrução:	
Mãe: LILMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA		Ocupação:	
Nacionalidade: BRASIL		Naturalidade:	

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

Alta Hospitalar Data: 15/03/19

Médico: _____

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

Assinatura / CRM

Observação

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Transferência Hospitalar Data: ____/____/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

Óbito Data: ____/____/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

Conferido Com Documento
Original Saneado R
Hospital Jesus Pequeno
Assinatura Social
Assessor Social
CRS/MS Nº 4.471

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

Dr. Manoel Francisco
Ortopedista
-1918 3714

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbocath T				Urofix			
Aguilha Desc. 25x7 03		unid		Vaselina Bisnaga			
Aguilha Gengival 10x120 01		unid					
Aguilha Resaca 10x120 01		unid		FIOS			
Aguilha Sutura							
Algodão Hidrófilo				CatGut Simpa s/a			
Algodão Ortopédico				CatGut Simp c/a			
Atadura Gase				CatGut Crom s/a			
Atadura Crepe				CatGut Crom c/a 2.0	01	un	
Atadura Gesso				Fio de Algodão			
Bolsa p/ Colostomia				Fio de Aço			
Comp. Cirúrgica	10	unid		Fio Kirschner			
Dreno Tórax				Fio Umbilical			
Dreno Tórax Kerr				Mononylon 3.0	02	un	
Dreno Penrose				Mononylon			
Equipo p/ Soro				Prolene			
Equipo Macro Gotas				Prolene			
Espadrado	1	cole		Polycot			
Espadrado Anti-estéril				Seda			
Espadrado Micropore				Seda			
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5	07	Pacote		LIQUIDOS			
Gase Furacionada							
Gelfoam				Água Oxigenada			
H. Kuntscher				Alcool Simples 20%	100	un	
Intracath				Alcool Iodado			
Luva Descartável 8.0	03	Pacote		Éter			
Luva Comum 2	02	Pacote		Formol			
Lâmina Bisturi 21	01	unid		Gempol			
Lâmina Gillette				Glutaril			
Látex 204				Pov Tópico			
P. S. Petersen				Pov Degermante			
P. L. Sherman				clonazepam	100	un	
Pr. S. Petersen				OXIGÊNIO	100	un	
Par. Sherman							
Pino Steiman				Das _____ às _____			
Prótese Thompson							
Scalp				PROTÓXIDO			
Seringa 03 cc							
Seringa 05 cc	01	unid		Das _____ às _____			
Seringa 10 cc	03	unid					
Seringa 20 cc	01	unid		TAXAS			
Seringa Vidro 05 cc							
Seringa Vidro 10 cc				Aspirador			
Seringa Vidro 20 cc				Artroscopia			
Seringa de 01 cc				Bisturi Elétrico			
Sonda Estom n°				Desfibrilador			
Sonda Levine n°				Monitor			
Sonda Uretral n°				elétrica	06	unid	
Sonda Foley n°				Skuto Pulso	100	un	
Sonda "3v" n°				esquema Pratt	07	unid	
Sonda p/ O ₂	01	unid					

Verin de Fátima da Silva
Unidade de Fisiologia
2000

Conteúdo com
Gratidão
Hospital
Assistente Social
CHESSE Nº 4571

C. 450394

HOSPITAL
JESUS PEQUENINHO

CATEGORIA: _____

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Renato Lima Santa do Nascimento Registro N° 124259Apelido: _____ Enfermeira: _____ Data: 14/10/19Cirurgia: Exat. de osso de antebraço Cirurgião: M. RangelAnestesia: Oxigenio Anestesista: M. Lucio

Início: _____ Término: _____

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

Conferido Com Documento

Original Bateria PE 0902/19

Hospital Jesus Pequenininho

Assistente Social
CRESS 17152

Conferido Com Documento
Original Bateria PE 0902/19
Hospital Jesus Pequenininho
Assistente Social
CRESS 17152

FICHA DE ANESTESIA

Nº _____

Data: 14.03.19

Anestesia: Bloqueio plexo braquial

NB

Nome: Renato Cesar Sampaio do Nascimento

Nº. na Clínica: _____

Clínica: _____

Quarto: _____

Leito: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Cor: _____

Operador: Dr. Ronaldo Evangelista

Anestesiologista: Dra. Luciana Lima

Diag. Preop: _____

Diag. Posop: _____

Op. Proposta: Tratamento cirúrgico de op. de abdômen

Premeditação: _____

Hora: _____

Resultado: (MO 1-2-3)

(AO 1-2-3)

Risco 1-2-3-4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30
A	120														
Q2															
Líquido															
PR	120														
V	120														
PULSO	120														
ANES	120														
I	120														
OP	120														
O	120														
TEMP	120														
A	120														
ASPIR	120														
A	120														
RECPI	120														
O	120														
ESPO	120														
ASPIR	120														
CONDI	120														

SÍMBOLOS

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

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



Hospital Regional de
Itapicuru

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 CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + NEUROLISE DO RADIAL + TENOLISE DO EXTENSOR + TENOLISE DO FLEXOR		
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA		
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO		
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSESIA E ANTISSEPSESIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS 3. INCISÃO NA FACE LATERAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO 4. ABERTURA DA APONEUROSE 5. DIVULSAO 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. DIVULSAO POR PLANOS 11. TENOLISE DO FLEXOR 12. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA DA ULNA + REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS 13. OBSERVADA BOM REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA 14. FECHAMENTO POR PLANOS 15. CURATIVO 16. RETIRADA DA FAIXA DE ESMARCH		

[Assinatura]

Conteúdo Com Documento
Original Bezerros PE
Hospital Regional de Itapicuru
124259
12/05/19
Ana Amorim
Assistente Social
CRESC/PE Nº 4.473

Conteúdo Com Documento Conteúdo Com Documento

Original Bezerros PE 09/01/19
Hospital Regional de Itapicuru
Instituto de Ensino Superior de Itapicuru
Assistente Social
CRESC 10150



Hospital Regional de
JESUS, PIQUERINO
EVOLUÇÃO MÉDICA

RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

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

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

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

15/03/2019: PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.

Dr. Renato Cesar Santos do Nascimento Lira
Ortopedista
CRM 3764

Dr. Renato Cesar Santos do Nascimento Lira
Ortopedista
CRM 3764

Dr. Renato Cesar Santos do Nascimento Lira
Ortopedista
CRM 3764

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

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



NOME

Renato Cesar Santos do N. Lima

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de fratura torçãõ CID-10: S525, foi

submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

14.03.17. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros,

14.03.17

Dr. Rodrigo Evangelista
Ortopedista
CRM-CE 3184

ESTADO DE PERNAMBUCO
GOVERNADOR AGOSTINHO SALES
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

05

101

POLEMAN (BOLSO)

ROSILNE MARGARIDA DA SILVA

05

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.000.356

31/05/2010

ROSILNE MARGARIDA DA SILVA >>

<< SEVERINO FIRMINO DA SILVA >>

<< MARGARIDA FORMOSA DA SILVA >>

CAQUARI - PE

30/01/1976

<< 074195 01 55 1993 2 00017 030

029.170.884-60

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647535 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA **Data do acidente:** 10/03/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA ANTEBRAÇO ESQUERDO. P5.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

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

OUTORGANTE:

Nome: Renato Peixar Santos do Nascimento Lima
brasileiro (a), estado civil: Divorciado, profissão: Estudante,
RG nº 8.089.095, CPF/MF nº 055.454.684-12, com
endereço residencial na Rua Dona Maria I, 65
Bairro: Divinópolis Paruaru - PE CEP: 55010190

OUTORGADO:

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

PODERES:

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

Paruaru, 09 de Agosto de 2019.



Renato Peixar Santos do N. Lima

Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

Boleto 088021020690

Rua Francisco de Sá, 12 - Bairro Centro das Duas - Curitiba - PR - CEP: 81220-400 - Fone: (41) 3223-8701 - Fax: (41) 3223-3066

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

Renato Cesar Santos
VILMA BARROS TOSCANI DE CARVALHO (Subscritora)

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



Boleto: 0073719.UNI0820190101119

Código de Autenticação em: www.tre.br



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407416/19

Vítima: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO

CPF: 055.454.684-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2019

Titular do CPF: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

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

RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA : 055.454.684-12

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

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

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190707625

Vítima: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Data do Acidente: 10/03/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

