

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](http://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**



---

**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: INTERRUPÇÃO 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





## COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 10857219411

Número do Benefício: 6196198313

Espécie: 31

Número do Requerimento: 174701372

Nome: JACQUELINE MUNIZ LFAO

Endereço: RUA JUAZEIROS, 189, MALVINAS

CEP: 58412590 Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Assunto: Suspensão de Auxílio - Doença

Decisão: 7 - Indeferimento do Pedido

Motivo: Apresentação de incapacidade laborativa

**Fundamentação Legal:** Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 75, 77 e 78 do Decreto nº 5.748, de 16/06/1999; Portaria Ministerial nº 4 de 3/08/2006, artigo 203 da IN DC INSS/PR/05 de 12/06/2007

Foi recebido o seu pedido de Auxílio-Doença apresentado em 07/06/2010 informando que foi rejeitado o devido ao benefício, com o intuito de preservar sua capacidade para o trabalho.

O benefício foi cancelado em 08/06/2010.

No ato administrativo constatou-se a ausência de comprovação da incapacidade, visto ainda se evidenciar a capacidade para o trabalho, pelo que se impõe a extinção do benefício, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 08/06/2010 (data da cessação do benefício), o período de 30 (trinta) dias, V. S. se aplica integralmente.

Permanecendo o Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito apenas para o número 127 da Circular de

Acordamento do INSS, em tela, mediante a presença no local de atendimento providenciado pela Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que caso o requerente em Auxílio-Doença que não tenha se apresentado ao atendimento, poderá ter seu benefício cancelado pelo fato de não estar de acordo com o disposto no art. 77 da Lei nº 8.213/91, com redação dada pela Lei nº 12.733/10.

Em 14 de setembro de 2010.



## INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social - APS - 68 - CAMPINA GRANDE - PERNAMBUCO Endereço: APS - 68 - CAMPINA GRANDE - PERNAMBUCO  
CEP: 58412590 Município: CAMPINA GRANDE UF: PB

**Cartão de Responsabilidade:** Responsável pela emissão desta carta: Art. 17 do Código Penal, pela veracidade do documento apresentado para a solicitação do benefício acima descrito.  
Linha em 14 de setembro de 2010.

Assinatura do Requerente / Representante 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 Muniz Leão  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.588.045 EXPEDIDO POR SSP-PE EM 25/05/95 E  
 CPF (305010567-73) / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
 E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SARAC Muniz Leão, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

1 - 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 Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- 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 revoga-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 SISPDPVAT 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 enriquecem 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 BRADIESCO, 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.

CÓPIA EM DUPLICAÇÃO de 24 de SETEMBRO de 2018  
 LOCAL E DATA

SARAC MUNIZ LEÃO 06.11.2018  
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

RECEBI

GRUPO SEGU -  
 BBMAF

**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.







**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): 15/08/2016 08:10 BR: 104 KM: 549,0  
Município/UF: AROCAZ/MS Tipo de Acidente: Queda de motocicleta/bicicleta Sentido da Via: Decrescente  
Faixa de dia: Dia da Condição da Pista: Seca Restrições da Visibilidade: Inexistente  
Sinalização existente: Vertical/Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Sem Céu  
Houve danos ao patrimônio da União? Não  
Houve solicitação da perícia? Não Data e horário da solicitação:  
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário do

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

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

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

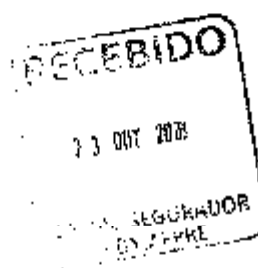
Houve danos ao ambiente? Não

**DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:**

**CONDIÇÃO DA RODOVIA**

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

**TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:**



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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 05/09/2016 08:17:51  
NÚMERO DE CONTROLE: Ar138071d80axld022



**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

**CRÓQUI**

Local Parcialmente Deserto

**LEGENDA:**

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Onibus
- Animal
- Despedaçado
- Caminhão
- Tembarco
- Incêndio
- Local de colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Contato
- Objeto Fixo
- Ponto A
- Ponto B
- Antes de Colisão
- Depois de Colisão
- Volante Ausente
- Reboque/Retenção
- Triângulo de Amoreira
- Veículo de 2 ou 3 eixos
- Marcha à frente
- Patinação ou Derapagem
- Desvio de Colisão

**Camêra Transfere** **Quemada Sire**

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): \_\_\_\_\_

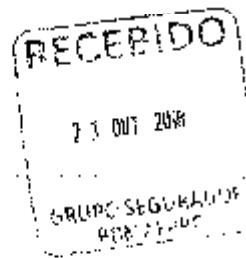
VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

**Narrativa da Ocorrência:**

Conforme averiguações realizadas no local do acidente, em Quilômetros/28, BA 104, KM 149, verificamos através dos vestígios, que V1, placa NQ08723, marca/moodelo, Honda/Log 150 1800 cc, conduzido por JAVIER MOURA LENO JUNIOR, seguia fluxo no sentido descendente da rodovia, quando, para não colidir na 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 INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 05/09/2016 08:17:51  
NÚMERO DE CONTROLE: 8d38c71d89edd022



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

Página 2 de 6





**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:** VINQB-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 **Usava Cinto?** Não **Usava Capacete?** Sim  
**Existe Declaração em Anexo?** Não  
**Transcrição da Declaração:**

**Pertence:**

**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/PB **Motivo:** Socorro  
**Descrição do Encaminhamento:**



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

**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

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

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Gulpe, aros, fixações e comandos não estruturais.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambores, discos, etc.)	2		X	
3	Amortecedores (s) tras. (incluindo fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Elze do garfo dianteiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Elze 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 (travessa e firmeza)	2	X		
13	Tanque de combustível, tampa de tanque e mangueiras.	2		X	
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição - Componentes Estruturais					
A	Coluna de direção e partes sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(s) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassi (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA":		5			

**CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO**

Assinale o tipo de dano que ocorreu ao veículo:

☒ Dano de Pequena Monta: até 10 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.

☐ Dano de Média Monta: entre 10 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.

☐ Dano de Grande Monta: quando o veículo não assinalado nas colunas "SIM" e "NA", ou se não há 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 Avaliado)

RECEBIDO

23 JUL 2016

GRUPO SEGURANÇA  
BBMAPPRE

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 05/08/2016 06:17:51  
NÚMERO DE CONTROLE: 8d38c71d8fdd022



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

OCORRÊNCIA: 83490711  
Comunicação: C2041015  
Encerrada

\* STATUS DA OCORRÊNCIA:

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG 150 TITAN ESD	Placa: NOB-8723
Nome do Agente/Assinatura: REGINALDO DUTRA DE ANDRADE FILHO	Nº BOAT: 83490711
Registro/Matrícula do Agente: 1879912	Data: 15/08/2016 08:10



Fronte



Traseira



Lateral Esquerda



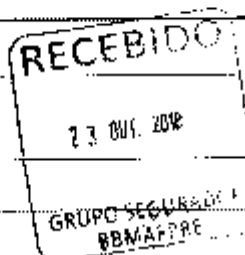
Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 05/08/2016 08:17:51  
NÚMERO DE CONTROLE: R03R071d88ed022

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



Página 4 de 6

## 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 305.010.594-15, 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;

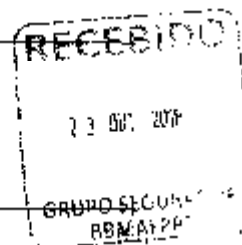
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro  
DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo  
automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a  
análise da minha documentação sem a apresentação do laudo 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



HPS GD1 V031.1/2018



IBRACAMUNIZ LEAD  
RUA TUPACATI, 100 - JARDIM  
CASA 100 - JARDIM TUPACATI, 100 - JARDIM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
RUA MARQUÊS DE SÃO CARLOS, 100 - JARDIM  
CASA 100 - JARDIM MARQUÊS DE SÃO CARLOS, 100 - JARDIM

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 476671-7**

Canal de contato

Apresentação

23/08/2016

Data prevista da próxima leitura

22/09/2016

CPF CNPJ/RAM

3003 355412

Ins. Ex.

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

Anterior

Atual

Constante

Consumo

0806

22/08/16 1-166 29/08/16 4651

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que JOÃO M L  
JOÃO

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

em 02 SEMANAS  
DE 02 SEMANAS  
DIAGNÓSTICO CID T06

Campina Grande, 22 8 / 16

22.08.2016



End: Av. Floriano Peixoto, 4761 - CEP 58452-908 - Valparaíso - 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

1891C M 165

Beats co  
15m - este  
by po. gnetico  
di na  
Quarta de de  
la m - este  
neste para

18 OUT. 2016  
H  
N  
C  
R  
CINQUENTA E OITO ANOS

Data

Médico

RECEB

23 OUT. 2016

GRUPO S  
BBM



HOSPITAL  
ANTONIO TARGINO

O HOSPITAL DO ACIDENTADO  
RUA ELIZABETH OLIVEIRA, 400 - JARDIM BOA VISTA - FONE: 36-3282 FAX: 36-3611  
CAMPINA GRANDE - PB - 57080-000  
RAMPANTONIA

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que, JOSE CARLOS

MARCELO ISIDORO portador da  
carteira profissional Nº 1 esteve

internado nesse nosocômio do 19/08/06 a  
26/08/06, necessitando de 07 (sete) dias

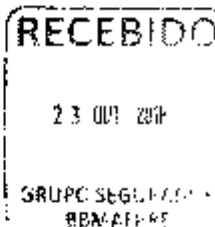
dias de afastamento de suas atividades

de trabalho a partir desta data por  
motivos de doença.

CID: A54

Campina Grande, 26/08/06

[Assinatura]  
Ass. Médico - CRM.



## EVOLUTION

陳其南

[illegible]

Dr. J. J. Thompson

2007-2008

St. Louis, Mo.

RECEBIDO

9 3 007: 207

GROUP SECURITY  
REMARKS



Ficha de Acolhimento

Nome: João Maria José Guimarães  
 End: R. da liberdade 22 Bairro: Alfama  
 Data de Nascimento: 03.10.71 Documento de Identificação: 0305  
 Queixa: caída Data do Atendimento: 15.08.15 Hora: 08:15 Documento:   
 Atividade de trabalho:  ( ) Sim ( ) Não

Classificação de Risco

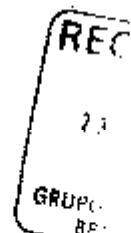
Nível de consciência: ☒ Bom ( ) Regular ( ) Baixo Aspecto: ☒ Calmo ( ) Fúria do cor ( ) Comenta  
 Frequência respiratória: Frequência cardíaca:  
 Pressão arterial: Temperatura axilar:  
 Desagreg. do HGT. Mucosas: ☒ Normocoradas ( ) Palida  
 Deambulação: ☒ Livre ( ) Caída de rotas ( ) Maca

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional





## COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 10837215010

Número do Benefício: 613629957

Espécie: 31

Número da Requerimento: 173701012

Ano S(a): ISAAC MUNIZ LBAO

Endereço: DOS JOAZEIROS,199, MALVINAS

CEP: 58452590 Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Definição no Pedido

Motivo: Cessação da Incapacidade Insuficiente

**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 31/03/2006 artigo 207; Lei Nº 20 INSS/PR-S, de 10/12/2007

Em atenção ao seu pedido de Auxílio Doença, apresentado no dia 20/08/2015, informamos que foi concluído o processo de benefício, em razão do não atendimento da capacidade laboral postulada pelo(a) beneficiário(a) em 20/08/2015.

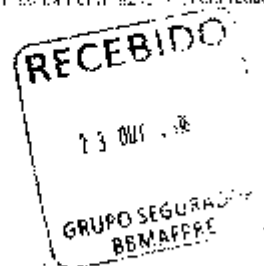
Sendo 13 (treze) dias úteis até a data da Cessação do benefício (10/11/2015), V. S(a) ainda se encontra incapaz, podendo, portanto, requerer novo exame médico pericial mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 10/11/2015 (data da cessação do benefício), 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(a) interessado(a) no Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser lista ligando para o número 135 da 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 partir que não segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, pode ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 4º e 7º do art. 60 da Lei nº 8.213/91, com redação dada pelo art. 1º da Lei nº 12.135/10.

Data: 15 de setembro de 2016



## INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: CAMPINA GRANDE - PERNAMBUCO Endereço AV. CONDOMÍNIO ALVARO CORREIA, 118 - CAMPINA GRANDE  
CEP: 58411-180 Município: CAMPINA GRANDE UF: PB

**Termo de Responsabilidade:** Responsabilidade, sob as penas do Artigo 17 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a seleção do benefício, sob o compromisso  
Ocorrência em 15 de setembro de 2016

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



Assendinscote  
2200441



Reserva/Guia

AMBULATORIO

Data 15/08/2016 Hora 11:51

Paciente  
ISAAC RUIZ LEAO (CM)

Sexo Ext. Civil  
M Casado

Dt Nasc. 21/01/1962

Telefone 2522045

Endereço  
JUAZEIRO DO  
ZOLTO

Num. Complemento  
108

Cidade  
CAMPINA GRANDE

UF  
RJ

90000000

Nome da Mãe  
MARIA DE LOURDES LEAO

Responsável  
ISAAC RUIZ LEAO

Endereço  
JUAZEIRO DO  
ZOLTO

Endereço  
JUAZEIRO DO  
ZOLTO

Cidade  
CAMPINA GRANDE

UF  
RJ

Médico Atendente

1706 LUCIANO H. FERREIRA HO. ANIA (CRM: 2548) (CPF: 2522045)

Médico Acompanhante

1706 LUCIANO H. FERREIRA HO. ANIA (CRM: 2548) (CPF: 2522045)

Procedimento

Origem

Sobor

SCM SECRETARIA EUS

Convênio  
30 SUS

Acomodação

QUINTA - ENFERMARIA - LEITO

Data inq. para alta - 15/08/2016

Data máx. para alta - 18/08/2016

Atendente

60000000

### 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

Alto...: Curado.....: [ ] Melhorado.....: [ ] Inadmitido.....: [ ] Cidada: Médica.....: [ ]  
Piorado.....: [ ] A pedido.....: [X] Indisposição.....: [ ] Clonagem.....: [ ]  
Transferido.....: [ ] Falecimento.....: [ ] Evasão.....: [ ] Obstrução.....: [ ]

Diagnóstico: **TRM**

Internação: **5030013 M 960**

Definitivo...

Histórico:

PACIENTE ATENDIDO PELO CSUS  
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
CSUS DEPENDENTE DE ENFERMIA  
CONVÊNIO 30 SUS

OPORTE PROTESE

RECEBIDO

14 MAR 2016

SEJEC SEGURADOR  
SEMAFOR

Alta - 1

Perm - 2

Transf - 3

Óbito - 4

Rolo X:

[X] Simples

Ud

Entrada

17/08/16

Saida

20/08/16

Motivo

Caract. Trat.

[X] 1 Sangue...: [ ] Rh...: [ ] A [ ] B [ ] AB [ ] O [ ] E [ ] F [ ] G

REDE DE CONTROLE  
REALIZADO EM 19/08/16

CRM 02561

HOSPITAL ANTONIO TARGINO		PREScrição Médica		DIAGNÓSTICO	
NOME	ALIA	SAAC	LEDO	CONDIÇÃO	
15/11					
16/11					
17/11					
18/11					
19/11					
20/11					
21/11					
22/11					
23/11					
24/11					
25/11					
26/11					
27/11					
28/11					
29/11					
30/11					
01/12					
02/12					
03/12					
04/12					
05/12					
06/12					
07/12					
08/12					
09/12					
10/12					
11/12					
12/12					
13/12					
14/12					
15/12					
16/12					
17/12					
18/12					
19/12					
20/12					
21/12					
22/12					
23/12					
24/12					
25/12					
26/12					
27/12					
28/12					
29/12					
30/12					
01/01					
02/01					
03/01					
04/01					
05/01					
06/01					
07/01					
08/01					
09/01					
10/01					
11/01					
12/01					
13/01					
14/01					
15/01					
16/01					
17/01					
18/01					
19/01					
20/01					
21/01					
22/01					
23/01					
24/01					
25/01					
26/01					
27/01					
28/01					
29/01					
30/01					
31/01					
01/02					
02/02					
03/02					
04/02					
05/02					
06/02					
07/02					
08/02					
09/02					
10/02					
11/02					
12/02					
13/02					
14/02					
15/02					
16/02					
17/02					
18/02					
19/02					
20/02					
21/02					
22/02					
23/02					
24/02					
25/02					
26/02					
27/02					
28/02					
29/02					
30/02					
31/02					

1) Paracetamol 500mg  
 2) Paracetamol 500mg  
 3) Paracetamol 500mg  
 4) Paracetamol 500mg  
 5) Paracetamol 500mg  
 6) Paracetamol 500mg  
 7) Paracetamol 500mg  
 8) Paracetamol 500mg  
 9) Paracetamol 500mg  
 10) Paracetamol 500mg  
 11) Paracetamol 500mg  
 12) Paracetamol 500mg  
 13) Paracetamol 500mg  
 14) Paracetamol 500mg  
 15) Paracetamol 500mg  
 16) Paracetamol 500mg  
 17) Paracetamol 500mg  
 18) Paracetamol 500mg  
 19) Paracetamol 500mg  
 20) Paracetamol 500mg  
 21) Paracetamol 500mg  
 22) Paracetamol 500mg  
 23) Paracetamol 500mg  
 24) Paracetamol 500mg  
 25) Paracetamol 500mg  
 26) Paracetamol 500mg  
 27) Paracetamol 500mg  
 28) Paracetamol 500mg  
 29) Paracetamol 500mg  
 30) Paracetamol 500mg  
 31) Paracetamol 500mg  
 32) Paracetamol 500mg  
 33) Paracetamol 500mg  
 34) Paracetamol 500mg  
 35) Paracetamol 500mg  
 36) Paracetamol 500mg  
 37) Paracetamol 500mg  
 38) Paracetamol 500mg  
 39) Paracetamol 500mg  
 40) Paracetamol 500mg  
 41) Paracetamol 500mg  
 42) Paracetamol 500mg  
 43) Paracetamol 500mg  
 44) Paracetamol 500mg  
 45) Paracetamol 500mg  
 46) Paracetamol 500mg  
 47) Paracetamol 500mg  
 48) Paracetamol 500mg  
 49) Paracetamol 500mg  
 50) Paracetamol 500mg  
 51) Paracetamol 500mg  
 52) Paracetamol 500mg  
 53) Paracetamol 500mg  
 54) Paracetamol 500mg  
 55) Paracetamol 500mg  
 56) Paracetamol 500mg  
 57) Paracetamol 500mg  
 58) Paracetamol 500mg  
 59) Paracetamol 500mg  
 60) Paracetamol 500mg  
 61) Paracetamol 500mg  
 62) Paracetamol 500mg  
 63) Paracetamol 500mg  
 64) Paracetamol 500mg  
 65) Paracetamol 500mg  
 66) Paracetamol 500mg  
 67) Paracetamol 500mg  
 68) Paracetamol 500mg  
 69) Paracetamol 500mg  
 70) Paracetamol 500mg  
 71) Paracetamol 500mg  
 72) Paracetamol 500mg  
 73) Paracetamol 500mg  
 74) Paracetamol 500mg  
 75) Paracetamol 500mg  
 76) Paracetamol 500mg  
 77) Paracetamol 500mg  
 78) Paracetamol 500mg  
 79) Paracetamol 500mg  
 80) Paracetamol 500mg  
 81) Paracetamol 500mg  
 82) Paracetamol 500mg  
 83) Paracetamol 500mg  
 84) Paracetamol 500mg  
 85) Paracetamol 500mg  
 86) Paracetamol 500mg  
 87) Paracetamol 500mg  
 88) Paracetamol 500mg  
 89) Paracetamol 500mg  
 90) Paracetamol 500mg  
 91) Paracetamol 500mg  
 92) Paracetamol 500mg  
 93) Paracetamol 500mg  
 94) Paracetamol 500mg  
 95) Paracetamol 500mg  
 96) Paracetamol 500mg  
 97) Paracetamol 500mg  
 98) Paracetamol 500mg  
 99) Paracetamol 500mg  
 100) Paracetamol 500mg

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
<b>HOSPITAL</b> <b>ANTONIO TARGINO</b>		<b>CONVÊNIO:</b> SUS	
<b>NOME:</b> NORA C. LUIZ DE ASSIS		<b>IDADE:</b> 54	
<b>ALIA:</b> D. LUIZ DE ASSIS		<b>MÉDICO:</b> M. LUIZ DE ASSIS	
<b>DATA:</b> 15/08/16		<b>DATA:</b> 16/08/16	
<b>MANHÃ</b> Paciente após 24h do trauma por procedimento cirúrgico, segue em observação da enfermagem.		<b>MANHÃ</b> Paciente assintomática, sem dor, sem náuseas, vômitos, diarreia, febre, etc.	
<b>TARDE</b> Paciente evolui satisfatoriamente, com melhora dos quadros clínicos.		<b>TARDE</b> Paciente evolui satisfatoriamente, com melhora dos quadros clínicos.	
<b>NOME</b> Paciente evolui satisfatoriamente, com melhora dos quadros clínicos.		<b>NOME</b> Paciente evolui satisfatoriamente, com melhora dos quadros clínicos.	

P.A. 150x90 mmHg - 7-36

T. 36,5°C





HOSPITAL ANTONIO TÁRGINE LTDA

# EVOLUÇÃO MÉDICA

27/05/2020

Wieder

Medicine Doctor:

[illegible]

SECRET  
NOFORN  
ORIGINALLY CLASSIFIED BY  
SOS ON 08-29-2006

Fig. 1

Fig. 2

**CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA**  
**EVOLUCAO** DATA: 17/08

DATA: 7, 28, 30

Name: ISAAC MONIZ LOU		Idade: 54
DH:	DECT:	

### Diagnosis

Diagnosis: TRIP A  
LO NRC LAN COUN  
CONNECT OR  
CORR GR for in process

## historia da Moté (cervus)

Resposta do Moço: *Amor, proc do Oromo*  
*Claro e sabe se suporta o*  
*Não. Algodão e em no 2*

antepartais / Parturientes / Medicaciones de uso previo / Internaciones

TYM

In fusile sy

ATB: <i>Urtica x. ju. v. d.</i>	ATB: <i>Urtica x. ju. v. d.</i>
DVA: <i>Urtica x. ju. v. d.</i>	ANALG: <i>Urtica x. ju. v. d.</i>
SED: <i>Urtica x. ju. v. d.</i>	PROFX: <i>Urtica x. ju. v. d.</i>
DIET: <i>Urtica x. ju. v. d.</i>	OUTROS: <i>Urtica x. ju. v. d.</i>

Controluser

FC: 70	PA: 100/60	TEMP: 36.5
DIURESE: 100	DH: 100	EVAC: 100
SAT O2: 95	SECRETÃO: 100	

**Dispositivo:**

Indirizzo VERBA	Data:	2- 2019	Data:
3-	Data:	4- 2019	Data:

સાચી જાણકારી આપવામાં આવે છે.

13AM

### Ventilation Schedules:

Model:	FR: 441P	VG: 9
Box:		SAT. Q: 962

**États froids:**

~~Up to Nov~~  
~~Packings - box~~  
~~Per Box~~  
~~Volume~~ ~~Nov~~  
~~Address~~ ~~per re~~

Solidus  
Hemoglobin c / v c / Form

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED  
DATE 02-08-2004 BY 60322

**CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA  
EVOLUÇÃO**

DATA: 18 / 08 / 16

Nome: ESARÉ MUNIZ LOPES Idade:             
D.H.:            DIET: 0-2

**Diagnósticos:**

P.O. ATENDIDO DO COLUNA  
LAMINECTOMIA / DESCOMPRESSÃO  
CONDIÇÃO DO EXT. LIGAMENTOS

**História da Moléstia Atual:**

Acidente mecânico com fraturas claviculares  
regulares, consolidação, consciência, agitação  
espontânea

**Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Internações**

T.M.

**Infusões:**

ATB: <u>EUFONAX 0-2</u>	ATB: <u>-</u>
DVA: <u>-</u>	ANALG: <u>+</u>
SED: <u>-</u>	PROFXS: <u>+</u>
DIETA: <u>PRIMIO 10 DVA/10</u>	OUTROS: <u>+</u>

**Controles:**

PC: <u>15</u>	PA: <u>110 x 70</u>	TEMP: <u>36,3</u>
DIURESE: <u>Suficiente</u>	BH: <u>-</u>	EVAC: <u>-</u>
SAT O <sub>2</sub> : <u>98%</u>	SECREÇÃO: <u>-</u>	

**Dispositivos:**

1- <u>Blindado Unico</u>	Data: <u>2- SVD</u>	Data: <u>          </u>
3- <u>          </u>	Data: <u>          </u>	Data: <u>          </u>

**Respiração espontânea:** ☒

**Ventilação mecânica:**

Modo: <u>          </u>	FR: <u>          </u>	VC: <u>          </u>
PIO: <u>          </u>		SAT O <sub>2</sub> : <u>          </u>

**Exame Físico:**

RCV: 20 x 20 x 27 cm  
PM: 50 kg  
PO: 20 x 20

*Nota: Citar a Sina Sinal  
Módulo: Citar a Sina Sinal  
Intensidade: Citar a Sina Sinal*

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA  
EVOLUÇÃO

DATA: 21.08.16

Nome: Isaac menezes Idade: 58  
DIH: 3.08.16 DI CTI: 3.08.16

Diagnósticos:

Do aparelho respiratório + Fístula Urinária

História da Doença Atual:

Paciente admitido em estado geral  
ruim, com sinais de desidratação, febre  
com antecedente de infecção urinária.

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Internações

Infusões:

ATB:	<u>upmiron</u>	ATB:	
DIÁL:		ANALG:	<u>par</u>
SED:		PROFX:	<u>par</u>
INETA:	<u>orl</u>	OUTROS:	

Controles:

FC:	<u>77</u>	PA:	<u>140x70</u>	TEMP:	<u>36,5°C</u>
DIURESE:	<u>2350ml</u>	PH:	<u>7,35</u>	EVAC:	
SAT O <sub>2</sub> :	<u>93%</u>	SECREÇÃO:			

Dispositivos:

1- <u>cateter urinário</u>	Data:	2- <u>vd</u>	Data:
3- <u>vd</u>	Data:	4- <u>vd</u>	Data:

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
NO HOSPITAL JOSEDO TÁRSIS  
CUI 11111111111111111111

Respiração espontânea:

☒ Sim

Ventilação Máscara:	FR:	VC:	<u>1000</u>
Modo:		SAT O <sub>2</sub> :	
PiO <sub>2</sub> :			

Exame Físico:

paciente com 77 anos, masculino  
de cor branca, com sinais de desidratação  
com febre, tosse, expectoração  
com sinais de desidratação

vd: cateter urinário

20/08/16

Olta

CLÁUDIO



[illegible]

EXCELENTE ATENDIMENTO PELO SUS  
- CLASSE SOCIAL BAIXA E PARCEIRO  
COMO COOPERADO DA FOSAM  
- COBRANÇAS AO SUS

PACIENTE	ISAC MUNIZ LEÃO	LEITO	B	IDADE/SEXO	MÉDICO: Dr. FÁBIO LLEMENTINO
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	CT			
18.08.16	01. DIETA BRANDA HIPOSSÓDICA	CT			Paciente evolui atendido, magro, com sinais de desidratação, sem sinais de infecção.
	02. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA	CT			Atualizado, monitorizado, expulso, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção.
	03. O2 CONT SOB CATETER 3 l/min	CT			Atualizado, monitorizado, expulso, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção.
	04. SRI 500ml IV 8 x 8 h	CT			Atualizado, monitorizado, expulso, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção.
	06. SF A 0,9% 500ml IV 8 x 8 h	CT			Atualizado, monitorizado, expulso, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção.
	06. DECADRON 4mg IV 6 x 6 h	CT			Atualizado, monitorizado, expulso, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção.
	07. ITAMAL 100mg + SF 100ml IV 8 x 8 h	CT			Atualizado, monitorizado, expulso, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção.
	08. BAKTIDONA 50mg IV 12 x 12 h	CT			Atualizado, monitorizado, expulso, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção.
	09. FLASUL IV SN	CT			Atualizado, monitorizado, expulso, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção.
	10. DIPRONA 200 IV SN	CT			Atualizado, monitorizado, expulso, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção.
	11. CEFTRIAXONA 1g IV 12 x 12 h (DU=17/8)	CT			Atualizado, monitorizado, expulso, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção.
	12. CAPTOPRIL 25mg SL SN	CT			Atualizado, monitorizado, expulso, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção.
	13. FISIOTERAPIA MOTORA	CT			Atualizado, monitorizado, expulso, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção.
	14. DECUBITO BAIXO	CT			Atualizado, monitorizado, expulso, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção.
	15. SINAIS VITAIS DE 4 x 4 h	CT			Atualizado, monitorizado, expulso, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção.
	16. CUIDADOS GERAIS DEUTI	CT			Atualizado, monitorizado, expulso, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção.

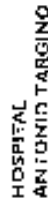
COPIA 66, UNPUBBLICATA  
CIENTI, RAPPRESENTAZIONE  
CON VOLUNTARI DI  
DO MUSEI

[illegible]

PACIENTE	ISAAC MUNIZ LEÃO	LEITO	S	IDADE: 54	MÉDICO: DR. GILNEY PORTO
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA				
19.08.16	01. DIETA BRANDA HIPOSSÓDICA	CT	08	16	Paciente evolui satisfatoriamente com tratamento em andamento, sem novos sinais e sintomas, melhora da tosse, ausência de febre e de dor torácica, melhora da dispnéia, melhora da saturação de oxigênio, melhora da hemodinâmica, melhora da diurese, melhora da função renal, melhora da função hepática, melhora da função pulmonar, melhora da função cardíaca, melhora da função endócrina, melhora da função imunológica, melhora da função neurológica, melhora da função dermatológica, melhora da função hematológica, melhora da função osteomuscular, melhora da função sensorial, melhora da função motora, melhora da função integrativa, melhora da função adaptativa, melhora da função homeostática, melhora da função de defesa, melhora da função de reparação, melhora da função de crescimento, melhora da função de desenvolvimento, melhora da função de envelhecimento, melhora da função de morte.
	02. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA	CT			
	03. U2 LUNT SOB CATETER 3 l/colic	CT			
	04. SRI 500ml IV 8 X 8 h	CT			
	05. SF A 0.9% 500ml IV 8 X 8 h	CT			
	06. DECAFRON 4mg IV 6 X 6 h	CT			
	07. TRAMAL 100mg + SF 100ml IV 8 X 8 h	CT			
	08. RANITIDINA 50mg IV 12 X 12 h	CT			
	09. FLASIL IV 3N	CT			
	10. DIPRONA 2CC IV SN	CT			
DIA 02	11. CEFTRIAXONA 1g IV 12 X 12 h (DM=17/8)	CT			
	12. CAPTOPRIL 25mg SI SN	CT			
	13. FISIOTERAPIA MOTORA	CT			
	14. DECUBITO BAIXO	CT			
	15. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT			
	16. CUIDADOS GERAIS DE UTI	CT			
	17. Ambulatório 5mg IV 12 X 12 h	CT			
	18. glicerol 100mg IV 12 X 12 h	CT			

COBRANÇA AO SUS  
QUANTO DEBITADO  
PACIENTE EM ALTA  
EM 19/08/2016  
VALOR R\$ 1.000,00  
TOTAL R\$ 1.000,00

Paciente evolui satisfatoriamente com tratamento em andamento, sem novos sinais e sintomas, melhora da tosse, ausência de febre e de dor torácica, melhora da dispnéia, melhora da saturação de oxigênio, melhora da hemodinâmica, melhora da diurese, melhora da função renal, melhora da função hepática, melhora da função pulmonar, melhora da função cardíaca, melhora da função endócrina, melhora da função imunológica, melhora da função neurológica, melhora da função dermatológica, melhora da função hematológica, melhora da função osteomuscular, melhora da função sensorial, melhora da função motora, melhora da função integrativa, melhora da função adaptativa, melhora da função homeostática, melhora da função de defesa, melhora da função de reparação, melhora da função de crescimento, melhora da função de desenvolvimento, melhora da função de envelhecimento, melhora da função de morte.

HOSPITAL  
AMUNID TARGINO

SUS  
SEU  
PACIENTE ATENDIDO PELO  
NO EXISTIA NENHUM FORAM  
SUAS LINGUAGENS AO SUS  
CONSIDERADAS AO SUS



# THE OCEANOGRAPH

Idade: 59 Médico (DS): 0

Idade: 59 Médico (DS): 0

[illegible]

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

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

Médico (DR): \_\_\_\_\_

Data	Evolução	Data	Evolução
19.08	Paciente com EGR, acordado, consciente e orientado. HEM (CA) e Cabelo na cor. Exame em AB-SQ: 92% a 100% AM. TMB: MV + ALA. CO + tor + alve + Respira (3x15). <i>Guilherme Vitor Marcelino</i> <i>PROFESSOR</i> <i>CRÉDITO 141531F</i>	19.08.13	BAIXA SURTIDA DO LITO. 20. EXERCÍCIO DE ATIVIDADE FÍSICA
		20.08.13	PA. EGR, acordado, consciente
		21.08	VALA A. AM MV 9 e AL. 20.
			Respirar (5x10)
19.08.16	Paciente com EGR, acordado, consciente, orientado	20.08.16	PA. Resisto ao Lito - 50% de
14.15	do, com queixa de apneia. VETOR, expirado, com 02. 22: MV + ALA, 20% de EGR. 22: MV + ALA, 20% de EGR. 22: MV + ALA, 20% de EGR.		surto. 20. 20% de ALA. 20% de EGR.
	<i>Mayara D. Belmaira</i> <i>FISIOTERAPISTA</i> <i>CRÉDITO 141531F</i>		
19.08.16	Paciente, imobilizado quando chegou ao hospital.		
	do. Paciente imobilizado em Lito. <i>Mayara D. Belmaira</i> <i>FISIOTERAPISTA</i> <i>CRÉDITO 141531F</i>		
20.08.16	Paciente com EGR, acordado e orientado.		
20.08.16	com Lito. 20% de ALA. 20% de EGR. 20% de ALA. 20% de EGR. 20% de ALA. 20% de EGR.		
	<i>Mayara D. Belmaira</i> <i>FISIOTERAPISTA</i> <i>CRÉDITO 141531F</i>		



Nome do Paciente

EVOLUÇÃO

Matrícula

Nome do Paciente: 1000 Nuviz Telcos Idade: 54A Matrícula: 54A

DATA	EVOLUÇÃO	DATA	EVOLUÇÃO
<u>20/08</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>21/08</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>22/08</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>23/08</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>24/08</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>25/08</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>26/08</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>27/08</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>28/08</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>29/08</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>30/08</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>31/08</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>01/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>02/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>03/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>04/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>05/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>06/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>07/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>08/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>09/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>10/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>11/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>12/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>13/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>14/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>15/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>16/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>17/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>18/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>19/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>20/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>21/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>22/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>23/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>24/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>25/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>26/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>27/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>28/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>29/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>30/09</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>01/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>02/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>03/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>04/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>05/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>06/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>07/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>08/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>09/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>10/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>11/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>12/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>13/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>14/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>15/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>16/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>17/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>18/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>19/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>20/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>21/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>22/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>23/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>24/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>25/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>26/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>27/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>28/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>29/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>30/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>31/10</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>01/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>02/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>03/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>04/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>05/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>06/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>07/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>08/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>09/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>10/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>11/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>12/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>13/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>14/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>15/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>16/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>17/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>18/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>19/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>20/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>21/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>22/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>23/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>24/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>25/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>26/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>27/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>28/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>29/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>30/11</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>01/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>02/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>03/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>04/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>05/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>06/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>07/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>08/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>09/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>10/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>11/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>12/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>13/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>14/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>15/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>16/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>17/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>18/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>19/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>20/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>21/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>22/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>23/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>24/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>25/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>26/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>27/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>28/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>29/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>30/12</u>	<u>Atendimento</u>		
<u>31/12</u>	<u>Atendimento</u>		

Assinatura do Médico

Assinatura do Médico





DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME DO PACIENTE: Isone Mendes Leal  
 Nº DO PRONATÁRIO: \_\_\_\_\_ Nº DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_  
 DATA DA OPERAÇÃO: 17/8/16 ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_  
 OPERADOR: A. de Moraes Leal  
 1º AUXILIAR: A. de Moraes Leal 2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
 3º AUXILIAR: A. de Moraes Leal INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
 ANESTESISTA: A. de Moraes Leal TIPO DE ANESTESIA: Local  
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Tratamento cirúrgico  
 TIPO DE OPERAÇÃO: Artroscopia de joelho  
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Artroscopia de joelho  
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: Artroscopia de joelho  
 EXAME RADIOLOGICO NO ALC: Artroscopia de joelho  
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

YSA GRACIE VENTURA DE A. E. TÉCNICA LIGADOURAS DRENAGEM SUTURA MTC EMPREGADO ASPECTO

- 1) Artroscopia de joelho
- 2) Artroscopia de joelho
- 3) Artroscopia de joelho
- 4) Artroscopia de joelho
- 5) Artroscopia de joelho
- 6) Artroscopia de joelho

Dr. Rafael R. Almeida  
Cirurgião



HOSPITAL

ANTONIO TARGINO

NOTA DE SALA  
CENTRO CIRÚRGICO

033915

PACIENTE: ISAC MUNIZ LLOD

CONVÊNIO: SUS

DATA: 17.08.16

CIRURGIÃO: Dr. RAFAEL

AUXILIAR: M: M. DOS NAGNA

ANESTESISTA: M: ISABELA

CIRCULANTE: CRISTOVAN

CIRURGIA: *transcurencia de um defeito de um furo de sutura por via posterior*

FESTIVAL LÍQUIDA

M. CAROL

M. CAROL

M. CAROL

HORÁRIO: INÍCIO: 09.00 FIM: 11.00

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1880	ÁGUA DESTILADA	01
2010	RANITIDINA	01
2070	ATROPINA	03
2070	DIPIRONA	03
70181	PROSTIGMINE	03
2062	NETOCLOTRANOL	01
3961	KEROLINA	01
4266	GARAROCINA	01
5304	DEXAMETASONA	01
5398	HEPARINA	01
5910	ARAMIN	01
5959	AMINOFILINA	01
70071	TRANSAMIN	02
70033	NAUSEBON	01
70572	TILATIL 40mg	01
5360	HEMORROICITONA	01
5339	FINEXEGAN	01
2048	EUROXENIDA	01
0458	CEFALOTILINA 1g	01
70238	QUELICIM	01
1872	ADREVALINA	01
5673	DOPAMINA	01
2003	CLORETO DE SÓDIO	01
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	01
2046	QUECOSB 50mg	01
1987	CEFTIAZANONA	01
70375	SOLU-MEDROL 50mg	01
1903	BICARBONATO DE SÓDIO	01
2084	GLUCONATO DE CÁLCIO	01
403792	TORADOL	01
4825	UNICLORENACO SÓDICO	01
COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
73220	TRAXIAL	01
46850	RENDEBARBITAL	01
8088	DIPYMAX 10mg	01
7074	DIMORE 0.1mg	01
8026	DIMORE 1.0mg	01
7002	DIOLANTINA	01
8669	RUDANTAL	01
40856	DORMONID	01
9061	XETALAR	01
70254	ALFENTANILA	01
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
126333	NIUMBUM	01
2116	PANCHIRON	01
82031	PROPOFOL	01
3642	FENTANIL	01
70548	TRACER	01
8634	ISALOTANO	01
128872	SEVOLANO	01
2780	ISOFLURANO	01
9056	TIOPENTAL	01
2100	NEOCAINA 0.5% CV	01
70759	NEOCAINA 0.5% SV	01
7024	NILPERIDOL	01
3222	ETOMIDATO	01

COD.	MATERIAL	QUANT.
4091	LIDOCAINA GELADA	02
2339	LIDOCAINA 2% SV	01
2011	LIDOCAINA 2% CV	01
1395	NEOCAINA PENADA	01
COD.	MATERIAL	QUANT.
	AGULHA BARQUI	01
	DISSOLVEDOR	01
	DISSOLVEDOR	01
	AGULHA PLUMMER	01
	AGULHA DESCARTAVEL	01
	ESCALA DESCARTAVEL	01
	COMPRESSAS	01
	CATEIRA PNEUMÁTICA	01
2356	BOLSA COLOSTOMIA	01
138096	CATEIRA OXIGÊNIO	01
13181	COLETOR URINA PEGTADO	01
17884	COLETOR URINA ABERTO	01
10197	ELETRODO	01
2885	EQUIPO MACROGOTAS	01
2837	EQUIPO MICROGOTAS	01
69783	MICROPORE LARGO	01
13379	MICROPORE FINO	01
	ALCOOL 70%	01
	LÂMINA BISTURI	01
	DISSOLVEDOR	01
12389	ALGODÃO HIDRÓFILO	01
9123	ALGODÃO ORTOPÉDICO	01
	ATAJURA CESSANT	01
3700	SERINGA DE 0.5cc	01
3688	SERINGA DE 1cc	01
3719	SERINGA DE 0.5cc	01
3697	SERINGA DE 1cc	01
341797	SERINGA DE 0.5cc (Dica Larga)	01
3736	SERINGA DE 0.5cc	01
	SCALPS N°	01
	SONDA FOLEY N°	01
4081	TORNEIRA DE VIAS	01
	SONDA MELATON	01
	SONDA RETAL	01
2615	ESPALMADO	01
3465	INTRA-CATH	01
70027	ETIA GLICEMIA	01
60717	CILETE	01
	LURO ENDOTRAQUEAL	01
	ATADURA CRIPOM N°	01
	GRUPO N°	01
40138	LEVANTIS	01
3521	LEVANTIS	01
140870	LEVANTIS	01
	SONDA NEG	01
3425	GELUOLAN	01
2800	GAZES	01
3549	LAVA PROCEDIMENTO	01
2467	QUE CONDUTOR	01
53937	SURGICEL	01
	CANULA TRAQUEOSTOMIA	01

COD.	MATERIAL	QUANT.
	ACIFLEX N°	01
	MONOCRYL N°	01
	CHOMADO SIA N°	01
	CHOMADO CIA N°	01
	MONOCRYL N°	01
	PROFENE N°	01
	ALGODÃO CIA N°	01
	ALGODÃO SIA N°	01
3360	FITA CARDIACA	01
COD.	SOMEDICA	QUANT.
14237	ALCOOL 70%	01
2631	ETER	01
3681	PVP TÓPICO	01
3003	PVP DEGERMANTE	01
2330	ÁGUA OXIGENADA	01
4111	VASELINA	01
14003	CILOREXIDINA	01
COD.	GÁS HOSPITAL	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	01
	OXIGÊNIO	01
	OXÍDO NITROSO	01
	VACUO	01
	NITROGÊNIO	01
	APARELHOS	01
	BISTURI ELÉTRICO	01
	CAPNOGRAFO	01
	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	01
	MONITOR CARDIAC	01
	OXÍMETRO DE PULSO	01
	ASPIRADOR ELÉTRICO	01
COD.	MARCA	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	01
	SORO GLUCOSADO 500ml	01
	SORO SÉRICO 500ml	01
	BISOLCEL	01
	MANITOOL	01
COD.	MATERIAL	QUANT.
	21 Anis Amarelo 10.0	01
	01 21 Anis 10.0	01
	02 21 Anis 10.0	01
	03 21 Anis 10.0	01
	04 21 Anis 10.0	01
	05 21 Anis 10.0	01
	06 21 Anis 10.0	01
	07 21 Anis 10.0	01
	08 21 Anis 10.0	01
	09 21 Anis 10.0	01
	10 21 Anis 10.0	01
	11 21 Anis 10.0	01
	12 21 Anis 10.0	01
	13 21 Anis 10.0	01
	14 21 Anis 10.0	01
	15 21 Anis 10.0	01
	16 21 Anis 10.0	01
	17 21 Anis 10.0	01
	18 21 Anis 10.0	01
	19 21 Anis 10.0	01
	20 21 Anis 10.0	01
	21 21 Anis 10.0	01
	22 21 Anis 10.0	01
	23 21 Anis 10.0	01
	24 21 Anis 10.0	01
	25 21 Anis 10.0	01
	26 21 Anis 10.0	01
	27 21 Anis 10.0	01
	28 21 Anis 10.0	01
	29 21 Anis 10.0	01
	30 21 Anis 10.0	01
	31 21 Anis 10.0	01
	32 21 Anis 10.0	01
	33 21 Anis 10.0	01
	34 21 Anis 10.0	01
	35 21 Anis 10.0	01
	36 21 Anis 10.0	01
	37 21 Anis 10.0	01
	38 21 Anis 10.0	01
	39 21 Anis 10.0	01
	40 21 Anis 10.0	01
	41 21 Anis 10.0	01
	42 21 Anis 10.0	01
	43 21 Anis 10.0	01
	44 21 Anis 10.0	01
	45 21 Anis 10.0	01
	46 21 Anis 10.0	01
	47 21 Anis 10.0	01
	48 21 Anis 10.0	01
	49 21 Anis 10.0	01
	50 21 Anis 10.0	01
	51 21 Anis 10.0	01
	52 21 Anis 10.0	01
	53 21 Anis 10.0	01
	54 21 Anis 10.0	01
	55 21 Anis 10.0	01
	56 21 Anis 10.0	01
	57 21 Anis 10.0	01
	58 21 Anis 10.0	01
	59 21 Anis 10.0	01
	60 21 Anis 10.0	01
	61 21 Anis 10.0	01
	62 21 Anis 10.0	01
	63 21 Anis 10.0	01
	64 21 Anis 10.0	01
	65 21 Anis 10.0	01
	66 21 Anis 10.0	01
	67 21 Anis 10.0	01
	68 21 Anis 10.0	01
	69 21 Anis 10.0	01
	70 21 Anis 10.0	01
	71 21 Anis 10.0	01
	72 21 Anis 10.0	01
	73 21 Anis 10.0	01
	74 21 Anis 10.0	01
	75 21 Anis 10.0	01
	76 21 Anis 10.0	01
	77 21 Anis 10.0	01
	78 21 Anis 10.0	01
	79 21 Anis 10.0	01
	80 21 Anis 10.0	01
	81 21 Anis 10.0	01
	82 21 Anis 10.0	01
	83 21 Anis 10.0	01
	84 21 Anis 10.0	01
	85 21 Anis 10.0	01
	86 21 Anis 10.0	01
	87 21 Anis 10.0	01
	88 21 Anis 10.0	01
	89 21 Anis 10.0	01
	90 21 Anis 10.0	01
	91 21 Anis 10.0	01
	92 21 Anis 10.0	01
	93 21 Anis 10.0	01
	94 21 Anis 10.0	01
	95 21 Anis 10.0	01
	96 21 Anis 10.0	01
	97 21 Anis 10.0	01
	98 21 Anis 10.0	01
	99 21 Anis 10.0	01
	100 21 Anis 10.0	01





**HOSPITAL**  
**ANTONIO TARGINO**  
O HOSPITAL DO ACIDENTADO  
RUA LUIZ VITÓRIA N.º 42 - JARDIM GUARATUZA - JARDIM DA PAZ - 13.111-112  
FONE: 065-222.22.22 - FAX: 065-222.22.22

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado, \_\_\_\_\_  
responsável pelo paciente \_\_\_\_\_  
da plena autorização aos médicos deste nosocômio que o atendem, para levarem a cabo  
o tratamento de sua enfermidade e realizarem investigações que julgarem necessárias ao  
diagnóstico do bem (mal), bem como se comprometem a submeter-se a todas as disposições  
para confidias no regulamento do hospital.

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

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

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

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

Responsável pelo paciente \_\_\_\_\_  
Certifico que deu ao Hospital Antonio Targino Ltda., carta e poderes dos médicos deste  
nosocômio, assumindo inteira responsabilidade por sua atitude.

Campo Grande, 20 de 08 de 1966

*de Francisco Antonio Targino*  
Assinatura

**TESTEMUNHA:**

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

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
A INTENSIDADE TARGINO  
CUIAS DEBEM FORAM  
CORRIGIDAS AO SUS

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



### HEMOGRAMA COMPLETO

HEMATOGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	4,59	milh/mm <sup>3</sup> 4.00 - 5.00
Hemoglobina	12,8	g/dL Homens: 13,5 - 16,5 Mulheres: 12,0 - 15,5
Hematócrito	35,6	% 40 - 50
V.C.M.	87,0	fL 80 - 100
H.C.M.	31,3	pg 26 - 32
C.H.C.M.	36,0	g/dL 32 - 36
RDW	11,0	% 11,6 - 14,8

Série Vermelha: Normocítica e Normocromica.

### LEUCOGRAMA

Leucócitos	10900	/mm <sup>3</sup> 4000 - 10000
Neutrófilos	0	40 - 70
Linfócitos	87	40 - 60
Eosinófilos	0	1 - 5
Basófilos	0	0 - 2
Monócitos	9	2 - 10
Linfócitos atípicos	0	0 - 1
Monócitos	1	2 - 10

Série Branca: Neutrofilose.

PLAQUETAS	172000	/mm <sup>3</sup> 150.000 - 450.000
-----------	--------	------------------------------------

Série Plaquetária: Normal no exame do esfregaço

EXAME LABORATORIAL REALIZADO EM  
 LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

PROTEÇÃO RESERVA DO SUS  
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 CUIAS REAIS DO FORAM  
 CORRADAS AO SUS



Assinatura e autenticação online: [www.labprosangue.com.br](http://www.labprosangue.com.br)

Nota: Os exames podem ser influenciados por medicamentos, estresse físico, lab, patologias e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretar.

Unidade Clínica - Rua Augusta, 100 - São Paulo - SP - 01305-000 - Fone: 011 3063 4040 / 95126 2500	Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Germano Botelho, 340 - Campinas - SP - 13060-970 - Fone: 011 3093 7000 / 3093 7001
Unidade Clínica - Rua Augusta, 100 - São Paulo - SP - 01305-000 - Fone: 011 3063 4040 / 95126 2500	Unidade Hospital João de Deus - Rua São Francisco, 81 - São Paulo - SP - 01305-000 - Fone: 011 3093 7000 / 3093 7001
Unidade Clínica - Rua Augusta, 100 - São Paulo - SP - 01305-000 - Fone: 011 3063 4040 / 95126 2500	Unidade Hospital São João - Rua São João, 100 - São Paulo - SP - 01305-000 - Fone: 011 3093 7000 / 3093 7001
Unidade Clínica - Rua Augusta, 100 - São Paulo - SP - 01305-000 - Fone: 011 3063 4040 / 95126 2500	Unidade Hospital São João - Rua São João, 100 - São Paulo - SP - 01305-000 - Fone: 011 3093 7000 / 3093 7001
Unidade Clínica - Rua Augusta, 100 - São Paulo - SP - 01305-000 - Fone: 011 3063 4040 / 95126 2500	Unidade Hospital São João - Rua São João, 100 - São Paulo - SP - 01305-000 - Fone: 011 3093 7000 / 3093 7001

CONTROLE DE QUALIDADE

CONTEC

CONTEC

SUS

Origem: ISAAC MUNIZ LEAO  
 Idade: 54 ANOS  
 RA: D110032728 Dt Coleta: 16/08/2016 - 22:28:36  
 Data: LUCIANO FERREIRA DE HOLANDA/2946  
 Convenio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 Emissão: 16/08/2016 - 07:04:09 Local: CIRURGICA



# GLICEMIA

Resultado ..... 127

Unidade: mg/dL (Glicemia em g/dL)  
 Referência: 80-130

Valor(es) de referência

mg/dL 80 x 130

# CREATININA

Resultado ..... 0,95

Unidade: mg/dL (Creatinina em g/dL)  
 Referência: 0,6-1,3

Valor(es) de referência

mg/dL Homens : 0,60 x 1,30  
 Mulheres : 0,50 x 1,30

# UREIA

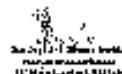
Resultado ..... 22

Unidade: mg/dL (Ureia em g/dL)  
 Referência: 10-30

Valor(es) de referência

mg/dL 10 x 30

NÃO É COBRADO PELO SUS  
 O PACIENTE ANTONIO TARGINO  
 CUJAS EXAMES FORAM  
 COBRADOS AO SUS



Verifique seus resultados online: [www.labprosanguetchn.br](http://www.labprosanguetchn.br)

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, doenças fisiológicas, patologias e outras. Exames sem médico não são conclusivos.

Laboratório - Rua Santa Bárbara, 65, Centro, Fone: 33 21 11 / 33 21 11  
 Laboratório - Rua Getúlio Vargas, 10, Centro, Fone: 33 21 11 / 33 21 11  
 Laboratório - Rua Santa Bárbara, 1048, Praia, Fone: 33 21 11 / 33 21 11  
 Laboratório - Rua Santa Bárbara, 1048, Praia, Fone: 33 21 11 / 33 21 11  
 Laboratório - Rua Santa Bárbara, 1048, Praia, Fone: 33 21 11 / 33 21 11  
 Laboratório - Rua Santa Bárbara, 1048, Praia, Fone: 33 21 11 / 33 21 11  
 Laboratório - Rua Santa Bárbara, 1048, Praia, Fone: 33 21 11 / 33 21 11

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Celso de Vasconcelos, 105, Centro, Fone: 33 21 11 / 33 21 11  
 Unidade Hospital João XXIII - Rua Maria Regina, 83, Praia, Fone: 33 21 11 / 33 21 11  
 Unidade Quilômetro - Rua João Vitorino Silva, 45, Centro, Fone: 33 21 11 / 33 21 11  
 Unidade Esperança - Rua Fernando Costa, 185, Centro, Fone: 33 21 11 / 33 21 11  
 Unidade Campesina - Rua Felicidade, 17, Fone: 33 21 11 / 33 21 11

CONTROLE DE QUALIDADE - 2005



(usu): ISAAC MUNIZ LEAO  
 idade: 54 ANOS  
 A.: 0110033051 UL Colein: 19/09/2016 - 22:54:26  
 (usu): GILNEY PORTOM6542  
 (usu): SUS - HOSPITAL ANTONIO TARDINO  
 (usu): 19/09/2016 - 09:03:01 Local: U/I GERAL



### HEMOGRAMA COMPLETO

EXATACIDADE	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	2,39	mlh/mm <sup>3</sup> 3.30 a 5.70
Hemoglobina	7,9	g/dL Homens: 13.5 a 17.0 Mulheres: 12.0 a 15.0
Hematócrito	21,9	% H: 41 a 55 M: 35 a 47
V.C.M.	94,9	fL 80.0 - 100.0
H.C.M.	30,6	pg 26.0 - 32.0
C.H.C.M.	36,1	g/dL 32.0 - 36.0
RDW	11,4	% 11.0 - 14.0
Série Vermelha:	Normocitose - Normocromia.	

LEUCOCITÓCITOS	/mm <sup>3</sup>	Valores de Referência
Leucócitos	10700	4000 - 10000
Neutrófilos	0	40-60
Segmentados	00	1-5
Eosinófilos	1	0-5
Bazófilos	0	20-30
Linfócitos	13	20-40
Linfócitos atípicos	0	0-1
Monócitos	6	2-10
Série Branca:	Leucócitos morfológicamente conservados.	

PLAQUETAS	150000	/mm <sup>3</sup> 140.000 - 400.000
Série Plaquetária:	Plaquetas normais no exame de esfregaço.	

Acesso aos resultados online: [www.prosangue.com.br](http://www.prosangue.com.br)  
 Todos os exames podem ser influenciados por medicações, doenças infecciosas, protólicas e outras. Após o seu médico em condições de interpretar.

Rede Centro - Rua Santa Rosa, 61, Centro, Fone: (11) 409-5577 / 58553-9125  
 Rede Integração - Rua Sete de Abril, 21, Centro, Fone: (11) 3263-4045 / 58158-2506  
 Rede Prox - Rua Rodrigues Alves, 1043, Foz de Iguaçu, Fone: (11) 33081-741  
 Rede Christus - Av. Aquino, 500, Foz de Iguaçu, Fone: (11) 33081-741  
 Rede Fátima - Rua Vergílio Caffo, 277, Centro, Fone: (11) 33081-741  
 Rede São Paulo - Rua Carlos Gomes, 200, Foz de Iguaçu, Fone: (11) 33081-741  
 Unidade Hospital Antônio Tardino - Rua Osório, 349, Centro, Fone: (11) 33081-741  
 Unidade Hospital João XXIII - Rua Vitorino, 11, Foz de Iguaçu, Fone: (11) 33081-741  
 Unidade Quilombos - Rua João Barbosa, 143, Foz de Iguaçu, Fone: (11) 33081-741  
 Unidade Esportiva - Rua Antônio Carlos, 143, Foz de Iguaçu, Fone: (11) 33081-741  
 Unidade Cotopaxi - Rua Felício, 143, Foz de Iguaçu, Fone: (11) 33081-741



N: ISAAC MUNIZ LEAO  
 Id: 64 ANOS  
 C: 0110033081 Di Coleto: 19/08/2016 - 22:54:28  
 (a): GILNEY PORTO R54Z  
 Invenio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 Abaco: 19/08/2016 - 09:08:01 Local: UTI GERAL



# GLICEMIA

Resultado 99  
 Resultado Anterior: 15/08/16 08:00:00 100/16/08/16 1127  
 Unidade: ANATOMIA (HISTÓRIA 517)  
 Método: GMD

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

# CREATININA

Resultado 0,90  
 Resultado Anterior: 10/08/16 00:54:17 04/16 11,06; 16/08/16 10,35  
 Unidade: ANATOMIA (HISTÓRIA 910)  
 Método: GMD

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

# UREIA

Resultado 31  
 Resultado Anterior: 15/08/16 08:00:00 20/16/08/16 27/16/08/16 021  
 Unidade: ANATOMIA (HISTÓRIA 517)  
 Método: GMD

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

# POTÁSSIO

Resultado 3,80  
 Resultado Anterior: 10/08/16 00:54:17 04/16 11,24  
 Unidade: ANATOMIA (HISTÓRIA 517)  
 Método: GMD

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

# SÓDIO

Resultado 135,00  
 Resultado Anterior: 10/08/16 00:54:17 04/16 11,24  
 Unidade: ANATOMIA (HISTÓRIA 517)  
 Método: GMD

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

# CLORETO

Resultado 105  
 Resultado Anterior: 10/08/16 00:54:17 04/16 11,24  
 Unidade: ANATOMIA (HISTÓRIA 517)  
 Método: GMD

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

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

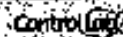


Acesse e consulte resultados online: [www.labprosangued.com.br](http://www.labprosangued.com.br)

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, psicológicos e outros. Por isso, seu médico tem condições de interpretar.

São Carlos - Rua Santa Bárbara, 61, Centro, Fone: 0371-3577-0988/0145  
 São João del-Rei - Rua São João del-Rei, 25, Centro, Fone: 0371-3577-0988/0145  
 São Paulo - Rua Rodrigues Alves, 1042, Prta. Fone: 0371-3577-0988/0145  
 São Paulo - Av. Almeida Prado, 1493, Cj. Fone: 0371-3577-0988/0145  
 São Paulo - Av. Vitor O Costa, 577, Cj. Fone: 0371-3577-0988/0145  
 São Paulo - Av. Paulista, 1508, Cj. Fone: 0371-3577-0988/0145

LABORATÓRIO DE QUALIDADE







**PROSANGUE**  
diagnostico

HEMATOGRAMA		Valores Encontrados		Valores de Referência	
Hemácias	3,03	milh/mm <sup>3</sup>	3,40 a 5,20		
Hemoglobina	9,1	g/dL	12,0 a 16,0		
Hematócrito	26,6	%	37,0 a 47,0		
V.C.M.	87,8	fL	80,0 a 100,0		
Coeficiente de Variação	30,0	%	12,0 a 14,0		
H.C.M.	34,2	g/dL	32,0 a 36,0		
Coeficiente de Saturação	12,1	%	11,0 a 14,0		
R.D.W.					
Série Vermelha:	Normocitose. Normocromia.				
LEUCOGRAMA					
Leucócitos	12900	/mm <sup>3</sup>	5000 a 10000		
Bastonetes	2	%	0-2		
Segmentados	78	%	46-64		
Eosinófilos	1	%	1-5		
Basófilos	0	%	0-2		
Linfócitos	11	%	20-35		
Linfócitos atípicos	0	%	0-1		
Monócitos	8	%	2-10		
Série Branca:	Leucocitose. Neutrofilia.				
PLAQUETAS	230000	/mm <sup>3</sup>	140.000 a 400.000		
Série Plaquetária:	Plaquetas normais ao exame de esfregaço.				



Para mais informações sobre o curso, acesse o site: [www.1000professores.com.br](http://www.1000professores.com.br)

Unidade São José - Rua Santa Antonina, 61 - Caixa Postal 2102, 95777-088, 91135  
Unidade Itapiranga - Rua Senador Dória, 21 - Caixa Postal 83 2051, 4048 - 56 - 91200  
Unidade 1049 - Rua dos Iguais N.º 1049, Ponta Fria, Fone: 351.78.64, 1741  
Unidade Caminho do Rio Branco - Rua 200, 1191, Grunheira, Fone: 83.90.33.50, 5151  
Unidade Lapa - Av. Vinício Colares, 272, Curitiba, Fone: 31.1113.2571 e 31.60.30.88  
Unidade José Pichero - Rua Camargo Sales, 40311, José Pinheiro, Fone: 31.93.82.174



**PROSANGUE**  
diagnóstico

diq xó-hi-a

Valor(es) de referência  
mg/dL TC 0-59

Valor (as) de referência:	
mg/dL	Homens : 2,60 a 3,30 Mulheres: 0,80 a 3,40

Valor (mg/dL)	de referência
100	100

Valor (ps)	de Referência
mg/L	3,0 a 5,5

Valores de referência:  
mEq/L 138 a 145

Valores de referência	
mmol/L:	30 a 136

[illegible]

Dr. J. H. Black, Jr.  
1000 N. 1st St.  
St. Paul, Minn. 55102



Todos os valores podem ser influenciados por métodos diferentes, incluindo: frequência, seleção, outliers e outros. Outros métodos podem ser usados para analisar os

[illegible]

1998년 12월 10일

١٠٠٠

Control Log

Nome: ISAAC MUNIZ LEAO  
 Idade: 54 ANOS  
 Nº: 04100322883 Dt. Coleta: 18/08/2018 - 23:23:43  
 End: 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
Hemoglobina	8,8	g/dL 13,0 - 17,0
Hematócrito	26,0	% 41 - 55
V.C.M.	90,0	fL 80,0 - 100,0
H.C.M.	30,4	pg 27,0 - 34,0
C.H.C.M.	33,8	g/dL 32,0 - 36,0
RDW	9,9	% 11,0 - 14,0
Correção Vaginalha:	Normocitose, Normocromia.	

### LEUCOGRAMA

Leucócitos	13400	/mm <sup>3</sup> 7800 - 11000
Bastonetes	2	268
Segmentados	85	11390
Eosinófilos	1	134
Basófilos	0	0
Linfócitos	8	1072
Linfócitos atípicos	0	0
Monócitos	4	536

Série Branca: Leucocitose, Neutrofilia.

PLAQUETAS	103000	/mm <sup>3</sup> 150.000 - 400.000
-----------	--------	------------------------------------

Série Plaquetária: Plaquetas normais ao exame de esfregaço.

Preenchido em 08/08/2018  
 Preenchido em 08/08/2018

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

Hospital Antônio Targino  
 Rua Antônio Targino, 150  
 CEP: 85.000-000



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

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estresse, doenças, patologias e outros. Consulte seu médico para condições de interpretação.

Laboratório - Rua Santa Helena, 611, Curitiba, Fone: (41) 3277-9533/9533-1155 Laboratório - Rua Venâncio Jurek, 25, Curitiba, Fone: (41) 3039-4048 / 3039-5330 Laboratório - Rua dos Ingleses Alti, 1940, Ponta Grossa, Fone: (41) 3195-1541 Laboratório - Rua Alameda da Saúde, 1402, Curitiba, Fone: (41) 3300-3117 Laboratório - Rua Alameda da Saúde, 1402, Curitiba, Fone: (41) 3300-3117 Laboratório - Rua Alameda da Saúde, 1402, Curitiba, Fone: (41) 3300-3117	Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Antônio Targino, 150, Curitiba, Fone: (41) 3277-9533 Unidade Hospital ABC - Rua João da Rocha, 25, Ponta Grossa, Fone: (41) 3277-9533 Unidade Quilômetro - Rua João da Rocha, 25, Ponta Grossa, Fone: (41) 3277-9533 Unidade Esperança - Rua Antônio Targino, 150, Curitiba, Fone: (41) 3277-9533 Unidade Curitiba - Rua Alameda da Saúde, 1402, Curitiba, Fone: (41) 3277-9533
--	--

Hospital Antônio Targino  
 Rua Antônio Targino, 150  
 CEP: 85.000-000





**PROSANGUE**  
diagnóstico

diagnostico

Valor(es) de referência

mg/dL 70 to 95

**Author's address:** School of Management, University of Technology Sydney,  
New South Wales, Australia

Valores de referência

mg/dL	Homeostasis :	0,50 ± 1,3%
	Numbering :	0,50 ± 0,1%

Printed at Government Press, Madras, India.

No. 1097-1968

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>

... 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678,

[illegible]

3. O uso de 600 mg/m<sup>2</sup>/1,73m<sup>2</sup> de filgrastim como fator na equação de G-CSF (1997).

4. O uso de filgrastim (G-CSF) a o maior percentual da função renal, com consequentemente um abajxo de 600 mg/m<sup>2</sup>/1,73m<sup>2</sup> não reduzirá o risco de doença renal crônica.

5. O uso de filgrastim de filtragem glomerular deve ser usada com uma dose adequada de heparinas, considerando morbidades mais leves e menos frequentes. Filtrações de nível sérico de creatinina a não de medicação de heparinas na diálise do doente, tem extensiva são deve ser realizada a partir de medicação.

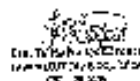
1. *Journal of the American Medical Association*. 2008;294:2412-23.

Valor(es) de referência

mg/dL 10 to 20

$$s = \frac{1}{2} \left( \frac{1}{\sqrt{1 - \beta^2}} - 1 \right) \approx \frac{1}{2} (1 + \beta^2 - 1) = \frac{1}{2} \beta^2 = \frac{1}{2} \left( \frac{v}{c} \right)^2 = \frac{1}{2} \left( \frac{100}{300} \right)^2 = \frac{1}{9} \approx 0.11$$
[illegible]

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
NO HOSPITAL 142 - NO URGINO  
CUJAS DTS E AMB FORAM  
CORRADAS POR SUS



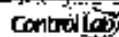
Access our results on-line: [www.lapras.org/06.2007.htm](http://www.lapras.org/06.2007.htm)

Todas as citações foram influenciadas por medicamentos, doenças fisiológicas, patologias e outras. Então seu médico foi: condições de internação, la-

[illegible]

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Domínio Guará, 545, Curitiba - PR 81531-142  
Unidade Hospital João Nery - Rua Pádua Pereira, 23, Ponta Grossa - PR 84030-775  
Unidade Orla Marins - Rua João Nery Silva, 43, Curitiba - PR 81531-101  
Unidade Esperança - Rua Marquês Eschsché, 159, Curitiba - PR 81531-117  
Unidade Colônia - Rua João Nery Silva, 43, Curitiba - PR 81531-101

CONTROLE DE QUALIDADE - GEPG

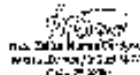


NOME: ISAAC MUNIZ LEAO  
 Idade: 54 ANOS  
 ID: 0110032983 Dt Coleta: 18/08/2018 - 23:23:43  
 NOME: JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/3024  
 Local: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 Impresso: 18/08/2018 - 10:35:18 Local: UTIO GERAL



POTÁSSIO		Valor(es) de Referência	
Resultado	3,90	mEq/L	3,5 a 5,5
Unidade: Hospital Antônio Targino (HAT)			
Unidade: Hospital Antônio Targino (HAT)			
SÓDIO		Valor(es) de Referência	
Resultado	138,00	mEq/L	130 a 145
Unidade: Hospital Antônio Targino (HAT)			
Unidade: Hospital Antônio Targino (HAT)			
CLORETO		Valor(es) de Referência	
Resultado	100	mmol/L	96 a 106
Unidade: Hospital Antônio Targino (HAT)			
Unidade: Hospital Antônio Targino (HAT)			

HOSPITAL ANTONIO TARGINO SUS  
 Rua João de Deus, 1000  
 CEP: 13.130-000 - JARACATIQUÊ - SP  
 Fone: (13) 3333-1111



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

Todos os exames podem ser interpretados por meio de exames laboratoriais, patológicos e clínicos. Após os 64, não há mais condições de interpretação.

Unidade Centro - Rua São João Barbosena, 61, Centro, Fone: (13) 3333-1111 / 3333-1112	Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 100, Jaracatiquê, Fone: (13) 3333-1111
Unidade Imigrantes - Rua Sebastião Gouveia, 25, Centro, Fone: (13) 3333-1111 / 3333-1112	Unidade Hospital João de Deus - Rua João de Deus, 1000, Jaracatiquê, Fone: (13) 3333-1111
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1040, Prata, Fone: (13) 3333-1111	Unidade Quimimul - Rua João de Deus, 1000, Jaracatiquê, Fone: (13) 3333-1111
Unidade Cruzília - Av. Antônio Biondo, 1498, Cruzília, Fone: (13) 3333-1111	Unidade Targino - Rua João de Deus, 1000, Jaracatiquê, Fone: (13) 3333-1111
Unidade Catanduva - Av. Engenheiro Celso, 477, Catanduva, Fone: (13) 3333-1111 / 3333-1112	Unidade Cataguá - Rua Fernando de Albuquerque, 27-A, Cataguá, Fone: (13) 3333-1111
Unidade Pinhalão - Rua Campos Sales, 4635, Jd. P. Pinhalão, Fone: (13) 3333-1111	

CONTROLE DE QUALIDADE - CONQ



Nome: ISAAC MUNIZ LEO  
 Idade: 54 ANOS  
 RA: 0110032942 DI Culsa. 17/08/2016 - 16:14:05  
 Dept: JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/3024  
 Contato: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 Emissão: 17/08/2016 - 18:30:54 Local: UTI GERAL



### HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	3,22	milh/mm <sup>3</sup> 3.90 - 5.10
Hemoglobina	10,0	g/dL Adm. 11.5 - 15.5 Mulheres: 12.0 - 15.5
Hematócrito	31,9	% 41 a 53 M: 39 a 47
V.C.M.	99,1	fL 80.0 - 100.0
H.C.M.	31,1	% 26.0 - 32.0
C.H.C.M.	31,3	g/dL 32.0 - 36.0
RDW	10,5	% 11.0 - 14.5

Série Vermelha: Macrocitose, Normocromia.

### LEUCOGRAMA

Leucócitos	14000	/mm <sup>3</sup> 3900 - 10000
Estronetas	2	256
Segmentados	83	12284
Eosinófilos	1	140
Basófilos	0	0
Linfócitos	8	1104
Linfócitos Atípicos	0	0
Monócitos	6	888

Série Branca: Leucocitose, Neutrofilia.

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

Série Plaquetária: Plaquetas normais ao exame de esfregaço.

Valores referidos em TELA 00  
 Somatório das Células Totais

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

Este documento  
 contém informações  
 confidenciais



Assine seus resultados online: [www.idoprosangue.com.br](http://www.idoprosangue.com.br)

Todos os exames podem ser realizados por medicamentos, testes de diagnóstico, patologias e outras. Exames são realizados em condições de infraestrutura.

Unidade Centro - Rua São João, 100, Centro, Fone: 3333.3333 / 3333.3333  
 Unidade Integração - Rua São João, 100, Centro, Fone: 3333.3333 / 3333.3333  
 Unidade Saúde - Rua São João, 100, Centro, Fone: 3333.3333 / 3333.3333  
 Unidade Emergência - Rua São João, 100, Centro, Fone: 3333.3333 / 3333.3333  
 Unidade Diagnóstico - Rua São João, 100, Centro, Fone: 3333.3333 / 3333.3333  
 Unidade Cirurgia - Rua São João, 100, Centro, Fone: 3333.3333 / 3333.3333  
 Unidade Radiologia - Rua São João, 100, Centro, Fone: 3333.3333 / 3333.3333  
 Unidade Laboratório - Rua São João, 100, Centro, Fone: 3333.3333 / 3333.3333

EQUIPAMENTO DE QUALIDADE  
 CERTIFICADO POR OMS







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

### ULTRASSONOGRAFIA 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 Araújo da Freitas  
Médico Radiologista  
CRM-PB: 7195

RECIBO DE ENTREGA DE EXAME  
15/08/2016 10:00:00  
15/08/2016 10:00:00  
15/08/2016 10:00:00



RECEIVED

[illegible]

DATE 15 / 08 / 16

CONFIDENTIAL-REVALUATION OF COLUMBIA LABOR COM CTS03SSIMTSE

INITIAL=FRATURA DE COTULNA TOMBARE

**သောတာပတ္တိဖလ် အကျော်**

**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 LEAO**

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 sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ☐ ] Sim [ ☒ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (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

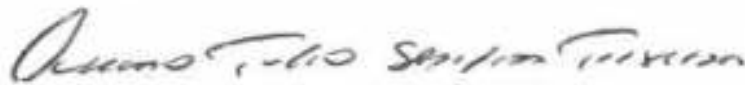
Região Corporal (Sequela):

% 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: **305.010.594-15**  
Profissão: **Advogado** Endereço: **Rua dos Juazeiros** Número: **109** Complemento:   
Bairro: **Malvinas** Cidade: **CAMPINA GRANDE** Estado: **PB** CEP: **57000-000**  
E-mail:  Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO 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 (Todos os bancos)  
Nome do BANCO:

AGÊNCIA: **0041** **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 acima adido, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, comprometendo-me, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, mediante que esta autorização não é grifada prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ou direito de contestá-la, caso discorda 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 às pessoas que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a anulação do 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  
1º Nome: **Leandro Alves do S. Junior**  
CPF: **089.594.034-58**  
**Leandro Alves do S. Junior**  
Assinatura  
2º Nome: **Elvize Maria Raul dos Santos**  
CPF: **052.426.624-18**  
**Elvize Maria Raul dos Santos**  
Assinatura

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

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, 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.seguradorallider.com.br](http://www.seguradorallider.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:

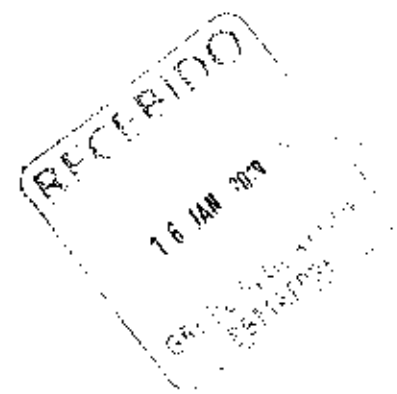
1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, \*nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu)
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou com incapacidade 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 por cada beneficiário.

RECEBIMOS

16 JAN. 2013

ASSISTENTE LEGAL  
NOME: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_











# CAGEPA

COMPANHIA DE AGUA E ESGOTO DA PARAIBA  
Rua Felício Carne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO	
MATRÍCULA	
11765585	
REFERÊNCIA	
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 Água	Situação Esgoto		
1077091990	11-10-2007	INT. LACR. LIGADA	LIGADO			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	DATA DE LEITURA			
877	877	4	31 22/11/2018			
LISI. CORR./ANOR. LEIT.		QUANT. AGUA ANEXO 2º PORT	05/2017 M3.			
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. TOTALIS	178	178	
MEDIA(M)	4		DADOS REFERENTES A: AGO/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 20/10-2018	HORA DA IMPRESSÃO: 07:14:40
DESCRICAO *	CONSUMO TOTAL(R\$)
AGUA	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	4 M3 37,91
CONSUMO DE AGUA	
ESGOTO	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	4 M3 34,33
CONSUMO DE ESGOTO	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS PIS e COFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 03/11/2018

Total a Pagar: R\$ 68,24



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DE FATURAMENTO: MEDIA DO HODRESE TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFANCIA E PERDIDA, NAO TEM JOGO GANHADO"



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11765585	OUT/2018	03/11/2018	R\$ 68,24



RECEBIDO

16 JAN 2019

FEI DE ANÁLISE

28/01/2019





REVISED

16 JAN 1972

✓ 100%



# 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# 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