

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ISAAC MUNIZ LEAO

Nº Sinistro: 3180501255

Vitima: ISAAC MUNIZ LEAO

Data do Acidente: 15/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180501255**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13554276



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

**Aos Cuidados de:** ISAAC MUNIZ LEAO  
**Nº Sinistro:** 3180501255  
**Vitima:** ISAAC MUNIZ LEAO  
**Data do Acidente:** 15/08/2016  
**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180501255**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar ilegível
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13557852



---

**Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180501255**

**Vítima: ISAAC MUNIZ LEAO**

**Data do Acidente: 15/08/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ISAAC MUNIZ LEAO**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180501255**

**Vítima: ISAAC MUNIZ LEAO**

**Data do Acidente: 15/08/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3180501255**

**Vítima: ISAAC MUNIZ LEAO**

**Data do Acidente: 15/08/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ISAAC MUNIZ LEAO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





### CONEXICIONAMENTO DE DECISÃO

NIT: 10857219411  
Número do Benefício: 6196298313 Espécie: 31  
Número do Requerimento: 175701572  
Nome: ISAAC MUNIZ LFAO  
Endereço: RUA JUAZEIROS, 189, MALVINAS  
CEP: 58412590 Município: CAMPINA GRANDE UF: PI  
Assunto: Suspensão de Auxílio - Acórdão  
Decisão: 71 - Suspensão do Pedido  
Motivo: Apresentação de incapacidade laborativa  
Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº 8.112, de 24/09/1991; Artigos 75, 77 e 78 do Decreto Nº 5.448, de 16/06/1990; Portaria Ministerial Nº 4.508/2006, artigo 253 da IN DC INSS/PR/05 de 10/07/2007

Foi interposto seu pedido de Auxílio Emerg. após a suspensão da prestação remunerada que foi rejeitada e devido ao benefício anterior estar em fase de processamento, a capacidade para o trabalho foi beneficiária em virtude da IN DC INSS/PR/05.

Na decisão que nega o direito à prestação de serviço no benefício (IN DC INSS/PR/05), a sua incidência ocasiona a suspensão do pagamento do auxílio emerg. e a suspensão do auxílio emerg. por incapacidade, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

Atendendo ao art. 170 do Regulamento do INSS, o pedido de prorrogação do auxílio emerg. deve ser protocolado no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da interposição do pedido de prorrogação, perante a Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reanulação poderá ser feito somente para o número 127 do Circular de Atendimento do INSS, em todo o território nacional, no endereço eletrônico [www.inss.gov.br](http://www.inss.gov.br) ou na Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que, caso o requerente em Auxílio Emerg. apresente incapacidade para o trabalho, poderá ser suscitado o pedido de interdição de trabalho, de acordo com o disposto no art. 67 do art. 60 da Lei Nº 8.112/91, com redação dada pela Lei Nº 12.731/12.

Em 14 de setembro de 2012.



### INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social - APS - MALVINAS - CAMPINA GRANDE - RUA JUAZEIROS, 189 - MALVINAS - CAMPINA GRANDE - PI - CEP: 58412590 - Município: CAMPINA GRANDE - UF: PI

Cartão de Responsabilidade: Responsável por esta parte do Artigo 17 do Código Penal, pela veracidade das informações apresentadas para a concessão do benefício acima descrito.  
Linha em 14 de setembro de 2012.

Assinatura do Requerente / Responsável Legal:



Seguradora Líder - DPVAT

### AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

← CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, SARAC MINIZ LEÃO  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.588.045 EXPEDIDO POR SSP-PE EM 25/05/95 E  
 CPF (3015010567-7) / CNPJ (000000000000000000), PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
 RECEBE MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SARAC MINIZ LEÃO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

1ª) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, ou Salário ou Função;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPPA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revogue-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que não comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADFESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0041 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0042 8256-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

COPIA GRANDE Nº \_\_\_\_\_ de SETEMBRO de 2018  
LÓCA E DATA

SARAC MINIZ LEÃO  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

RECEBIMOS

02/09/2018

GRUPO SEGURO  
BBMA

#### ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAVS (DILPISAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

CPF do segurado CASI: 3180501255 CPF do vítima: 305.010.544-15 Nome completo da vítima: Isaac Muniz Leao

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

Nome completo: Isaac Muniz Leao CPF: Endereço: Rua dos Juazeiros Número: 109 Complemento: Bairro: Malvernias Cidade: CAMPINA GRANDE Estado: PB CEP: e-mail: Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, existir no presente, e não informado, qualquer vínculo a esse (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:  R\$ 0,00 ATÉ R\$ 1.000,00  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00  ACIMA DE R\$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINE UMA OPÇÃO DE CONTAS:  CONTA POUANÇA (Exclusivo para as carteiras de Previdência)  CONTA CORRENTE (Exclusivo para) Nome do BANCO: Agência: 0041 013 CONTA: 00428756 3

Autoriza a Seguradora Líder a creditar a conta bancária informada, de forma totalidade, o valor da indenização/parcelamento de Seguradora DPVAT, a qual não poderá ser cancelada e dando, desde, já e somente após a efetivação dos créditos, quitação total de qualquer natureza.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE MORTO DO INTERPRETAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo em matéria médica legalizada para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente. Uma vez que assinarei uma das opções:

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

Por meio desta, declaro a existência do pagamento do valor de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, em base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a avaliação médica no âmbito da Seguradora Líder para a quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, por não ter sido possível a realização da perícia médica, significando a concordância com a avaliação médica ou pericial em caráter conclusivo, caso disposta de ser realizada.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado(a)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez da vítima com o filho:  Sim  Não Se a vítima deixou descendentes, informar o nome completo: Vítima casou/vivendo:  Sim  Não Se a vítima deixou descendentes, informar o nome completo:  Sim  Não

Declaro perante de qual Seguradora Líder pagarei, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem a provar a sua condição estatutária e legal, de que caso contrário a declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento a qualquer tempo e em qualquer modalidade de acordo com o artigo 239 do Código Penal.

Local e Data: CAMPINA GRANDE 25/12/18 Nome: ISAAC MUNIZ LEAO CPF: 305.010.544-15

Assinatura da vítima/beneficiário (por escrito): ISAAC MUNIZ LEAO

TESTEMUNHAS 1ª Nome: Leonilda Chaves da Silva CPF: 029.544.024-58 Assinatura: Leonilda Chaves da Silva

2ª Nome: Elvize Maria Leal dos Santos CPF: 052.426.624-18 Assinatura: Elvize Maria Leal dos Santos

Assinatura da Representante legal (se houver): Assinatura do Procurador (se houver):

1ª - A assinatura do/da(s) autorizada(s) a representar a pessoa afetada, total ou parcialmente, para a presente, deve ser feita em presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comparecendo-se e datilografando o inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
 Sistema de Informações Operacionais  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83490711  
**Comunicação:** C2041015  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA**

PRF: 1879812 - REGINALDO DUTRA DE ANDRADE FILHO Data/Hora do Acidente (hora local): 05/08/2016 08:10 BR: 104 KM: 149,0  
 Município/UF: ARACAPANAS/SP Tipo de Acidente: Queda de motocicleta/bicicleta Sentido da Via: Decrescente  
 Faixa de dia: Manhã Condições da Placa: Saca Restrições da Visibilidade: Inexistente Condição meteorológica: Sol Claro  
 Sinalização existente: Vertical/Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente  
 Houve danos ao patrimônio da União? Não Data e horário de solicitação:  
 Houve solicitação de perícia? Não Data e horário do  
 A perícia compareceu ao local do sinistro? Não

**DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:**

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

**DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:**

Houve danos ao ambiente? Não

**DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:**

**CONDIÇÃO DA RODOVIA**

Uso do Solo: Rural Tipo de Localidade: Não edificada  
 Existe acostamento? Não Estado de Conservação: ? Há desnível? Não É pavimentado? Não Largura (m): 0  
 Possui deflora? ? Possui meio-fio? ? Possui sarjeta? ?  
 Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: ? Largura (m): 0 Tipo de Inclinação: ?  
 Obstáculo ao Cruzamento: Não informado Estado de Conservação do Obstáculo: ?  
 Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular Ocupação: Livre  
 Canteiro: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simplex Qtd. de Faixas: 2  
 Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reto Curva Vertical: ? Super elevação: Não  
 Superlargura: Não Largura da Pista (m): 0 Estreitamento: Não Existe

**TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:**

**RECEBIDO**  
 03 OUT 2016  
 REG. SEGURADOR  
 001/1881

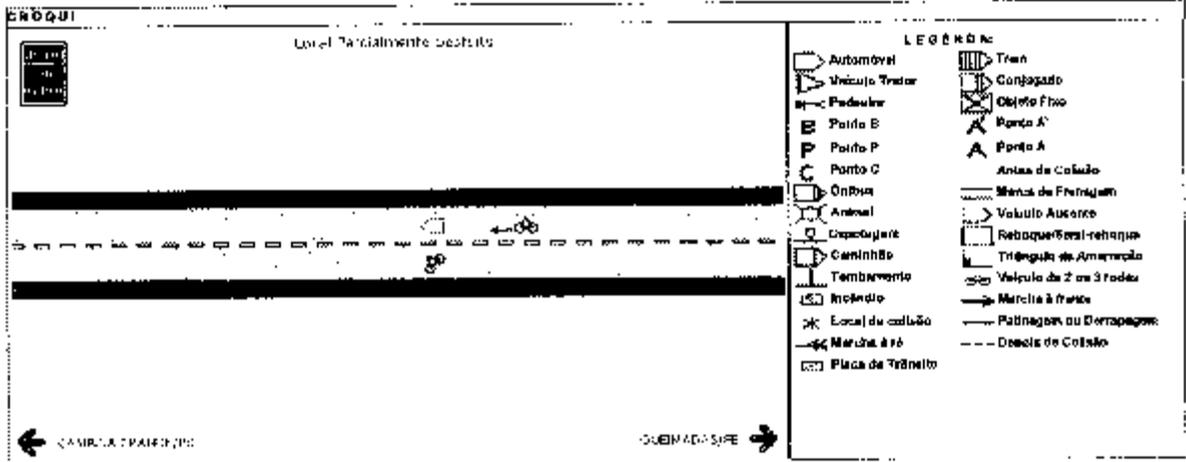
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 05/08/2016 08:17:51  
 NÚMERO DE CONTROLE: 8d38071d68axhd022



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**Departamento de Polícia Rodoviária Federal**  
**Sistema de Informações Operacionais**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83490711  
**Comunicação:** C2041015  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada



Latitude do Ponto C: \_\_\_\_\_ Longitude do Ponto C: \_\_\_\_\_  
 Referência do Ponto A/A': \_\_\_\_\_ Referência do Ponto B: \_\_\_\_\_  
 Distância AB (m): \_\_\_\_\_ Distância AC (m): \_\_\_\_\_ Distância BC (m): \_\_\_\_\_

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

**Narrativa da Ocorrência:**

Conforme averiguações realizadas no local do acidente, em Quilombas/PE, BA 104, KM 149, verificamos através dos vestígios, que V1, placa NQ08720, marca/moodelo, honda/cg 150 1800 bau, conduzido por JAVIER MIZAN LENO JUNIOR, seguia fluxo no sentido decrescente da rodovia. Quando, para não colidir na via lateral de um veículo não identificado que seguia em sua frente, fez uma manobra brusca para a esquerda e saiu da rodovia.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INZENNEY: <http://www.dprrf.gov.br>

**DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:** 05/09/2016 08:17:51  
**NÚMERO DE CONTROLE:** AdSBc71d89edd022





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**Departamento de Polícia Rodoviária Federal**  
**Sistema de Informações Operacionais**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83490711  
**Comunicação:** C2041015  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

Placa: [VINQ8-672] Sequencial: [VI] Descrição: [ ] Chassi: [9C2KD1650CR63388] Renavam: [01458266358]  
 Marca/Modelo: [HONDA/CG 150 TITAN ES2] Cor: [VERMELHA] Ano: [2012] Tipo: [Motocicletas] Emprego: [CAMPINA GRANDE/PB]  
 Ocupantes: [2] Espaço: [Passageiro] Categoria: [Particular] CPF/CNPJ: [1305 010.504-15]  
 Proprietário: [ISAAC MUNIZ LEAO] CEP: [58.152-588]  
 Endereço: [RUA DOS JAZZEIROS, 109 00109] Telefones: [ ]  
 Município/UF: [ ]

**COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA**

Placa U1: [ ] Placa U2: [ ] Placa U3: [ ] Placa U4: [ ]  
 Origem: [BRASIL] Destino: [BRASIL]

**CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO**

Manobra do Veículo no Acidente: [Seguir Trilho] Saída de Plata? [Não] Derrapagem? [Não] Capotagem? [Não] Tombamento? [Não]  
 Colisão com Objeto Fixo: [Não Houve] Colisão com Objeto Móvel: [Não Houve] Incêndio? [Não]  
 Marcas de Freagem (m): [0,0] Estado dos Pneus: [Bom]  
 Descrição do Recolhimento: [ ]  
 PAVOS DA CARGA: [ ]  
 Carregamento: [ ] Houve Derramamento de Carga? [Não] Extensão dos Danos: [ ] Moeda: [Real/R\$]  
 Valor Total da Carga: [ ] R\$0,00 Produto Perigoso: [ ]  
 Descrição da Carga: [ ]

**ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO**

Tipo de Receptor: [ ] Data/Hora da Recepção (hora local): [ ] Motivo: [ ]  
 Responsável pela Recepção: [ ]  
 Documento do Responsável: [ ]  
 Município/UF: [ ] Descrição do Encaminhamento: [ ]

**CONDUTOR ENVOLVIDO**

Veículo: [VINQ8-672]  
 Nome/Apelido: [ISAAC MUNIZ LEAO JUNIOR] Sexo: [Masculino] Estado Civil: [Não Informado]  
 Data de Nascimento: [09/12/1993] Nome do Pai: [ISAAC MUNIZ LEAO]  
 Nome da Mãe: [JOSELINE MARIA SANTOS MUNIZ] CEP: [ ]  
 Endereço: [END. RUA DAS JAZZEIRAS, 109] Telefones: [ ] Celular: [(83) 988469173]  
 Município/UF: [CAMPINA GRANDE/PB] Grau de Instrução: [Médio]  
 Nacionalidade: [CAROLINA] Nacionalidade: [BRAS] Ocupação Principal: [ ]  
 CPF: [088.342.204-71] Documento de Identificação: [2538388] Órgão Expedidor: [SSP PB]  
 Origem: [ ] Destino: [ ]  
 Estado Fiscal: [Luzes Verdes] Socorrido pela PRF? [Não] Usava Cinto? [Não Aplicável] Usava Capacete? [Sim]  
 Existe Declaração em Anexo? [Não] Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? [Ignorado]  
 Transcrição da Declaração: [ ]

Condutor é Habilitado? [Sim] Categoria CNH: [AB] Registro CNH: [05362983360/PB] Primeira Habilitação: [18/12/2011]  
 Validade CNH: [28/07/2015] País CNH: [ ] Domília? [Não] Km Percorridos: [ ] Horas Dirigindo: [Ignorado]  
 Partencas: [ ]

**Informações Complementares:**

**ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR**

Tipo de Receptor: [ ] Responsável pela Recepção: [ ] Data/Hora da Recepção (hora local): [ ]  
 Documento do Responsável: [ ] Motivo: [ ]  
 Município/UF: [ ]  
 Descrição do [ ]



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dptf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 05/09/2016 08:17:51  
 NÚMERO DE CONTROLE: 8d38c71488edd022



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**Departamento de Polícia Rodoviária Federal**  
**Sistema de Informações Operacionais**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 89480711  
**Comunicação:** C2041015  
**STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

**Tipo de Envolvido:**  Passageiro  Veículo/V1NQB-6723 /

**Nome/Apelido:** ISAAC MUNIZ LEAO **Sexo:** Masculino **Data de:**

**Nome do Pai:**

**Nome da Mãe:**

**Endereço:** **CEP:**

**Município/UF:** **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL

**CPF:** 305.716.814-15 **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones:**

**Estado Civil:** **Grau de Instrução:**

**Ocupação Principal:** **Origem:** **Destino:**

**Estado Físico:**  Lesões Graves  Socorrido pela PRF?  Não  Usa-se Cinto?  Não  Acionável  Usa-se Capacete?  Sim

**Existe Declaração em Anexo?**  Não

**Transcrição da Declaração:**

**Partencel:**

**Informações Complementares:**

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO**

**Tipo de Receptor:**  Hospital  Responsável pela Recepção: XXXXXXXX

**Documento do Responsável:** XXXXXXXX **Data/Hora da Recepção (hora local):** 15/04/2016 06:30

**Município/UF:** CAMPINA GRANDE/RS **Motivo:** Socorro

**Descrição do Encaminhamento:**



**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET:** <http://www.dprf.br/vb>

**DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:** 05/04/2016 08:17:57  
**NÚMERO DE CONTROLE:** 8d38c71d80ed022



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
 Sistema de Informações Operacionais  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83490711  
**Comunicação:** C2041015  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLADOS**

<b>Veículo:</b> V1 / HONDA/CG 150 TITAN ESD	<b>Placa:</b> NQB-6723
<b>Nome do Agente/Assinatura:</b> REGINALDO DUTRA DE ANDRADE FILHO	<b>Nº BOAT:</b> 83490711
<b>Registro/Matrícula do Agente:</b> 1879912	<b>Data:</b> 15/08/2016 06:10

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	SIM	NÃO	NA
1	Gulchê, aros, fixações e conexões não injetadas.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc.)	2		X	
3	Amortecedor(es) tras. (inclui fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Elze do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo de roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedais do apoio de condutor e passageiro	1		X	
10	Bogalva traseira deformada (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1	X		
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X		
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
<b>Descrição - Componentes Estruturais</b>					
A	Coluna de direção e massa sup.inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, deslocamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, deslocamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
<b>Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA":</b>					5

**CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO**

Assine abaixo o tipo de ocorrência do dano do veículo

- Dano de Pequena Monta:** até 15 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido classificado nenhum dano de maior monta.
- Dano de Média Monta:** entre de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido classificado nenhum dano de maior monta.
- Dano de Grande Monta:** quando tiver sido assinalado nas colunas "SIM" e "NA" três ou mais componentes estruturais, independentemente do somatório de pontos.

**Observações:**

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM  
 Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO  
 Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente      NÃO = Item não danificado ou Não Existente      NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliável)



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dpvt.gov.br>

**DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:** 05/08/2016 06:17:51  
**NÚMERO DE CONTROLE:** 8d38c71d89edd022



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
 Sistema de Informações Operacionais  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83490711  
**Comunicação:** C2041015  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLADOS**

<b>Veículo:</b> V1 / HONDA/CG 150 TITAN ESD	<b>Placa:</b> NOB-6723
<b>Nome do Agente/Assinatura:</b> REGINALDO DUTRA DE ANDRADE FILHO	<b>Nº BOAT:</b> 83490711
<b>Registro/Matrícula do Agente:</b> 1879912	<b>Data:</b> 15/08/2016 08:10



Fronte



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

**DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:** 05/08/2016 08:17:51  
**NÚMERO DE CONTROLE:** R03R071d89ed6922

**RECEBIDO**  
 23 OUT 2016  
 GRUPO SEGURANÇA  
 BBMA/PRE

\* Quando possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Isaac Miniz Leão

portador da carteira de identidade nº 2.522.045 e inscrito no

CPF nº 305.040.594-19, residente e domiciliado na

Rua Dos Juazeiros, nº 109, Malvinas

Cidade Campina Grande, Estado PB, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

ISAAC MINIZ LEÃO

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

Campina Grande 21/09/18

Local e data





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAVS (DILPISAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

CPF do segurado CASI: 3180501255 CPF do vítima: 305.010.544-15 Nome completo da vítima: Isaac Muniz Leao

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

Nome completo: Isaac Muniz Leao CPF: 305.010.544-15  
Profissão: --- Endereço: Rua dos Juazeiros Número: 109 Complemento: ---  
Cidade: MALMINDAS Estado: PB CEP: ---  
E-mail: --- Tel./DDD: ---

Declaro, para todos os fins de direito, existir no presente, e não informado, qualquer vínculo a esse (ANEXAR CÓPIA).

**REDA MENSAL:**  
 RENDIMENTO MENSAL  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00  R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA DAS OPÇÕES**

CONTA POUANÇA (Exclusivo para as carteiras de Previdência Privada)  CONTA CORRENTE (Exclusivo para as carteiras de Previdência Privada)  
 Bradesco (237)  Itaú (341) Nome do BANCO: ---  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (204)

AGÊNCIA: 0041 013 CONTA: 00428756 3 AGÊNCIA: --- CONTA: ---  
(Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar a conta bancária informada, de minha totalidade, o valor da indenização/indenizações de Seguradora DPVAT a que eu tiver direito, assim que necessário e desde que a seguradora não tenha sido notificada anteriormente, sob pena de nulidade.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE MORTO DO INTERPRETAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo em matéria médica legalizada para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente. Uma vez que assinarei uma das opções:

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

Por meio desta, autorizo a realização do pagamento do valor de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a avaliação médica no âmbito da Seguradora Líder para a quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.962/74, art. 3º, §1º. Declaração que não autoriza a assinatura de qualquer outro documento médico ou pericial em caráter de emergência, caso dispense de tal providência.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado(a)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo. Data do óbito da vítima: 16 JAN 2019

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou dependentes?  Sim  Não. Se a vítima deixou dependentes, informar o nome completo.

Vítima vivo(a)  Sim  Não. Se a vítima é viva, informar quantos. Vítima possui dependente(s) vivo(s)?  Sim  Não. Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não.

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem a provar a perda por esse motivo dentro do prazo, do qual a ausência de declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento caso não tenha sido informada a existência de beneficiários em conformidade com o artigo 239 do Código Penal.

Local e Data: CAMPINA GRANDE 25/12/18  
Nome: ISAAC MUNIZ LEAO  
CPF: 305.010.544-15

ISAAC MUNIZ LEAO  
(\*) Assinatura do autor assinante a RDCO  
Assinatura da vítima/beneficiário (por escrito)

TESTEMUNHAS  
1ª Nome: Leonorides Chaves da Silva  
CPF: 029.544.024-58  
Leonorides Chaves da Silva  
Assinatura

2ª Nome: Elvize Maria Leal dos Santos  
CPF: 052.426.624-18  
Elvize Maria Leal dos Santos  
Assinatura

Assinatura da Representante legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A assinatura deve ser feita em uma folha de papel com o nome da vítima, local e data, para a apresentação da indenização por morte. A SR, RDCO, em presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comparecendo-se e datilografando o inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM. LUIZ GONZAGA FERNANDES

**ATESTADO MÉDICO**

ATESTADO que JANE M L  
JANE

fui atendido(a) hoje, às 13h  
horas, necessitando de 02 (dois) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

em 02 dias  
de afastamento  
DIAGNÓSTICO CID T09

Campina Grande, 22 / 8 / 16

22 ABR 2016

*[Handwritten Signature]*

End: Av. Floriano Peixoto, 4761 - CEP 58452-808 - Valéria - Campina Grande - PB

**RECEBIDO**  
23 OUT 2016  
GRUPO SEGURADOR  
BBMAPPRE



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

1890C M 165

Beuati ca  
Tom - este  
by po - gnetico  
di na

Quiza de de  
la m - auto  
ostip para

18 OCT. 2016  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

Data

Médico

RECEB

23 OCT 2016

GRUPO SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
BBVA



**HOSPITAL**  
**ANTONIO TARGINO**  
 O HOSPITAL DO ACIDENTADO  
 RUA BERNARDO DE SALES, 400 - JARDIM BOA VISTA - FONE: 361-3200 FAX: 361-3111  
 CARRIÁ GRANDE - RS - TELEFONES: 361-3111  
 BARRIO ATONILDA

**ATESTADO MÉDICO**

Atento para devidos fins que, Carolina Grande  
Maria Izabel portador da  
 carteira profissional Nº 1 esteve  
 internado nesse nosocômio do 29/08/06 a  
29/08/06, necessitando de 01 (uma)  
 dia de afastamento de suas atividades  
01 dia a partir desta data por  
 motivo de doença  
 CID: A18.9  
 Carolina Grande, 29/08/06  
 Ass. Médico - C.R.M.

**RECEBIDO**  
 23 OUT 2006  
 GRUPO SEGUROS  
 BBAV-RE



GOVERNO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE  
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOA LUIZ SOUZA FERRANDES

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO: ( ) 02 93 778 2000001-02  
 Código da Unidade: 00123071

NOME: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOA LUIZ SOUZA FERRANDES  
 Endereço: AV. LORRANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMBICA GRANDE Estado: PARANÁ UF: 25

Nome do Paciente: DIANESSE FACINETE

Sexo: F Idade: 37 Anos

Profissão: Secretaria Estado Civil: Solteira

Religião: Evangelista Escolaridade: Ensino Superior

Outros dados: Doença hipertensiva

RACIA/COR: BRANCA

1. DATA DO EXAME: 16/05/2014

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMARIADOS:

Doença hipertensiva, com quadro de hipertensão arterial sistólica e diastólica, com sintomas de dor de cabeça, tontura e vertigem, há 10 dias. Exame físico: PA 160/90 mmHg, FC 70 bpm, FR 18 rpm, SatO2 98%, T 36,5°C, RR 18 rpm, S0 200 ml, S1 1/6, S2 1/6, S3 1/6, S4 1/6, S5 1/6, S6 1/6, S7 1/6, S8 1/6, S9 1/6, S10 1/6, S11 1/6, S12 1/6, S13 1/6, S14 1/6, S15 1/6, S16 1/6, S17 1/6, S18 1/6, S19 1/6, S20 1/6, S21 1/6, S22 1/6, S23 1/6, S24 1/6, S25 1/6, S26 1/6, S27 1/6, S28 1/6, S29 1/6, S30 1/6, S31 1/6, S32 1/6, S33 1/6, S34 1/6, S35 1/6, S36 1/6, S37 1/6, S38 1/6, S39 1/6, S40 1/6, S41 1/6, S42 1/6, S43 1/6, S44 1/6, S45 1/6, S46 1/6, S47 1/6, S48 1/6, S49 1/6, S50 1/6, S51 1/6, S52 1/6, S53 1/6, S54 1/6, S55 1/6, S56 1/6, S57 1/6, S58 1/6, S59 1/6, S60 1/6, S61 1/6, S62 1/6, S63 1/6, S64 1/6, S65 1/6, S66 1/6, S67 1/6, S68 1/6, S69 1/6, S70 1/6, S71 1/6, S72 1/6, S73 1/6, S74 1/6, S75 1/6, S76 1/6, S77 1/6, S78 1/6, S79 1/6, S80 1/6, S81 1/6, S82 1/6, S83 1/6, S84 1/6, S85 1/6, S86 1/6, S87 1/6, S88 1/6, S89 1/6, S90 1/6, S91 1/6, S92 1/6, S93 1/6, S94 1/6, S95 1/6, S96 1/6, S97 1/6, S98 1/6, S99 1/6, S100 1/6.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPO

RESULTADOS

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Exame físico

2. Exame de sangue

3. Exame de urina

4. Exame de fezes

DIAGNÓSTICO: CID: I10

NATUREZA DA CONSULTA

Características da Consulta: Segunda Consulta

**PROCEDIMENTO**

**TIPO DE ATENDIMENTO**

RECEBI  
 23 OUT 2014  
 GRUPO SEGURADORA  
 BBAFFRE

REALIZADO

1. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame físico

2. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame de sangue

3. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame de urina

4. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame de fezes

5. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame de imagem

6. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame de audição

7. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame de visão

8. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame de equilíbrio

9. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame de reflexos

10. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame de sensibilidade

11. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame de força muscular

12. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame de coordenação motora

13. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame de marcha

14. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame de equilíbrio dinâmico

15. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame de equilíbrio estático

16. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame de equilíbrio dinâmico e estático

17. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame de equilíbrio dinâmico e estático com teste de Romberg

18. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame de equilíbrio dinâmico e estático com teste de Fukuda

19. SERVIÇOS REALIZADOS: Exame de equilíbrio dinâmico e estático com teste de Untermyer

Ficha de Acolhimento

Name: Inacir Maria Leite Fernandes
End: R. da guarda 222
Data de Nascimento: 03/02/71
Quixa: sem dor
Assistente de trabalho: ( ) Sim ( ) Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: [X] Bom
Frequência respiratória:
Pressão arterial:
Desagor. de HGT:
Dear. Eulação: [X] Livre

Estratificação

- ( ) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas

- ( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

REC
23
GRUP.
RP



## COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

**NIT:** 10837215010  
**Número do Benefício:** 6156249517 **Espécie:** 31  
**Número do Requerimento:** 175701012  
**Ano S(a):** ISAAC MUNIZ LBAO  
**Endereço:** DOS JOAZEIROS,199, MALVINAS  
**CEP:** 58453590 **Município:** CAMPINA GRANDE **UF:** PB  
**Assunto:** Pedido de Anulação - Bônus  
**Decisão:** Definitiva em Pedido  
**Motivo:** Cessação de Incapacidade Involuntária

**Fundamentação Legal:** Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº 3.045, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 539 de 31/08/2006 artigo 207, Lei Nº 20 INSS/PR-S, de 10/10/2007

Em atenção ao seu pedido de Anulação Deciso, apresentado no dia 10/08/2015, informamos que o benefício do direito ao benefício em questão não foi considerado incapaz perante o Estado e o benefício foi extinguido em 10/10/2015.

Serão 15 (quinze) dias úteis até a Prol. da Cessação do benefício (10/10/2015), e Se ainda não houver incapacidade perante o Estado, poderá comparecer ao exame médico pericial mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 10/11/2015 (para da cessação do benefício) e pelo prazo de 50 (cinquenta) dias, V. S(a) poderá arcar com o ônus da Reconsideração ou Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 do Central de Atendimento do INSS; ou pelo Internet no endereço [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br) ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social, a fim de dar segurança ao cidadão, apresenta a decisão que tramitar voluntariamente é mesmo em cidade, pode ser em seu Anexo concluído a partir da data do retorno, em acordo com os §§ 2º e 3º do art. 60 da Lei nº 8.213/91, com redação dada pelo art. 11 da Lei nº 11.751/08.

Atos 15 e seta 136 e 20/6



### INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: CAMPINA GRANDE - BOMMELEDO - Fone/Fax: AV. DONAMARTEA  
ALVARO COPPEJA, 118 - CAMPINA GRANDE  
CEP: 58453590 - Município: CAMPINA GRANDE - UF: PB

**Termo de Responsabilidade:** Responsável pelo ato, sob as penas do Artigo 17 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício, informamos que o  
Cidade, em 15 de setembro de 2015.

Assinatura do Requerente / Representante Legal



HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO  
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PAGINA: 1/1  
DATA: 10/05/2016  
HORAS: 12:04:16

Prontuário: 915074  
 Atendimento: 2200441  
 Residência: AMBULATORIO  
 Data: 15/08/2016 Hora: 11:51

**Paciente:** ISAAC NUNIZ LEAO (CM)  
**Endereço:** JUAZEROS DOS RIOS  
**UF:** GOIÁS  
**Cidade:** CAMPINA GRANDE  
**Endereço:** JUAZEROS DOS RIOS  
**Cidade:** CAMPINA GRANDE

8846-9128  
 8842-9422  
 8843-8458  
 Prof. Dr. Luciano de Aguiar  
 NEUROCIÊNCIAS  
 CRM 12345  
 www.lucianoaguilar.com.br

**Médico Atendimento:** 1706 LUCIANO FERREIRA DE ALMEIDA (CRM: 2548) (CPF: 25832124/3)  
**Médico Acompanhante:** 1706 LUCIANO FERREIRA DE ALMEIDA (CRM: 2548) (CPF: 25832124/3)  
**Substância:** SECRETARIA EUS  
**Convênio:** SUS  
**Origem:** Prof. Dr. Luciano de Aguiar  
**Accommodation:** ENFERMARIA - LETO  
**Data iní. para alta:** 15/08/2016 **Data máx. para alta:** 18/08/2016 **Atividade:** SOCORRO

**Resumo de Tratamento**  
 Acompanhante: [ ] Sim [X] Não Data admissão: 15/08/2016 Data alta: 20/08/16  
 Informação anterior: [ ] Sim [ ] Não Hora admissão: Hora alta: 12:00  
 Alta: Curado: [ ] Melhorado: [ ] Inadmitido: [ ] Cidada: Médica: [ ]  
 Placido: [ ] A pedido: [X] Indisposição: [ ] Cirúrgica: [ ]  
 Transferido: [ ] Falecimento: [ ] Evasão: [ ] Obstétrica: [ ]

**Diagnóstico:** TRM  
**Internação:** 5030013 M 960  
**Definitivo:**  
**Histórico:**

PACIENTE ATENDIDO PELO CSUS  
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 CSUS DEVIDO A FALTA  
 DE CUBA DO SUS

ODONTOLOGIA PROTESE

RECEBIDO  
 14 MAR 2016  
 PROJ. SEGURADOR  
 SEMAFOR

Alta -1 Role X: [X] Simples Uid Entrada: 17/08/16  
 Perm -2 [X] Simples Uid Entrada: 20/08/16  
 Transf -3 [ ] O/Contrato Uid Entrada: 20/08/16  
 Óhio -4 [ ] O/Contrato Uid Entrada: 20/08/16

Dr. [Assinatura]  
 Carimbo e Assinatura de Médico

Rede de Controle  
 REALIZADO EM 19/08/16  
 CRM 12345





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Neza C. Nunes dos IDADE: 54 CONVÊNIO: SUS  
 ALA: De U.O. em LEITO: 18-1 MÉDICO: Almeida

DATA: 15/08/16 DATA: 16/08/16

Manhã Paciente após 24h do Trauma  
 Procedimento cirúrgico, segue as  
 cuidados da enfermagem.

Manhã Paciente asséptico, vital sinais constantes. Sem  
 T.O., sem desconfortos e agitação  
 calmamente cirúrgica.

Tarde Paciente com feridas abertas  
 deitado, em U.O. Operado e  
 Coerente, G.O. em bom estado  
 membro direita, Aterio de 2cm  
 A.H. - Sem U.O. se. Des. Circulatório  
 de 2cm de comprimento  
 A. de 2cm de comprimento  
 A. de 2cm de comprimento

Tarde Paciente evolui estável, mas  
 consciente, Orientado, afebril  
 Realizado Rx de coluna, segue  
 nos cuidados da enfermagem  
 PA: 160 x 100 mmHg  
 F: 86 bpm

Manhã Paciente com melhor dia  
 quadro clínico. Redução em parte  
 presença de medula  
 com 2cm de comprimento  
 V. de 2cm de comprimento e estômago

Manhã Paciente evolui estável, mas  
 consciente, Orientado, afebril  
 Realizado Rx de coluna, segue  
 nos cuidados da enfermagem  
 PA: 160 x 100 mmHg  
 F: 86 bpm

P.A.: 150 x 90 mmHg - 9 - 36

F: 86 bpm



**EVOLUÇÃO MÉDICA**

HOSPITAL ANTONIO TARGINO LTDA

Nome Paciente: **LAZARUSO MUNIZ LOPES**

Idade

Médico(Dr.):

DATA	EVOLUÇÃO	DATA	EVOLUÇÃO
11/08	LAZARUSO MUNIZ LOPES		
12/08	de Submetido		
13/08	de em NRC MIM		
14/08	TRIM Reduzido		
15/08	Adm. de 03 COL		
16/08	LAM de 03 comprimidos		
17/08	+ CARB. em 03 comprimidos		
18/08	em 03 comprimidos		
19/08	em 03 comprimidos		
20/08	em 03 comprimidos		
21/08	em 03 comprimidos		
22/08	em 03 comprimidos		
23/08	em 03 comprimidos		
24/08	em 03 comprimidos		
25/08	em 03 comprimidos		
26/08	em 03 comprimidos		
27/08	em 03 comprimidos		
28/08	em 03 comprimidos		
29/08	em 03 comprimidos		
30/08	em 03 comprimidos		
31/08	em 03 comprimidos		
01/09	em 03 comprimidos		
02/09	em 03 comprimidos		
03/09	em 03 comprimidos		
04/09	em 03 comprimidos		
05/09	em 03 comprimidos		
06/09	em 03 comprimidos		
07/09	em 03 comprimidos		
08/09	em 03 comprimidos		
09/09	em 03 comprimidos		
10/09	em 03 comprimidos		
11/09	em 03 comprimidos		
12/09	em 03 comprimidos		
13/09	em 03 comprimidos		
14/09	em 03 comprimidos		
15/09	em 03 comprimidos		
16/09	em 03 comprimidos		
17/09	em 03 comprimidos		
18/09	em 03 comprimidos		
19/09	em 03 comprimidos		
20/09	em 03 comprimidos		
21/09	em 03 comprimidos		
22/09	em 03 comprimidos		
23/09	em 03 comprimidos		
24/09	em 03 comprimidos		
25/09	em 03 comprimidos		
26/09	em 03 comprimidos		
27/09	em 03 comprimidos		
28/09	em 03 comprimidos		
29/09	em 03 comprimidos		
30/09	em 03 comprimidos		
01/10	em 03 comprimidos		
02/10	em 03 comprimidos		
03/10	em 03 comprimidos		
04/10	em 03 comprimidos		
05/10	em 03 comprimidos		
06/10	em 03 comprimidos		
07/10	em 03 comprimidos		
08/10	em 03 comprimidos		
09/10	em 03 comprimidos		
10/10	em 03 comprimidos		
11/10	em 03 comprimidos		
12/10	em 03 comprimidos		
13/10	em 03 comprimidos		
14/10	em 03 comprimidos		
15/10	em 03 comprimidos		
16/10	em 03 comprimidos		
17/10	em 03 comprimidos		
18/10	em 03 comprimidos		
19/10	em 03 comprimidos		
20/10	em 03 comprimidos		
21/10	em 03 comprimidos		
22/10	em 03 comprimidos		
23/10	em 03 comprimidos		
24/10	em 03 comprimidos		
25/10	em 03 comprimidos		
26/10	em 03 comprimidos		
27/10	em 03 comprimidos		
28/10	em 03 comprimidos		
29/10	em 03 comprimidos		
30/10	em 03 comprimidos		
31/10	em 03 comprimidos		
01/11	em 03 comprimidos		
02/11	em 03 comprimidos		
03/11	em 03 comprimidos		
04/11	em 03 comprimidos		
05/11	em 03 comprimidos		
06/11	em 03 comprimidos		
07/11	em 03 comprimidos		
08/11	em 03 comprimidos		
09/11	em 03 comprimidos		
10/11	em 03 comprimidos		
11/11	em 03 comprimidos		
12/11	em 03 comprimidos		
13/11	em 03 comprimidos		
14/11	em 03 comprimidos		
15/11	em 03 comprimidos		
16/11	em 03 comprimidos		
17/11	em 03 comprimidos		
18/11	em 03 comprimidos		
19/11	em 03 comprimidos		
20/11	em 03 comprimidos		
21/11	em 03 comprimidos		
22/11	em 03 comprimidos		
23/11	em 03 comprimidos		
24/11	em 03 comprimidos		
25/11	em 03 comprimidos		
26/11	em 03 comprimidos		
27/11	em 03 comprimidos		
28/11	em 03 comprimidos		
29/11	em 03 comprimidos		
30/11	em 03 comprimidos		
01/12	em 03 comprimidos		
02/12	em 03 comprimidos		
03/12	em 03 comprimidos		
04/12	em 03 comprimidos		
05/12	em 03 comprimidos		
06/12	em 03 comprimidos		
07/12	em 03 comprimidos		
08/12	em 03 comprimidos		
09/12	em 03 comprimidos		
10/12	em 03 comprimidos		
11/12	em 03 comprimidos		
12/12	em 03 comprimidos		
13/12	em 03 comprimidos		
14/12	em 03 comprimidos		
15/12	em 03 comprimidos		
16/12	em 03 comprimidos		
17/12	em 03 comprimidos		
18/12	em 03 comprimidos		
19/12	em 03 comprimidos		
20/12	em 03 comprimidos		
21/12	em 03 comprimidos		
22/12	em 03 comprimidos		
23/12	em 03 comprimidos		
24/12	em 03 comprimidos		
25/12	em 03 comprimidos		
26/12	em 03 comprimidos		
27/12	em 03 comprimidos		
28/12	em 03 comprimidos		
29/12	em 03 comprimidos		
30/12	em 03 comprimidos		
31/12	em 03 comprimidos		

THOMAS J. VENTURA

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

LAZARUSO MUNIZ LOPES



**CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA**  
**EVOLUÇÃO**

DATA: 18 / 08 / 16

Nome: ESARE MUNEZ LOPEZ Idade: \_\_\_\_\_  
 DH: \_\_\_\_\_ DIET: 0-2

**Diagnósticos:**

P.O. DISTURBIO DO COLUNA  
LAMINECTOMIA / DESCOMPRESSÃO  
CONSERVAÇÃO DO EXT. LIGAMENTOS

**História da Moléstia Atual:**

1ª cirurgia realizada com sucesso clínico  
degeneração vertebral, lombalgia, lombocianose, rigidez  
de movimento

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Internações  
T.M.

**Infusões:**

ATB: <u>EUFONAK 0-2</u>	ATB: <u>-</u>
DVA: <u>-</u>	ANALG: <u>+</u>
SED: <u>-</u>	PROFXS: <u>+</u>
DIETA: <u>PRIMÁRIO DA DUA 110</u>	OUTROS: <u>L</u>

**Controles:**

FC: <u>75</u>	PA: <u>110 x 70</u>	TEMP: <u>36,3</u>
DIURESE: <u>Suficiente</u>	BH: <u>-</u>	EVAC: <u>-</u>
SAT O2: <u>98%</u>	SECREÇÃO: <u>-</u>	

**Dispositivos:**

<u>3- Oxi Upr</u>	Data: _____	<u>2- SVD</u>	Data: _____
<u>3-</u>	Data: _____	<u>4- ATENDIDO PELO</u>	Data: _____

Respiração espontânea:

Ventilação mecânica: \_\_\_\_\_

Modo: _____	FR: _____	VC: _____
PiO2: _____		SAT O2: _____

**Exame Físico:**

RCV - sem ruído  
AD - MURMURADO  
PR - sem

*Este caso de Síndrome de Sudek foi registrado em nosso sistema de controle de qualidade.*

PACIENTE ATENDIDO PELO  
 NO HOSPITAL QUANDO TIVER  
 CUIDADO DEVIDO FORAM  
 CUIDADOS DO SUS

**CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA**  
**EVOLUÇÃO**

DATA: 21.02.16

Nome: Isaac murilo dos Santos Idade: 58  
 DIH: 3.02.16 DI CTI: 3.02.16

Diagnósticos:  
Do aparelho respiratório + Fístula Urinária

História de Doenças Atuais:  
Doença renal em estado grave  
hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia  
com edema pulmonar agudo, agitação

Antecedentes Farmacológicos / Medicamentos de uso prévio / Internações

Infusões:

ATB:	<u>uptracomp</u>	ATB:	-
DVA:	-	ANALG:	<u>par</u>
SED:	-	PROFKS:	<u>par</u>
DIETA:	<u>oral</u>	OUTROS:	-

Controles:

FC:	<u>77</u>	PA:	<u>140x70</u>	TEMP:	<u>36,5°C</u>
DIURESE:	<u>2350ml</u>	AP:	<u>normal</u>	EVAC:	-
SAT O2:	<u>93%</u>	SECREÇÃO:	-		

Dispositivos:

1- <u>cateter venoso</u>	Data:	2- <u>VD</u>	Data:
3- <u>cateter</u>	Data:	4- <u>cateter</u>	Data:

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
 NO HOSPITAL ANTÔNIO TÁRSIS  
 CUIA DO SUS FORAM

Respiração espontânea:

Ventilação Mecânica:

Modo:	FR:	VC:	SAT. O2:

Exame Físico:  
paciente acordado, bem hidratado  
af. muc. em art. M. B.  
aus. de rales  
aus. de ruídos intestinais  
ext. mal perfundido  
ur. uridatos aumentados

20/02/16 Olga da Costa  
  
 OLGA DA COSTA  
 ENFERMEIRA















9719 017 ENGENHEIRO  
 MEDICAL CLINICO  
 ONIURNE  
 18 01

HOSPITAL  
 ANTONIO TÁRGINO

PACIENTE	ISAAC MUNIZ LEÃO	UNTO	8	IDADE:54A	MÉDICO: Dr. JARRO-CLEMENTINO
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	12	18	24	6
		18	21		
20.08.16	01. DIETA BRANDA HIPOSSÓDICA	12	18	24	6
	02. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA	12	18	24	6
	03. 02 COX1 SOB CATETER 3 lit/min -SN-	12	18	24	6
	04. PLASIL IM SN	12	18	24	6
	05. DIETROKA 2CC IM SN	12	18	24	6
	06. DECADRON 4mg VO 6 X 6 h	12	18	24	6
	07. TRAMAL 100mg + SP 100ml IV 8 X 8 h -SN-	12	18	24	6
	08. RANITIDINA 150mg VO 2 X 12 h	12	18	24	6
	09. CAPTOPRIL 25mg SL SN	12	18	24	6
01.03	10. CEFALEXINA 500mg VO 6 X 6 h (100=17/8)	12	18	24	6
	11. FISIOTERAPIA MOTORA	12	18	24	6
	12. DECURBITO BAKO	12	18	24	6
	13. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	12	18	24	6
	14. CUIDADOS GERAIS	12	18	24	6

Paciente pediu que o sono  
 aumente. Assimile o  
 medicamento de volta.

1000 mg VO 2 X 6 h  
 1000 mg VO 2 X 6 h

1000 mg VO 2 X 6 h  
 1000 mg VO 2 X 6 h

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME DO PACIENTE: *Isone Mendes Leal*

Nº DO PRONOMEÁRIO: \_\_\_\_\_ Nº DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

DATA DA OPERAÇÃO: *17/8/16* ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

OPERADOR: *A. Moraes Leal*

1º AUXILIAR: *A. Aguiar* 2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: *A. Leal* INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

ANESTESISTA: *A. F. F. F.* TIPO DE ANESTESIA: *Gen*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Tumor sarcomatoso*

TIPO DE OPERAÇÃO: *→ artroscopia de joelho por via*

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: *patela - 40312033*

RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: *→ laqueotomia da patela*

EXAME RADIOLÓGICO NO ALC: *Patela humida*

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: \_\_\_\_\_

COBRANÇAS SUS  
CÓDIGO DE BARRAS  
CÓDIGO DE BARRAS

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA ORTOPLÉDICA - PLACA TÉCNICA - LIGADOURAS - DRENAGEM - SÍTIOS - MRE - EMPREGADO - ASPECTO

- 1) *Insu de uma patela*
- 2) *Desmonte do fixador*
- 3) *Sutura de laceração por*
- 4) *laceração de*
- 5) *Exatão de osso por*
- 6) *Fixação em traços e*
- 7) *entre peroneos*
- 8) *Ates de placa e costura*

Dr. Rafael R. Almeida  
Cirurgião





**TERMINOS DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado, \_\_\_\_\_ responsável pelo paciente \_\_\_\_\_ dá plena autorização aos médicos deste nosocômio que o assistirem, para levantar o caso e tratá-lo de sua enfermidade e realizarem investigações que julgarem necessárias ao diagnóstico do bem em questão, bem como se disporem a submeter-se a todos as disposições que forem necessárias no regulamento do hospital.

C. Grande - Pb. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_  
 TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_

Responsável pelo paciente  
 Certifico que depus o Hospital Antonio Targino Ltda., para o parecer dos médicos deste nosocômio, assumindo íntera responsabilidade por sua atitude.

Campos Grande, 20 de 08 de 19\_\_ de 19\_\_

*Dr. Marco Aurélio Leon Firmino*  
 Assinatura

**TESTEMUNHA:**

Nome: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

ACIDENTE ATENDIDO PELO SUS  
 A RESPONSABILIDADE TARGINO  
 CUSAS DEVIDAS FORAM  
 COBRADAS AO SUS

Site: ISAAC MUNIZ LEAO  
 Idade: 54 ANOS  
 RA: 0110032728 Dt Coleta: 16/08/2016 - 22:28:35  
 Dept: LUCIANO FERREIRA DE HOLANDA/2949  
 Convenç: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 Emitido: 16/08/2016 - 07:04:06 Local: CIRURGICA



**HEMOGRAMA COMPLETO**

HEMATOGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	4,69	milh/mm <sup>3</sup> 4.50 - 5.50
Hemoglobina	12,8	g/dL 11,5 - 16,5 Valores de Referência de 11,5 - 16,5 g/dL
Hematócrito	35,6	% 37 - 47
V.C.M.	87,0	uS 80-100
H.C.M.	31,3	pg 26-32
C.H.C.M.	36,0	g/dL 33-36
RDW	11,0	% 11,0 - 14,0

Série Vermelha: Normotica e Normocromica.

**LEUCOGRAMA**

Leucócitos	10900	/mm <sup>3</sup> 4800 - 10800
Eosinófilos	0	0-5
Segmentados	87	57-70
Basófilos	0	0-2
Linfócitos	9	20-40
Linfócitos atípicos	0	0-1
Monócitos	4	2-10

Série Branca: Neutrofilose.

PLAQUETAS	172000	/mm <sup>3</sup> 140.000 - 400.000
-----------	--------	------------------------------------

Série Plaquetária: Normal ao exame do esfregaço

EXAME REALIZADO NA PASTA DO  
 LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

PROCELHA REEMBOLSO PELO SUS  
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 CUJAS DESPESAS FORAM  
 COBRADAS AO SUS



Assaia aqui resultados online: [www.labprosangue.com.br](http://www.labprosangue.com.br)

Nota: Os exames podem ser influenciados por medicamentos, estresse físico, tabaco, patologias e outros. Agende seu médico bem antes das coletas de laboratório.

Unidade Clínica - Rua Augusto Buler, 51 - Lapa - Fone: 3333-3333 / 3333-9111	Unidade Hospital Antônio Targino - Rua German Bittencourt, 340 - Centro - Fone: 3333-3333	Unidade Hospital João Gull - Rua João Gull, 81 - Tupy - Fone: 3333-3333
Unidade Integrada - Rua Nelson de Almeida, 25 - Centro - Fone: 3333-3333 / 3333-2525	Unidade Curumim - Rua João Gull, 81 - Tupy - Fone: 3333-3333	Unidade Espinosa - Rua João Gull, 81 - Tupy - Fone: 3333-3333
Unidade Piqui - Rua Augusto Buler, 51 - Lapa - Fone: 3333-3333 / 3333-1341	Unidade Espinosa - Rua João Gull, 81 - Tupy - Fone: 3333-3333	Unidade Lapa - Rua Augusto Buler, 51 - Lapa - Fone: 3333-3333
Unidade Cruzeta - Rua Augusto Buler, 51 - Lapa - Fone: 3333-3333 / 3333-9111		
Unidade Casca - Rua Augusto Buler, 51 - Lapa - Fone: 3333-3333 / 3333-5788		
Unidade Piqui - Rua Augusto Buler, 51 - Lapa - Fone: 3333-3333 / 3333-1341		



Org: ISAAC MUNIZ LEAO  
 Idade: 54 ANOS  
 RA: D110032728 Dt Coleta: 16/08/2016 - 22:28:36  
 Dt(a): LUCIANO FERREIRA DE HOLANDA/2948  
 Convenio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 Emitido: 16/08/2016 - 07:04:09 Local: CIRURGICA



**GLICOEMIA**

Resultado ..... 127

Método: ENZIMÁTICO (GOTACH) 101  
 Referência: 80-90

Valor(es) de referência

mg/dL 70 x 90

**CREATININA**

Resultado ..... 0,95

Método: ANIONÍDICO (JENKINS) 910  
 Referência: 0,6-1,2

Valor(es) de referência

mg/dL Homens : 0,60 a 1,20  
 Mulheres : 0,60 a 0,90

**UREIA**

Resultado ..... 22

Método: ENZIMÁTICO (GOTACH) 101  
 Referência: 10-30

Valor(es) de referência

mg/dL 10 x 30

NÃO É COBRADO PELO SUS  
 O HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 CUJAS DESPESAS FORAM  
 COBRADAS AO SUS



Órgão para resultados online: [www.labprosangue.cch.br](http://www.labprosangue.cch.br)

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, psicológicos e outros. Espere seu médico fazer a análise de interpretação.

Unidade Centro - Rua Santa Bárbara, 61, Centro, Fone: 35 3211 / 3532 5135  
 Unidade Integração - Rua Getúlio Vargas, 150, Centro, Fone: 35 3211 / 3532 5135  
 Unidade Pró - Rua Rui Barbosa, 1048, Prata, Fone: 35 3211 / 3532 5135  
 Unidade Truimão - Av. Almirante Tamandaré, 1493, Guaporé, Fone: 35 3211 / 3532 5135  
 Unidade Calulé - Av. Vitorino Calhaz, 817, Calulé, Fone: 35 3211 / 3532 5135  
 Unidade Inst. P. Nêscio - Rua Comendador, 4635, José Pinheiro, Fone: 35 3211 / 3532 5135  
 Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Celso de Mello, 195, Colina, Fone: 35 3211 / 3532 5135  
 Unidade Hospital São Rômulo - Rua Maria Regina, 83, Prata, Fone: 35 3211 / 3532 5135  
 Unidade Quilombos - Rua João Urbano Silva, 45, Centro, Fone: 35 3211 / 3532 5135  
 Unidade Esperança - Rua Estreza Galvão, 155, Centro, Fone: 35 3211 / 3532 5135  
 Unidade Campesina - Rua Felicidade, São João de Alencar, 27 A, Fone: 35 3211 / 3532 5135

CONTROLE DE QUALIDADE - SUS





NOME: ISAAC MUNIZ LEAO  
 IDADE: 64 ANOS  
 CID: 0110033081 Di Coleta: 19/08/2016 - 22:54:26  
 NOME: GILNEY PORTOMASZ  
 INSTITUICAO: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 ENDEREÇO: 19/08/2016 - 09:08:01 Local: UTI GERAL



**GLICEMIA**

Resultado: 99  
 Unidade: mg/dL  
 Método: ENZIMÁTICO (HITACHI 817)  
 Referência: 70 a 99

Valor(es) de referência  
 mg/dL 70 a 99

**CREATININA**

Resultado: 0,90  
 Unidade: mg/dL  
 Método: ENZIMÁTICO (HITACHI 817)  
 Referência: 0,60 a 1,30

Valor(es) de referência  
 mg/dL Homens : 0,60 a 1,30  
 Mulheres: 0,50 a 0,90

**UREIA**

Resultado: 31  
 Unidade: mg/dL  
 Método: ENZIMÁTICO (HITACHI 817)  
 Referência: 10 a 50

Valor(es) de referência  
 mg/dL 10 a 50

**POTÁSSIO**

Resultado: 3,80  
 Unidade: mEq/L  
 Método: ENZIMÁTICO (HITACHI 817)  
 Referência: 3,5 a 5,5

Valor(es) de referência  
 mEq/L 3,5 a 5,5

**SÓDIO**

Resultado: 135,00  
 Unidade: mEq/L  
 Método: ENZIMÁTICO (HITACHI 817)  
 Referência: 135 a 145

Valor(es) de referência  
 mEq/L 135 a 145

**CLORETO**

Resultado: 105  
 Unidade: mmol/L  
 Método: ENZIMÁTICO (HITACHI 817)  
 Referência: 98 a 108

Valor(es) de referência  
 mmol/L 98 a 108

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 CUJAS DESPESAS FORAM  
 COBRADAS AO SUS



Acesse esse resultado online: [www.labprosangue.com.br](http://www.labprosangue.com.br)

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, doenças fisiológicas, psicológicas e outras. Consulte seu médico para condições de interpretação.

Unidade Centro - Rua Santa Teresinha, 61, Centro, Fone: 051 3377 9988/0145 Unidade Integração - Rua Schroeder Donato, 25, Centro, Fone: 051 3388 7400/0306 Unidade Praia - Rua Rodrigues Alves, 1042, Praia, Fone: 051 3313 1111 Unidade Cruzado - Av. Almirante Balthazar, 1493, Cruzado, Fone: 051 3388 9111 Unidade Carolé - Av. Vitor O Coello, 577, Carole, Fone: 051 3363 5577/336405283 Unidade Pôrto Alegre - Av. Tancreto Neves, 4000, Vila Pôrto Alegre, Fone: 051 3313 1111	Unidade Hospital Antônio Targino - Av. Beltrão Gouveia, 295, Centro, Fone: 051 3388 1300 Unidade Hospital São João - Rua João Inácio, 85, Praia Fone: 051 3313 1111/3313 1111 Unidade Quilombos - Rua João Inácio Silva, 49, Capão, Fone: 051 3313 1111 Unidade Esperança - Rua Manoel Soares, 125, Centro, Fone: 051 3313 1111/3313 1111 Unidade Cotrigueira - Av. Valdeci Siqueira de Almeida, 17-A, Fone: 051 3313 1111
---	--

(P): ISAAC MUNIZ LEAO  
 Idade: MAIOS  
 Nº: 0110033101 Dt Coleta: 20/08/2016 - 09:41:54  
 (P): JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/3024  
 Servico: SAUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 Endereço: 20008/2016 - 09:22:38 Local: UTI\_GERAL



**HEMOGRAMA COMPLETO**

ERITROGRAMA		Valores Encontrados	Valores de Referência	
Hemácias		3,03	milh/mm <sup>3</sup>	3,40 a 6,77
Hemoglobina		9,1	g/dL	Homens: 13,8 a 18,4 Mulheres: 12,1 a 16,4
Hematócrito		26,6	%	41 a 54
V.C.M.		87,8	u3	80,0 - 100,0
H.C.M.		30,0	g/dL	26,0 - 32,1
C.H.C.M.		34,2	g/dL	32,0 - 35,9
RDW		12,1		11,8 - 14,3
Série Vermelha:		Normocitose. Normocromia.		
LEUCOGRAMA			/mm <sup>3</sup>	2000 - 10000
Leucócitos		12900		
Bastonetes		2	238	0-2
Segmentados		78	9282	46-87
Eosinófilos		0	119	1-5
Basófilos		0	0	0-2
Linfócitos		1,1	1309	20-35
Linfócitos atípicos		0	0	0-1
Monócitos		8	952	2-10
Série Branca:		Leucocitose. Neutrofilia.		
PLAQUETAS		233000	/mm <sup>3</sup>	140.000 - 450.000
Série Plaquetária:		Plaquetas normais no exame de esfregaço.		

Endereço: Av. Antônio Augusto, 80  
 Fone: (51) 3091-1000



Acessar seus resultados online: [www.labprosangue.com.br](http://www.labprosangue.com.br)  
 Todos os exames podem ser interpretados por meio de manuais, estes são disponíveis sob o link: Para mais informações consulte o link de interpretação

- Unidade Centro - Rua Santa Ana, 100, Centro, Fone: (51) 3091-1000
- Unidade Hospital - Rua Santa Ana, 100, Centro, Fone: (51) 3091-1000
- Unidade Hospital - Rua Santa Ana, 100, Centro, Fone: (51) 3091-1000
- Unidade Hospital - Rua Santa Ana, 100, Centro, Fone: (51) 3091-1000
- Unidade Hospital - Rua Santa Ana, 100, Centro, Fone: (51) 3091-1000
- Unidade Hospital - Rua Santa Ana, 100, Centro, Fone: (51) 3091-1000
- Unidade Hospital - Rua Santa Ana, 100, Centro, Fone: (51) 3091-1000
- Unidade Hospital - Rua Santa Ana, 100, Centro, Fone: (51) 3091-1000
- Unidade Hospital - Rua Santa Ana, 100, Centro, Fone: (51) 3091-1000
- Unidade Hospital - Rua Santa Ana, 100, Centro, Fone: (51) 3091-1000

Sexo: ISAAC MUNIZ LEAO  
 Idade: 44 ANOS  
 RA: D110033101 Dt. Coleta: 20/08/2016 - 00:41:54  
 Orç(o): JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/024  
 Coleta: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 Emissão: 20/08/2016 - 09:22:28 Local: UTI GERAL



**GLICEMIA** Valor(es) de referência  
**Resultado** 100 mg/dL 70 e 99  
 Descrição: 11/08/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16  
 Método: AUTOMÁTICO (HITACHI 911)  
 Referência: 0000

**CREATININA** Valor(es) de referência  
**Resultado** 0,82 mg/dL Homens: 0,60 e 1,30  
 Descrição: 11/08/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16  
 Método: AUTOMÁTICO (HITACHI 911)  
 Referência: 0000

**UREIA** Valor(es) de referência  
**Resultado** 26 mg/dL 10 e 30  
 Descrição: 11/08/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16  
 Método: AUTOMÁTICO (HITACHI 911)  
 Referência: 0000

**POTÁSSIO** Valor(es) de referência  
**Resultado** 3,60 mEq/L 3,5 e 5,5  
 Descrição: 11/08/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16  
 Método: AUTOMÁTICO (HITACHI 911)  
 Referência: 0000

**SÓDIO** Valor(es) de referência  
**Resultado** 136,00 mEq/L 135 e 145  
 Descrição: 11/08/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16  
 Método: AUTOMÁTICO (HITACHI 911)  
 Referência: 0000

**CLORETO** Valor(es) de referência  
**Resultado** 99 mmol/L 96 e 106  
 Descrição: 11/08/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16 18:51:00/16  
 Método: AUTOMÁTICO (HITACHI 911)  
 Referência: 0000

NÃO REALIZADO PELO SUS  
 QUANTO ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE  
 DO PACIENTE, POR FAVOR, DIRIGIR-SE  
 AO SEU MÉDICO.



Acesso aos resultados online: [www.labprosangue.com.br](http://www.labprosangue.com.br)  
 Todos os valores podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patologias e outros. Consulte seu médico para condições de referência.

Unidade Campinas - Rua Carlos Botelho, 91, Campinas, SP, 13062-907 / 04998-0135 Unidade Itapetininga - Rua Sebastião Osório, 25, Itapetininga, SP, 13063-008 / 04998-0135 Unidade Paulista - Rua Tomé de Faria, 1243, São Paulo, SP, 04531-900 / 04998-0135 Unidade Franca - Rua Alexandre Bragosa, 1495, Franca, SP, 13060-900 / 04998-0135 Unidade Ribeirão Preto - Rua Celso de Faria, 577, Ribeirão Preto, SP, 13063-077 / 04998-0135 Unidade José Bonifácio - Rua Campos Sales, 443, José Bonifácio, SP, 13213-120	Unidade Ilheus - Avenida Getúlio Vargas, 111, Ilheus, BA, 45600-000 / 71 Unidade Ilhéus - Rua Manoel de Araújo, 35, Ilhéus, BA, 45600-000 / 71 Unidade Ilheus - Rua Manoel de Araújo, 35, Ilhéus, BA, 45600-000 / 71 Unidade Ilheus - Rua Manoel de Araújo, 35, Ilhéus, BA, 45600-000 / 71 Unidade Ilheus - Rua Manoel de Araújo, 35, Ilhéus, BA, 45600-000 / 71
--	--

Nome: ISAAC MUNIZ LEAO  
 Idade: 54 ANOS  
 Nº: 0410032983 Dt. Coleta: 18/08/2018 - 23:23:43  
 Prof: JARJO CLEMENTINO DE ARAUJO/3024  
 Servico: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 Emitido: 18/08/2018 - 10:35:18 Local: UTI GERAL



**HEMOGRAMA COMPLETO**

HEMOGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	2,89	milh/mm <sup>3</sup> 3.90 - 5.70
Hemoglobinas	8,8	g/dL Hembras 11,5 - 15,5 Machos 12,5 - 16,5
Hematócrito	26,0	% 41 - 55
V.C.M.	94,0	uS 80,0 - 90,0
H.C.M.	30,4	pg 25,0 - 34,0
C.H.C.M.	33,8	g/dL 32,0 - 36,0
RDW	9,9	11,0 - 14,0
Série Vermelha:	Normocitose, Normocromia.	

HEMOGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Leucócitos	13400	/mm <sup>3</sup> 7800 - 11000
Eosinófilos	2	0-5
Segmentados	85	40-60
Basófilos	1	0-5
Linfócitos	8	20-35
Linfócitos atípicos	0	0-1
Monócitos	4	2-10
Série Branca:	Leucocitose, Neutrofilia.	
PLAQUETAS	103000	/mm <sup>3</sup> 150.000 - 400.000
Série Plaquetária:	Plaquetas normais no exame de esfregaço.	

Este resultado do SUS  
 do Hospital Antônio Targino  
 e suas respectivas foram  
 liberadas ao SUS



Instituto de Diagnóstico e Referencia Epidemiológica  
 Ministério da Saúde  
 Brasília, DF

Acesse seus resultados online: [www.labprosangue.com.br](http://www.labprosangue.com.br)

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estresse, doenças psicológicas e outras. Fale com seu médico em condições de emergência.

Rede Centro - Rua Sandoz, 343 - Jd. Primavera 61, Curitiba, Fone: (41) 3062.5777 / 95433.7115 Rede Integrado - Rua Leopoldo de Bulhões, 25, Curitiba, Fone: (41) 3039.4048 / 90195.5301 Rede Prata - Rua Rodrigues Alves, 1949, Ponta Grossa, Fone: (41) 3195.1541 Rede Cruz Vermelha - Rua Alameda da Boa Vista, 1402, Curitiba, Fone: (41) 3990.9117 Rede Curitiba - Av. Alvaro de Azevedo, 877, Curitiba, Fone: (41) 3061.1177 / 9630.5068 Rede José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4600, Ass. Pinheiro, Curitiba, Fone: (41) 3061.1177	Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Antônio Targino, 545, Curitiba, Fone: (41) 3061.1177 Unidade Hospital ASB - R. S. J. da Pereira, 25, Ponta Grossa, Fone: (41) 3061.1177 Unidade Quilômetro - Rua José Antônio Silva, 40, Curitiba, Fone: (41) 3061.1177 Unidade Esperança - Rua Antônio Silva, 158, Curitiba, Fone: (41) 3061.1177 Unidade Cataguá - Rua Cláudia Suelza de Almeida, 1253, Curitiba, Fone: (41) 3061.1177
---	---

Nome: ISAAC MUNIZ LEAO  
 Idade: 54 ANOS  
 Id: 0110032983 O: Colela. 18/08/2016 - 23:23:43  
 Ref: JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/3024  
 Servico: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 Data: 18/08/2016 - 10:35:18 Local: UTIO GERAL



**GLICEMIA**

Resultado: 101

Valor(es) de referência:  
mg/dL 70 a 95

Resultado anterior: 17/08/16 106,00 mg/dL

Resultado anterior: 18/08/16 110,00 mg/dL

**CREATININA**

Resultado: 0,94

Valor(es) de referência:  
mg/dL Homens : 0,80 a 1,30  
Mulheres : 0,80 a 0,90

Resultado anterior: 17/08/16 11,06 mg/dL

**RITMO DE FILTRACAO GLOMERULAR ESTIMADO (MDRD)**

Adulto não-negro: Maior ou igual a 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>

Adulto negro: Maior ou igual a 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>

Resultado anterior: 17/08/16 11,06 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>

Resultado anterior: 18/08/16 11,06 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>

O valor estimado de 60 mL/min/1,73m<sup>2</sup> não liberado como estar ou igual a...  
 A estimativa de função glomerular (eGFR) é o melhor parâmetro da função renal...  
 A estimativa de função glomerular deve ser usada com cautela...  
 A estimativa de função glomerular deve ser usada com cautela...  
 A estimativa de função glomerular deve ser usada com cautela...

Referência:  
 National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Assessing Kidney Function- Measured and Estimated.  
 Am J Kidney Dis. 2006;47:359-76.  
 National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Assessing Kidney Function- Measured and Estimated.  
 Am J Kidney Dis. 2006;47:359-76.

**UREIA**

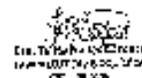
Resultado: 29

Valor(es) de referência:  
mg/dL 10 a 30

Resultado anterior: 17/08/16 29,00 mg/dL

Resultado anterior: 18/08/16 29,00 mg/dL

**PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
 NO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO  
 CUJAS DÍVIDAS NÃO FORAM  
 COBRADAS AO SUS**



Peça seus resultados online: [www.labprosangue.com.br](http://www.labprosangue.com.br)

Todos os exames seguem as regulamentações por medicamentos, reagentes, patógenos e outros. Para mais informações, consulte o profissional responsável.

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Espírito Santo, 545, Centro, Fone: 32720020 / 32720021 / 32720022 / 32720023 / 32720024 / 32720025 / 32720026 / 32720027 / 32720028 / 32720029 / 32720030 / 32720031 / 32720032 / 32720033 / 32720034 / 32720035 / 32720036 / 32720037 / 32720038 / 32720039 / 32720040 / 32720041 / 32720042 / 32720043 / 32720044 / 32720045 / 32720046 / 32720047 / 32720048 / 32720049 / 32720050 / 32720051 / 32720052 / 32720053 / 32720054 / 32720055 / 32720056 / 32720057 / 32720058 / 32720059 / 32720060 / 32720061 / 32720062 / 32720063 / 32720064 / 32720065 / 32720066 / 32720067 / 32720068 / 32720069 / 32720070 / 32720071 / 32720072 / 32720073 / 32720074 / 32720075 / 32720076 / 32720077 / 32720078 / 32720079 / 32720080 / 32720081 / 32720082 / 32720083 / 32720084 / 32720085 / 32720086 / 32720087 / 32720088 / 32720089 / 32720090 / 32720091 / 32720092 / 32720093 / 32720094 / 32720095 / 32720096 / 32720097 / 32720098 / 32720099 / 32720100 / 32720101 / 32720102 / 32720103 / 32720104 / 32720105 / 32720106 / 32720107 / 32720108 / 32720109 / 32720110 / 32720111 / 32720112 / 32720113 / 32720114 / 32720115 / 32720116 / 32720117 / 32720118 / 32720119 / 32720120 / 32720121 / 32720122 / 32720123 / 32720124 / 32720125 / 32720126 / 32720127 / 32720128 / 32720129 / 32720130 / 32720131 / 32720132 / 32720133 / 32720134 / 32720135 / 32720136 / 32720137 / 32720138 / 32720139 / 32720140 / 32720141 / 32720142 / 32720143 / 32720144 / 32720145 / 32720146 / 32720147 / 32720148 / 32720149 / 32720150 / 32720151 / 32720152 / 32720153 / 32720154 / 32720155 / 32720156 / 32720157 / 32720158 / 32720159 / 32720160 / 32720161 / 32720162 / 32720163 / 32720164 / 32720165 / 32720166 / 32720167 / 32720168 / 32720169 / 32720170 / 32720171 / 32720172 / 32720173 / 32720174 / 32720175 / 32720176 / 32720177 / 32720178 / 32720179 / 32720180 / 32720181 / 32720182 / 32720183 / 32720184 / 32720185 / 32720186 / 32720187 / 32720188 / 32720189 / 32720190 / 32720191 / 32720192 / 32720193 / 32720194 / 32720195 / 32720196 / 32720197 / 32720198 / 32720199 / 32720200 / 32720201 / 32720202 / 32720203 / 32720204 / 32720205 / 32720206 / 32720207 / 32720208 / 32720209 / 32720210 / 32720211 / 32720212 / 32720213 / 32720214 / 32720215 / 32720216 / 32720217 / 32720218 / 32720219 / 32720220 / 32720221 / 32720222 / 32720223 / 32720224 / 32720225 / 32720226 / 32720227 / 32720228 / 32720229 / 32720230 / 32720231 / 32720232 / 32720233 / 32720234 / 32720235 / 32720236 / 32720237 / 32720238 / 32720239 / 32720240 / 32720241 / 32720242 / 32720243 / 32720244 / 32720245 / 32720246 / 32720247 / 32720248 / 32720249 / 32720250 / 32720251 / 32720252 / 32720253 / 32720254 / 32720255 / 32720256 / 32720257 / 32720258 / 32720259 / 32720260 / 32720261 / 32720262 / 32720263 / 32720264 / 32720265 / 32720266 / 32720267 / 32720268 / 32720269 / 32720270 / 32720271 / 32720272 / 32720273 / 32720274 / 32720275 / 32720276 / 32720277 / 32720278 / 32720279 / 32720280 / 32720281 / 32720282 / 32720283 / 32720284 / 32720285 / 32720286 / 32720287 / 32720288 / 32720289 / 32720290 / 32720291 / 32720292 / 32720293 / 32720294 / 32720295 / 32720296 / 32720297 / 32720298 / 32720299 / 32720300 / 32720301 / 32720302 / 32720303 / 32720304 / 32720305 / 32720306 / 32720307 / 32720308 / 32720309 / 32720310 / 32720311 / 32720312 / 32720313 / 32720314 / 32720315 / 32720316 / 32720317 / 32720318 / 32720319 / 32720320 / 32720321 / 32720322 / 32720323 / 32720324 / 32720325 / 32720326 / 32720327 / 32720328 / 32720329 / 32720330 / 32720331 / 32720332 / 32720333 / 32720334 / 32720335 / 32720336 / 32720337 / 32720338 / 32720339 / 32720340 / 32720341 / 32720342 / 32720343 / 32720344 / 32720345 / 32720346 / 32720347 / 32720348 / 32720349 / 32720350 / 32720351 / 32720352 / 32720353 / 32720354 / 32720355 / 32720356 / 32720357 / 32720358 / 32720359 / 32720360 / 32720361 / 32720362 / 32720363 / 32720364 / 32720365 / 32720366 / 32720367 / 32720368 / 32720369 / 32720370 / 32720371 / 32720372 / 32720373 / 32720374 / 32720375 / 32720376 / 32720377 / 32720378 / 32720379 / 32720380 / 32720381 / 32720382 / 32720383 / 32720384 / 32720385 / 32720386 / 32720387 / 32720388 / 32720389 / 32720390 / 32720391 / 32720392 / 32720393 / 32720394 / 32720395 / 32720396 / 32720397 / 32720398 / 32720399 / 32720400 / 32720401 / 32720402 / 32720403 / 32720404 / 32720405 / 32720406 / 32720407 / 32720408 / 32720409 / 32720410 / 32720411 / 32720412 / 32720413 / 32720414 / 32720415 / 32720416 / 32720417 / 32720418 / 32720419 / 32720420 / 32720421 / 32720422 / 32720423 / 32720424 / 32720425 / 32720426 / 32720427 / 32720428 / 32720429 / 32720430 / 32720431 / 32720432 / 32720433 / 32720434 / 32720435 / 32720436 / 32720437 / 32720438 / 32720439 / 32720440 / 32720441 / 32720442 / 32720443 / 32720444 / 32720445 / 32720446 / 32720447 / 32720448 / 32720449 / 32720450 / 32720451 / 32720452 / 32720453 / 32720454 / 32720455 / 32720456 / 32720457 / 32720458 / 32720459 / 32720460 / 32720461 / 32720462 / 32720463 / 32720464 / 32720465 / 32720466 / 32720467 / 32720468 / 32720469 / 32720470 / 32720471 / 32720472 / 32720473 / 32720474 / 32720475 / 32720476 / 32720477 / 32720478 / 32720479 / 32720480 / 32720481 / 32720482 / 32720483 / 32720484 / 32720485 / 32720486 / 32720487 / 32720488 / 32720489 / 32720490 / 32720491 / 32720492 / 32720493 / 32720494 / 32720495 / 32720496 / 32720497 / 32720498 / 32720499 / 32720500 / 32720501 / 32720502 / 32720503 / 32720504 / 32720505 / 32720506 / 32720507 / 32720508 / 32720509 / 32720510 / 32720511 / 32720512 / 32720513 / 32720514 / 32720515 / 32720516 / 32720517 / 32720518 / 32720519 / 32720520 / 32720521 / 32720522 / 32720523 / 32720524 / 32720525 / 32720526 / 32720527 / 32720528 / 32720529 / 32720530 / 32720531 / 32720532 / 32720533 / 32720534 / 32720535 / 32720536 / 32720537 / 32720538 / 32720539 / 32720540 / 32720541 / 32720542 / 32720543 / 32720544 / 32720545 / 32720546 / 32720547 / 32720548 / 32720549 / 32720550 / 32720551 / 32720552 / 32720553 / 32720554 / 32720555 / 32720556 / 32720557 / 32720558 / 32720559 / 32720560 / 32720561 / 32720562 / 32720563 / 32720564 / 32720565 / 32720566 / 32720567 / 32720568 / 32720569 / 32720570 / 32720571 / 32720572 / 32720573 / 32720574 / 32720575 / 32720576 / 32720577 / 32720578 / 32720579 / 32720580 / 32720581 / 32720582 / 32720583 / 32720584 / 32720585 / 32720586 / 32720587 / 32720588 / 32720589 / 32720590 / 32720591 / 32720592 / 32720593 / 32720594 / 32720595 / 32720596 / 32720597 / 32720598 / 32720599 / 32720600 / 32720601 / 32720602 / 32720603 / 32720604 / 32720605 / 32720606 / 32720607 / 32720608 / 32720609 / 32720610 / 32720611 / 32720612 / 32720613 / 32720614 / 32720615 / 32720616 / 32720617 / 32720618 / 32720619 / 32720620 / 32720621 / 32720622 / 32720623 / 32720624 / 32720625 / 32720626 / 32720627 / 32720628 / 32720629 / 32720630 / 32720631 / 32720632 / 32720633 / 32720634 / 32720635 / 32720636 / 32720637 / 32720638 / 32720639 / 32720640 / 32720641 / 32720642 / 32720643 / 32720644 / 32720645 / 32720646 / 32720647 / 32720648 / 32720649 / 32720650 / 32720651 / 32720652 / 32720653 / 32720654 / 32720655 / 32720656 / 32720657 / 32720658 / 32720659 / 32720660 / 32720661 / 32720662 / 32720663 / 32720664 / 32720665 / 32720666 / 32720667 / 32720668 / 32720669 / 32720670 / 32720671 / 32720672 / 32720673 / 32720674 / 32720675 / 32720676 / 32720677 / 32720678 / 32720679 / 32720680 / 32720681 / 32720682 / 32720683 / 32720684 / 32720685 / 32720686 / 32720687 / 32720688 / 32720689 / 32720690 / 32720691 / 32720692 / 32720693 / 32720694 / 32720695 / 32720696 / 32720697 / 32720698 / 32720699 / 32720700 / 32720701 / 32720702 / 32720703 / 32720704 / 32720705 / 32720706 / 32720707 / 32720708 / 32720709 / 32720710 / 32720711 / 32720712 / 32720713 / 32720714 / 32720715 / 32720716 / 32720717 / 32720718 / 32720719 / 32720720 / 32720721 / 32720722 / 32720723 / 32720724 / 32720725 / 32720726 / 32720727 / 32720728 / 32720729 / 32720730 / 32720731 / 32720732 / 32720733 / 32720734 / 32720735 / 32720736 / 32720737 / 32720738 / 32720739 / 32720740 / 32720741 / 32720742 / 32720743 / 32720744 / 32720745 / 32720746 / 32720747 / 32720748 / 32720749 / 32720750 / 32720751 / 32720752 / 32720753 / 32720754 / 32720755 / 32720756 / 32720757 / 32720758 / 32720759 / 32720760 / 32720761 / 32720762 / 32720763 / 32720764 / 32720765 / 32720766 / 32720767 / 32720768 / 32720769 / 32720770 / 32720771 / 32720772 / 32720773 / 32720774 / 32720775 / 32720776 / 32720777 / 32720778 / 32720779 / 32720780 / 32720781 / 32720782 / 32720783 / 32720784 / 32720785 / 32720786 / 32720787 / 32720788 / 32720789 / 32720790 / 32720791 / 32720792 / 32720793 / 32720794 / 32720795 / 32720796 / 32720797 / 32720798 / 32720799 / 32720800 / 32720801 / 32720802 / 32720803 / 32720804 / 32720805 / 32720806 / 32720807 / 32720808 / 32720809 / 32720810 / 32720811 / 32720812 / 32720813 / 32720814 / 32720815 / 32720816 / 32720817 / 32720818 / 32720819 / 32720820 / 32720821 / 32720822 / 32720823 / 32720824 / 32720825 / 32720826 / 32720827 / 32720828 / 32720829 / 32720830 / 32720831 / 32720832 / 32720833 / 32720834 / 32720835 / 32720836 / 32720837 / 32720838 / 32720839 / 32720840 / 32720841 / 32720842 / 32720843 / 32720844 / 32720845 / 32720846 / 32720847 / 32720848 / 32720849 / 32720850 / 32720851 / 32720852 / 32720853 / 32720854 / 32720855 / 32720856 / 32720857 / 32720858 / 32720859 / 32720860 / 32720861 / 32720862 / 32720863 / 32720864 / 32720865 / 32720866 / 32720867 / 32720868 / 32720869 / 32720870 / 32720871 / 32720872 / 32720873 / 32720874 / 32720875 / 32720876 / 32720877 / 32720878 / 32720879 / 32720880 / 32720881 / 32720882 / 32720883 / 32720884 / 32720885 / 32720886 / 32720887 / 32720888 / 32720889 / 32720890 / 32720891 / 32720892 / 32720893 / 32720894 / 32720895 / 32720896 / 32720897 / 32720898 / 32720899 / 32720900 / 32720901 / 32720902 / 32720903 / 32720904 / 32720905 / 32720906 / 32720907 / 32720908 / 32720909 / 32720910 / 32720911 / 32720912 / 32720913 / 32720914 / 32720915 / 32720916 / 32720917 / 32720918 / 32720919 / 32720920 / 32720921 / 32720922 / 32720923 / 32720924 / 32720925 / 32720926 / 32720927 / 32720928 / 32720929 / 32720930 / 32720931 / 32720932 / 32720933 / 32720934 / 32720935 / 32720936 / 32720937 / 32720938 / 32720939 / 32720940 / 32720941 / 32720942 / 32720943 / 32720944 / 32720945 / 32720946 / 32720947 / 32720948 / 32720949 / 32720950 / 32720951 / 32720952 / 32720953 / 32720954 / 32720955 / 32720956 / 32720957 / 32720958 / 32720959 / 32720960 / 32720961 / 32720962 / 32720963 / 32720964 / 32720965 / 32720966 / 32720967 / 32720968 / 32720969 / 32720970 / 32720971 / 32720972 / 32720973 / 32720974 / 32720975 / 32720976 / 32720977 / 32720978 / 32720979 / 32720980 / 32720981 / 32720982 / 32720983 / 32720984 / 32720985 / 32720986 / 32720987 / 32720988 / 32720989 / 32720990 / 32720991 / 32720992 / 32720993 / 32720994 / 32720995 / 32720996 / 32720997 / 32720998 / 32720999 / 32721000 / 32721001 / 32721002 / 32721003 / 32721004 / 32721005 / 32721006 / 32721007 / 32721008 / 32721009 / 32721010 / 32721011 / 32721012 / 32721013 / 32721014 / 32721015 / 32721016 / 32721017 / 32721018 / 32721019 / 32721020 / 32721021 / 32721022 / 32721023 / 32721024 / 32721025 / 32721026 / 32721027 / 32721028 / 32721029 / 32721030 / 32721031 / 32721032 / 32721033 / 32721034 / 32721035 / 32721036 / 32721037 / 32721038 / 32721039 / 32721040 / 32721041 / 32721042 / 32721043 / 32721044 / 32721045 / 32721046 / 32721047 / 32721048 / 32721049 / 32721050 / 32721051 / 32721052 / 32721053 / 32721054 / 32721055 / 32721056 / 32721057 / 32721058
--

NOME: ISAAC MUNIZ LEAO  
 Idade: 54 ANOS  
 ID: 0110032983 Dt Coleta: 18/08/2018 - 23:23:43  
 NOME: JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/3024  
 Sistema: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 Hospital: 180002010 - 10:35:18 Local: UTIO GERAL



CÓLÉSTEROL		Valor(es) de Referência
Resultado	3,90	mEq/L 0,9 a 3,0
<small>Unidade Hospitalar: 180002010 - 10:35:18            Local: UTIO GERAL</small>		
SÓDIO		Valor(es) de Referência
Resultado	138,00	mEq/L 130 a 145
<small>Unidade Hospitalar: 180002010 - 10:35:18            Local: UTIO GERAL</small>		
CLORETO		Valor(es) de referência
Resultado	100	mmol/L 96 a 106
<small>Unidade Hospitalar: 180002010 - 10:35:18            Local: UTIO GERAL</small>		

HOSPITAL ANTONIO TARGINO SUS  
 HOSPITAL ANTONIO TARGINO SUS  
 HOSPITAL ANTONIO TARGINO SUS  
 HOSPITAL ANTONIO TARGINO SUS



Acesse seus resultados online: [www.labprosangue.com.br](http://www.labprosangue.com.br)

Todos os exames podem ser realizados por métodos: métodos fotométricos, métodos fotométricos, métodos fotométricos e outros. Após os 64, não há tem condições de interpretação.

Ude Centro - Rua Sandra Barbosa, 61, Centro, Fone: 33-3102 3577 / 33535903 Ude Imaculado - Rua Sebastião Canino, 25, Cepim, Fone: 33-3061-0045 / 33150.2507 Ude Prata - Rua Rodrigues Alves, 3049, Prata, Fone: 33-38-88 1741 Ude Cruzeiro - Av. Alexandre Biondo, 1498, Cruzeiro, Fone: 33-3835 9151 Ude Catolé - Av. Regino Caldas, 477, Catolé, Fone: 33-3062-3577 / 33840.7059 Ude Ude Pinheiro - Rua Campos Sales, 4635, José Pinheiro, Fone: 33-55391 1721	Unidade Hospital Antonio Targino - Rua Celmo Gomes, 1001, Fátima, Fone: 33-34384 1161 Unidade Hospital João Sili - Rua João Siqueira, 61, Nova, Fone: 33-9338-4702 / 33092 5291 Unidade Quimadas - Rua João Barbosa, 215, 48, Quimadas, Fone: 33-9745-8092 Unidade Teresopolis - Rua João da Sobrinha, 159, Teresopolis, Fone: 33-336-2287 / 95-5565-119 Unidade Cabanguá - Rua Felício de Seixas de Almeida, 27-0, Fone: 33-95159933
---	---

Nome: ISAAC MUNIZ LEAO  
 Idade: 54 ANOS  
 RA: 0110032942 DI Culsa. 17/09/2016 - 16:14:05  
 Dept: JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/3024  
 Contorno: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 Emissão: 17/09/2016 - 18:30:54 Local: UTI GERAL



**HEMOGRAMA COMPLETO**

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	3,22	milh/mm <sup>3</sup> 3.90 - 5.70
Hemoglobina	10,0	g/dL Adm. Ac. 11,8 - 15,0 M. H. 12,0 - 16,0
Hematócrito	31,9	% 41 - 53 M: 39 - 51
V.C.H.	99,1	u3 80,0 - 97,0
H.C.H.	31,1	u3 26,0 - 37,0
C.H.C.X.	31,3	g/dL 32,0 - 38,0
RDW	10,5	11,0 - 14,5

Série Vermelha: Macrocitose, Normocromia.

**LEUCOGRAMA**

Leucócitos	Valores Encontrados	Valores de Referência
Leucócitos	14000	/mm <sup>3</sup> 3900 - 10000
Neutrófilos	2	296
Segmentados	83	12284
Eosinófilos	1	140
Basófilos	0	0
Linfócitos	8	1164
Linfócitos Atípicos	0	0
Monócitos	6	888

Série Branca: Leucocitose, Neutrofilia.

**PLAQUETAS**

Plaquetas	177000	/mm <sup>3</sup> 140.000 - 400.000
-----------	--------	------------------------------------

Série Plaquetária: Plaquetas normais ao exame de esfregaço.

**PACIENTE ATENDIDO PELO SUS**  
**NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO**  
**CUJAS DESPESAS FORAM**  
**CORRIDAS AO SUS**



Acesse seus resultados online: [www.laborprosangued.com.br](http://www.laborprosangued.com.br)  
 Todos os exames podem ser realizados por meios eletrônicos, e-mail, aplicativos e outros. Espere seu médico interpretar os resultados.

Unidade Centro - Rua Sandoz Barros, 400, J. Centro, Fone: (51) 2102.2577 / 2102.8111  
 Unidade Integração - Rua Selva do Donato, 45, Centro, Fone: (51) 3063.4316 / 91.171.4526  
 Unidade Psala - Rua Assis, s. 245, L. 101, P. 101, Fone: (51) 308184.1700  
 Unidade Criança - Av. Alexandre Barbosa, 1493, Cr. 2500, Fone: (51) 3088.4115  
 Unidade Cataratas - Av. Augusto Palota, 871, L. 100, Fone: (51) 3083.5577 / 98840.5048  
 Unidade José Patrício - Rua Comendador, 400, L. 100, Fone: (51) 30184.1700

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Comendador, 400, Fone: (51) 3083.5577 / 98840.5048  
 Unidade Hospital João XXIII - Rua 4000, Fone: (51) 3083.5577 / 98840.5048  
 Unidade Especializada - Rua João Sardenha, 49, Centro, Fone: (51) 3083.5577 / 98840.5048  
 Unidade Esperança - Rua Imigrantes, 3000, L. 100, Fone: (51) 3083.5577 / 98840.5048  
 Unidade Criança - Rua Filadelfo Sardenha, 100, Fone: (51) 3083.5577 / 98840.5048



Nome: ISAAC MUNIZ LEAO  
 Idade: 64 ANOS  
 RA: 0110032942 DI Colar: 17/08/2018 - 18:14:05  
 O(s): JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/3024  
 Convênio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 Emissão: 17/08/2018 - 18:30:51 Local: UTI GERAL



**GLICEMIA**

Resultado: 109  
 Resultados Referenciais: 70/90/130 (fast)  
 Método: AUTOMAÇÃO (HETACON 517)  
 Substrato: 5040

Valor(es) de referência:  
 mg/dL 70 a 95

**CREATININA**

Resultado: 1,06  
 Resultados Referenciais: 0,6/0,8 (M, F)  
 Método: AUTOMAÇÃO (HETACON 517)  
 Substrato: 5070

Valor(es) de referência:  
 mg/dL Homens: 0,60 a 1,20  
 Mulheres: 0,50 a 0,90

**UREIA**

Resultado: 27  
 Resultados Referenciais: 16/20/30 (M, F)  
 Método: AUTOMAÇÃO (HETACON 517)  
 Substrato: 5080

Valor(es) de referência:  
 mg/dL 10 a 30

**POTÁSSIO**

Resultado: 4,24  
 Método: CLIVADO (OX SENSIVO 108)  
 Substrato: 5090

Valor(es) de referência:  
 mEq/L 3,5 a 5,5

**SÓDIO**

Resultado: 139,20  
 Método: CLIVADO (OX SENSIVO 108)  
 Substrato: 5090

Valor(es) de referência:  
 mEq/L 135 a 145

**CLORETO**

Resultado: 95  
 Método: CLIVADO (OX SENSIVO 108)  
 Substrato: 5090

Valor(es) de referência:  
 mmol/L 90 a 105

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 COM DEBÊTO DO FORAM  
 ENTREGADO AO SUS



LABORATÓRIO PROSANGUE  
 Rua São João, 545 - Centro, Curitiba, PR - CEP: 81.513-000

Acesse seus resultados online: [www.labprosangue.com.br](http://www.labprosangue.com.br)

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e de dieta. Para os seus médicos, forneça condições de interações.

- Unidade Centro - Rua São João, 545, Centro, Fone: 81 3102.5577 / 3859.9130
- Unidade Imigrantes - Rua São João, 545, Centro, Fone: 81 3065.4046 / 99158.2500
- Unidade Pádua - Rua Boqueirão, 1049, Pádua, Fone: 81 3618.1741
- Unidade Graças - Av. Antônio Carlos, 1623, Graças, Fone: 81 3853.8151
- Unidade Caspary - Av. Antônio Carlos, 873, Caspary, Fone: 81 3053.4577 / 3859.9038
- Unidade José Pinheiro - Rua Leônidas Sales, 4630, José Pinheiro, Fone: 81 3618.1730
- Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Eduardo Guare, 545, Carandá, Fone: 81 3014.164
- Unidade Hospital José Kall - Rua N. D. Loretto, 50, Ponta Grossa, Fone: 81 3618.4785 / 38185.1730
- Unidade Quadrantes - Rua João Brícola, 140, Curitiba, Fone: 81 3043.6251
- Unidade Esperança - R. do Padre Américo, 159, Curitiba, Fone: 81 3851.2327 / 3859.9038
- Unidade Caduquema - Rua Feliciano Vereluz, 100, Lapa, Fone: 81 3618.3133



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	ISAAC MUNIZ LEÃO
DATA DO EXAME:	15/08/2016

### ULTRASSONOGRÁFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

#### METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

#### ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.

Sinais de transposição total das vísceras abdominais e do ápice cardíaco (situs inversus).

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas.

Dr. Diogo Araujo da Freitas  
Médico Radiologista  
CRM-PB: 7195

RECIBO DE ENTREGA DE CÓPIA  
NOME DO PACIENTE: ISAAC MUNIZ LEÃO  
NOME DO MÉDICO: DR. DIOGO ARAUJO DA FREITAS  
DATA: 15/08/2016  
HORARIO: 14:30

RECEBIDO  
18 MAI 2016  
GRUPO SINGULAR  
SANTAPPE

PACIENTE MATRADO PELA SUS  
NO PROCEL/PROCEL PEDIATRIA  
CUIDAR E EVITAR O USO  
DE MEDICAMENTOS

RESERVA  
R.M. 1508  
RADIOLÓGICA  
MEDICINA  
DATA 15 / 08 / 16

CONTROLE=FRATURA DE COLUMNA LOMBAR COM CISTERNOSTOMIA

INICIAL=FRATURA DE COLUMNA LOMBAR

LAUDO RADIOLOGICO

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180501255**

Nome do(a) Examinado(a): **ISAAC MUNIZ LEO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R DOS JUAZEIROS, 109 - MALVINAS - Campina Grande - PB - CEP 58432-590**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PE** ] **2.522.045**

Data e local do acidente: [ **15/08/2016** ] **QUEIMADAS**

Data e local do exame: [ **11/04/2019** ] **Campina Grande** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURA DE COLUNA LOMBAR**

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM EDEMA, SEM DEFORMIDADES**

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[  ] Sim [  ] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-CARRO, NO DIA 15/08/2016; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO O TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURA DE COLUNA LOMBAR. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 20/08/2016. NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL, NÃO APRESENTA REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO.**

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[  ] Sim [  ] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_ dias

( X ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

\_\_\_\_\_  
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

\_\_\_\_\_  
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

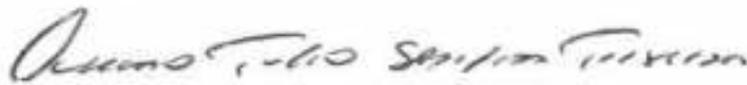
Região Corporal (Sequela):

\_\_\_\_\_  
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

\_\_\_\_\_  
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **3180501255** CPF da vítima: **305.010.594-15** Nome completo da vítima: **Isaac Muniz Leao**

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

Nome completo: **Isaac Muniz Leao** CPF: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: **Rua dos Juazeiros** Número: **109** Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: **Malumas** Cidade: **CAMPINA GRANDE** Estado: **PB** CEP: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**RENDA MENSAL:**  
 RECURSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine e uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todas as bancas)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: **00041** **013** CONTA: **00428756** **3** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, comprometendo-me a apresentar o laudo médico 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, mediante que esta autorização não se grifará prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ou direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Esou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, 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 variação ou ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **CAMPINA GRANDE 25/12/18**  
Nome: **ISAAC MUNIZ LEAO**  
CPF: **305.010.594-15**  
Assinatura de quem assina A ROGO: **ISAAC MUNIZ LEAO**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**  
1ª | Nome: **Leônidas Alves da Silva Junior**  
CPF: **089.594.034-58**  
Assinatura: **Leônidas Alves da Silva Junior**  
2ª | Nome: **Elize Maria Real dos Santos**  
CPF: **052.426.624-18**  
Assinatura: **Elize Maria Real dos Santos**

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizado, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar lida ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



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

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios):** Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

**SAC (para dúvidas e reclamações):** 0800 022 8189

**SAC (para deficientes auditivos e de fala):** 0800 022 12 06

**Ouvidoria:** 0800 021 91 35

**INSTRUÇÕES IMPORTANTES:**

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, \*nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu)
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou incapacitados com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada conjuntamente pelo representante legal
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

RECEBUEIRO

16 JAN 2013

SEGURO DE VIDA  
LIDER SEGUROS S.A.  
RUA ...





RECEBIDO  
16 JAN 2019  
CEN. DE INVEST. CIENTÍFICAS  
ESTADÍSTICAS





# CAGEPA

COMPANHIA DE AGUA E ESGOTO DA PARAIBA  
Rua Felício Carne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.045-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRICULA
11765585
REFERENCIA
OUT/2018

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

SAAC MUNIZ LEAO  
RUA DOS JUAZEIROS, 109 - MALVINAS CAMPINA GRANDE  
PB 58432-590

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	

11765585	000	1	0	0	0	
----------	-----	---	---	---	---	--

Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Agua	Situação Esgoto
------------	--------------------	-------------	---------------	-----------------

1077091990	11-10-2007	INT. LAZAR LUIZ DA	EM USO	EM USO
------------	------------	--------------------	--------	--------

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M <sup>3</sup> )	DATA DE LEITURA		
877	877	4	31	22/11/2018	
MEDI. CONSUM. ANOR. LEIT.		QUANT. AGUA ANEXO 2º PORY	05/2017 MS.		
SET/2018	4	30	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
AGO/2018	4	30	TURBIDZ	178	177
JUL/2018	4	30	CLORO	178	177
JUN/2018	4	30	COL. TERMOT	0	0
MAI/2018	4	30	CON	55	153
ABR/2018	4	30	COL. TOTALS	178	178
MEDIA(N)	4		DADOS REFERENTES A: AGO/2018		

DATA DA IMPRESSÃO: 20/10/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 07:24:40

DESCRIÇÃO *	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	4 M <sup>3</sup>	37,91
CONSUMO DE AGUA		
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	4 M <sup>3</sup>	31,33
CONSUMO DE ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 24,12

VENCIMENTO: 03/11/2018

**Total a Pagar: R\$ 68,24**

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MEDIA DO MÊS (TIPO DE TARIFA: 1)

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFANCIA E PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"

CAGEPA	MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	11765585	OUT/2018	03/11/2018	R\$ 68,24



RECEBIDO

16 JAN 2019

FEI DE CONTABILIDADE

BRUNO A. S. DE M. SILVA





REVUE DE

16 JAN 1977

1977



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180501255

**Cidade:** Campina Grande

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ISAAC MUNIZ LEAO

**Data do acidente:** 15/08/2016

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURA DE COLUNA LOMBAR

**Descrição do exame físico:** PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM EDEMA, SEM DEFORMIDADES. NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL, NÃO APRESENTA REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-CARRO, NO DIA 15/08/2016; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO O TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURA DE COLUNA LOMBAR. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 20/08/2016.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 11/04/2019

### Conduta mantida:

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180501255

**Cidade:** Campina Grande

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ISAAC MUNIZ LEAO

**Data do acidente:** 15/08/2016

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURA DE COLUNA LOMBAR

**Descrição do exame físico:** PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM EDEMA, SEM DEFORMIDADES. NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL, NÃO APRESENTA REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-CARRO, NO DIA 15/08/2016; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO O TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURA DE COLUNA LOMBAR. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 20/08/2016.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 11/04/2019

### Conduta mantida:

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180501255

**Cidade:** Campina Grande

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ISAAC MUNIZ LEAO

**Data do acidente:** 15/08/2016

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 01/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA RAQUIMEDULAR.(PAG 12)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ARTRODESE. ALTA MÉDICA.(PAG 17)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180501255

**Cidade:** Campina Grande

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ISAAC MUNIZ LEAO

**Data do acidente:** 15/08/2016

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 01/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA RAQUIMEDULAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ARTRODESE. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0387550/18

**Número do Sinistro:** 3180501255

**Vítima:** ISAAC MUNIZ LEAO

**CPF:** 305.010.594-15

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 15/08/2016

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ISAAC MUNIZ LEAO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentos de identificação

Outros

### ISAAC MUNIZ LEAO : 305.010.594-15

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019

Nome: ISAAC MUNIZ LEAO

CPF: 305.010.594-15

ISAAC MUNIZ LEAO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019

Nome: SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA

CPF: 441.172.858-31

SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0387550/18

**Número do Sinistro:** 3180501255

**Vítima:** ISAAC MUNIZ LEAO

**CPF:** 305.010.594-15

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 15/08/2016

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ISAAC MUNIZ LEAO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/03/2019

Nome: ISAAC MUNIZ LEAO

CPF: 305.010.594-15

\_\_\_\_\_  
ISAAC MUNIZ LEAO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2019

Nome: SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA

CPF: 441.172.858-31

\_\_\_\_\_  
SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0387550/18

**Vítima:** ISAAC MUNIZ LEAO

**CPF:** 305.010.594-15

**Data do acidente:** 15/08/2016

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ISAAC MUNIZ LEAO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### ISAAC MUNIZ LEAO : 305.010.594-15

Alvará judicial  
Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/10/2018  
Nome: ISAAC MUNIZ LEAO  
CPF: 305.010.594-15

\_\_\_\_\_  
ISAAC MUNIZ LEAO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018  
Nome: SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA  
CPF: 441.172.858-31

\_\_\_\_\_  
SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA