

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

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190063359

Vítima: ADEILSON DE SOUZA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADEILSON DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190063359

Vítima: ADEILSON DE SOUZA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADEILSON DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190063359

Vítima: ADEILSON DE SOUZA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ADEILSON DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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. 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, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190063359

Vítima: ADEILSON DE SOUZA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ADEILSON DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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. 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, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190063359 **Vítima: ADEILSON DE SOUZA**
Data do Acidente: 22/11/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADEILSON DE SOUZA

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

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ADEILSON DE SOUZA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000000374

Conta: 0000029300-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

| | | |
|--|--|--|
| Nº do sinistro ou ASL: 313006359 | CPF da vítima: 033.222.867-38 | Nome completo da vítima: ADEILSON DE SOUZA |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | |
| Nome completo: ADEILSON DE SOUZA | Endereço: RUA PROFESSOR MARIA AUGUSTA MENONIKA | CPF: 033.222.867-38 |
| Profissão: PORTEIRO | Cidade: CAMPINA GRANDE PB | Número: 70 |
| Bairro: MALVINAS | Estado: CEP 58433-238 | Complemento: CASA |
| E-mail: | Tel.(DDD): (83) 98733-1642 | |

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

| | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) | Nome do BANCO: BANCO ITAÚ |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | |
| AGÊNCIA: 0374 | AGÊNCIA: 0374 |
| CONTA: 29300 9 | CONTA: 29300 9 |
| (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) |

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------------------|--|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente | <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima: | | | |
| Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | | | | |
| Vítima teve filhos? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Se tinha filhos, informar quantos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Vítima deixou pais/avós vivos? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Vivos: | Falecidos: | | | | | | | | |

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Jaci 1º enobar 25/02/2019**

Nome: **Adeilson De Souza**
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Adeilson De Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: **25 FEV. 2019**

Assinatura: **LIDER AGENTES CORRETORA DE SEGUROS**

Exclusivo
J1PZ**Cliente**

Nome (sem abreviação)

ADEILSON DE SOUZA

Bem-vindo ao Itaú. É uma grande satisfação ter você como cliente.

Recebemos a Proposta de Abertura da Conta Universal Itaú, de Contratação de Serviços - PF e de Pacote de Serviços; assim que for aceita, você será comunicado e passará a ter acesso à Conta Universal Itaú e aos serviços a ela vinculados.

Na Proposta de Abertura da Conta, você solicitou a contratação dos seguintes serviços:

Cartão Provisório Itaú

 Sim Não

Entrega de Cheques em Domicílio

 Sim Não

Adiantamento a Depositantes (AD)

 Sim Não

LIS - Limite Itaú para Saque

 Sim Não

Seguro LIS Itaú

 Sim Não

Cartão de Crédito Itaucard: MULTIPLO

 Sim Não

Serviço de Avaliação Emergencial de Crédito

 Sim Não

Cartão de Débito Itaú

 Sim Não

Seguro Cartão Protegido (Múltiplo e/ou Débito)

 Sim Não

Aplicações e Resgates Automáticos (Aplic. Aut. Mais Itaú)

 Sim Não

Fatura Digital

 Sim Não

Pacote de Serviços - () não solicitou - (x) solicitou Pacote Padronizado II

com mensalidade de R\$ 20,75. Para conhecer os serviços incluídos neste pacote, consulte a

Tabela Geral de Tarifas, disponível nas agências ou no site www.itau.com.br.

Cartão 1º titular - () não solicitou - (x) solicitou MULTIPLO MASTERCARD

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 08 vezes sem juros, com vencimento todo dia 18 de cada mês. Cartão Internacional total R\$ 183,00. Cartão Básico R\$ 72,00.

Cartão 2º titular - (x) não solicitou - () solicitou

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em _____ vezes sem juros, com vencimento todo dia _____ de cada mês. Cartão Internacional total R\$ 183,00. Cartão Básico R\$ 72,00.

Cartão adicional - (x) não solicitou () solicitou _____; O cartão pagará 50% da anuidade cobrada do respectivo titular.

Cartão de Crédito: Para cartões com a mecânica 2.0, caso você não pague o valor total da fatura e não contrate um Parcelamento ou Financiamento da Fatura até o vencimento, haverá cobrança de juros sobre: (i) o saldo remanescente a partir do vencimento da fatura; (ii) novas compras a partir de sua realização; e (iii) parcelas de compras parceladas sem juros a partir do lançamento na fatura. O pagamento, a qualquer momento, do saldo em aberto da fatura vigente evitará a incidência de juros sobre novas compras e parcelas, a partir deste pagamento. Compras e parcelas lançadas quando havia saldo em aberto terão incidência de juros até o próximo vencimento. Para entendimento da mecânica do cartão Itaucard 2.0 e demais tarifas acesse itau.com.br/cartoes. O contrato será enviado para você via SMS e também estará disponível para consulta e download a qualquer momento no site do Itaú. A anuidade é cobrada no uso do cartão múltiplo ou no desbloqueio do cartão de crédito, conforme valor vigente em tarifário.

Extrato mensal Consolidado: disponível para consulta no Itaú 30 Horas via Internet. O recebimento do Extrato Mensal Consolidado via correios pode ser solicitado pelo Itaú 30 horas via Internet, pelo Caixa Eletrônico ou pela Agência, após a abertura e está sujeito à tarifação conforme Tabela Geral de Tarifas.

Plano de Vantagens Itaú: (x) Não Aderiu () Aderiu

Atenção: Ao aderir ao Plano, você deixará de contar com quaisquer Isenções, condições especiais ou preços diferenciados de pacotes de tarifas e outros serviços, incluindo aqueles decorrentes do volume dos seus investimentos ou negociações do Itaú com o seu empregador. Consulte os critérios, as condições específicas e os benefícios do seu Plano no Regulamento disponível nas agências ou no site. Os produtos e serviços solicitados poderão estar sujeitos à cobrança de tarifas conforme Tabela Geral de Tarifas, encargos e prêmios de seguro, conforme indicado anteriormente na Proposta de Abertura de Conta.

A qualquer momento você poderá procurar uma agência ou o SAC para cancelar os produtos e serviços contratados. Verifique sempre as condições e as consequências do cancelamento.

Lembre-se que as Condições Gerais da Conta Universal Itaú e dos Serviços, bem como a Tabela Geral de Tarifas, estão disponíveis nas agências e no itau.com.br. Feito para você.

Consultas, informações e transações, acesse itau.com.br ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 4828 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais, ligue para o SAC: 0800 728 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, conte a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722, todos os dias, 24 horas por dia.



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:
313006359

CPF da vítima:

033.222.867-38

Nome completo da vítima:

ADEILSON DE SOUZA

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

Nome completo:

ADEILSON DE SOUZA

CPF:

033.222.867-38

Profissão:

PORTEIRO

Endereço:

RUA PROFESSOR MARIA AUGUSTA MENONIKA

Número:

70

Bairro:

MALVINAS

Cidade:

CAMPINA GRANDE

Estado:

PB

CEP:

58433-238

E-mail:

Tel.(DDD):

(83) 98733-1642

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO ITAÚ**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0374**

CONTA: **29300**

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Jaci 1º enobar 25/02/2019**

Nome: **Jaci**

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Adelison De Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____

2º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Exclusivo
J1PZ**Cliente**

Nome (sem abreviação)

ADEILSON DE SOUZA

Bem-vindo ao Itaú. É uma grande satisfação ter você como cliente.

Recebemos a Proposta de Abertura da Conta Universal Itaú, de Contratação de Serviços - PF e de Pacote de Serviços; assim que for aceita, você será comunicado e passará a ter acesso à Conta Universal Itaú e aos serviços a ela vinculados.

Na Proposta de Abertura da Conta, você solicitou a contratação dos seguintes serviços:

Cartão Provisório Itaú

 Sim Não

Entrega de Cheques em Domicílio

 Sim Não

Adiantamento a Depositantes (AD)

 Sim Não

LIS - Limite Itaú para Saque

 Sim Não

Seguro LIS Itaú

 Sim Não

Cartão de Crédito Itaucard: MULTIPLO

 Sim Não

Serviço de Avaliação Emergencial de Crédito

 Sim Não

Cartão de Débito Itaú

 Sim Não

Seguro Cartão Protegido (Múltiplo e/ou Débito)

 Sim Não

Aplicações e Resgates Automáticos (Aplic. Aut. Mais Itaú)

 Sim Não

Fatura Digital

 Sim Não

Pacote de Serviços - () não solicitou - (x) solicitou Pacote Padronizado II

com mensalidade de R\$ 20,75. Para conhecer os serviços incluídos neste pacote, consulte a

Tabela Geral de Tarifas, disponível nas agências ou no site www.itau.com.br.

Cartão 1º titular - () não solicitou - (x) solicitou MULTIPLO MASTERCARD

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 08 vezes sem juros, com vencimento todo dia 18 de cada mês. Cartão Internacional total R\$ 183,00. Cartão Básico R\$ 72,00.

Cartão 2º titular - (x) não solicitou - () solicitou

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em _____ vezes sem juros, com vencimento todo dia _____ de cada mês. Cartão Internacional total R\$ 183,00. Cartão Básico R\$ 72,00.

Cartão adicional - (x) não solicitou () solicitou _____; O cartão pagará 50% da anuidade cobrada do respectivo titular.

Cartão de Crédito: Para cartões com a mecânica 2.0, caso você não pague o valor total da fatura e não contrate um Parcelamento ou Financiamento da Fatura até o vencimento, haverá cobrança de juros sobre: (i) o saldo remanescente a partir do vencimento da fatura; (ii) novas compras a partir de sua realização; e (iii) parcelas de compras parceladas sem juros a partir do lançamento na fatura. O pagamento, a qualquer momento, do saldo em aberto da fatura vigente evitará a incidência de juros sobre novas compras e parcelas, a partir deste pagamento. Compras e parcelas lançadas quando havia saldo em aberto terão incidência de juros até o próximo vencimento. Para entendimento da mecânica do cartão Itaucard 2.0 e demais tarifas acesse itau.com.br/cartoes. O contrato será enviado para você via SMS e também estará disponível para consulta e download a qualquer momento no site do Itaú. A anuidade é cobrada no uso do cartão múltiplo ou no desbloqueio do cartão de crédito, conforme valor vigente em tarifário.

Extrato mensal Consolidado: disponível para consulta no Itaú 30 Horas via Internet. O recebimento do Extrato Mensal Consolidado via correios pode ser solicitado pelo Itaú 30 horas via Internet, pelo Caixa Eletrônico ou pela Agência, após a abertura e está sujeito à tarifação conforme Tabela Geral de Tarifas.

Plano de Vantagens Itaú: (x) Não Aderiu () Aderiu

Atenção: Ao aderir ao Plano, você deixará de contar com quaisquer Isenções, condições especiais ou preços diferenciados de pacotes de tarifas e outros serviços, incluindo aqueles decorrentes do volume dos seus investimentos ou negociações do Itaú com o seu empregador. Consulte os critérios, as condições específicas e os benefícios do seu Plano no Regulamento disponível nas agências ou no site. Os produtos e serviços solicitados poderão estar sujeitos à cobrança de tarifas conforme Tabela Geral de Tarifas, encargos e prêmios de seguro, conforme indicado anteriormente na Proposta de Abertura de Conta.

A qualquer momento você poderá procurar uma agência ou o SAC para cancelar os produtos e serviços contratados. Verifique sempre as condições e as consequências do cancelamento.

Lembre-se que as Condições Gerais da Conta Universal Itaú e dos Serviços, bem como a Tabela Geral de Tarifas, estão disponíveis nas agências e no itau.com.br. Feito para você.

Consultas, informações e transações, acesse itau.com.br ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 4828 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais, ligue para o SAC: 0800 728 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, conte a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722, todos os dias, 24 horas por dia.



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:

0029025/19

CPF da vítima:

033.222.867-38

Nome completo da vítima:

ADEILSON DE SOUZA

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

Nome completo:

ADEILSON DE SOUZA

Propriedade:

TERRITÓRIO

Endereço:

R. Profº MARIA AUGUSTA MONTENEGRO

CPF:

033.222.867-38

Número:

70

Complemento:

CASA

Bairro:

MALVINAS

Cidade:

Charápolis

Estado:

MINAS GERAIS

CEP:

58433-238

E-mail:

MARIA.DPVAT@HOTMAIL.COM

Tele(DDD):

(83) 9 8651-8167

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 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 OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0493

CONTA: 1022633

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

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

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:

Vivos: _____

Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim Não

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



Local e Data: João Pessoa 23/01/2019

Nome: Adelison de Souza

CPF: 033.222.867-38

(*) Assinatura de quem assina a RODO

X Adelison de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSARIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

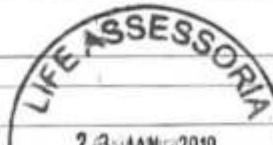
TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____



Assinatura

BRADESCO

COMPROMISSO DE DEPÓSITO EM CONTA POUPLICA

DATA: 22/01/2019 HORAS: 14:07:00

FAVORECIDO: ADELSON DE SOUZA
AGÊNCIA: 0499-6 CONTA: 1022991-4

DEPOSITANTE: O PRÓPRIO FAVORECIDO

AG. AGUILHEIRA: 0853 N. SEQ: 01241 TERM: 117 ANO: 05
VALOR EM DINHEIRO:

1.600,00



BRADESCO

COMPROMISSO DE DEPÓSITO EM CONTA POUPLICA

DATA: 22/01/2019

HORAS: 14:07

FAVORECIDO: ADELSON DE SOUZA
AGÊNCIA: 0499-6 CONTA: 1022991-4

DEPOSITANTE: O PRÓPRIO FAVORECIDO

AG. AGUILHEIRA: 0853 N. SEQ: 01241 TERM: 117 ANO: 05
VALOR EM DINHEIRO:

1.600

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:

0029025/19

CPF da vítima:

033.222.867-38

Nome completo da vítima:

ADEILSON DE SOUZA

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

Nome completo:

ADEILSON DE SOUZA

Propriedade:
TOLETA

Endereço:

R. Profº MARIA AUGUSTA MONTENEGRO

Bairro:
MILVINS

Cidade:

Charline Gauze

CPF:

033.222.867-38

Número:
70

Complemento:
CASA

E-mail:

MARIA.DPVAT@HOTMAIL.COM

Estado:

MA

CEP:

58433238

Tel.(DDD):
(83) 9 8651-8167

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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 OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0493

CONTA: 10226331

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

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

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:

Vivos: _____

Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente autorizada, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data: João Pessoa 23/01/2019

Nome: Adelison de Souza

CPF: 033.222.867-38

(*) Assinatura de quem assina a RODO

X Adelison de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSARIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____



BRADESCO

COMPROMISSO DE DEPÓSITO EM CONTA POUPLICA

DATA: 22/01/2019 HORAS: 14:07:00

FAVORECIDO: ADELSON DE SOUZA
AGÊNCIA: 0499-6 CONTA: 1022991-4

DEPOSITANTE: O PRÓPRIO FAVORECIDO

AG. AGUILHEIRA: 0853 N. SEQ: 01241 TERM: 117 ANO: 05
VALOR EM DINHEIRO:

1.600,00



BRADESCO

COMPROMISSO DE DEPÓSITO EM CONTA POUPLICA

DATA: 22/01/2019

HORAS: 14:07

FAVORECIDO: ADELSON DE SOUZA
AGÊNCIA: 0499-6 CONTA: 1022991-4

DEPOSITANTE: O PRÓPRIO FAVORECIDO

AG. AGUILHEIRA: 0853 N. SEQ: 01241 TERM: 117 ANO: 05
VALOR EM DINHEIRO:

1.600



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00247.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 22/11/2017

Hora: 10:00:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Cruzamento das Ruas Plínio Lemos Com Vila Velha, Malvinas, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Perto da Feirinha das Malvinas

PARTE(S)

| | | |
|------------|--|------------------------------------|
| VITIMA | Nome: Adcilson de Souza | |
| | Conhecido por: Não informado | |
| | Filiação: Maria Crizomar do Nascimento Souza e José de Souza | |
| | Idade: 47 | Data de Nascimento: 09/07/1971 |
| | Nacionalidade: brasileira | Identidade de Gênero: masculino |
| | Estado Civil: casado(a) | Naturalidade: Campina Grande |
| | Escolaridade: Ensino médio completo | Profissão: Porteiro |
| | Cargo: Não informado | Matrícula: Não informado |
| | Documentos(s) de Identificação: CPF nº 033.222.867-38 | |
| | Endereço: Rua- Professora Maria Augusta Mendonça, Malvinas, Campina Grande, PB | |
| TESTEMUNHA | Complemento: Não informado | |
| | Ponto de referência: Perto da Academia Extremo Gin | |
| | Telefone: (83) 98768-8347 | |
| | Nome: Adriano Lima Leite | |
| | Conhecido por: Não informado | |
| | Filiação: Antônia de Lourdes Lima Leite e Grigorio Soares Leite | |
| | Idade: 43 | Data de Nascimento: 03/11/1974 |
| | Nacionalidade: brasileira | Identidade de Gênero: masculino |
| | Estado Civil: casado(a) | Naturalidade: Campina Grande |
| | Escolaridade: Não informado | Profissão: Mecânico de Motocicleta |





TESTE MUNHA

Nome: Cicero Laurentino Oliveira
Conhecido por: Não informado
Filiação: Tânia Maria Laurentino Oliveira e Não Declarado
Idade: 31 **Data de Nascimento:** 21/01/1987 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Mototaxista
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 070.821.314-61
Endereço: Rua Joana Guedes de Aquino, 52, Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Próximo Ao Mercadinho Severo
Telefone: Não informado

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca Honda, modelo CG 150 FAN ESI, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2010, placa NUD-9578, chassi 9C2KC1550AR158088, renavam 0023044703-1

DILIGÉNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 FAN ESI, Ano/Modelo 2010/2010, cor preta, Placa NUD-9578-PB, Chassi de Nº 9C2KC1550AR158088, licenciada em nome do comunicante Adeilson de Souza, quando trafegava no cruzamento das ruas: Plínio Lemos com Vila Velha, bairro malvinas, momento em que o condutor de um Veículo Corsa Sedan de Placas MYA-8366/PB, colidiu na traseira de sua motocicleta tendo o comunicante caído ao solo e sofrido astroscopia do Joelho Direito, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida por populares e encaminhado ao Hospital Antonio Targino, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Campina Grande/PB, 22 de agosto de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

Adeilson Souza
ADEILSON DE SOUZA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



Procedimento Policial: 00247.01.2018.2.00.420



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00247.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 22/11/2017

Hora: 10:00:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Cruzamento das Ruas Plínio Lemos Com Vila Velha, Malvinas, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Perto da Feirinha das Malvinas

PARTE(S)

| | | |
|------------|--|------------------------------------|
| VITIMA | Nome: Adcilson de Souza | |
| | Conhecido por: Não informado | |
| | Filiação: Maria Crizomar do Nascimento Souza e José de Souza | |
| | Idade: 47 | Data de Nascimento: 09/07/1971 |
| | Nacionalidade: brasileira | Identidade de Gênero: masculino |
| | Estado Civil: casado(a) | Naturalidade: Campina Grande |
| | Escolaridade: Ensino médio completo | Profissão: Porteiro |
| | Cargo: Não informado | Matrícula: Não informado |
| | Documentos(s) de Identificação: CPF nº 033.222.867-38 | |
| | Endereço: Rua- Professora Maria Augusta Mendonça, Malvinas, Campina Grande, PB | |
| TESTEMUNHA | Complemento: Não informado | |
| | Ponto de referência: Perto da Academia Extremo Gin | |
| | Telefone: (83) 98768-8347 | |
| | Nome: Adriano Lima Leite | |
| | Conhecido por: Não informado | |
| | Filiação: Antônia de Lourdes Lima Leite e Grigorio Soares Leite | |
| | Idade: 43 | Data de Nascimento: 03/11/1974 |
| | Nacionalidade: brasileira | Identidade de Gênero: masculino |
| | Estado Civil: casado(a) | Naturalidade: Campina Grande |
| | Escolaridade: Não informado | Profissão: Mecânico de Motocicleta |





TESTE MUNHA

Nome: Cicero Laurentino Oliveira
Conhecido por: Não informado
Filiação: Tânia Maria Laurentino Oliveira e Não Declarado
Idade: 31 **Data de Nascimento:** 21/01/1987 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Mototaxista
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 070.821.314-61
Endereço: Rua Joana Guedes de Aquino, 52, Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Próximo Ao Mercadinho Severo
Telefone: Não informado

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca Honda, modelo CG 150 FAN ESI, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2010, placa NUD-9578, chassi 9C2KC1550AR158088, renavam 0023044703-1

DILIGÉNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 FAN ESI, Ano/Modelo 2010/2010, cor preta, Placa NUD-9578-PB, Chassi de Nº 9C2KC1550AR158088, licenciada em nome do comunicante Adeilson de Souza, quando trafegava no cruzamento das ruas: Plínio Lemos com Vila Velha, bairro malvinas, momento em que o condutor de um Veículo Corsa Sedan de Placas MYA-8366/PB, colidiu na traseira de sua motocicleta tendo o comunicante caído ao solo e sofrido astroscopia do Joelho Direito, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida por populares e encaminhado ao Hospital Antonio Targino, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Campina Grande/PB, 22 de agosto de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

Adeilson Souza
ADEILSON DE SOUZA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



Procedimento Policial: 00247.01.2018.2.00.420

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:

002905/19

CPF da vítima:

033.222.867-38

Nome completo da vítima:

ADEILSON DE SOUZA

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

Nome completo:

ADEILSON DE SOUZA

Profissão:

FORTINER

Endereço:

R. Profº MARIA AUGUSTA MENEZES

CPF:

033.222.867-38

Número:

70

Complemento:

CASA

Bairro:

MALVINAS

Cidade:

Chapada Grande

Estado:

BAIRRA

CEP:

58133-238

E-mail:

MARIA.DPVAT@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD):

(83) 93651-8167

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 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 OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: (0493)

CONTA: (1022593)

4

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não Vítima deixou filhos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Joac Peixoto 23/01/2019
Nome: Adelison de Souza
CPF: 033.222.867-38

(*) Assinatura de quem assina o RODO

X Adelison de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 28/03/2018
HORA: 05:54:17



2282623

| Prontuário | Nome do Paciente | Nascimento | Idade | Sexo | Cor | Naturalidade | Religião |
|---|-------------------|-------------------|-------|------|-----|--------------|----------|
| 608678 | ADEILSON DE SOUZA | 02/01/1971 | 47 | V | | | |
| Estado Civil | CPF | RG | | | | | |
| | 33.222.867-35 | 14.055.92 SSP PB | | | | | |
| Filiação | | Grau de Instrução | | | | | |
| Mãe: MARIA CRIZOMA F DO NASCIMENTO SOUZA Pai: JOSE DE SOUZA | | | | | | | |
| Endereço | | Fone Residencial | | | | | |
| RJ MARIA AUGUSTA MENDONCA,70 - ALVARO GAUDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB CEP: CEP: 56104275 | | Fone Trabalho: | | | | | |

| Atendimento | Data | Hora | Sétor | Tipo Atendimento | Local |
|------------------------------|------------|-------|---------------------------|------------------------|-------|
| 2282623 | 28/03/2018 | 06:51 | 3006 SECRETARIA CONVENIOS | S-INTERNAÇÃO CIRURGICA | |
| Médico Atendente: | | | | Motivo Admissão: | |
| 1214-JOSÉ BISMARCK FERNANDES | | | | S-INTERNAÇÃO ELETIVA | |
| Plano / Convênio: | | | | | |
| UNIMED/ PLANO EMPRESA | | | | | |

| Posto | Acomodação | Lado |
|-------|------------|------|
| Guia | EN QUARTO | |

Procedimento:
INTERNACAO
INTERNACAO

1

2

3

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável) Sr(a) ADEILSON DE SOUZA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente CRM _____, Estadual (data) PTI para fazer as investigações necessárias no diagnóstico e executa tratamentos, operações, anestesias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínicas-surgicais do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao meu atendimento.

- 1)
- 2)
- 3)

Responsável: ADELSON DE SOUZA
Endereço: R P MARIA AUGUSTA MENDONCA, 70 Bairro ALVARO GAUDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB
Telefone: 987688947

CAMPINA GRANDE , 28 de Março de 2018

POLLIANA SILVA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

*WALDEMAR LIMA
CORRETOR DE SEGUROS
CORRETORA DE SEGUROS
CORRETORA DE SEGUROS*



RX DE CGMROLE



HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 28/03/2018
HORA: 05:54:17



2282623

| | | | | | | |
|---|---|---------------------------------|------------------------------------|-----------|---------------------|----------|
| Prontuário 608678 | Nome do Paciente ADEILSON DE SOUZA | Nascimento 02/01/1971 | Idade 47 | Sexo M | Cor Naturalidade | Religião |
| Estado Civil Casado | CPF 33.222.867-35 | RG 1405592 SSP PB | Grau de instrução Profissão | | | |
| Filiação Mãe: MARIA CRIZOMA DO NASCIMENTO SOUZA Pat: JOSE DE SOUZA | Endereço RJ MARIA AUGUSTA MENDONCA,70 - ALVARO GAUDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB CEP: CEP: 56104275 | | | | | |
| Complemento Endereço | | | | | | |
| Atendimento 2282623 | Data 28/03/2018 | Hora 06:51 | Sétor 3006 SECRETARIA CONVENIOS | | | |
| Médico Atendente 1214-JOSÉ BISMARCK FERNANDES | | | | | | |
| Plano / Convênio UNIMED/ PLANO EMPRESA | | | | | | |
| Acomodação EN QUARTO Leito | | | | | | |
| Posto Guia INTERNACAO | Procedimento internas internacao | Nº Carteira 0243099900157006 | Validade 22/12/2019 | Nº CNS | | |
| Tipo Atendimento 5-INTERNAÇÃO CIRURGICA | | | | | | |
| Motivo Admissão 3-INTERNAÇÃO ELETIVA | | | | | | |



608678



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável) **ADEILSON DE SOUZA**, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente **POLLANA SILVA DOS SANTOS**, CRM _____, Estadual (data) PT, para fazer as investigações necessárias no diagnóstico e executa tratamentos, operações, anestesias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínicas-surgicais do caso, bem como comprometendo-a a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao meu atendimento.

- 1)
- 2)
- 3)

Responsável: ADELSON DE SOUZA
Endereço: R P MARIA AUGUSTA MENDONCA, 70 Bairro ALVARO GAUDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB
Telefone: 987688947

POLLANA SILVA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

ADEILSON DE SOUZA
Responsável pelo Paciente

RX DE CGM-ROLE

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 28/03/2018
HORA: 05:54:17



2282623

| Prontuário | Nome do Paciente | Nascimento | Idade | Sexo | Cor | Naturalidade | Religião |
|---|-------------------|-------------------|-------|------|-----|--------------|----------|
| 608678 | ADEILSON DE SOUZA | 02/01/1971 | 47 | V | | | |
| Estado Civil | CPF | RG | | | | | |
| | 33.222.867-35 | 14.055.92 SSP PB | | | | | |
| Filiação | | Grau de Instrução | | | | | |
| Mãe: MARIA CRIZOMA F DO NASCIMENTO SOUZA Pai: JOSE DE SOUZA | | | | | | | |
| Endereço | | Fone Residencial | | | | | |
| RJ MARIA AUGUSTA MENDONCA,70 - ALVARO GAUDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB CEP: CEP: 56104275 | | Fone Trabalho: | | | | | |

| Atendimento | Data | Hora | Sétor | Tipo Atendimento | Local |
|------------------------------|------------|-------|---------------------------|------------------------|-------|
| 2282623 | 28/03/2018 | 06:51 | 3006 SECRETARIA CONVENIOS | S-INTERNAÇÃO CIRURGICA | |
| Médico Atendente: | | | | Motivo Admissão: | |
| 1214-JOSÉ BISMARCK FERNANDES | | | | S-INTERNAÇÃO ELETIVA | |
| Plano / Convênio: | | | | | |
| UNIMED/ PLANO EMPRESA | | | | | |

| Posto | Acomodação | Lado |
|-------|------------|------|
| Guia | EN QUARTO | |

Procedimento:
INTERNACAO
INTERNACAO

608678



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável) Sr(a) ADEILSON DE SOUZA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente CRM _____, Estadual (data) PTI para fazer as investigações necessárias no diagnóstico e executa tratamentos, operações, anestesias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínicas-surgicais do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo:

- 1)
- 2)
- 3)

Responsável: ADELSON DE SOUZA
Endereço: R P MARIA AUGUSTA MENDONCA, 70 Bairro ALVARO GAUDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB
Telefone: 987688947

CAMPINA GRANDE , 28 de Março de 2018

POLLANA SILVA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

Pollana Silveira dos Santos

Assessoria de Corretora de Seguros



RX DE CGMROLE

Blah Blah Blah Blah Blah Blah Blah Blah Blah

PC-00



ADEILSON DE SOUZA
R PRFA MARIA AUGUSTA MENDONCA 70
MALVINAS
58433-238 CAMPINA GRANDE - PB

151210

Postagem: 15/12/2018
Vencimento: 03/01/2019
Emissão: 15/12/2018
Fechamento próxima fatura: 29/01/2019

Titular: ADEILSON DE SOUZA
Cartão: 6062.XXXX.XXXX.0571

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

03/01/2019

A) pagamento total

514,07

B) pagamento mínimo

82,86

C) parcelas fixas

51,40
+23x 51,40

Veja outras opções na 2ª folha

Limites de crédito R\$

| | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante neste opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. | 1.900,00 |
| <input type="checkbox"/> Limite utilizado no mês | 514,07 |
| <input type="checkbox"/> Retirada de recursos Paltisaque | 90,00 |



Compra presencial
com o uso do cartão e senha.

Continua...

Lançamentos: compras e saques

| ADEILSON DE SOUZA (final 0571) | DATA | ESTABELECIMENTO | VALOR EM R\$ |
|--|-------|-----------------|--------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 23/10 VELIZ MOTOS | 02/02 | CAMPINA GRAND | 114,50 |
| <input type="checkbox"/> 17/11 BOM QUES | | CAMPINA GRAND | 50,00 |
| <input type="checkbox"/> 20/11 ARMAZEM D | | CAMPINA GRAND | 26,00 |
| <input type="checkbox"/> 20/11 DAVID BRI | 01/02 | | 77,85 |
| <input type="checkbox"/> 26/11 DAVID BRI | | JOAO PESSOA | 20,00 |
| <input type="checkbox"/> 26/11 MAXXI Campina Grande/09 | | | 8,49 |
| <input type="checkbox"/> 27/11 NETSHOES*NETSHOES | | SAO PAULO | 169,97 |
| <input type="checkbox"/> 06/12 ORVEL VEI | 01/02 | | 35,00 |



Banco Itaú S.A. 341-2

Número do Documento

Nome do Pagador/CPF/CNPJ

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ

Endereço do Beneficiário

34191.75330 97508.292048 00173.090002 1 000

0013397508/0065170

ADEILSON DE SOUZA - 033.222.867-38

HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A - 03.012.230/0001-09

AV RUI BARBOSA, 251,1 A GRAÇAS - RECIFE - PE

Número do pagador

175/3397508/9

R\$ 514,07

03/01/2019

Autenticação Mecânica

| Banco Itaú S.A. | | 341-7 | 34191.75330 97508.292048 00173.090002 1 000 | | | | | | | | | |
|--|----------------------|---------------------|---|----|---------|------------|------------------------|--|--|--|--|--|
| Local de Pagamento: | | Data de Vencimento: | | | | | | | | | | |
| Pague sua fatura nos caixas da Rede Walmart Brasil, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura. | | 03/01/2019 | | | | | | | | | | |
| Data do Documento: | Número do Documento: | 0013397508/0065170 | Especie DOC: | IT | Aviso: | 15/12/2018 | Nº do Processamento: | | | | | |
| 03/01/2019 | | | | | N | | 175/3397508/9 | | | | | |
| Use do Banco: | Carteira: | Especie: | Quantidade: | | Válida: | | Validade do Documento: | | | | | |
| | 175 | R\$ | | | | | R\$ 514,07 | | | | | |
| Instruções ao responsável do beneficiário: Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dá preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) pagar quantia a partir do valor constante em "Pagamento Mínimo", financiando o restante pelo crédito rotativo; (ii) optar por uma das opções de "Parcelas Fixas", pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento. | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP ADEILSON DE SOUZA - 033.222.867-38 R PRFA MARIA AUGUSTA MENDONCA 70 - MALVINAS - 58433-238 CAMPINA GRANDE - PB | | | | | | | | | | | | |
| Sacador Avaliado: | | | | | | | | | | | | |





2282623

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--------------------|--------------------------|----------------|-------------------------|---------------------|--|
| Prontuário 608678 | Nome do Paciente ADEILSON DE SOUZA | | | Nascimento 09/01/1971 | Idade 47 | Sexo M | Cor | Naturalidade | Religião | |
| Estado Civil | CPF 33.222.867-38 | RG 1485292 SSP PB | Grau de instrução | Profissão | | | | | | |
| Filiação Mãe: MARIA CRIZOMAR DO NASCIMENTO SOUZA Pai: JOSE DE SOUZA | | | | Fone Residencial | | Fone Trabalho | | | | |
| Enderço R/P MARIA AUGUSTA MENDONCA, 70 - Bairro ALVARO GAUDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB CEP: CEP 58108275 | Complemento Endereço | | | | | | | | | |
| Atendimento Data 2282623 28/03/2018 | Hora 06:51 | Setor 3006-SECRETARIA CONVENIOS | Tipo Atendimento 5-INTERNACAO CIRURGICA | | | | | | | |
| Médico Atendente 1414-JOSE BISMARCK FERNANDES | | | | Motivo Atendimento 3-INTERNACAO/ELETIVA | | | | | | |
| Plano / Convênio 14-UNIMED/1-PLANO EMPRESA | Nº Carteira 0353029000157005 | Validade 22/12/2019 | Nº CNS | | | | | | | |
| Posto | Acomodação Enx (2 bens) | | | Lado Lado | | | | | | |
| Guia INTERNACAO | Procedimento CONSIDERACAO | | | | | | | | | |
| * 608678 * | | | | | | | | | | |
| 10 Temp (ICSC) | | | | | | | | | | |

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr.(a) ADEILSON DE SOUZA , aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente _____ CRM _____, Estado (sua) FG para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestesias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Responsável: ADEILSON DE SOUZA
Endereço: R/P MARIA AUGUSTA MENDONCA, 70 Bairro ALVARO GAUDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB
Telefone: 98768-6347

CAMPINA GRANDE , 28 de Março de 2018

POLLIANA SILVA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

ADEILSON DE SOUZA
Responsável pelo Paciente

CORRETORA DE SEGUROS
www.corretoradeseguros.com.br
Corretora de Seguros
11 3000-1122

LIFE ASSESSORIA
23 JAN. 2019

T/R

RX DE CONTROLE

REALIZADO EM 26/03/2018



HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 28/03/2017
HOPE 06:54:17

| | | | | | |
|--|--|-----------------------|------------------------------------|--|-----------|
| *2282623* | | | | | |
| Prontuário 608678 | Nome do Paciente ADELLSON DE SOUZA | | Nascimento 05/01/1971 | Idade 47 | Sexo M |
| Estado Civil . | RG 33.222.867-38 | CPF 1485792 SSP PB | Grau de Instrução | Religião | |
| Filiação | Mãe: MARIA CRISTOMAR DO NASCIMENTO SOUZA Pai: JOSE DE SOUZA RIO MARA ALGUITA MENDONCA 70 - ALVARO GAUDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB CEP: CEP: 58108275 | | | | |
| Endereço | | | | | |
| Atendimento 2282623 | Data 25/3/2018 | Horas 0651 | Setor 3008 SECRETARIA CONVENIOS | Tipo Atendimento E-INTERNAÇÃO CIRURGICA | |
| Médico Atendente 1414-JOSE BISMARCK FERNANDES | | | | | |
| Plano / Convenio 1-UNIMED PLANO EMPRESA | | | | | |
| Posto | Acomodação <i>Cm (Ocupado)</i> | | | | |
| Guia INTERNACAO | Procedimento ESTERILIZAÇÃO | | | | |
| <i>Até quando CICLICAS</i> | | | | | |
|   | | | | | |
| *608678* | | | | | |

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) ADRIENSON DE SOUZA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu
médico assistente _____ CRM _____, Estadão de(s) FIB para
realizar as investigações necessárias no diagnóstico, e exécuta tratamento, operações, anestesias, transfusões de sangue ou
outras cirurgias endógenas que venham de encoriar as necessidades clínicas contingentes do caso, bem como comprometendo-se a
respeitar as instruções que lhe forem fornecidas inclusive quanto à imprescindibilidade ou da não
obediência das orientações médicas.

POLLIANA SILVA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

卷之三

Responsible: ADIELSON DE SOUZA
Endereço: R. MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 70 Bairro ALVAREZ GAUDENCIO - CAMPINA GRANDE PB
Cep.: 58400-000 - Telefone: (83) 3222-1000

Responsável: ADELSON DE SOUZA
Endereço: R. MARIA AUGUSTA MENDES, 100 - BLOCO A - 7º ANDAR

ADEILSON DE SOUZA
Responsável pelo Paciente

RX DE CONTROL
QUALITY OF SCA



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS
DE CAMPINA GRANDE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
(83) 3241.4078

ORTOPEDIA E ARTROSCOPIA

- Jair -

J.s: Odilson Saix, nasc.
devidos a deus em m-
arço de 2017. Ao nome do
pessoal se inscrever em 1
encontro de associados ob-
jetivo de se subir o
interior amapa em 28/3/18.
Opi possuir maior evolução
restituição e de h/ reto a
fotógrafo. Cr. 5872

"NÃO AUTORIZADO A TROCA DO MEDICAMENTO PRESCRITO"

CRM 2179

Dr. José Bismarck Fernandes

RESIDÊNCIA

Rua Cônego Pequeno, 580 - Praia - CEP 58.428-740 - Campina Grande - PB

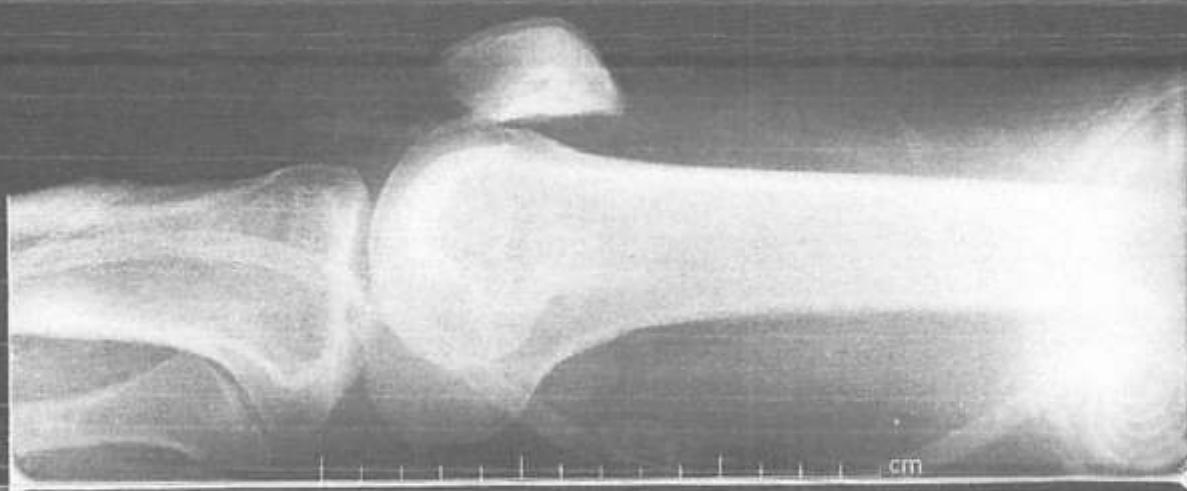
J. rep/18



Adelison, De Souza
608678
09/01/1971
47-YEAR
M

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN

28/03/2018 14:35:23



S: 1154

C: 512

W: 1024

IM: 1

Page: 1 of 1

Adelison, De Souza
608678
09/01/1971
47 YEAR
M

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN

28/03/2018 14:37:17



S: 1325

C: 512

W: 1024

IM: 2

Page: 1 of 1

cm

PACIENTE: ADEILSON DE SOUZA

IDADE: 46A

MÉDICO SOLICIT: DR. EDUARDO BRAGA MORAIS
EXAME: RM ARTICULAR (JOELHO DIREITO)

Nº DO EXAME: 299298

DATA DO EXAME: 05/12/2017

RESSONÂNCIA
MAGNÉTICA

TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA
MULTISLICE

ULTRASSONOGRAFIA
3D E 4D

DOPPLER COLORIDO
MAMOGRAFIA
DIGITAL

ESTEREOAXIA
MAMÁRIA

RADIOLOGIA
DIGITAL

RADIOLOGIA
INTERVENCIONISTA

ANGIOGRAFIA

DENSITOMETRIA
ÓSSEA

PUNÇÃO-BIÓPSIA
ECOCARDIOGRAFIA

LABORATÓRIO DE
ANALISES CLÍNICAS

CLÍNICA: Paciente de 46 anos de idade, realiza exame devido dor articular.

TÉCNICA: Exame realizado em aparelho de ressonância magnética de alto campo (1.5 Tesla) com aquisição de imagens em sequências multiplanares com bobina específica e obtenção de imagens de acordo com as seguintes sequências: Sagital T1, Sagital DP com Fat Sat, Coronal DP com Fat Sat e Axial DP com Fat Sat. Foram realizados cortes finos adicionais no plano Sagital e Coronal para avaliação do LCA e Axial 3D para avaliação da cartilagem patelar.

RELATÓRIO:

- Pequeno derrame articular, com espessamento sinovial leve.
- Alteração de sinal da cartilagem que reveste a patela, destacando-se fissuras condrais no terço médio de sua faceta medial, sem envolvimento do osso subcondral.
- Lâmina líquida entre os tendões do gastrocnêmio medial e o semimembranoso.
- Tendões da pata anserina com morfologia e sinal preservados.
- Estruturas do canto posterolateral íntegras.
- Hipersinal linear e longitudinal do corpo/corno posterior do menisco medial, que toca a superfície articular inferior. Adjacente a esta lesão meniscal, existe edema ósseo na margem lateral do platô tibial homolateral.
- Tendões quadricipital e patelar visualizados com morfologia e intensidade de sinal preservada.
- Ligamentos colateral lateral e colateral medial visualizados encontram-se íntegros com intensidade de sinal preservada.
- Ligamentos cruzados anterior e posterior visualizados íntegros com morfologia e intensidade de sinal normais.
- Menisco lateral com morfologia e integridade preservada.
- Cartilagens tibial e femoral com morfologia e intensidade de sinal preservada.
- Gordura de Hoffa sem alterações.
- Fossa poplitea de aspecto anatômico preservado.
- Musculatura regional eutrófica.



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- 1 - CONDROPATHIA PATELAR INICIAL, SEM ENVOLVIMENTO DO OSSO SUBCONDRAL (GRAU II).
- 2 - PEQUENO DERRAME ARTICULAR COM SINOVITE LEVE.
- 3 - LÂMINA LÍQUIDA ENTRE OS TENDÕES DO GASTROCNÊMIO MEDIAL E O SEMIMEMBRANOSO.
- 4 - ROTURA LONGITUDINAL DO CORPO/CORNO POSTERIOR DO MENISCO MEDIAL, ASSOCIADO A EDEMA ÓSSEO NA MARGEM LATERAL DO PLATÔ TIBIAL HOMOLATERAL.

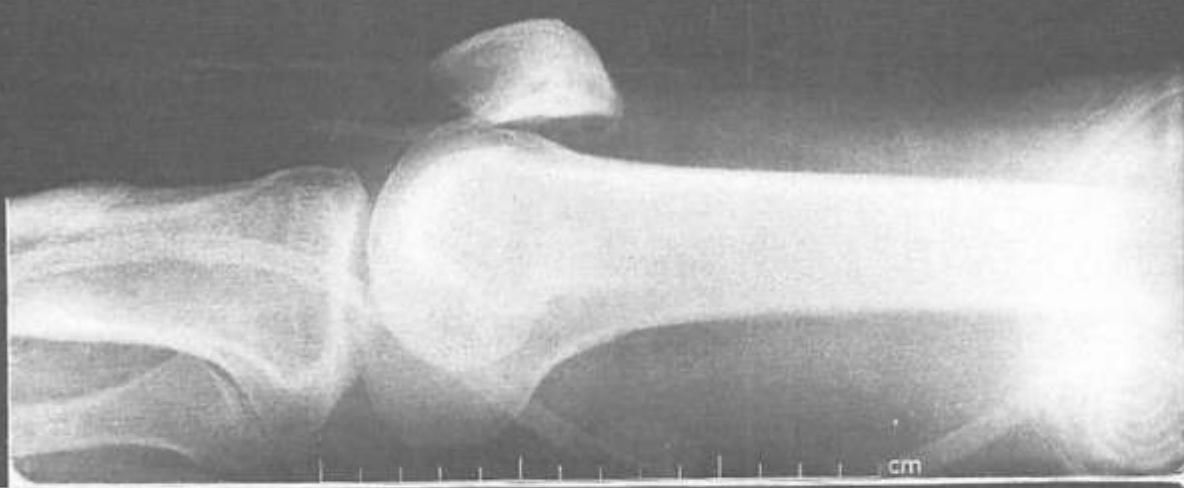
E/S

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Adeilson, De Souza
608678
09/01/1971
47 YEAR
M

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN

28/03/2018 14:35:23



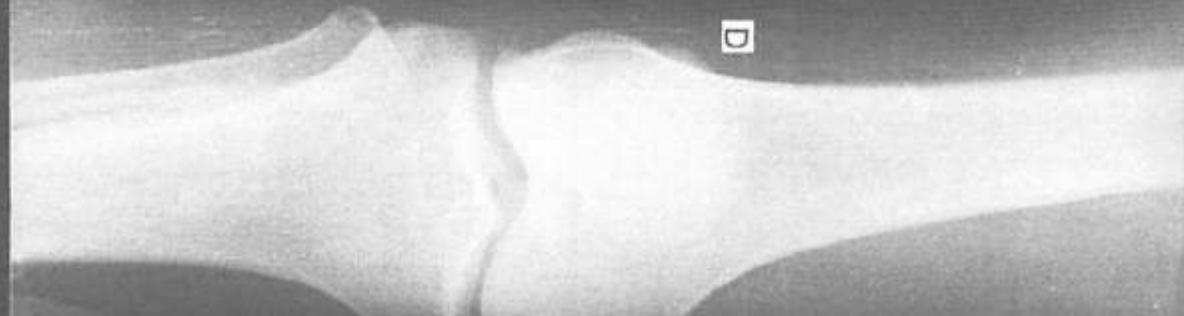
Page: 1 of

S: 1154
C: 512
W: 1024
IM: 1

Adeilson, De Souza
608678
09/01/1971
47 YEAR
M

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN

28/03/2018 14:37:17



Page: 1 of 1

S: 1325
C: 512
W: 1024
IM: 2

VIZZONI DESTOUZA

HNP CAMPAGEM - Clipping 03 p. 1 de 1

HERR CAMPAGNA
HERR CAMPAGNA
HERR CAMPAGNA
HERR CAMPAGNA

DRUG TITRATION, MRD 04 794298
09/01/1993 STUDY 1
4.0PH 05/1/2001
06 25-30
↓ 6 144-200

MAGNETOMA B.S. 293298
11.1. M. 47Y
MRQ14 030011921.M.47Y
FFS STUDY 1
+LPH 05/12/2017
0835-52
FMSA 45/100
♦ 4 MA 10/10
♦ 083630
♦ 05/13/2017
FFS STUDY 1
MRQ14 030011921.M.47Y
FFS 10/10/2017
+LPH 05/13/2017
0835-52
FMSA 45/100
♦ 4 MA 10/10
♦ 083630
♦ 05/13/2017

| | | |
|------------------|----------------------|-------------|
| 224/12031 | Sig Cor(4-2)-TR(3-2) | A2/P/S |
| | = 606 | EX |
| C | 311 | 198201-0 |
| ADELSON | | |
| MAGNETON/LESENDA | | |
| MAR.014 | 29/2/94 | STUDY 4 |
| F/F/S | 05/12/2001 | +EPH |
| | 06/15/31 | ↓ 4 MA 18/1 |
| LIFE ASSE | | |
| CORRETA DE | | |
| 23 JAN. | | |

| | | | | | | |
|--------|------------------------------|--------|-----|---|-----|---|
| 22-003 | Digi-Coll 4 D) - Tri- Nex | ADENOS | HNP | CAMPOMAGEN MAGNETIC RESONANCE IMAGING | HNP | CAMPOMAGEN MAGNETIC RESONANCE IMAGING |
| 1150 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

A circular metal plate with various markings and a large 'MISSOURI' stamp.

MRD14-001298
MAGNETOM EISSENHUT
07/06/2017 10:35:21 AM
FES STUDY 1
4PH 00129817
00:35:21
→ 4 MA 22 /
AF MR 018

| | | | |
|------|-----------|------|------------|
| 5 cm | TR-2000.0 | 5 cm | Sup-Cera 0 |
| E | TE 45.0 | E | TE 3.21 |
| F/F | TA 02.1E | F | 50.0 (EX) |
| G/P | GL 150.7 | G | 32.0 (EX) |
| H/R | HW 170.0 | H | 11.0 (EX) |
| I/W | IW 180.0 | I | 11.0 (EX) |
| J/Z | JZ 10.0 | J | 11.0 (EX) |
| K/N | KN 10.0 | K | 11.0 (EX) |

Evolução de Enfermagem

NOME: *Lobelhaon*

IDADE:

ALAI

LEITO:

MÉDICO:

DATA: 29/03/18

MANHÃ

Pac. Lobelhaon regular pass op feche
negue um jato + dreno de venação.
Pac. queixa ressaca muito malas.

Fabricia Luciana da C.
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 621

TARDE

paciente nega com quadros extat
de alto hospitaler. notavelmente exame.

DATA: 29/03/18
TÉCNICA DE ENFERMAGEM
ADRIANE DA SILVA
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN: 709726 PB

NOITE



ANTONIO TARGINO

PACIENTE: ADEILSON DE SOUZA

CONVÉNIO: UNIMED

SUS PRONTUÁRIO: 003678/2282627 DATA: 25/07/2023

CIRURGIA: MENISPECTOMIA - MENISCOTOMIA

CIRURGIÃO: DR. BISMARCK

AUXILIAR:

AUXILIAR: DR. BERNARDO MANTOVANI

ANESTESISTA: DR. ALBERTO NIJAKI

CIRCLANTE URGENTE

SALA:

HORÁRIO: INÍCIO:

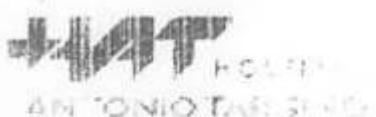
11:45

FINAL 23:10

| CÓD. | MEDICAMENTO | QUANT. |
|--------|----------------------|--------|
| 1872 | ADRENALINA | |
| 1880 | ÁGUA DESTILADA | 03 |
| 1890 | AMINOFILINA | |
| 1920 | ARAMIN | |
| 2070 | ATROPINA | |
| 25599 | BEXTRA | |
| 1932 | B-CARBONATO DE SÓDIO | |
| 4650 | CEFALOTINA 1g | |
| 122799 | CETAZOLINA 1g | CF |
| 1767 | CEFTRAXONA | |
| 154066 | CETROPROFENO IV | |
| 1910 | CLORETO DE POTASSIO | |
| 2003 | CLORETO DE SÓDIO | |
| 5304 | CREAMETASONA | 03 |
| 4555 | DICLOFENACO SÓDICO | |
| 2020 | DIPRORINA 100mg | 02 |
| 5873 | DOPAMINA 0,5 SÓDICA | |
| 32190 | EFEFRINA | 02 |
| 5335 | FENERGAN | |
| 2038 | FUROSEMIDA | |
| 4286 | GARAMICINA | |
| 2046 | GLICOSE 50% | |
| 2554 | GLUCONATO DE CÁLCIO | |
| 5388 | HEPARINA | |
| 3380 | HIDROCORTISONA | |
| 2052 | METOCLOPRAMIDA | |
| 37850 | NAUSEDRON 4mg | 4mg 01 |
| 69906 | OMEPRAZOL 40mg | |
| 70181 | PROSTIGMINE | |
| 70238 | QUELICIM | |
| 28519 | RANITIDINA | |
| 70336 | SOLUMEDROL 50mg | |
| 403792 | TORADOL | |
| 70871 | TRANSAMIN | |
| 70872 | TILATIL 40mg | |

| CÓD. | MATERIAL | QUANT. |
|--------|------------------------------------|---------|
| 107329 | ADAPTADOR PI SORO | 01 |
| 110089 | AG RAQUI 27BD | |
| 120089 | AG RAQUI 25BD | |
| 161281 | AG RAQUI PROBESO BD | |
| 161281 | AGULHA DESCARTAVEL N° | 03 |
| | AGULHA PERIDURAL N° | |
| | ADULHA RAQUI N° | |
| 2259 | ALGODÃO HIDRÓFILO | 38 |
| 9113 | ALGODÃO ORTOPÉDICO | 04 |
| | ATAJUJA CREPON N° | 15 04 1 |
| | ATAJUJA GESSADA | 15 04 1 |
| 2356 | BOLSA CAT-OSTOMIA | |
| | CÂNULA TRAQUEOSTOMA N° | |
| 211858 | CAPA PARA VÍDEO | |
| 2428 | CATETER OXIGÊNIO | 01 |
| 27880 | COLETOR URINA ABERTO | |
| 22381 | COLETOR URINA FECHADO | |
| | COMPRESSAS | 30 |
| 142341 | COMPRESSAS 25X25 | |
| | DRENO PENROSE N° | |
| | DRENO SUCCÃO N° | 3,2 01 |
| | DRENO TÓRAX N° | |
| 69587 | ELETRODO | FF |
| 2555 | ESQUIPO MACROGOTAS | |
| 287393 | EQUIPO PI ARTROSCOPIA | 02 |
| 2615 | ESPARADRAPO | |
| 20117 | FITA GLICEMIA | |
| 142220 | GAZES 7,5X7,5 | |
| | GAZES | |
| 3425 | GELFOAM | |
| 60917 | GILETE | |
| | GUENDEL N° | |
| 3468 | INTRA-CATH | |
| | JELCO N° | 18 01 |
| | LÂMINA BISTURI N° | |
| 132709 | LUVAS 6,5 | |
| 111209 | LUVAS 7,5 | |
| 40126 | LUVAS 7,5 | |
| 2522 | LUVAS 8,0 | |
| 148870 | LUVAS 8,5 | |
| 69752 | MICROPORE LARGO | |
| | SCALPS N° | |
| 3736 | SERINGA DE 01cc | |
| 3700 | SERINGA DE 05cc | |
| 3710 | SERINGA DE 05cc | 03 |
| 3689 | SERINGA DE 10cc | 03 |
| 3697 | SERINGA DE 20cc | 07 |
| 341707 | SERINGA DE 60cc (bico longo/curto) | |
| | SONDA FOLEY N° | |
| | SONDA NELATON | |
| | SONDA NG | |
| | SONDA RETAL | |
| 50937 | SURGICEL | |
| 4081 | TORNEIRA 03 VIAS | |
| | TUBO ENDOTRAQUEAL N° | |

| CÓD. | FIOS | QUANT. |
|--------|-----------------------|--------|
| | ACIFLEX N° | |
| | ALGODÃO C/A N° | |
| | ALGODÃO S/A N° | |
| | CROMADO C/A N° | |
| | CROMADO S/A N° | |
| | ETHIBOND N° | |
| | FITA CARDIACA | |
| | MONOCRYL N° | |
| | MONONYLON N° | 9,0 02 |
| | PROLINE N° | |
| | VICRYL N° | |
| CÓD. | SOLUÇÕES | QUANT. |
| 3330 | ÁGUA CONCEPÇÃO | |
| 119213 | ÁLGICO | 400ml |
| 304000 | CLOREXIDINA | |
| 2631 | ÉTER | 300ml |
| 3603 | PVP DEGERMANTE | 300ml |
| 3611 | PVP TÓPICO | |
| 4111 | VASELINA | |
| CÓD. | GASES HOSPITALARES | QUANT. |
| | APARELHOS | |
| | AN COMPRESSO | |
| | ASPIRADOR ELÉTRICO | |
| | BISTURI ELÉTRICO | |
| | CAPNÓGRAFO | |
| | CRANIOTOMO | |
| | INTENSIFICADOR | |
| | MICROSCÓPICO CIRUR | |
| | MONITOR CARDIACO | |
| | NITROGÉNIO | |
| | OXÍDO NITROSO | |
| | OXIGÊNIO 2 L/MIN | |
| | OXIMETRO DE PULSO | |
| | VÁCUO | |
| CÓD. | SOROS | QUANT. |
| 9156 | MANITOL 20% | |
| 174458 | PURÍSSIMO 1000ml | |
| 63661 | S. FISIOLÓGICO 1000ml | 04 |
| 68220 | S. FISIOLÓGICO 100ml | |
| 9172 | S. FISIOLÓGICO 250ml | |
| 9194 | S. FISIOLÓGICO 500ml | |
| 9180 | S. GLUCOSADO 250ml | |
| 9199 | S. GLUCOSADO 500ml | |
| 9149 | S. RINGER 500ml | |
| 134489 | VOLUMEN 5% | |
| CÓD. | OUTROS | QUANT. |
| | ETOHOLIBRAS CG | |
| | KIT CAPNA 06 | |
| | DEEP DA 1000 01 | |



SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Data da Admissão: 28. 02. 08 - Horas: 13:30

| | |
|---|--|
| Dados referentes à cirurgia: Anestesiologista: Dr. E. Afonso Lopes Cirurgião-Dentista: BISSETTI, R. | Anestesia Geral () Portátil () Rápida (X) Sedação () Local: () N2O com isoflurana () Bloqueio Faringe: Monofilamento () Oxi-Ornitina () PA () PA invasiva () PVC Cetac |
| | Controles |
| Hora: 13:15 | |
| FreqP: | |
| Pulso: | |
| Extensão: | |
| SpO2: | |
| Pressão: | |
| Dia (0 a 10): | |
| Glicose: | |

A ailação para o fô

| Unidade de Visita | Un. | Grade (C) | Volumen | Outro |
|-------------------|-----|------------------------|---------|---------------------------------------|
| Nº São Vicente | 1 | A) Demissão / Desligo | | C) pagamento |
| Curitiba | 2 | B) Acesso / Entrada | | D) Limite - Necessário para o Serviço |
| Otimo | 3 | | | E) Volume |
| Curitiba | 4 | C) Venda da TVA (S. D) | | |
| Nº São Vicente | 5 | | | |
| Curitiba | 6 | | | |
| Curitiba | 7 | | | |
| Curitiba | 8 | | | |
| Curitiba | 9 | | | |
| Curitiba | 10 | | | |
| Curitiba | 11 | | | |
| Curitiba | 12 | | | |
| Curitiba | 13 | | | |
| Curitiba | 14 | | | |
| Curitiba | 15 | | | |
| Curitiba | 16 | | | |
| Curitiba | 17 | | | |
| Curitiba | 18 | | | |
| Curitiba | 19 | | | |
| Curitiba | 20 | | | |
| Curitiba | 21 | | | |
| Curitiba | 22 | | | |
| Curitiba | 23 | | | |
| Curitiba | 24 | | | |
| Curitiba | 25 | | | |
| Curitiba | 26 | | | |
| Curitiba | 27 | | | |
| Curitiba | 28 | | | |
| Curitiba | 29 | | | |
| Curitiba | 30 | | | |
| Curitiba | 31 | | | |
| Curitiba | 32 | | | |
| Curitiba | 33 | | | |
| Curitiba | 34 | | | |
| Curitiba | 35 | | | |
| Curitiba | 36 | | | |
| Curitiba | 37 | | | |
| Curitiba | 38 | | | |
| Curitiba | 39 | | | |
| Curitiba | 40 | | | |
| Curitiba | 41 | | | |
| Curitiba | 42 | | | |
| Curitiba | 43 | | | |
| Curitiba | 44 | | | |
| Curitiba | 45 | | | |
| Curitiba | 46 | | | |
| Curitiba | 47 | | | |
| Curitiba | 48 | | | |
| Curitiba | 49 | | | |
| Curitiba | 50 | | | |
| Curitiba | 51 | | | |
| Curitiba | 52 | | | |
| Curitiba | 53 | | | |
| Curitiba | 54 | | | |
| Curitiba | 55 | | | |
| Curitiba | 56 | | | |
| Curitiba | 57 | | | |
| Curitiba | 58 | | | |
| Curitiba | 59 | | | |
| Curitiba | 60 | | | |
| Curitiba | 61 | | | |
| Curitiba | 62 | | | |
| Curitiba | 63 | | | |
| Curitiba | 64 | | | |
| Curitiba | 65 | | | |
| Curitiba | 66 | | | |
| Curitiba | 67 | | | |
| Curitiba | 68 | | | |
| Curitiba | 69 | | | |
| Curitiba | 70 | | | |
| Curitiba | 71 | | | |
| Curitiba | 72 | | | |
| Curitiba | 73 | | | |
| Curitiba | 74 | | | |
| Curitiba | 75 | | | |
| Curitiba | 76 | | | |
| Curitiba | 77 | | | |
| Curitiba | 78 | | | |
| Curitiba | 79 | | | |
| Curitiba | 80 | | | |
| Curitiba | 81 | | | |
| Curitiba | 82 | | | |
| Curitiba | 83 | | | |
| Curitiba | 84 | | | |
| Curitiba | 85 | | | |
| Curitiba | 86 | | | |
| Curitiba | 87 | | | |
| Curitiba | 88 | | | |
| Curitiba | 89 | | | |
| Curitiba | 90 | | | |
| Curitiba | 91 | | | |
| Curitiba | 92 | | | |
| Curitiba | 93 | | | |
| Curitiba | 94 | | | |
| Curitiba | 95 | | | |
| Curitiba | 96 | | | |
| Curitiba | 97 | | | |
| Curitiba | 98 | | | |
| Curitiba | 99 | | | |
| Curitiba | 100 | | | |
| Curitiba | 101 | | | |
| Curitiba | 102 | | | |
| Curitiba | 103 | | | |
| Curitiba | 104 | | | |
| Curitiba | 105 | | | |
| Curitiba | 106 | | | |
| Curitiba | 107 | | | |
| Curitiba | 108 | | | |
| Curitiba | 109 | | | |
| Curitiba | 110 | | | |
| Curitiba | 111 | | | |
| Curitiba | 112 | | | |
| Curitiba | 113 | | | |
| Curitiba | 114 | | | |
| Curitiba | 115 | | | |
| Curitiba | 116 | | | |
| Curitiba | 117 | | | |
| Curitiba | 118 | | | |
| Curitiba | 119 | | | |
| Curitiba | 120 | | | |
| Curitiba | 121 | | | |
| Curitiba | 122 | | | |
| Curitiba | 123 | | | |
| Curitiba | 124 | | | |
| Curitiba | 125 | | | |
| Curitiba | 126 | | | |
| Curitiba | 127 | | | |
| Curitiba | 128 | | | |
| Curitiba | 129 | | | |
| Curitiba | 130 | | | |
| Curitiba | 131 | | | |
| Curitiba | 132 | | | |
| Curitiba | 133 | | | |
| Curitiba | 134 | | | |
| Curitiba | 135 | | | |
| Curitiba | 136 | | | |
| Curitiba | 137 | | | |
| Curitiba | 138 | | | |
| Curitiba | 139 | | | |
| Curitiba | 140 | | | |
| Curitiba | 141 | | | |
| Curitiba | 142 | | | |
| Curitiba | 143 | | | |
| Curitiba | 144 | | | |
| Curitiba | 145 | | | |
| Curitiba | 146 | | | |
| Curitiba | 147 | | | |
| Curitiba | 148 | | | |
| Curitiba | 149 | | | |
| Curitiba | 150 | | | |
| Curitiba | 151 | | | |
| Curitiba | 152 | | | |
| Curitiba | 153 | | | |
| Curitiba | 154 | | | |
| Curitiba | 155 | | | |
| Curitiba | 156 | | | |
| Curitiba | 157 | | | |
| Curitiba | 158 | | | |
| Curitiba | 159 | | | |
| Curitiba | 160 | | | |
| Curitiba | 161 | | | |
| Curitiba | 162 | | | |
| Curitiba | 163 | | | |
| Curitiba | 164 | | | |
| Curitiba | 165 | | | |
| Curitiba | 166 | | | |
| Curitiba | 167 | | | |
| Curitiba | 168 | | | |
| Curitiba | 169 | | | |
| Curitiba | 170 | | | |
| Curitiba | 171 | | | |
| Curitiba | 172 | | | |
| Curitiba | 173 | | | |
| Curitiba | 174 | | | |
| Curitiba | 175 | | | |
| Curitiba | 176 | | | |
| Curitiba | 177 | | | |
| Curitiba | 178 | | | |
| Curitiba | 179 | | | |
| Curitiba | 180 | | | |
| Curitiba | 181 | | | |
| Curitiba | 182 | | | |
| Curitiba | 183 | | | |
| Curitiba | 184 | | | |
| Curitiba | 185 | | | |
| Curitiba | 186 | | | |
| Curitiba | 187 | | | |
| Curitiba | 188 | | | |
| Curitiba | 189 | | | |
| Curitiba | 190 | | | |
| Curitiba | 191 | | | |
| Curitiba | 192 | | | |
| Curitiba | 193 | | | |
| Curitiba | 194 | | | |
| Curitiba | 195 | | | |
| Curitiba | 196 | | | |
| Curitiba | 197 | | | |
| Curitiba | 198 | | | |
| Curitiba | 199 | | | |
| Curitiba | 200 | | | |
| Curitiba | 201 | | | |
| Curitiba | 202 | | | |
| Curitiba | 203 | | | |
| Curitiba | 204 | | | |
| Curitiba | 205 | | | |
| Curitiba | 206 | | | |
| Curitiba | 207 | | | |
| Curitiba | 208 | | | |
| Curitiba | 209 | | | |
| Curitiba | 210 | | | |
| Curitiba | 211 | | | |
| Curitiba | 212 | | | |
| Curitiba | 213 | | | |
| Curitiba | 214 | | | |
| Curitiba | 215 | | | |
| Curitiba | 216 | | | |
| Curitiba | 217 | | | |
| Curitiba | 218 | | | |
| Curitiba | 219 | | | |
| Curitiba | 220 | | | |
| Curitiba | 221 | | | |
| Curitiba | 222 | | | |
| Curitiba | 223 | | | |
| Curitiba | 224 | | | |
| Curitiba | 225 | | | |
| Curitiba | 226 | | | |
| Curitiba | 227 | | | |
| Curitiba | 228 | | | |
| Curitiba | 229 | | | |
| Curitiba | 230 | | | |
| Curitiba | 231 | | | |
| Curitiba | 232 | | | |
| Curitiba | 233 | | | |
| Curitiba | 234 | | | |
| Curitiba | 235 | | | |
| Curitiba | 236 | | | |
| Curitiba | 237 | | | |
| Curitiba | 238 | | | |
| Curitiba | 239 | | | |
| Curitiba | 240 | | | |
| Curitiba | 241 | | | |
| Curitiba | 242 | | | |
| Curitiba | 243 | | | |
| Curitiba | 244 | | | |
| Curitiba | 245 | | | |
| Curitiba | 246 | | | |
| Curitiba | 247 | | | |
| Curitiba | 248 | | | |
| Curitiba | 249 | | | |
| Curitiba | 250 | | | |
| Curitiba | 251 | | | |
| Curitiba | 252 | | | |
| Curitiba | 253 | | | |
| Curitiba | 254 | | | |
| Curitiba | 255 | | | |
| Curitiba | 256 | | | |
| Curitiba | 257 | | | |
| Curitiba | 258 | | | |
| Curitiba | 259 | | | |
| Curitiba | 260 | | | |
| Curitiba | 261 | | | |
| Curitiba | 262 | | | |
| Curitiba | 263 | | | |
| Curitiba | 264 | | | |
| Curitiba | 265 | | | |
| Curitiba | 266 | | | |
| Curitiba | 267 | | | |
| Curitiba | 268 | | | |
| Curitiba | 269 | | | |
| Curitiba | 270 | | | |
| Curitiba | 271 | | | |
| Curitiba | 272 | | | |
| Curitiba | 273 | | | |
| Curitiba | 274 | | | |
| Curitiba | 275 | | | |
| Curitiba | 276 | | | |
| Curitiba | 277 | | | |
| Curitiba | 278 | | | |
| Curitiba | 279 | | | |
| Curitiba | 280 | | | |
| Curitiba | 281 | | | |
| Curitiba | 282 | | | |
| Curitiba | 283 | | | |
| Curitiba | 284 | | | |
| Curitiba | 285 | | | |
| Curitiba | 286 | | | |
| Curitiba | 287 | | | |
| Curitiba | 288 | | | |
| Curitiba | 289 | | | |
| Curitiba | 290 | | | |
| Curitiba | 291 | | | |
| Curitiba | 292 | | | |
| Curitiba | 293 | | | |
| Curitiba | 294 | | | |
| Curitiba | 295 | | | |
| Curitiba | 296 | | | |
| Curitiba | 297 | | | |
| Curitiba | 298 | | | |
| Curitiba | 299 | | | |
| Curitiba | 300 | | | |
| Curitiba | 301 | | | |
| Curitiba | 302 | | | |
| Curitiba | 303 | | | |
| Curitiba | 304 | | | |
| Curitiba | 305 | | | |
| Curitiba | 306 | | | |
| Curitiba | 307 | | | |
| Curitiba | 308 | | | |
| Curitiba | 309 | | | |
| Curitiba | 310 | | | |
| Curitiba | 311 | | | |
| Curitiba | 312 | | | |
| Curitiba | 313 | | | |
| Curitiba | 314 | | | |
| Curitiba | 315 | | | |
| Curitiba | 316 | | | |
| Curitiba | 317 | | | |
| Curitiba | 318 | | | |
| Curitiba | 319 | | | |
| Curitiba | 320 | | | |
| Curitiba | 321 | | | |
| Curitiba | 322 | | | |
| Curitiba | 323 | | | |
| Curitiba | 324 | | | |
| Curitiba | 325 | | | |
| Curitiba | 326 | | | |
| Curitiba | 327 | | | |
| Curitiba | 328 | | | |
| Curitiba | 329 | | | |
| Curitiba | 330 | | | |
| Curitiba | 331 | | | |
| Curitiba | 332 | | | |
| Curitiba | 333 | | | |
| Curitiba | 334 | | | |
| Curitiba | 335 | | | |
| Curitiba | 336 | | | |
| Curitiba | 337 | | | |
| Curitiba | 338 | | | |
| Curitiba | 339 | | | |
| Curitiba | 340 | | | |
| Curitiba | 341 | | | |
| Curitiba | 342 | | | |
| Curitiba | 343 | | | |
| Curitiba | 344 | | | |
| Curitiba | 345 | | | |
| Curitiba | 346 | | | |
| Curitiba | 347 | | | |
| Curitiba | 348 | | | |
| Curitiba | 349 | | | |
| Curitiba | 350 | | | |
| Curitiba | 351 | | | |
| Curitiba | 352 | | | |
| Curitiba | 353 | | | |
| Curitiba | 354 | | | |
| Curitiba | 355 | | | |
| Curitiba | 356 | | | |
| Curitiba | 357 | | | |
| Curitiba | 358 | | | |
| Curitiba | 359 | | | |
| Curitiba | 360 | | | |
| Curitiba | 361 | | | |
| Curitiba | 362 | | | |
| Curitiba | 363 | | | |
| Curitiba | 364 | | | |
| Curitiba | 365 | | | |
| Curitiba | 366 | | | |
| Curitiba | 367 | | | |
| Curitiba | 368 | | | |
| Curitiba | 369 | | | |
| Curitiba | 370 | | | |
| Curitiba | 371 | | | |
| Curitiba | 372 | | | |
| Curitiba | 373 | | | |
| Curitiba | 374 | | | |
| Curitiba | 375 | | | |
| Curitiba | 376 | | | |
| Curitiba | 377 | | | |
| Curitiba | 378 | | | |
| Curitiba | 379 | | | |
| Curitiba | 3 | | | |

Escala de Aldrete

| Categoria | Momento | Detalhe | Pontos |
|--------------|--------------------|-----------------------------|--------|
| Abordagem | Identificação | Identificação correta | 3 |
| | Identificação | Identificação incorreta | 1 |
| | Nome hospitalar | Nome hospitalar correto | 1 |
| | Nome hospitalar | Nome hospitalar incorreto | 0 |
| Respiratório | Espasamento | Espaçamento normal | 1 |
| | Espasamento | Espaçamento suspeito | 1 |
| | Aumento | Aumento suspeito | 1 |
| | Tensão | Tensão suspeita | 1 |
| | PA a 20% (3) | PA suspeito | 1 |
| Circulação | PA 20 a 40% (3) | PA suspeito | 1 |
| | PA a 30% (2) | PA suspeito | 1 |
| | Palpabilidade | Palpabilidade suspeita | 1 |
| Consciência | Consciencia | Consciencia suspeita | 1 |
| | Nível respiratório | Nível respiratório suspeito | 1 |
| | Cooperativismo | Cooperativismo suspeito | 1 |
| | Receptividade | Receptividade suspeita | 1 |
| Patologias | Apresentação | Apresentação normal e clara | 0 |

| | |
|--------------------|-------------------------------------|
| Resultados: | |
| De 0 a 15 pontos | paciente em condições de alta da RA |
| De 16 a 27 pontos | paciente em vigilância rotativa |
| De 28 a 35 pontos | paciente em vigilância restrita |

Ano II - 2ºs de Enfermagem

Planned to see Dr. J. W. M. B.
Constance & Robert Ladd
on 4/17. See Dr. Ladd
for a while & we discussed
30000 yrs. running as
a reasonable figure
but now I am skeptical

~~1000~~ 1000

versão: 2021-01-13 13:25 | Autor: 5,35 | Edição: 13 | Versão: 2021-01-13 13:25 | Seguros

Washington's Carbuncle

TIPO DE SEGURANÇA DO PACIENTE HAT

DIAGNÓSTICO:

Dermatite de Sezary

LEITO:

CONVÉNIO: Unimed

DATA:

28.03.18

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

FOLIOSIB

POSIÇÃO

- (1) Dexametasona 1mg 1x/dia 7/7
 (2) Isotretinoina 10mg 1x/dia CT
 (3) Simeprevir 400mg 1x/dia 13h
 (4) Cetuximab 1000mg 1x/mês 1950 13h
 (5) Tramadol 100mg 1x/dia 19h 1950 13h
 (6) Prednisolona 50mg 1x/dia 19h 1950 13h
 (7) Fexofenadina 10mg 1x/dia 19h 1950 13h
 (8) Piroxicam 10mg 1x/dia 19h 1950 13h
 (9) Metoclopramida 10mg 1x/dia 19h 1950 13h
 (10) Ixazomib 40mg 1x/mês 19h 1950 13h
 (11) Ixazomib 40mg 1x/mês 19h 1950 13h

Dr. Roberto Nunes Ribeiro

Evolução médica

Paciente está recuperado de infecção

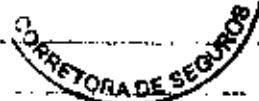
Dr. Roberto Nunes Ribeiro

O paciente está recuperado de infecção

Dr. Roberto Nunes Ribeiro



23 JAN 2019



SINÔ TURVIR

Alex Silveira 40 Sec 21

APTO:

CARTAO

IDADE: 42

SEXO: M F

A CARTEIRA: 1035 8429600157015

INICIO: 11/11/95

TERNAÇÃO:

0109979
NE62282

TERMINO:

HORARIO ESPECIAL:

 SIM NÃO

ASCIMENTO:

09/11/1995

CIRURGIA

 ELETTIVA URGÊNCIA AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA)

 I II III IV V

DATA:

26.05.95

Pré-Operatório:

1º Equipe Cirúrgica (Clínico e Auxiliares)

2º Equipe Cirúrgica (Clínico) 1º/2º/3º Auxiliares

Anestesiológica

Intubação e Anestesia

Instrumentação

Anestesia

Atos Realizados:

Sectomia

Exsectomia

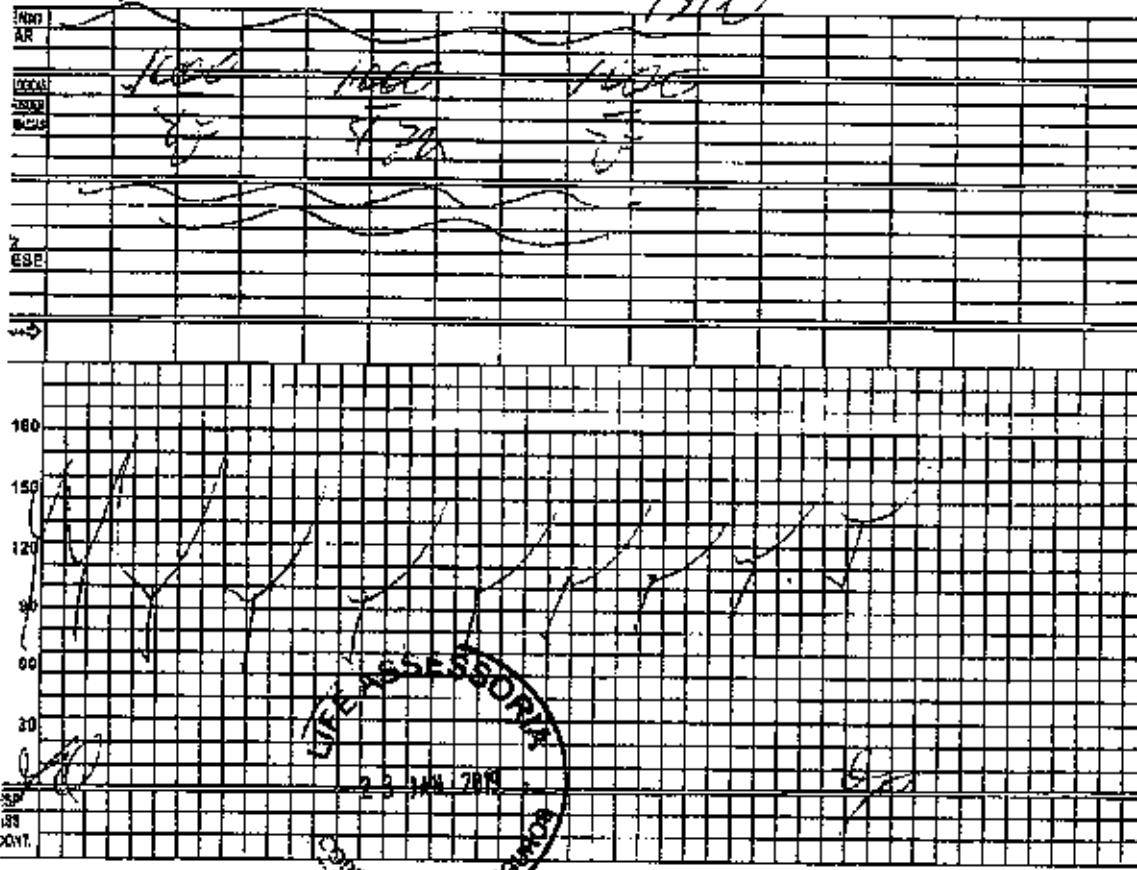
Códigos

5673 3622

5673 3037

> 1145

1370



INTUBAÇÃO TUBO N°

Intubatória

Oral

Nasal

C/Balão

S/Balão

Arredondo

Duplo Lúmen

Tracheostomia

Pigímetro

Requisicionado

Epidural Sacra

N. Períferico

Simples

Contínua

Cateter n°

P. Brach/Gástrico

Supraesternal

Interescatálico

Axilar

Venosa Regional

Infiltrado

Sedação

Mediane

Paracardíaca

Bentura

OL

O

F

CALIBRE

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS

 Aspirador Barata ECG Ba Monitor Palposcópio VNI Categordr. Bomba de Infusão Ventilação Mecânica

DESCRIPÇÃO DA TÉCNICA ANESTÉSICA / INTERCORRÊNCIAS TRANSPARATORIA

se o paciente: SIM NÃOse a intubação: SIM NÃOse Aquilhas Requ ou Pnifural: SIM NÃO

AGENTES

| | |
|----------------------------------|-----|
| Adrenalinina | ÓTD |
| Atropina | |
| Betaxiro | |
| Bupivacaina Isobárica | |
| Bupivacaina Hipertônica | |
| Guaiacainina | |
| Cipro | |
| Clozamino | |
| Dacedron | |
| Dipirona | |
| Diprivan | |
| Diprivan PFB | |
| Dobutram | |
| Dormonid 15mg | |
| Efetoxina | |
| Esmeron | |
| Fenotriptol | |
| Flapyl | |
| Forante | |
| Halotano | |
| Hidrocortisona | |
| Hypnotídeos | |
| Ketorol | |
| Ketina | |
| Ketopur | |
| Lactato de Ringer | |
| Lignanina | |
| Mothergin | |
| Morfina mg | |
| Narcot | |
| Naparin | |
| Nimblum | |
| Nixek | |
| Noradrenalinina | |
| Mucuron | |
| Oclodeno | |
| Pavulon | |
| Plasti | |
| Protomid | |
| Psuedogmine | |
| Quetamina | |
| Rapfor | |
| Roxivan | |
| Soverano | |
| Sulfamio | |
| TBail | |
| Tacrium (Atracurio) | |
| Ulivio | |
| Vatium | |
| Xylocaina | |
| Xytonalina Hiperbarica | |
| Xylocaina Spray | |
| Zetam | |
| Aqua Desidratada - 250ml | |
| Aqua Desidratada - 10ml | |
| S. Fisiológico | |
| S. Oltocido | |
| S. do Ringer | |
| C. Hemogida | |
| Plasma | |
| Oxigênio (L/MIN) | |
| N ₂ O (L/MIN) | |
| Ar Medicinal (L/MIN) | |
| CO ₂ (L/MIN) | |
| MATERIAL DESCARTÁVEL | |
| Aquecedor RANGER | |
| Aguilha Partidural 17 ou 18g | |
| Aguilha Rapida Ponta de Lápis | |
| Aguilha Síntética 350, n100 | |
| Cal Sonda p/gr | |
| Cateter Epidural 16e 18g | |
| Cateter Nasal Duro Ocular | |
| Cateter Venoso | |
| Eletrôdo ECG | |
| Equipe de Corte | |
| Equipo Perfutor SET | |
| Filme Hiperbarico | |
| Guedel | |
| Manta Térmica | |
| Equipo bomba de infusão N | |
| Equipo bomba de infusão FS | |
| Máscara Laringea | |
| Tubo Arquivado | |
| Stethoskop Respiratório J. Jimbo | |
| Estetoscópico HS | |

PACIENTE: Adelmo da Plego

Nº DO PRONTUÁRIO:

Nº DO ATENDIMENTO:

DATA DA OPER.: 28.3.18 ENFERMARIA: LEITO:

OPERADOR: Dr. Bruno

1º AUXILIAR: Enr. Br. L. Auxiliar

2º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: Dr. B. TIPO DE ANESTESIA: Gárgico

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: Icto cerebral e faríngeo

TIPO DE OPERAÇÃO: Faringectomia e escoamento

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: O risco

RELATÓRIO MÉDICO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIO. OG/CT NO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO, TÉCNICA E TÉCNICA LIGADURAS-DRENAGEM SUA-MAT EMPREGADO-ASPECTO-VICERAS

D. Prof. Dr. Bruno L. Schaff

D. Enfermeira Enr. Br. L. Auxiliar

D. Enfermeiro Dr. B.

D. Enfermeiro Dr. Bruno L. Schaff

D. Enfermeiro Enr. Br. L. Auxiliar

C. Dr. B. L.

D. Secretaria do prof. Dr. Bruno L. Schaff



FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

INFERMÁRIO:

Nome: Mauricio de Souza Telefone: _____ Sexo: M / F Idade: 31
 Peso: 70 Altura: 1,75 Diagnóstico Médico: _____

Cirurgia Prevista: _____ Data Prevista: 7/7/2010

início do jejum: 8h, 12h, 18h, horário

Alergias: _____

Antecedentes: Hipertensão / Tabagismo / Diabetes / Uso de Marcapásco / Outros: _____
 Farinha de Anticoagulante: Sim / Não - Supressão: <72hs / <48hs / <24hs / <12hs

Coronariograma informado: Sim / Não

Termo de Autorização para Anestesia: Sim / Não

Termo de Autorização para Enfermagem: Sim / Não

Exames Anexos:

| | | | | |
|----------------|-------------------------------------|----------|--------------------------|----------------|
| Exames Anexos: | <input type="checkbox"/> | mostrado | <input type="checkbox"/> | KRM |
| ETG | <input checked="" type="checkbox"/> | SG | <input type="checkbox"/> | ECG |
| | | | <input type="checkbox"/> | ECOCARDIOGRAMA |

Risco Cirúrgico: Baixo / Alto / Realizado e não é cirúrgico:

Tricromo: Realizado / Antes da Cirurgia / Não realizada - Resultado: _____

Banho Pré-Operatório: Sim / Não / Realizado / Não Realizado

Pertences do Paciente: Presente / Retirado

| | | |
|--------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| a) Dentáculos | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b) Adensos | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c) Roupa Interior | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d) Esmalte | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e) Outros Praticas | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Reserva de Sangue: Sim / Não / NSE: Prevenção

Avaliação Pré-Anestésica: Sim / Não

Medicação Pré-Anestésica: Administrado: _____

Diurese Preventiva: Sim / Não / Espontânea / Sonda/Infusão

Horário: _____

Responsável: J. L. Souza

UNIDADE PRÉ-ANESTÉSICA

Hora da Admissão: _____

Check List:

- Identificador: _____
- Itens de higiene: _____
- Xarres abertos: _____
- Porta Adensos: _____
- Unidade de R.R.: _____
- Unidade de Coagulação: _____



R: não Roupas Internas

R: Cirúrgico

R: Realizado Cirúrgico

R: Termo de Autorização de Anestesia

Intolerância a medicamentos: Sim / Não / Desconhecido
 Intolerância a perfumes: Sim / Não / Desconhecido
 Intolerância a perfumes: Sim / Não / Desconhecido

Intolerância a medicamentos: Sim / Não / Desconhecido
 Intolerância a perfumes: Sim / Não / Desconhecido
 Intolerância a perfumes: Sim / Não / Desconhecido

Acúmulo Venoso: Sim / Não / Desconhecido
 Acúmulo Venoso: Sim / Não / Desconhecido
 Acúmulo Venoso: Sim / Não / Desconhecido

Acúmulo Venoso: Sim / Não / Desconhecido
 Acúmulo Venoso: Sim / Não / Desconhecido
 Acúmulo Venoso: Sim / Não / Desconhecido

Sondas: SVCI / SG / VAD / CINE / SNG

Drainos: _____

OBS: _____

J. L. Souza

Responsável: _____

PRESCHI GÁO MEDICA

DIAGNOSTIC:

ANTONIOTARGING

卷之三

卷之三

三三三

MEDICAMENTS

HORARIO

10

20

20

1

DATA 19-03-18



Top Engaged e-Marketing Strategists in India
Santosh Prabhu (Editor) 49
Contentbase - CEP 54,413,013
Pune, (080) 30022170
Ganguly Gaitonde - PG
Vishwanath Venkateswaran

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: Hat Código: _____
Procedimento: Artroscopia da Gállia "D" Cód. do Procedimento: _____
Paciente: Adeilnara d' Souza
Data da Cirurgia: 28/03/18 Prontuário N°: 608678 Convênio: Guimed
Cirurgião: D. B. B. mark Código: _____ Reposição Caixa Pronta

DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

| | Nº | | | | | | Valor Unit. | Valor Total |
|--|------|--|--|--|--|--|-------------|-------------|
| PARAFUSO CORTICAL 3.5mm | Qtd. | | | | | | | |
| | Cód. | | | | | | | |
| PARAFUSO CORTICAL 4.5mm | Nº | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | |
| | Cód. | | | | | | | |
| PARAFUSO ESPONJOSO 4.0mm | Nº | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | |
| | Cód. | | | | | | | |
| PARAFUSO ESPONJOSO 6.5mm ESP. R/16 CURTA | Nº | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | |
| | Cód. | | | | | | | |
| PARAFUSO ESPONJOSO 6.5mm ESP. R/32 LONGA | Nº | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | |
| | Cód. | | | | | | | |
| PARAFUSO MALEOLAR 4.5mm | Nº | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | |
| | Cód. | | | | | | | |

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: _____

Falunar N.F. para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Nº do pedido: ..



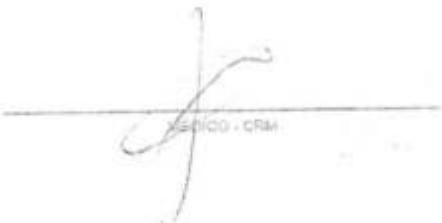
PRONTO-SOCORRO DE FRATURAS
DE CAMPINA GRANDE
INTERNA E EXTRAHOSPITALAR
FERNANDES & FERNANDES LTDA

CNPJ 028742720001-00
Rua D. Pedro II, 112 - Centro - Fone: (83) 3241-4679 - CEP: 58600-002 - Campina Grande - PB

ATESTADO

Atesto para devidos fins de DIREITO
que o (a) Sr. (a) Fábio Henrique
foi atendido(a) nesta CLÍNICA, portador(a)
da Entidade Nosológica - CID (X32)
devendo permanecer afastado (a) de suas atividades habi-
tuais pelo período de 75 dias.

Campina Grande / PB. 21/3/18


CRICO - CRM





HOSPITAL
ANTÔNIO TARGINHO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NAME:

ALO:

LEITO:

IDADE:

DATA:

MANHÃ

Paciente entrou hospitalizado com quadro de dor abdominal intensa.

TARDE

Paciente evolui com queixas óbvias de dor abdominal, constipação e febre alta. Faz exames de sangue e urina. Pode ser visto no pronto-socorro por um enfermeiro. No exame físico paciente está com dor abdominal intensa. Requisito antibiótico e gás.

Jucara Andrade da Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 709726 PB

NOITE

Paciente evolui com queixas rebeldes. Dor abdominal intensa, constipação e febre alta. Faz exames de sangue e urina. Pode ser visto no pronto-socorro por um enfermeiro. Requisito antibiótico e gás.



Rosângela C. M. P.
TÉC. ENFERMEIRA
COREN-PB 70774

۹۹۸۴ ۲۴۹

29028081

Nome: Adelmar M. Ferreira
Cpf do beneficiário:

Sexo: Masculino

Nível de qualificação profissional: Profissional

| | | |
|---------------------------|-----|--------|
| Fisioterapia motora | Sim | 1 - 13 |
| Fisioterapia neurológica | Sim | 1 - 12 |
| Fisioterapia respiratória | Sim | 1 - 12 |
| Fisioterapia vascular | Sim | 1 - 12 |

Quantidade de:

Sessões:

Mes:

Observações ou questões complementares ao preenchimento:

Forá de sessão ferro H.

Alternativa: Descrição da lesão e o que é necessário:

Hirano M. Ferreira

Primeira consulta:

Incidentes anteriores:

- Fisioterapia motora
- Fisioterapia neurológica
- Fisioterapia respiratória
- Fisioterapia vascular

Profissional referente (inclui nome e qualificação):

Assento regularizado:

Comunidade de beneficiário:

Data que TIOS já realizado:

• 03 a 07 meses _____ meses
• > 03 meses _____ meses

02/09/18



ANS nº 367397

卷之三

مکتبہ مذکورہ ایضاً میں اپنے ایک دوسرے بھائی کے نام سے مذکور ہے۔

St. Peter & St. Paul

لهم إنا نسألك ملائكة حفظك من كل شر

ك

A circular stamp with the text "LIFE ASSESSORIA" at the top and "CORRETORA DE SEGUROS" at the bottom, with the date "23 JAN. 2019" in the center.



CNPJ 02574272/0001-40
Rua D. Pedro II, 112 - Centro - Fone: (83) 3341.4979 - CEP 58400-062 - Campina Grande - PB

DECLARAÇÃO

(Assinatura) Declaro para os devidos fins que o (A) Sr(A)

esteve em nosso Centro para Tratamento Fisioterapêutico
com diagnóstico doença fálica
admito

o (a) mesmo realizou sessões no período de
Realizou 20 sessões

Campina Grande / PB, 04/07/18

Atenciosamente,

Karina Cordeiro de Barros
FISIOTERAPEUTA

Karina Cordeiro de Barros
FISIOTERAPEUTA
CREFITO-PB: 13709-F



P
B

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA DEFESA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRABALHO
ESTADO NACIONAL DE COMBATE

NOME: ADEILSON DE SOUZA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1494477867

DOC. FEDERATIVO / CNH. BRASILEIRO I
1493332 SFP PB

CPF: 033.222.887-38 DATA NASCIMENTO: 09/01/1971

RUAÇÃO: JOSE DE SOUZA

MARIA CRIZONAR DO NASCIMENTO SOUZA

PERMISSÃO: ACC CARNEL

NP REGISTRO: 0142-467-6168 VENCIMENTO: 17/06/2008

DATA EMISSÃO: 24/07/2008

ASSINATURA DO PORTADOR:

LOGAN: CAMPIÑA GRANDE, PB DATA EMISSÃO: 21/08/2017

ASSINATURA DO CORRETOR:

53696189520
PB035202106

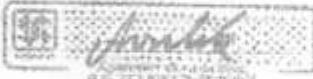
PARAÍBA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

| | |
|--|------------------------|
| DETAN - PB | Nº 014202842878 |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO | PRT 20180100111485 |
| PLACA: 0023044703-1 | DATA: 00/00000000 2018 |
| DONO: ADEILSON DE SOUZA | |
| 03322286738 | NUD9578/PB |
| NUD9578 MT | 9C2KC1550AR158088 |
| PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC GASOLINA | |
| HONDA/CG 150 FAN EST | 2010 2010 |
| 2 P/149 /CI | PARTIC PROPRIETÁRIO |
| COTAÇÃO: 00/00/0000 | |
| VATIVA: ***** | DOCUMENTO COTA: 00 |
| A: 0 | 0 |
| ***** SEGURO PAGO 30/11/2018 | |
| SEM RESERVA DE DOMÍNIO | |
| 0 | |
| CAMPINA GRANDE-PB | DATA: 30/11/2018 |
| 32875 | 7003820 |



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014202842878 BILHETE DE SEGURO DE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

| | | | |
|--------------------------|-------------|-----------------|----------------------|
| PERÍODO | 2018 | DATA | 30/11/20 |
| 1. NÚMERO | 03322286738 | NUD | 9578/P |
| RENAVAM | 00230447031 | VISITA / MODELO | HONDA/CG 150 FAN EST |
| ANO/FAB. | 2010 | NO. CHASSI | 9C2KC1550AR158088 |
| PRÉMIO TARIFÁRIO | | | |
| VALOR PREMI | ***** | VALOR PREMI | ***** |
| VALOR PREMI | ***** | VALOR PREMI | ***** |
| ***** | | SEGURADO | PAGO |
| S. COTAÇÃO | 0 | PAGAMENTO | 30/11/2018 |
| SEGURADORA LÍDER - DPVAT | | | |
| DPVAT 0800 022 1204 | | | |

7003820-1033049-20181130





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ADEILSON DE SOUZADATA DO ACIDENTE 22.11.2017 CPF DA VÍTIMA 033.222.867-38

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É ADEILSON DE SOUZAENDERECO DO PORTADOR Rua Profº Maria Inês Souza MendonçaNº 70 COMPLEMENTO CASA BAIRRO MARINHASCIDADE CAMPINA GRANDE UF PB CEP 58433-238E-MAIL Maria.DPVAT123@hotmail.com FONE (83) 98651-8167

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUÍTADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- | | |
|---|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> • MORTE = R\$ 13.500,00 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74. • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. |
| <ul style="list-style-type: none"> • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSPITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204 | |

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA João Pedro 23/03/2019 DATA 23 JAN, 2019IDENTIDADE J.485.392 SSP/PB NOME Adelison SouzaASSINATURA Adelison Souza ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190063359 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEILSON DE SOUZA **Data do acidente:** 22/11/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ROTURA LONGITUDINAL DO MENISCO MEDIAL DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(MENISCECTOMIA).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 de um joelho | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190063359 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEILSON DE SOUZA **Data do acidente:** 22/11/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ROTURA LONGITUDINAL DO MENISCO MEDIAL DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(MENISCECTOMIA).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 de um joelho | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029025/19

Vítima: ADEILSON DE SOUZA

CPF: 033.222.867-38

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/11/2017

Titular do CPF: ADEILSON DE SOUZA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADEILSON DE SOUZA : 033.222.867-38

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 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: 24/01/2019
Nome: ADEILSON DE SOUZA
CPF: 033.222.867-38

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ADEILSON DE SOUZA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA