

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:

Rebedor: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Valor: R\$ 2.514,30

Banco: 237

Agência: 000001285-8

Conta: 0000019697-5

Tipo: CONTA CORRENTE



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

<input type="checkbox"/> 1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> 2 - DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input type="checkbox"/> 3 - INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> 4 - MORTE
5 - N° do número da ASL:		6 - CPF da vítima:		7 - Nome completo da vítima:	
055 454 694-12		055 454 694-12		Renata Cícero Santos do Nascimento	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012					
8 - Nome completo:		9 - CPF:		10 - Endereço:	
Renata Cícero Santos do Nascimento		055.454.694-12		Rua Dona Maria F.	
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:	
Jardim Paulista		Barueri		SP	
14 - CEP:		15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD):	
55010-190		Renata.cicero@hotmail.com		11 99999-3008	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO (SENGER ENTRE 0 A 13 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR)					
17 - Nome completo do Representante Legal:					
18 - CPF do Representante Legal:			19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).					
20 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:					
<input type="checkbox"/> RECLUSO (INFORMAR)		<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	
<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.001,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)					
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo. Anexar uma cópia)					
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (343)					
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (101) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)					
AGÊNCIA: _____		CONTA: _____		AGÊNCIA: 1285 CONTA: 0019697 5	
(Inserir o dígito de endereço)			(Inserir o dígito de agência)		
(Inserir o dígito de agência)			(Inserir o dígito de endereço)		
Autorizo a Seguradora Lider 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 imediatamente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.					
22 - DECLARAÇÃO DE ALÉMIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE					
Declaro, sob as penas da lei, que estou prestando declaração de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de comprovação da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinar uma das opções):					
<input type="checkbox"/> Não há IMI que atende a regiõe do acidente ou da minha residência; ou					
<input type="checkbox"/> O IMI que atende a regiõe do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou					
<input checked="" type="checkbox"/> O IMI que atende a regiõe do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.					
Fiel e honesto esclarecido, solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das limites permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 6.294/74, art. 24, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso descreva o seu conteúdo.					
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (e o Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado/Aguardante <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data de óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou cumprimento(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a Vítima deixou cônjuges/parceiros(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tem filhos, informar Vivos: Falecidos:		30 - Vítima deixou herdeiros (herdeiros): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		32 - Se tem irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente indenizada, os seguintes beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a abrigação de responsabilidade civil e penal, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 209 do Código Penal.					
34 - Assinatura de quem assina o rego/s pedido					
35 - Nome legível de quem assina o rego/s pedido					
36 - CPF legível de quem assina o rego/s pedido					
37 - (*) Assinatura de quem assina o rego/s pedido					
40 - Local e Data: Barueri, 27-07-2019					
41 - Assinatura da vítima/beneficiária (declarante): Renata Cícero Santos do Nascimento					
42 - Assinatura do representante legal (se houver): Rosilene Mazzenda					
43 - Assinatura do Procurador (se houver): Da Sylva					

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFAFETIZADO

TESTEMUNHAS



Autosavamento
Deposito em Conta-Corrente em Dinheiro

Banco: 237 Agencia: 6245 Maquina: 052759
Data: 18/11/2013 Hora: 13:13 N.Tranç: 007954
Favoravelo
Banco: 237
Agencia: 1265 / RUA CAP. JOAO VELHO
Conta: 0019697-5

Valor do deposito:

Titular: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO

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

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

Horario de Brasilia,

Obrigado
Tervi sua boa tarde



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0180001283

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

Complementa o BO Número: 19E0180001282

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

JAQUELINE DA SILVA LOPES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nasc. CECILIA MARIA DA SILVA PR. JOSE FRANCISCO LOPES Data de Nascimento: 18/01/2006 Naturalidade: VITÓRIA DO SANTO ANTÃO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 04088963/SDS/PE (RG), 12997061413 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSÕES

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

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

RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nasc. UELMA BUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA PR. JOÃO MARTINS DE LIRA Data de Nascimento: 2/12/1991 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 000000000000000000 (RG), 05546460412 (CPF) Estado Civil:

DIVORCIADO, Profissão: OUTRAS PROFISSÕES

Residência: RUA DONA MARIA PRIMEIRA, 05 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Pórtico: 0 MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTENÁRIO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

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

Sr(a): RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

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

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

Placa: PCW6424 (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: 108343666 Chassi: 9C2XCC200GR126716

Combustível: ALCOOL/GÁSOL.

Descrição: RENAVAN 108343666

Complemento / Observação

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

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

Jaqueleine da Silva Lopes
(VITIMA)
Renato Cesar Santos do Nascimento Lira
(OUTRO)

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



SAMU
192



CARUARU

DECLARAÇÃO

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

Thiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

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

Renato Pessas Santos da M. Oliveira



更多資訊請參考 www.Creditwatch.com.tw

Centro de Competição de Pernambuco
Av. Jardim do Bairro, 115, Rio das Pedras - PE, CEP 50130-000
Pode ser contatado pelo telefone: (81) 3222-0000

DETALHES DO CLIENTE:
CLÉMIA ISABELY SANTOS DOLASCEMENTO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
PRAIA D'AREIA, 119, SALA 165

OPP-888 Rev 2 484-77

www.ipolka.com

CLASSIC

Section 107

083260032 CIRCA 321000018

155358010 10/2018
30/10/2016 22/11/2019
25578

Period	Period (in days)	Value (in days)
BB 2000000	0.000000	21.2
		4.5
		8.8
		24.2
		1.7
		3.0
		1.5

TOTAL DAY USE

268

PRO- MOTOR	TIPO DA FRESCA	DATA LLEGADA	STOCK INICIAL	DATA SAÍDA	STOCK FINAL	CONSTANTE	ALERTA	CONSUMO (kg)
PRO-001	Cal	01/08/2010	1.000,00	01/09/2010	0,00	10	1.000,00	200,00



参考文献与读物

2017年7月26日星期五

©2002-2003 006-04 925 124-13399-03

卷之三

www.bebebonita.com.br
BEBÊ BONITA.COM.BR

Изображение сделано с помощью «ФотоНикс»

第1章 项目管理概述

SAN FRANCISCO CARAVAN
CARAVAN
EXHIBITION

CLASSICAL

BRUNA PEREIRA

8800950013

19. *Leucosia* *leucostoma* (Fabricius) *leucostoma* (Fabricius) *leucostoma* (Fabricius)

204441900 | 00000000000000000000000000000000

0820850013 11/2018
201412040 14/12/2019
105 592

QANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL
10.000,0000	0,00007343	732,00
70.000,0000	0,00007344	51,96
71.000,0000	0,00007345	47,39
		1,32
		2,57
		11,10
		8,62
		1,81
		0,34

本章由热心网友“小明”友情提供

Nº CED SERVICIO	TIPO DE FOLIO AD	ANTIGÜEDAD		SALDO	ATRASO ESTIMADA	Nº DE FOLIO ESTIMADA	CONTRATO	ALTA/BAJA	COMPROBANTE
		ESTIMADA	REAL						
2-1234567	0001	10.10.2010	10.10.2010	0.00	00-00-0000	00-00-0000	00	000000	000000

10. **INTERVIEW WITH A CHIEF INFORMATION OFFICER**
"Information technology is a key factor in our company's success. We have invested heavily in IT infrastructure and have a highly skilled team of IT professionals. Our focus is on using technology to drive efficiency and innovation across all our business units. We are also exploring opportunities to partner with other companies to further enhance our IT capabilities. Overall, I believe that our IT strategy is well-positioned to support our long-term growth and success."

...and the first time I saw the ocean, I was hooked. I've been hooked ever since.

RESUMO DE INVESTIMENTOS E RECEBIMENTOS					RESUMO DE INVESTIMENTOS E RECEBIMENTOS	
DESCRIÇÃO	VALOR INVESTIMENTO	VALOR RECEBIMENTO	VALOR INVESTIMENTO	VALOR RECEBIMENTO	VALOR INVESTIMENTO	VALOR RECEBIMENTO
100	1.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
101	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
102	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
103	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DATA DE VENCIMENTO: 20/11/2019

AVALIAÇÃO

Renato Cesar Santos Nascimento Lira

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

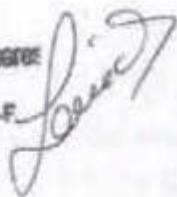
Caruaru, 22 de Abril de 2019

Fisioterapeuta

Maria Lindinalva Ferreira Soares

Crifito 159711-F

M. Lindinalva Ferreira Soares
Fisioterapeuta
CREFITO: 159711-F



RECIBO

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

Caruaru, 20 de Agosto de 2019

Fisioterapeuta

Maria Lindinalva Ferreira Soares

Crefito 159711-F

Maria Lindinalva Ferreira Soares
Fisioterapeuta
CREFITO: 159711-F

Maria Lindinalva Ferreira Soares
Fisioterapeuta
CREFITO: 159711-F



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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL_ASFX/TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além de respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERIA, CAPITALIZAÇÃO E RISSEGURO. 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 Nº3.613/98.

Período exposto, em ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.170.864 60, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

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

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

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

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

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 239 do Código Penal.

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

Local e Data: CARUARU, 17. 12 - 2019

Rosilene Margarida da Silva
Assinatura do Declarante

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: RENATO CESAR SANTOS NASCIMENTO PA
 Data Nasc.: 12/12/1991 Idade: 27 Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS
 CPF: RG:
 Endereço: RUA DONA MARIA I
 Bairro: CENTENARO Cidade: CARUARU
 CEP: 56110190 Fone: 593907444 Profissão:
 Nome da Mae: LILIMA SUELY SANTOS DO NASCIMENTO LIRA
 Acompanhante:
 Motivo de Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 10/03/2018 10:23 **Medico:** MEDICO PLANTONISTA

Quinto Principal / HDA:

Por volta de 01h00min sentiu dor no lado esquerdo, seguida de vômito.
 Naquele momento desceu de sua moto para ir ao banheiro.
 Quando subiu, no momento da subida

Exame Físico: Dor óssea profunda
 Dor óssea profunda
 PA: _____ FC: _____ FR: _____
 Dor óssea profunda
 Dor óssea profunda
 Dor óssea profunda

Diagnóstico:

Pel-tronco

Rx: Tórax V _____ AP _____
 Pulsos _____
 Dorsos: ANP _____
 Fáscia: G: APV _____
 Abdomen: APV _____

10/03/18

Procedimento:

Dia: _____

Data:

Horário:

Soco lumbosacral no hospital FV
 Vértebra F10 no anel lombosacral

Desvitalizado - 2h de tempo
 EMBALADO - ECG: NS, RBD: 2/24h

Peto da cintura
 e estreito

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Protocolo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Data: 10/03/2019 16:14

Nome Paciente	RENATO CLEBER CANTOS NASCIMENTO LIMA
cod. Paciente	
Data de Nascimento	
Sexo:	MASCULINO
Idade:	27
Sexo:	BRASILEIRO
Coronário:	
Alcoolismo:	
SIME:	

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

Prontuário:

URGENTE

MINISTÉRIO

100

100 - 100

PACIENTE TRANSFERIDO DA UNI. VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM FERIMENTO

MOTOCICLISTICO

100 - 100

NEUROLOGICO

100

100

100 - 100

PROBLEMAS NO MEMBROS

100

- DOR MADERA DA

100 - 100

100 - 100

100 - 100

ORTOPEDIA, FONCIA, GINECO

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

Data impressão: 10/03/2019 16:14

Página 1/1

100 - 100

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA

1 - Evolução / Exames

Internado com quadro de infarto agudo de miocárdio, com elevação de enzimas cardíacas. O paciente evoluiu para óbito.

Dr. Edson da Silva
Ortopedista

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

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

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel: _____

Data: _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Obito Evacuação Termo de Alta a Pedido
 Transferecia: _____ Internamento

Condição de Alta

Curado Melhorado Instaurado Óbito

Data: / / Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

2009/2014 15:27:34

2002

Usuário do Atendimento

VANESSAVG



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do Estabelecimento Solicitante
HOSPITAL JESUS PEQUENINO

2 - CNES
2344254

Nome do Estabelecimento Executante
HOSPITAL JESUS PEQUENINO

4 - CNES
2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente
RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

6 - Número do Prontuário
124259

7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)
206314089610000

8 - Data Nascimento
02/12/1991

9 - Sexo
MASCULINO

10 - 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
56041-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos

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

21 - Condições que justificam a internação

Tto cirúrgico

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

Ex Fisi

23 - Diagnóstico Inicial

Fratura fechada do úmero 5522

24 - CID 10 Principais

25 - CID 10 Sec.

26 - CID 10 Causas associadas

0408020423

0403020017

0408060441

Descrição do Procedimento Solicitado

Internamento

28 - Código do procedimento

29 - Clínica

Ortopedia

30 - Caráter de Internação

01

31 - Documento

() CNS () CPF

32 - Nr. Doc. (CNS/CNPJ) do Profissional Autorizado

0103000441

0408060441

33 - Nome do Profissional Solicitante

DR. E.

CRM 654

34 - Data da solicitação

12/03/19

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

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

36 - () Acidente de Trânsito

38 - CNPJ da Seguradora

40 - Nr. do Bilhete

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho típico

42 - CNPJ da Empresa

43 - CNA da Empresa

44 - CBO

38 - () Acidente de Trabalho trajeto

45 - Veículo com a Previdência

46 - () Empregado

47 - CNPJ da Empresa

48 - CNA da Empresa

49 - CBO

47 - () Empregador

48 - () Autônomo

49 - () Desempregado

50 - () Aposentado

51 - () Mão de trabalho segurado

52 - () Mão de trabalho não segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado

DR. E.

CRM 654

0408060441

47 - Cód. Orgão Emissor

CREMEPE 5319

52 - Nr. Autorização de Internação Hospitalar

261910545260-1

Prefeitura Municipal de Bezerros

Secretaria de Saúde

NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL

261910545260-1

53 - Documento

0408060441

54 - Documento

0408060441

55 - Documento

0408060441

56 - Documento

0408060441

57 - Documento

0408060441

58 - Documento

0408060441

59 - Documento

0408060441

60 - Documento

0408060441

61 - Documento

0408060441

62 - Documento

0408060441

63 - Documento

0408060441

64 - Documento

0408060441

65 - Documento

0408060441

66 - Documento

0408060441

67 - Documento

0408060441

68 - Documento

0408060441

69 - Documento

0408060441

70 - Documento

0408060441

71 - Documento

0408060441

72 - Documento

0408060441

73 - Documento

0408060441

74 - Documento

0408060441

75 - Documento

0408060441

76 - Documento

0408060441

77 - Documento

0408060441

78 - Documento

0408060441

79 - Documento

0408060441

80 - Documento

0408060441

81 - Documento

0408060441

82 - Documento

0408060441

83 - Documento

0408060441

84 - Documento

0408060441

85 - Documento

0408060441

86 - Documento

0408060441

87 - Documento

0408060441

88 - Documento

0408060441

89 - Documento

0408060441

90 - Documento

0408060441

91 - Documento

0408060441

92 - Documento

0408060441

93 - Documento

0408060441

94 - Documento

0408060441

95 - Documento

0408060441

96 - Documento

0408060441

97 - Documento

0408060441

98 - Documento

0408060441

99 - Documento

0408060441

100 - Documento

0408060441

101 - Documento

0408060441

102 - Documento

0408060441

103 - Documento

0408060441

104 - Documento

0408060441

105 - Documento

0408060441

106 - Documento

0408060441

107 - Documento

0408060441

108 - Documento

0408060441

109 - Documento

0408060441

110 - Documento

0408060441

111 - Documento

0408060441

112 - Documento

0408060441

113 - Documento

0408060441

114 - Documento

0408060441

115 - Documento

0408060441

116 - Documento

0408060441

117 - Documento

0408060441

118 - Documento

0408060441

119 - Documento

0408060441

120 - Documento

0408060441

121 - Documento

0408060441

122 - Documento

0408060441

123 - Documento

0408060441

124 - Documento

0408060441

125 - Documento

0408060441

126 - Documento

0408060441

127 - Documento

0408060441

128 - Documento

0408060441

129 - Documento

0408060441

130 - Documento

0408060441

131 - Documento

0408060441

132 - Documento

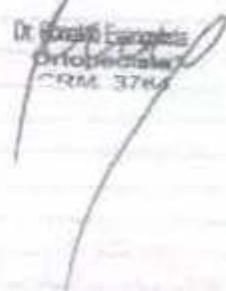
0408060441

133 - Documento

0408060441

134 - Documento

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


Dr. Renato Evangelista
Ortopedista
CRM: 3746



NOME

Leandro Lemos Santos da Nogueira

LAUDO MÉDICO

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

Bezerros,

11/4/17.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM-PB

**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 000719
Original Belema PE
Hospital Jesus Pequenino
Assistente Social
Anita Andrade
CRESS/PE N° 4.471

Conferido Com Documento
Original Belema PE 09/03/2019
Hospital Jesus Pequenino
Assistente Social
Anita Andrade
CRESS/PE N° 4.471



Hospital Beira Mar
CENTRO PEQUENINO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

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

Renato Cesar Santos Lira
Renato Cesar Santos Lira
03/03/2019

Conferido Com Renato Cesar Santos Lira
Original Bezerros PE Renato Cesar Santos Lira
Hospital Beira Mar Centro Pequeno Renato Cesar Santos Lira
Assistente Social Renato Cesar Santos Lira
CRF/PE 10186
Assistente Social
CRF/PE 10186
GESS/PE N° 4.471

Conferido Com Documento Conferido Com Documento

Original Bezerros PE Renato Cesar Santos Lira / Renato Cesar Santos Lira
Hospital Beira Mar Centro Pequeno Renato Cesar Santos Lira / Renato Cesar Santos Lira
Assistente Social Renato Cesar Santos Lira
CRF/PE 10186

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

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

Acomodação: ENFER_04 - LEITO-03
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

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

Endereço: 124259 RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA
Nascimento: 02/12/1991 - 27 Anos e 3 Meses
Logradouro: RUA DONA MARIA 1^o, 85
Bairro: CENTENARIO
Cidade: CARUARU
UF: PE
CEP: 2804106
Pais: 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 andar de cama muito
com traumas em ambas as coxas Esq

Exame Físico:

Fratura pelo lado direito do fêmur E

Tratamento:

Conferido Com Documento
Original Bem-te-vi PE 05108178
Hospital Jesus Pequenino
H. J. P. 03/03/2019

Assinatura e Carimbo do Médico
Ana Amélia
Assinatura Social
CRESS PE 04471

DR. EDNALDO PEREIRA
MEDICO
CRM 632

Assinatura e Carimbo do Médico

Conferido Com Documento
Original Bem-te-vi PE 05108178
Hospital Jesus Pequenino

José Laurindo dos Santos
Assessor Social
CRESS 10159

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER_04 - LEITO-03

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

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

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

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

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

Apelido:

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

Alta Hospitalar

Data: 15/03/19

Médico:

Dr. Nelson Pereira
 Ortopedista
 CRM: 3768

Assinatura / CRM

Transferência Hospitalar

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Óbito

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Observação

Diagnósticos

Diagnóstico Provisional:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico Secundário:

Conferido com Documento
 Original Bemers P.
 Hospital Jesus Pequenino
 05/03/19
 Bento

Assinatura Socio
 CRM PE N° 4.471

Conferido com Documento

Data:

Horário:

05/03/19
 Pequenino

Assistente Social
 CRM: 16150

FICHA DE ANESTESIA

Nº _____

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

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

卷之三

Number of Faculty: 1,200+ | Students: 10,000+ | Faculty: 1,200+ | Students: 10,000+

卷二十一

— 570 —



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Nº 8.089.095
Data 15/07/2010
Nome: RENATO CÉSAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA
Nº "JOÃO MARTINS DE LIRA"
Nº "ULMA SUELV SANTOS DO NASCIMENTO LIRA"
Cidade: CARUAPU - PE
Data de Nascimento: 02/12/1991
CNPJ: 48853 L 408 F 228 CART. 2a
ZONA CARUAPU-PE 12.12.1991
055 454 684-12



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MISSOURI CHANNEL

DEPARTMENT

LIBRARY

三

卷之三

卷之三

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

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

DADOS DO PARECER

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

Tratamento: CIRURGICO **Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	2.01.03.48-4	PATOLOGIA 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 Pesar Santos do Nascimento llha
brasileiro (a), estado civil: Divorciado, profissão: Estudante,
RG nº 8.089.095, CPF/MF nº 055.454.684-12, com
endereço residencial na Rua Dona Maria I, 65
Bairro: Divinópolis Pará 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 Enri Ricardo Pitar, 332 Bairro: São Francisco

PODERES:

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

Pará , 09 de Agosto de 2019.



Renato Pesar Santos do Nascimento

Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

3º SERVICO NOTARIAL E DE PROTECO

06.000.000.000-0000-0000-0000-000000000000

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

Renato Cesar Santos
VILMA BARROS TORCANO DE CARVALHO (Substituta).
EMOLUMENTOS: R\$3,51, TBNE: R\$0,30, FERC: R\$0,40, PIS/COFINS: R\$0,08, FERME: R\$0,04, ISS: R\$0,08.
TOTAL: R\$4,93. Operador: 24



Selo 0073718.LNU08201901011118

0073718.LNU08201901011118

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458133/19

Vítima: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO

CPF: 055.454.684-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2019

Titular do CPF: RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

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

RENATO CESAR SANTOS DO NASCIMENTO LIRA : 055.454.684-12

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso