

---

**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

---

**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

---

**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



---

**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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://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: <b>313006359</b>	CPF da vítima: <b>033.222.867-38</b>	Nome completo da vítima: <b>ADEILSON DE SOUZA</b>
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: <b>ADEILSON DE SOUZA</b>		CPF: <b>033.222.867-38</b>
Profissão: <b>FORTEIRO</b>	Endereço: <b>RUA PROFª MARIA AUGUSTA MENDONÇA</b>	Número: <b>70</b> Complemento: <b>CASA</b>
Bairro: <b>MALVINAS</b>	Cidade: <b>CAMPINA GRANDE</b>	Estado: <b>PB</b>
E-mail:	CEP: <b>58433-238</b>	Tel. (DDD): <b>(83) 98713-1642</b>

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

**RENDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) Nome do BANCO: <b>BANCO ITAÚ</b>	
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <b>0374</b>	CONTA: <b>29300 9</b>
(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: <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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
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

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: **João Pessoa 25/02/2019**

Nome: **Adelson de Souza**

CPF: **033.222.867-38**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**X Adelson de Souza**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

25 FEV. 2019

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



## 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

Entrega de Cheques em Domicílio

Adiantamento a Depositantes (AD)

LIS - Limite Itaú para Saque

Seguro LIS Itaú

Cartão de Crédito Itaúcard: MULTIPLO

Serviço de Avaliação Emergencial de Crédito

Cartão de Débito Itaú

Seguro Cartão Protegido (Múltiplo e/ou Débito)

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

Fatura Digital

☒ Sim ☐ Não☒ Sim ☐ Não☒ Sim ☐ Não☒ Sim ☐ Não☐ Sim ☒ Não☒ Sim ☐ Não☒ Sim ☐ Não☐ Sim ☒ Não☐ Sim ☒ Não☒ Sim ☐ Não☐ 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.itaubr.com.br](http://www.itaubr.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 08 vezes sem juros, com vencimento todo dia 18 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 Itaúcard 2.0 e demais tarifas acesse [itaubr.com.br/cartoes](http://itaubr.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 [itaubr.com.br](http://itaubr.com.br).

## Itaú. Feito para você.

Consultas, informações e transações, acesse [itaubr.com.br](http://itaubr.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, contate 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: <b>313006359</b>	CPF da vítima: <b>033.222.867-38</b>	Nome completo da vítima: <b>ADEILSON DE SOUZA</b>
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: <b>ADEILSON DE SOUZA</b>		CPF: <b>033.222.867-38</b>
Profissão: <b>FORTEIRO</b>	Endereço: <b>RUA PROFª MARIA AUGUSTA MENDONÇA</b>	Número: <b>70</b> Complemento: <b>CASA</b>
Bairro: <b>MALVINAS</b>	Cidade: <b>CAMPINA GRANDE</b>	Estado: <b>PB</b>
E-mail:	CEP: <b>58433-238</b>	Tel. (DDD): <b>(83) 98713-1642</b>

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

**RENDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) Nome do BANCO: <b>BANCO ITAÚ</b>	
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <b>0374</b>	CONTA: <b>29300 9</b>
(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: <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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
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

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, **João Pessoa 25/02/2019**

Nome: **Adelson de Souza**

CPF: **033.222.867-38**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**X Adelson de Souza**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

25 FEV. 2019

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



## 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 Itaúcard: 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.itaubr.com](http://www.itaubr.com).

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 08 vezes sem juros, com vencimento todo dia 18 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 Itaúcard 2.0 e demais tarifas acesse [itaubr.com](http://itaubr.com). 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 [itaubr.com](http://itaubr.com).

## Itaú. Feito para você.

Consultas, informações e transações, acesse [itaubr.com](http://itaubr.com) 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, contate 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

CPF:

033.222.867-38

Profissão:

Porteiro

Endereço:

R. PROFª MARIA AUGUSTA MENDONÇA

Número:

70

Complemento:

CASA

Bairro:

MULVINS

Cidade:

Campaná Grande

Estado:

PIAUÍ

CEP:

58433-238

E-mail:

MARIA DPVAT@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD):

(83) 9.8651-8167

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA 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

6

CONTA:

1022531

4

AGÊNCIA:

\_\_\_\_\_

CONTA:

\_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que 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 Líder 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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: Adelson de Souza

CPF: 033.222.867-38

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Adelson de Souza  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_



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

BRANDESCO

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA POUPIANÇA

DATA: 22/01/2019

HORA: 14:07

FAVORECIDO: ADEILSON DE SOUZA

AGÊNCIA: 0493-6 CONTA: 1022591-3

DEPOSITANTE: O PRÓPRIO FAVORECIDO

AG,ACOLHECORA:0493 N.SER:01241 TERM:117 AUT:5

VALOR EM DINHEIRO:

1.800,00



BRANDESCO

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA POUPIANÇA

DATA: 22/01/2019

HORA: 14:07

FAVORECIDO: ADEILSON DE SOUZA

AGÊNCIA: 0493-6 CONTA: 1022591-3

DEPOSITANTE: O PRÓPRIO FAVORECIDO

AG,ACOLHECORA:0493 N.SER:01241 TERM:117 AUT:5

VALOR EM DINHEIRO:

1.800,00

# 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

CPF:

033.222.867-38

Profissão:

Porteiro

Endereço:

R. PROFª MARIA AUGUSTA MENDONÇA

Número:

70

Complemento:

CASA

Bairro:

MULVINS

Cidade:

Campaná Grande

Estado:

PIAUÍ

CEP:

58433-238

E-mail:

MARIA DPVAT@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD):

(83) 9.8651-8167

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA 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

6

CONTA:

1022531

4

AGÊNCIA:

\_\_\_\_\_

CONTA:

\_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que 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 Líder 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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: Adelson de Souza

CPF: 033.222.867-38

(\*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

X Adelson de Souza  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_



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



BRABESCO

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA POUPIANÇA

DATA: 22/01/2019

HORA: 14:07

FAVORECIDO: ADEILSON DE SOUZA

AGÊNCIA: 0493-6 CONTA: 1022591-3

DEPOSITANTE: O PRÓPRIO FAVORECIDO

AG,ACOLHECORA:0493 N.SER:01241 TERM:117 AUT:5

VALOR EM DINHEIRO:

1.800,00



BRABESCO

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA POUPIANÇA

DATA: 22/01/2019

HORA: 14:07

FAVORECIDO: ADEILSON DE SOUZA

AGÊNCIA: 0493-6 CONTA: 1022591-3

DEPOSITANTE: O PRÓPRIO FAVORECIDO

AG,ACOLHECORA:0493 N.SER:01241 TERM:117 AUT:5

VALOR EM DINHEIRO:

1.800,00



**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: Adeilson de Souza**

**Conhecido por: Não informado**

**Filiação: Maria Crizomar do Nascimento Souza e José de Souza**

**Idade: 47**

**Data de Nascimento: 09/07/1971**

**Identidade de Gênero: masculino**

**Nacionalidade: brasileira**

**Naturalidade: Campina Grande**

**Estado Civil: casado(a)**

**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**

**Complemento: Não informado**

**Ponto de referência: Perto da Academia Extremo Gin**

**Telefone: (83) 98768-8347**

TESTEMUNHA

**Nome: Adriano Lima Leite**

**Conhecido por: Não informado**

**Filiação: Antônia de Lourdes Lima Leite e Grigório Soares Leite**

**Idade: 43**

**Data de Nascimento: 03/11/1974**

**Identidade de Gênero: masculino**

**Nacionalidade: brasileira**

**Naturalidade: Campina Grande**

**Estado Civil: casado(a)**

**Escolaridade: Não informado**

**Profissão: Mecânico de Motocicleta**

**Cargo: Não informado**

**Matrícula: Não informado**

**Documentos(s) de Identificação: CPF nº 022.125.314-94**

**Endereço: Rua Mossoró, 08, Malvinas, Campina Grande, PB**

**Complemento: Não informado**

**Ponto de referência: Perto do Mercado Público das Malvinas**

**Telefone: Não informado**





TESTEMUNHA

**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

#### DILIGÊNCIAS 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 astroscoopia 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 de 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: Adeilson de Souza**

**Conhecido por: Não informado**

**Filiação: Maria Crizomar do Nascimento Souza e José de Souza**

**Idade: 47**

**Data de Nascimento: 09/07/1971**

**Identidade de Gênero: masculino**

**Nacionalidade: brasileira**

**Naturalidade: Campina Grande**

**Estado Civil: casado(a)**

**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**

**Complemento: Não informado**

**Ponto de referência: Perto da Academia Extremo Gin**

**Telefone: (83) 98768-8347**

TESTEMUNHA

**Nome: Adriano Lima Leite**

**Conhecido por: Não informado**

**Filiação: Antônia de Lourdes Lima Leite e Grigório Soares Leite**

**Idade: 43**

**Data de Nascimento: 03/11/1974**

**Identidade de Gênero: masculino**

**Nacionalidade: brasileira**

**Naturalidade: Campina Grande**

**Estado Civil: casado(a)**

**Escolaridade: Não informado**

**Profissão: Mecânico de Motocicleta**

**Cargo: Não informado**

**Matrícula: Não informado**

**Documentos(s) de Identificação: CPF nº 022.125.314-94**

**Endereço: Rua Mossoró, 08, Malvinas, Campina Grande, PB**

**Complemento: Não informado**

**Ponto de referência: Perto do Mercado Público das Malvinas**

**Telefone: Não informado**





TESTEMUNHA

**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

#### DILIGÊNCIAS 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 astroscoopia 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 de 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: **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** CPF: **033.222.867-38**  
Profissão: **FORTEIRO** Endereço: **R. Profª MARIA AUGUSTA MENDONÇA** Número: **70** Complemento: **CASA**  
Bairro: **MILVINS** Cidade: **Chapinhal GRANDE** Estado: **RN** CEP: **58433-238**  
E-mail: **MARIA DPVAT@HOTMAIL.COM** Tel (DDD): **(83) 98651-8167**

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

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

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

☒ CONTA 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** **06** CONTA: **1022593** **04**  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento 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 Líder 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 discordo do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_  
Faleceu cliente em que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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: **João Pessoa** **23/01/2019**  
Nome: **Adeilson de Souza**  
CPF: **033.222.867-38**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**X Adeilson de Souza**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_



Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





\*2282623\*

<b>Prontuário</b> 608678	<b>Nome do Paciente</b> ADELSON DE SOUZA	<b>Nascimento</b> 09/01/1971	<b>Idade</b> 47	<b>Sexo</b> U	<b>Cor</b>	<b>Naturalidade</b>	<b>Religião</b>
<b>Estado Civil</b> -	<b>CPF</b> 33.272.867-38	<b>RG</b> 148592 SSP PB	<b>Grau de Instrução</b>	<b>Profissão</b>	<b>Fone Residencial</b>	<b>Fone Trabalho</b>	
<b>Filiação</b> Mãe: MARIA CRIDOMAR DO NASCIMENTO SOUZA Pai: JOSE DE SOUZA							
<b>Endereço</b> R. MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 70 - ALVARO GAUDÊNCIO, CAMPINA GRANDE-PB CEP: 58108-275	<b>Complemento Endereço</b>						
<b>Atendimento</b> 2282623	<b>Data</b> 28/03/2018	<b>Hora</b> 06:51	<b>Sector</b> 3108 SECRETARIA CONVÊNIOS	<b>Tipo Atendimento</b> 5-INTERNAÇÃO CIRÚRGICA			
<b>Médico Atendente</b> 1414-JOSE BISMARK FERNANDES				<b>Módulo Atendimento</b> 3-INTERNAÇÃO/ELEITIVA			
<b>Plano / Convênio</b> 1-UNIMED/1- PLANO EMPRESA	<b>Nº Carteira</b> 0353079000157005	<b>Validade</b> 22/11/2019	<b>Nº CNS</b>				
<b>Posto</b> Gua	<b>Procedimento</b> TOMOGRAFIA INTERNAÇÃO	<b>Acomodação</b> Enf (Avaliação)	<b>Leito</b>				
<b>Gua</b> INTERNACAO							

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O paciente (ou responsável), Sr(a) ADELSON DE SOUZA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, o executar tratamento, operações, análises, transfusões de sangue ou outros procedimentos médicos que venham de encontro às necessidades clínicas-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instituições que lhe foram fornecidas inclusive quanto a intervenções oriundas de eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das consequências inerentes ao ato médico acima.

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) Responsável: ADELSON DE SOUZA  
Endereço: R. MARIA AUGUSTA MENDONÇA 70 Bairro ALVARO GAUDÊNCIO, CAMPINA GRANDE-PB  
Telefone: 3678-8347

CAMPINA GRANDE, 28 de Março de 2018

POLLIANA SILVA DOS SANTOS  
Responsável pelo Atendimento

Adelson de Souza  
Responsável pelo Paciente





\*2282623\*

Prontuário <b>608678</b>	Nome do Paciente ADELSON DE SOUZA	Nascimento 09/01/1971	Idade 47	Sexo U	Cor	Naturalidade	Religião
Estado Civil	CPF 33.272.867-38	RG 148592 SSP PB	Grau de Instrução	Profissão	Fone Residencial	Fone Trabalho	
Filiação	Mãe: MARIA CRIDOMAR DO NASCIMENTO SOUZA Pai: JOSE DE SOUZA						
Endereço	R.ª MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 70 - ALVARO GAUDÊNCIO, CAMPINA GRANDE-PB CEP: CEP 58108-275						
Complemento Endereço							

Atendimento <b>2282623</b>	Data <b>28/03/2018</b>	Hora <b>06:51</b>	Sector <b>3108 SECRETARIA CONVÊNIOS</b>	Tipo Atendimento 5-INTERNAÇÃO CIRURGICA
Médico Atendente 1414-JOSE BISMARK FERNANDES				Motivo Atendimento 3-INTERNAÇÃO/ELETIVA
Plano / Convênio 1-UNIMED/1- PLANO EMPRESA	Nº Carteira 0353079000157005	Validade 22/11/2019	Nº CNS	

Posto INTERNACAO	Procedimento TOMOGRAFIA INTERNAÇÃO	Acomodação <i>em (alvarado)</i>	Leito
Guia			



\*608678\*

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O paciente (ou responsável), Sr(a) ADELSON DE SOUZA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, o exatidão, tratamento, operações, análises, transfusões de sangue ou outros procedimentos médicos que venham de encontro às necessidades clínicas-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instituições que lhe foram fornecidas inclusive quanto a intervenções oriundas da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das consequências inerentes ao ato médico acima.

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

Responsável: ADELSON DE SOUZA  
Endereço: R.ª MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 70 Bairro ALVARO GAUDÊNCIO, CAMPINA GRANDE-PB  
Telefone: 3678-8347

CAMPINA GRANDE, 28 de Março de 2018

POLLIANA SILVA DOS SANTOS  
Responsável pelo Atendimento

Adelson de Souza  
Responsável pelo Paciente





\*2282623\*

Prontuário <b>608678</b>	Nome do Paciente ADELSON DE SOUZA	Nascimento 09/01/1971	Idade 47	Sexo U	Cor	Naturalidade	Religião
Estado Civil	CPF 33.272.867-38	RG 148592 SSP PB	Grau de Instrução	Profissão	Fone Residencial	Fone Trabalho	
Filiação	Mãe: MARIA CRIDOMAR DO NASCIMENTO SOUZA Pai: JOSE DE SOUZA						
Endereço	R.ª MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 70 - ALVARO GAUDÊNCIO, CAMPINA GRANDE-PB CEP: CEP 58108-275						
Complemento Endereço							

Atendimento <b>2282623</b>	Data <b>28/03/2018</b>	Hora <b>06:51</b>	Sector <b>3108 SECRETARIA CONVÊNIOS</b>	Tipo Atendimento 5-INTERNAÇÃO CIRÚRGICA
Médico Atendente 1414-JOSE BISMARK FERNANDES				Módulo Atendimento 3-INTERNAÇÃO/ELEITIVA
Plano / Convênio 1-UNIMED/1- PLANO EMPRESA	Nº Carteira 0353079000157005	Validade 22/11/2019	Nº CNS	

Posto INTERNACAO	Procedimento TOMOGRAFIA INTERNAÇÃO	Acomodação <i>en (alvarado)</i>	Leito
Guia			



\*608678\*

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O paciente (ou responsável), Sr(a) ADELSON DE SOUZA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, o executar tratamento, operações, análises, transfusões de sangue ou outros procedimentos médicos que venham de encontro às necessidades clínicas-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instituições que lhe foram fornecidas inclusive quanto a intervenções oriundas da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das consequências inerentes ao ato médico acima.

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

Responsável: ADELSON DE SOUZA  
Endereço: R.ª MARIA AUGUSTA MENDONÇA 70 Bairro ALVARO GAUDÊNCIO, CAMPINA GRANDE-PB  
Telefone: 3678-8347

CAMPINA GRANDE, 28 de Março de 2018

POLLIANA SILVA DOS SANTOS  
Responsável pelo Atendimento

ADELSON DE SOUZA  
Responsável pelo Paciente



RX DE CONTROLE  
REALIZADO EM 28/03/18

Hipercard

00062714



PC -00

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

Postagem: 15/12/2018

Vencimento: 03/01/2019

Emissão: 15/12/2018

151218

Fechamento próxima fatura: 28/01/2019

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 2. folha

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incidendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito 1.900,00  
Limite utilizado no mês 514,07  
Retirada de recursos (Pavistague) 90,00



Lançamentos: compras e saques

ADEILSON DE SOUZA (final 0571)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
25/10	VELOZ MOTOS 02/02	114,50
17/11	CAMPINA GRAND BOM QUE S	50,00
20/11	CAMPINA GRAND ARMAZEM D	26,00
20/11	CAMPINA GRAND DAVID BRI	77,85
26/11	DAVID BRI JOAO PESSOA	20,00
26/11	MAXXI Campina Grande/09	8,49
27/11	NETSHOES*NETSHOES SAO PAULO	169,07
08/12	ORVEL VEI 01/02	35,00

☒ Compra presencial com o uso do cartão e senha.

Continua...



Banco Itaú S.A. - 341-7  
Número do Documento: 00133975082/0065170  
Nome do Pagador/CPF/CNPJ: ADEILSON DE SOUZA - 033.222.867-38  
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ: HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69  
Endereço do Beneficiário: AV RUI BARBOSA, 251,1 A, GRAÇAS - RECIFE - PE

recibo do pagador  
Número: 175/33975082-9  
Valor do documento: R\$ 514,07  
Vencimento: 03/01/2019  
Autenticação Mecânica

<b>Banco Itaú S.A.</b>		<b>341-7</b>	<b>34191.75330 97508.292048 00173.090002 1 000</b>	
Local de Pagamento: 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.				Data de Vencimento: 03/01/2019
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ: HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69 AV RUI BARBOSA, 251,1 A, GRAÇAS - RECIFE - PE				Agência / Código Beneficiário: 2040/01730-9
Data do Documento: 03/01/2019	Número do Documento: 00133975082/0065170	Espécie DOC: IT	Auxílio: N	Data de Processamento: 15/12/2018
Unidade do Banco: 175	Carteira: R\$	Espécie: R\$	Quantidade: R\$	Valor do Documento: R\$ 514,07
Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê 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.				(i) Documento / Abatimento: (ii) Juros / Multa: (iii) Valor Pago:
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 Avalista:				

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação







HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO  
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 28/03/2018  
HORA: 06:54:17



\*2282623\*

Prontuário <b>608678</b>	Nome do Paciente <b>ADEILSON DE SOUZA</b>	Nascimento <b>09/01/1971</b>	Idade <b>47</b>	Sexo <b>M</b>	Cor	Naturalidade	Religião
Estado Civil	CPF <b>31.222.867-38</b>	RG <b>1485392 SSP PB</b>	Grau de instrução	Profissão			
Filiação	Mãe: <b>MARIA CRIZOMAR DO NASCIMENTO SOUZA</b>	Pai: <b>JOSE DE SOUZA</b>				Fone Residencial	Fone Trabalho
Endereço	R.P. MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 70 - ALVARO GAUDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB CEP: CEP 58108-275						
Atendimento	Data <b>28/03/2018</b>	Hora <b>06:51</b>	Setor <b>3006-SECRETARIA CONVENIOS</b>	Tipo Atendimento <b>5-INTERNAÇÃO CIRURGICA</b>			
Médico Atendente	<b>1414-JOSE BISMARCK FERNANDES</b>			Motivo Atendimento <b>3-INTERNAÇÃO/ELEITIVA</b>			
Plano / Convênio	<b>1-UNIMED/1-PLANO EMPRESA</b>		Nº Carteira <b>0353029000157005</b>	Validade <b>22/12/2019</b>	Nº CNS		
Posto	Acomodação <b>Enf (2 leitos)</b>		Leito				
Guia	Procedimento <b>1099406-INTERNAÇÃO</b>		<p>*608678*</p>				



### TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) **ADEILSON DE SOUZA**, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente CRM \_\_\_\_\_, Estado do(a) **PB** para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, 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 ação observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico acima.

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

Responsável: **ADEILSON DE SOUZA**  
Endereço: **R. P. MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 70 Bairro ALVARO GAUDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB**  
Telefone: **96768-8347**

CAMPINA GRANDE, 28 de Março de 2018

**POLLIANA SILVA DOS SANTOS**  
Responsável pelo Atendimento

**ADEILSON DE SOUZA**  
Responsável pelo Paciente

**RX DE CONTROLE**

REALIZADO EM **28/03/18**

IMPRESSÃO AUTOMÁTICA  
ENTRADA EM 14/03/2018  
CORREÇÃO AUTOMÁTICA  
12/03/18



HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO  
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 28/03/2018  
HORA: 06:54:17



\*2282623\*

Prontuário	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
608678	ADELSON DE SOUZA	09/01/1971	47	M			
Estado Civil	CPF	RG	Grau de instrução	Profissão			
	33.222.997-38	1485592 SSP PB					
Filiação							
Mãe: MARIA CRIDOMAR DO NASCIMENTO SOUZ Pai: JOSE DE SOUZA							
Endereço							
R. P. MARIA AUGUSTA MENDONÇA 70 - ALVARO GAUDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB CEP: 58101-275							

Atendimento	Data	Hora	Sector
2282623	28/03/2018	06:51	3008-SECRETARIA-CONVENIOS
Médico Atendente			
1414-JOSE BISMARK FERNANDES			
Plano / Convênio			
1-UNIMED- PLANO EMPRESA			

Tipo Atendimento  
5-INTERNAÇÃO CIRURGICA  
Motivo Abandimento  
3-INTERNAÇÃO/ELETIVA

Nº Carteira  
0.555029000157005  
Validade  
22/11/2019  
Nº CNS

Posto

Acomodação

Leito

Gua

INTERNACAO

Procedimento

10015466-0 INTERNAÇÃO

Enq (atend)

17 4comp (10802)



\*608678\*

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente ( ou responsável), Sr(a) ADELSON DE SOUZA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestesias, transfusões de sangue, ou outros procedimentos médicos que venham de encontre as necessidades clínicas-cirúrgicas do caso, bem como comprometer-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas. Inclui-se 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 MENDONÇA 70 Bairro ALVARO GAUDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB  
Telefone: 98768-8347

POLLIANA SILVA DOS SANTOS  
Responsável pelo Atendimento

L. Adelson de Souza

ADELSON DE SOUZA  
Responsável pelo Paciente

T/R  
RX DE CONTROLE

REALIZADO EM 28/03/18





PRONTO SOCORRO DE FRATURAS  
DE CAMPINA GRANDE

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
(32) 3243.4978

ORTOPEDIA E ARTROSCOPIA

- Louco -

- O sr. Adilson Sampaio, vítima  
de acidente de trânsito em no-  
vembro de 2011. Ao receber orto-  
pedia se fractura e de um e  
limitação de movimentos do  
peleto do. Foi submetido a  
tratamento cirúrgico em 28/5/18.  
Após período de recuperação  
reabilitado e de 1/2 mês de  
tratamento. CID: 5832

"NÃO AUTORIZADO A TROCA DO MEDICAMENTO PRESCRITO"

CRM 2179

Dr. José Bismarck Fernandes

RESIDÊNCIA

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

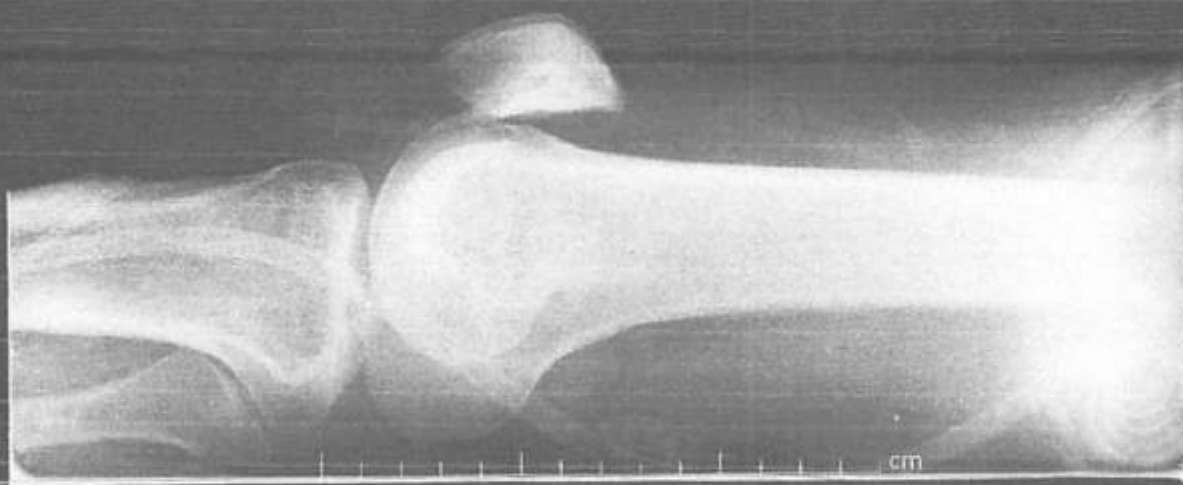
*[Handwritten signature]* 16/6/18



Adellson, 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

Adellson, 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





**Campimagem**

Diagnóstico por Imagem  
Imagem para Vida

**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**

**TOMOGRÁFIA  
COMPUTADORIZADA  
MULTISLICE**

**ULTRASSONOGRÁFIA  
3D E 4D**

**DOPPLER COLORIDO**

**MAMOGRAFIA  
DIGITAL**

**ESTEREOTAXIA  
MAMARIA**

**RADIOLOGIA  
DIGITAL**

**RADIOLOGIA  
INTERVENCIÓNISTA**

**ANGIOGRAFIA  
DIGITAL**

**DENSITOMETRIA  
ÓSSEA**

**PUNÇÃO-BIÓPSIA**

**ECOCARDIOGRAFIA**

**LABORATÓRIO DE  
ANÁLISES 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 seqüências multiplanares com bobina específica e obtenção de imagens de acordo com as seguintes seqüências: 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 quadríceps 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 poplíteia de aspecto anatômico preservado.
- Musculatura regional eutrófica.



## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- 1 - CONDROPATIA PATELAR INICIAL, SEM ENVOLVIMENTO DO OSSO SUBCONDAL (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/fz

*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.*

**CAMPIMAGEM - CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DE CAMPINA GRANDE LTDA.**

Rua Rodrigues Alves, 663 - Prata - CEP 59400-550 - PABX: (83) 3341-1059 (83) 2101-4750 (83) 2101-4757 - Campina Grande - PB

E-mail: campimagem@campimagem.com.br - Home Page: www.campimagem.com.br

Dr. Renato de Souza  
Radiologista  
081-96211

Dr. Renato de Souza  
Radiologista  
081-96211

Dr. Renato de Souza  
Radiologista  
081-96211

Dr. Renato de Souza  
Radiologista  
081-96211

Dr. Renato de Souza  
Radiologista  
081-96211

Dr. Renato de Souza  
Radiologista  
081-96211

Dr. Renato de Souza  
Radiologista  
081-96211

Dr. Renato de Souza  
Radiologista  
081-96211

Dr. Renato de Souza  
Radiologista  
081-96211

Dr. Renato de Souza  
Radiologista  
081-96211

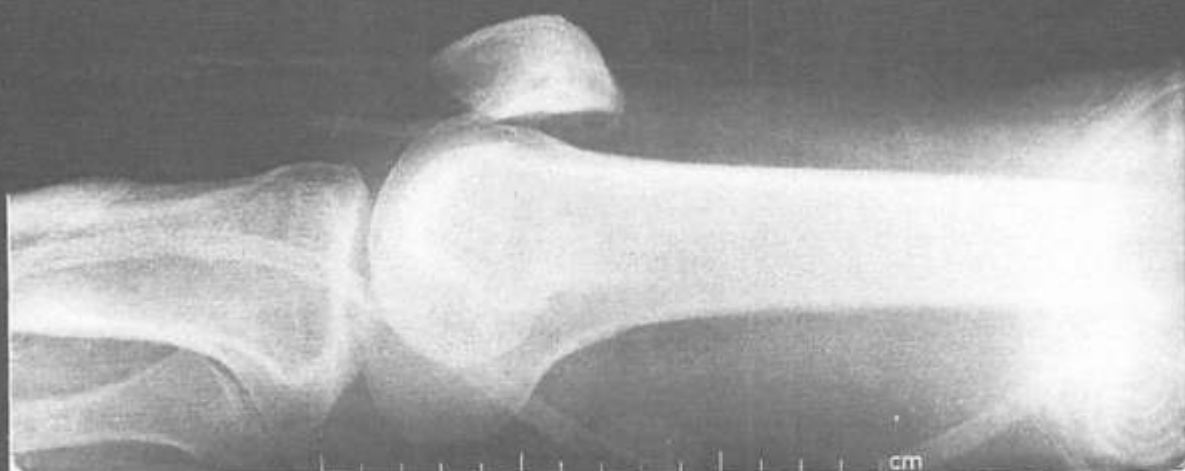
Dr. Renato de Souza  
Radiologista  
081-96211



Adeilson, 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

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

HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
UNKNOWN

28/03/2018 14:37:17



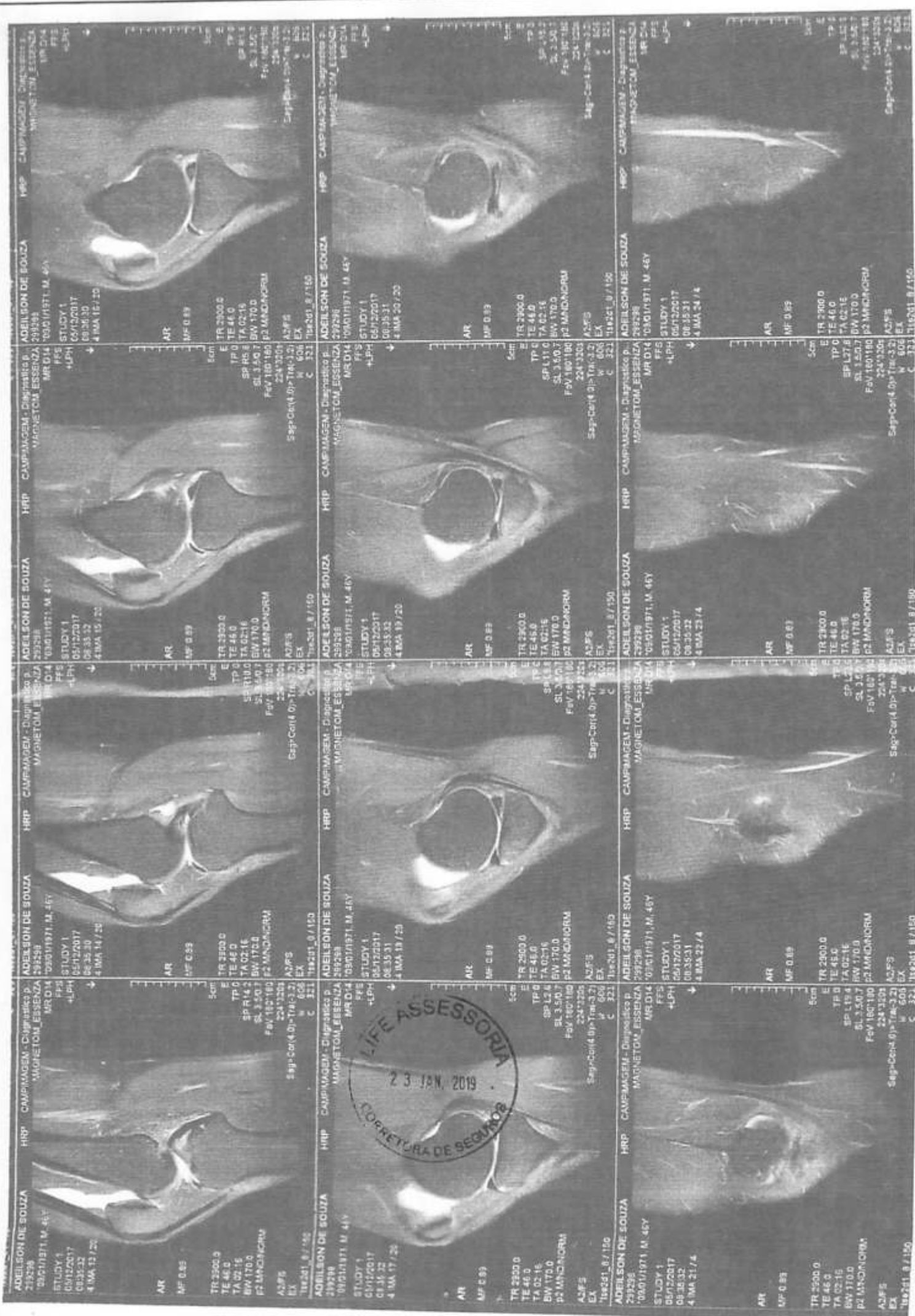
S: 1325

C: 512  
W: 1024

IM: 2

Page: 1 of 1





LIFE ASSESSORIA  
23 JAN 2019  
CORRETURA DE SEGURANÇA

PACIENTE: *Schulson*

IDADE:

ALMO:

LEITO:

MÉDICO:

DATA: *29/03/18*

MANHÃ

*Pac. com sinais vitais por os peles  
segue em J-V + dreno de vena  
sem queixas registra-se muito mal*

Fabírcia Luciana de  
Técnica de Enfermagem  
COREN-PB 6294

TARDE

*paciente segue com queixas tal  
de alta hospitalar. melhora drástica.*

Clínica - 709726 PB  
Técnica de Enfermagem  
Téc. de Enfermagem  
COREN-709726 PB

NOITE





# ANTONIO TARGINO

Nº 043584

PACIENTE: ADEILSON DE SOUZA

CONVÊNIO: UNIMED SUS ☐ PRONTUÁRIO: 608178/2282623 DATA: 28.07.18

CIRURGIA: MENISPECTUMIA + MENISCORRACIA

CIRURGIÃO: DR. BISMARCK

AUXILIAR:

AUXILIAR: DR. BRUNO BRILHANTE ANESTESISTA: DR. ALBERTO NUNES

CIRCULANTE: VERONICA

SALA: 06

HORÁRIO: INÍCIO: 11:45 FINAL: 13:10

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.	COD.	MATERIAL	QUANT.	COD.	FIOS	QUANT.
1872	ADRENALINA		107329	ADAPTADOR P/ SORO	01		ACIFLEX N°	
1880	ÁGUA DESTILADA	03	110089	AG. RAQUI 27BD	01		ALGODÃO CIA N°	
1899	AMINOFILINA		120089	AG. RAQUI 25BD	01		ALGODÃO S/A N°	
1920	AMIN		161281	AG. RAQUI P/ OBESO BD	01		CROMADO C/A N°	
2070	ATROPINA		41223	AGULHA DESCARTÁVEL N°	03		CROMADO S/A N°	
283799	BEXTRA			AGULHA PERIDURAL N°			ETHIBOND N°	
1932	BICARBONATO DE SÓDIO			AGULHA RAQUI N°			FITA CARDIACA	
4650	CERAFLOTINA 1g	07		ALGODÃO HIDRÓFILO	30		MONOCRYL N°	
122799	CERAZOLINA 1g	07	2259	ALGODÃO ORTOPÉDICO	04		MONONYLON N°	3.0 07
1767	CEFTRIAXONA		9113	ATAJURA CREPON N°	15		PROLENE N°	
154006	CETROPROFENO IV			ATAJURA GESSADA	15		VICRYL N°	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO		2356	BOLSA C/O OSTOMIA				
2003	CLORETO DE SÓDIO			CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°				
5304	DEXAMETASONA	07	211958	CAPA PARA VIDEO				
4995	DICLOFENACO SÓDICO		2428	CATETER OXIGÊNIO	01			
9020	DIPYRIDA	02	27880	COLETOR URINA ABERTO				
9873	DOPAMINA 20 SÓDICO		22381	COLETOR URINA FECHADO				
32190	EFEDRINA	02		COMPRESSAS	30			
5335	FENERGAN		142341	COMPRESSAS 25X25				
2038	FUROSEMIDA			DRENO PENROSE N°				
4285	GARAMICINA			DRENO SUÇÃO N°	3.2 01			
2046	GLICOSE 50%			DRENO TÓRAX N°				
9054	GLUCONATO DE CÁLCIO		59587	ELETRODO	07			
5398	HEPARINA		2585	EQUIPO MACROGOTAS	07			
5390	HIDROCORTISONA		267393	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA	01			
2052	METOCLOPRAMIDA		2515	ESPARADRAPO	100m			
37650	NAUSEDRON 8mg	4mg 01	20117	FITA GLUCEMIA				
59906	OMEPRAZOL 40mg		142220	GAZES 7.5X7.5	700m			
70191	PROSTIGMINE			GAZES				
70238	QUELICIM		3425	GELFOAM				
28519	RANITIDINA		60917	GILETE				
70735	SOLUMEDROL 500mg			GUENDEL N°				
403792	TORADOL		3468	INTRA-CATH				
70971	TRANSAMIN			JELCO N°	18 01			
70872	TILATIL 40mg			LÂMINA BISTURI N°				
COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.						
70254	ALFENTANILA		132709	LUXAS 6.5				
8685	DIEMPAZ 10mg		111209	LUXAS 7.0				
3026	DIMORF 1.0mg		40126	LUXAS 7.5	07			
3034	DIMORF 0.2mg		3522	LUXAS 8.0	07			
125149	DIMORF 10mg		149870	LUXAS 8.5	01			
89655	DORMONID	07	69752	MICROPOR LARGO				
89638	DORMONID COMP.			SCALPS N°				
48850	FENOBARBITAL		3735	SERINGA DE 01cc	03			
8899	HIDANTAL		3700	SERINGA DE 05cc	03			
9952	KETALAR		3585	SERINGA DE 10cc	07			
69620	PETIDINA		3597	SERINGA DE 20cc				
73210	TRAMAL		341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)				
146832	ULTIVA			SONDA FOLEY M°				
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.		SONDA NELATON				
70545	ATRACURIO			SONDA NSG				
126233	CISATRACURIO			SONDA RETAL				
9091	ETOMIDATO		53937	SURGICEL				
3042	FENTANIL		4081	TORNEIRA 03 VIAS	07			
2801	LIDOCAINA 2% CV			TUBO ENDOTRAQUEAL N°				
2119	LIDOCAINA 2% SV							
3812	LIDOCAINA GELEIA							
2150	NEOCAINA 0.5% CV							
70750	NEOCAINA 0.5% SV							
1996	NEOCAINA PESADA							
2212	NILPERIDOL							
142394	NOVAPUP CV							
97445	NOVAPUP ISOBÁRICA							
204000	NOVAPUP SV							
3216	PANCURONIO							
82031	PROPOFOL							
143181	ROCURONIO							
24678	SEVORANE							
1940	XYLESTESIN SPRAY							

COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2235	ÁGUA OCEANA 3000	
119213	ALCOOL 70%	4.00
304090	CLOREXIDINA	
2631	ÉTER	300cc
3603	PVP/DEGERMANTE	200cc
3611	PVP/TÓPICO	
4111	VASELINA	

COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AM COMPRESSO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	1.02
	BISTURI ELÉTRICO	
	CARNOGRAFO	
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	
	MICROSCÓPIO CIRUR	
	MONITOR CARDIACO	1.02
	NITROGÊNIO	
	OXÍDIO NITROSO	
	OXIGÊNIO 2 L/MIN	
	OXÍMETRO DE PULSO	
	VÁCUO	

COD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174458	PURISOL 1000ml	
63651	S. FISIOLÓGICO 1000ml	04
98220	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	02
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	
9149	S. RINGER 500ml	02
134489	VOLUMEN 8%	

COD.	OUTROS	QUANT.
	CEFTAZOLIM 07	
	KOTPAJIA DE DEBRIDAMENTO 01	



HAT  
ANTONIO TAVARES

# SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Data de Admissão: 28.02.18 Hora: 13.22

Diagnóstico Referencial A / B / C / D / E / F / G / H / I / J / K / L / M / N / O / P / Q / R / S / T / U / V / W / X / Y / Z / AA / AB / AC / AD / AE / AF / AG / AH / AI / AJ / AK / AL / AM / AN / AO / AP / AQ / AR / AS / AT / AU / AV / AW / AX / AY / AZ / BA / BB / BC / BD / BE / BF / BG / BH / BI / BJ / BK / BL / BM / BN / BO / BP / BQ / BR / BS / BT / BU / BV / BW / BX / BY / BZ / CA / CB / CC / CD / CE / CF / CG / CH / CI / CJ / CK / CL / CM / CN / CO / CP / CQ / CR / CS / CT / CU / CV / CW / CX / CY / CZ / DA / DB / DC / DD / DE / DF / DG / DH / DI / DJ / DK / DL / DM / DN / DO / DP / DQ / DR / DS / DT / DU / DV / DW / DX / DY / DZ / EA / EB / EC / ED / EE / EF / EG / EH / EI / EJ / EK / EL / EM / EN / EO / EP / EQ / ER / ES / ET / EU / EV / EW / EX / EY / EZ / FA / FB / FC / FD / FE / FF / FG / FH / FI / FJ / FK / FL / FM / FN / FO / FP / FQ / FR / FS / FT / FU / FV / FW / FX / FY / FZ / GA / GB / GC / GD / GE / GF / GG / GH / GI / GJ / GK / GL / GM / GN / GO / GP / GQ / GR / GS / GT / GU / GV / GW / GX / GY / GZ / HA / HB / HC / HD / HE / HF / HG / HH / HI / HJ / HK / HL / HM / HN / HO / HP / HQ / HR / HS / HT / HU / HV / HW / HX / HY / HZ / IA / IB / IC / ID / IE / IF / IG / IH / II / IJ / IK / IL / IM / IN / IO / IP / IQ / IR / IS / IT / IU / IV / IW / IX / IY / IZ / JA / JB / JC / JD / JE / JF / JG / JH / JI / JJ / JK / JL / JM / JN / JO / JP / JQ / JR / JS / JT / JU / JV / JW / JX / JY / JZ / KA / KB / KC / KD / KE / KF / KG / KH / KI / KJ / KK / KL / KM / KN / KO / KP / KQ / KR / KS / KT / KU / KV / KW / KX / KY / KZ / LA / LB / LC / LD / LE / LF / LG / LH / LI / LJ / LK / LL / LM / LN / LO / LP / LQ / LR / LS / LT / LU / LV / LW / LX / LY / LZ / MA / MB / MC / MD / ME / MF / MG / MH / MI / MJ / MK / ML / MM / MN / MO / MP / MQ / MR / MS / MT / MU / MV / MW / MX / MY / MZ / NA / NB / NC / ND / NE / NF / NG / NH / NI / NJ / NK / NL / NM / NO / NP / NQ / NR / NS / NT / NU / NV / NW / NX / NY / NZ / OA / OB / OC / OD / OE / OF / OG / OH / OI / OJ / OK / OL / OM / ON / OO / OP / OQ / OR / OS / OT / OU / OV / OW / OX / OY / OZ / PA / PB / PC / PD / PE / PF / PG / PH / PI / PJ / PK / PL / PM / PN / PO / PP / PQ / PR / PS / PT / PU / PV / PW / PX / PY / PZ / QA / QB / QC / QD / QE / QF / QG / QH / QI / QJ / QK / QL / QM / QN / QO / QP / QQ / QR / QS / QT / QU / QV / QW / QX / QY / QZ / RA / RB / RC / RD / RE / RF / RG / RH / RI / RJ / RK / RL / RM / RN / RO / RP / RQ / RR / RS / RT / RU / RV / RW / RX / RY / RZ / SA / SB / SC / SD / SE / SF / SG / SH / SI / SJ / SK / SL / SM / SN / SO / SP / SQ / SR / SS / ST / SU / SV / SW / SX / SY / SZ / TA / TB / TC / TD / TE / TF / TG / TH / TI / TJ / TK / TL / TM / TN / TO / TP / TQ / TR / TS / TT / TU / TV / TW / TX / TY / TZ / UA / UB / UC / UD / UE / UF / UG / UH / UI / UJ / UK / UL / UM / UN / UO / UP / UQ / UR / US / UT / UU / UV / UW / UX / UY / UZ / VA / VB / VC / VD / VE / VF / VG / VH / VI / VJ / VK / VL / VM / VN / VO / VP / VQ / VR / VS / VT / VU / VV / VW / VX / VY / VZ / WA / WB / WC / WD / WE / WF / WG / WH / WI / WJ / WK / WL / WM / WN / WO / WP / WQ / WR / WS / WT / WU / WV / WW / WX / WY / WZ / XA / XB / XC / XD / XE / XF / XG / XH / XI / XJ / XK / XL / XM / XN / XO / XP / XQ / XR / XS / XT / XU / XV / XW / XX / XY / XZ / YA / YB / YC / YD / YE / YF / YG / YH / YI / YJ / YK / YL / YM / YN / YO / YP / YQ / YR / YS / YT / YU / YV / YW / YX / YY / YZ / ZA / ZB / ZC / ZD / ZE / ZF / ZG / ZH / ZI / ZJ / ZK / ZL / ZM / ZN / ZO / ZP / ZQ / ZR / ZS / ZT / ZU / ZV / ZW / ZX / ZY / ZZ	Anestesia Geral ( ) Peridural ( ) Raqui (X) Sedação ( ) Local ( ) ( ) M. Car. Inter. ( ) Bloqueio Tip. Módulo: ( ) Cat. ( ) PA ( ) PA Invasiva ( ) PVC Cub. ( )
--	--

Controles									
Temp	36.5								
Fuso	75 bpm								
SpO2	92%								
Pressão	120 x 70 mmHg								
Der (0 a 10)	0								
Glicemia									

Sangue e Derivados									
Descrição	Quantidade	PA	Volume	Tempo de Transfusão	PA	T	Responsável		

Avaliação para Alta									
Estado de Vigilância	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Verbal	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Física	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Ocular	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Auditiva	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Tátil	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Olfativa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Gustativa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Intelectual	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Emocional	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Social	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Moral	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Espiritual	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Física	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Ocular	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Auditiva	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Tátil	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Olfativa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Gustativa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Intelectual	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Emocional	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Social	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Moral	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resposta Espiritual	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Escala de Aldrete				
Categoria	Item	0	1	2
Atividade Motora	Movimento espontâneo	0	1	2
	Movimento voluntário	0	1	2
	Seguimento de comando	0	1	2
Resposta Verbal	Resposta espontânea	0	1	2
	Resposta a perguntas	0	1	2
Resposta Física	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Circulação	PA < 20% da PA normal	0	1	2
	PA < 40% da PA normal	0	1	2
Respiração	PA < 30% da PA normal	0	1	2
	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
Consciência	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Ocular	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Auditiva	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Tátil	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Olfativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Gustativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Intelectual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Emocional	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Social	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Moral	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Espiritual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Física	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Ocular	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Auditiva	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Tátil	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Olfativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Gustativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Intelectual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Emocional	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Social	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Moral	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Espiritual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Física	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Ocular	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Auditiva	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Tátil	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Olfativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Gustativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Intelectual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Emocional	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Social	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Moral	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Espiritual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Física	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Ocular	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Auditiva	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Tátil	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Olfativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Gustativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Intelectual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Emocional	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Social	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Moral	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Espiritual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Física	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Ocular	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Auditiva	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Tátil	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Olfativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Gustativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Intelectual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Emocional	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Social	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Moral	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Espiritual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Física	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Ocular	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Auditiva	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Tátil	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Olfativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Gustativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Intelectual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Emocional	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Social	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Moral	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Espiritual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Física	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Ocular	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Auditiva	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Tátil	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Olfativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Gustativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Intelectual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Emocional	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Social	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Moral	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Espiritual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Física	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Ocular	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Auditiva	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Tátil	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Olfativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Gustativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Intelectual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Emocional	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Social	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Moral	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Espiritual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Física	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Ocular	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Auditiva	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Tátil	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Olfativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Gustativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Intelectual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Emocional	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Social	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Moral	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Espiritual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Física	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Ocular	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Auditiva	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Tátil	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Olfativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Gustativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Intelectual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Emocional	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Social	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Moral	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Espiritual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Física	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Ocular	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Auditiva	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Tátil	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Olfativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Gustativa	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Intelectual	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Emocional	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2
Resposta Social	Resposta a estímulos dolorosos	0	1	2
	Resposta a estímulos táteis	0	1	2



10-10-68: Deletion of Singa

**DIAGNOSTIC**

LEFT TO

CONVENIO: Unimed

DATA

28.03.18

## MEDICAMENTOS

## HORÁRIO

Florence

*[Handwritten signature]*

[illegible]

611

(6500) 16.57 11/20/41 M. Mar. 1941

CT

(3)  $\text{C}_2\text{H}_5\text{CHO} + \text{CO} + 15 \text{ H}_2 \rightarrow \text{C}_2\text{H}_5\text{CH}_2\text{CH}_3 + 15 \text{ H}_2\text{O}$

79

14. Stropharia lyallii Rehm

17

(b)  $\text{Fe}^{2+}$  with  $\text{SO}_4^{2-}$  &  $\text{SO}_4^{2-}$  for  $\text{Fe}^{2+}$

~~SECRET~~

⑧ Kalamandir, & Ashraf, P. 1998

77

12. The second copy of the letter, dated 6/1/

天

12) Prüfung 16.6.17 & 50. Transfer 12/16

— *R* —

19. broodstock 1.28 + 1.55 = 2.83

— 24 —

(iv) 3.110K CONTRACTS AWARDED IT

光

ST. ANTONIO NUNES RESERVE

## EVOLUÇÃO MÉDICA

Answer: 2. The number of ordered

DEPT. OF THE ARMY, June 22, 1911

PROBABLE Results and of success

~~Dr. Joseph S. Murphy, Editor~~



ALXIL SOL NO SOL 21

APTO:

UNIMED

IDADE: 42

SEXO: ☒ M ☐ F

A CARTEIRA:

035 8429 600 1574 5

TERNAÇÃO:

0129979

ASCIMENTO:

08/11/1971

Pré-Operatório:

1ª Equipe (Cirurgião e 2ª Equipe)

2ª Equipe (Cirurgião e 1ª Equipe)

Instrumentação:

Instrumentação

Realizados:

SECCIONADA

SECCIONADA

Códigos

3073 3072

3073 3072

HR

AR

OCAL

OCAL

OCAL

ESP

HR

AR

OCAL

OCAL

OCAL

HR

AR

OCAL

OCAL

OCAL

HR

AR

OCAL

OCAL

OCAL

HR

AR

OCAL

OCAL

OCAL

HR

AR

OCAL

OCAL

OCAL

HR

AR

OCAL

OCAL

OCAL

HR

AR

OCAL

OCAL

OCAL

CIRURGIA

☒ ELETIVA

☐ URGÊNCIA

☐ AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA)

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

DATA:

25.05.19

AGENTES

QTD

Adrenalina	
Atropina	
Bexira	
Bupivacaina Isobarica	
Bupivacaina Hipobarica	
Bupivacaina	
Clozax	
Decadron	
Dipirona	
Diprivan	
Diprivan PFB	
Dobutrex	
Dormonid 15mg	
Efedrina	
Emseron	
Fentanyl	
Flupyr	
Forams	
Halotano	
Hidrocortisona	
Hypnomidate	
Ketazol	
Ketila	
Ketalar	
Levot	
Liquimino	
Mothergin	
Narilina mg	
Narcan	
Nasarin	
Nimbium	
Nisid	
Noradrenalina	
Norcuron	
Oclotona	
Pavulon	
Plasil	
Protonid	
Prosigmina	
Quelidn	
Rapfen	
Roxivan	
Soverano	
Sulfato	
Tasit	
Tacrium (Atracurio)	
Utilivo	
Vallium	
Xylocaina	
Xylonalina Hipobarica	
Xylocaina Spray	
Zefran	
Agua Destilada - 250ml	
Agua Destilada - 10ml	
B. Fisiológico	
S. Olfato	
B. de Ringer	
C. Hemazla	
Plasma	
Oxigênio (L/MIN)	
NºO (L/MIN)	
Ar Medicinal (L/MIN)	
Co2 (L/MIN)	
MATERIAL DESCARTÁVEL	
Aquecedor RANGER	
Aguilha Peridural 17 ou 18g	
Aguilha Raqui Ponta de Lápiz	
Aguilha Stimuplex 350, 3100	
Cal Sódica ppr	
Cateter Epidural 16g 18g	
Cateter Nasal Tipo Oculos	
Cateter Venoso	
Elivado ECG	
Equipe de Saco	
Equipe Perfusor SET	
Filtro Heparico	
Guado	
Manta Térmica	
Equipe bomba de infusão N	
Equipe bomba de infusão FS	
Máscara Laringea	
Tubo Arquipado	
Equipe Respiratória Limbo	
Equipe de O2	



ICAO INTUBAÇÃO TUBO Nº

Intubação

Intubação

Intubação

Intubação

Intubação

Intubação

Intubação

Intubação

Intubação

Intubação

Intubação

Intubação

Intubação

Intubação

Intubação

ANESTESIA REGIONAL

ANESTESIA REGIONAL

PUNÇÃO

☐ Oral

☐ Nasal

☐ C/Balão

☐ S/Balão

☐ Aramado

☐ Duplo Lâmon

☐ Traqueostomia

☒ Paraural

☐ Requiranetocia

☐ Epidural Sacro

☐ H. Periférico

☐ Simples

☐ Contínua

☐ Cateter nº

☐ P. Braço/Genival

☐ Supraclavicular

☐ Interes costal

☐ Axilar

☐ Vena Regional

☐ Infiltração

☐ Sondação

☐ Mediana

☐ Paramediana

☒ Sentença

☐ DL

☐ DO

☐ LO

☐ LO

☐ LO

☐ LO

☐ LO

☐ LO

☐ LO

☐ LO

☐ LO

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS

☐ Aspirador

☐ Baxa

☐ Baxa

☐ Baxa

☐ Baxa

☐ Baxa

☐ Baxa

☐ Baxa

☐ Baxa

☐ Baxa

☐ Baxa

☐ Baxa

☐ Baxa

so Agulhas Raqui ou Peridural

☐ SIM

☒ NÃO

☐ SIM

☒ NÃO

☐ SIM

☒ NÃO

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

PACIENTE: *Albino de Pleg*  
 N° DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ N° DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_  
 DATA DA OPERAÇÃO: *28.03.18* ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_  
 OPERADOR: *Bruno*  
 1° AUXILIAR: *Paula* 2° AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
 3° AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
 ANESTESISTA: *Albino* TIPO DE ANESTESIA: *Gênico*  
 DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: *Lesão renal e fígado*  
 TIPO DE OPERAÇÃO: *Simulação + manipulação*  
 DIAGNÓSTICO POS OPERATÓRIO: *0 mm*  
 RELATÓRIO MEDIADO DA PATOLOGIA: \_\_\_\_\_  
 EXAME RADIOLOGICO NO ATO: \_\_\_\_\_  
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: *100%* E TÉCNICA: *LIGADURA DRENAGEM SUBCUTÂNEA EMPREGADO ASPECTO VICERAS*

- (1) *Albino de Pleg*
- (2) *Paula*
- (3) *Paula*
- (4) *Bruno*
- (5) *Paula*
- (6) *Albino de Pleg*
- (7) *Paula*



## NEERU-M-354

Nome Paulson de Souza Leito ..... Sexo M Idade 51  
Peso ..... Altura ..... DOB ..... Diagnóstico Médico .....  
Cirurgia Prevista: ..... Data Prevista: 1/11  
Início do jejum 27.10.18 Horário 08h  
Alergias: Não  
Antecedentes: ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Inf. ( ) Tabagista ( ) Et. ( ) Uso de Marcapasso ( ) Outros .....  
Faz uso de Anticoagulante: ( ) Sim ( ) Não Suspensão: ( ) 72hs ( ) 48h ( ) 24hs ( ) 12hs  
Consentimento informado assinado: ( ) Sim ( ) Não  
Termo de Autorização de Anestesia: ( ) Sim ( ) Não  
Termo de Autorização de Administração: ( ) Sim ( ) Não  
Exames Anexos

<input checked="" type="checkbox"/> Laboratory	<input type="checkbox"/> Monografia	<input checked="" type="checkbox"/> KRM
<input checked="" type="checkbox"/> PPG	<input checked="" type="checkbox"/> SG	<input checked="" type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> COCARDIOGRAMA

Risco Cirúrgico: ( ) Presente ( ) Ausente. Realizado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_  
 Tricostomia: ( ) Realizada ( ) Ames da Cirurgia ( ) Não realizada Res. Cirúrgica: \_\_\_\_\_  
 Banho Pré Operatório: ( ) Realizado ( ) Não Realizado  
 Pertences do Paciente: Presente Retirado  
 a. Dentaduras ( ) ( )  
 b. Adornos ( ) ( )  
 c. Roupa Intima ( ) ( )  
 d. Esmalte ( ) ( )  
 e. Outros Pertences ( ) ( )

Reserva de Sangue: ( ) Sim ( ) Não Presente  
 Avaliação Pré Anestésica: ( ) Sim ( ) Não  
 Medicação Pré Anestésica: Administrado \_\_\_\_\_  
 Dor: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Espontânea ( ) Sondagem

Responsável: \_\_\_\_\_

[illegible]

15/1

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

EVOLUÇÃO MÉDICA



*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

HORÁRIO

MEDICAMENTOS

DIAGNÓSTICO:



NOME:

SEXO:

LEITO:

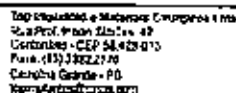
CONVÊNIO:

DATA:

29.03.18

PRESCRIÇÃO MÉDICA





Hospital: Hat Código: \_\_\_\_\_  
 Procedimento: Artroscopia do Joelho "D" Cód. do Procedimento: \_\_\_\_\_  
 Paciente: Adelina de Jesus  
 Data da Cirurgia: 28/03/18 Prontuário Nº: 608678 Convênio: Guimed  
 Cirurgião: Dr. B. B. B. B. Código: \_\_\_\_\_ ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unt.	Valor Total
	<p>Ma. Caneta de Dabridação SUTORMED</p> <p>Contador de Medsco Agressivo Ø4,5mm Encaixe TIPO 14A</p> <p>100140705 02DBL1Z</p> <p>12/2017 12/2018</p> <p>Contém 1</p> <p>Registro Anvisa 80077200047</p>	<p>Registrado Para: IMPLANTES IMPLANTES ESP. COM. IMP. LTDA</p> <p>CMF 57145587888</p> <p>Endereço: RUA COPIENADOR MIGUEL CALFAT, N. 559 - SÃO PAULO - SP</p> <p>Resp. Tec.: EMILENE BERTOLDO MARTINS</p> <p>Doc.: CRM-SP22 752</p> <p>PONTEIRA 98 LIGANTE DE ABALACAO ISO X 3,2 MM</p> <p>Referência: 1A2379</p> <p>Reg. Anvisa: 1824233882</p> <p>Fabricante: LINUATEC</p> <p>PRODUTO DE USO ÚNICO</p> <p>LINUATEC</p> <p>Material: DESCARTAVEL</p> <p>TRANSPORTAR E ARMAZENAR TEMPERATURA AMBIENTE, EM LOCAL LIMPO E SECO</p> <p>MODOS DE USO, ADVERTÊNCIAS, PRECAUCOES, ETC. VER INSTRUÇÕES DE USO</p> <p>Advertência/Precaução: Ver Instrução de Uso</p>		

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

Pablo

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

**Nº do pedido:**




PRONTO SOCORRO DE FRATURAS  
DE CAMPINA GRANDE  
IMÓVEIS E TRANSPORTES  
FERNANDES & FERNANDES LTDA

CNPJ 02874273/0001-00  
Rua D. Pedro II, 112 - Centro - Fone: (81) 3341.6679 - CEP: 58400-002 - Campina Grande - PB

### ATESTADO

Atesto para devidos fins de DIREITO  
que o (a) Sr. (a) Adilson da Silva  
foi atendido(a) nesta CLÍNICA, portador(a)  
da Entidade Nasciônica - CID S83.2  
devendo permanecer afastado (a) de suas atividades habi-  
tuais pelo período de 45 (quarenta e cinco) dias.

Campina Grande / PB. 28.03.18

  
MÉDICO - CRM





HOSPITAL  
ANTONIO TARGEM

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: *Alcides de Souza*

ALCO:

LEITO:

MÉDICO:

IDADE:

DATA: *23/03/11*

MANHÃ

*Paciente acordando para trabalhar a procedimento cirúrgico.*

*Friwila Luciana da Silva*  
Técnica de Enfermagem  
COREN-PB 621.984

TARDE

*Paciente acordou com quebra extensa corrente, correntes de, exten em PCI de ortostase de fadiga. Fato Rx de controle. Porém não está em no procedimento por a infusão na não está funcionando. Paciente está com dor de cabeça. Segue medicado e grt.*

*Jucara Andrade de Oliveira*  
Técnica de Enfermagem  
COREN 709726 PB

NOITE

*Paciente acordou no quarto interno. Paciente acordou acordando no quarto, estava presente no quarto para que não se fadiga, exten, infusão, segue com medicação.*



*Rosa Mysia*  
Téc. Enfermagem  
COREN 702734

saw

998#849

29028081

1 - Registro ANS 367397		3 - Número da Guia Principal		4 - Data de Emissão		5 - Beneficiário		6 - Data de Validade da Guia		7 - Número da Guia Ampliada pelo Operadora	
8 - Nome do Beneficiário		9 - Nome do Contratado		10 - Nome da Contratada		11 - Código da Operadora		12 - Nome do Profissional Solicitante		13 - Nome do Profissional	
14 - Nome da Contratada		15 - Nome da Contratada		16 - Nome da Contratada		17 - Nome da Contratada		18 - Nome da Contratada		19 - Nome da Contratada	
20 - Nome da Contratada		21 - Nome da Contratada		22 - Nome da Contratada		23 - Nome da Contratada		24 - Nome da Contratada		25 - Nome da Contratada	
26 - Nome da Contratada		27 - Nome da Contratada		28 - Nome da Contratada		29 - Nome da Contratada		30 - Nome da Contratada		31 - Nome da Contratada	
32 - Nome da Contratada		33 - Nome da Contratada		34 - Nome da Contratada		35 - Nome da Contratada		36 - Nome da Contratada		37 - Nome da Contratada	
38 - Nome da Contratada		39 - Nome da Contratada		40 - Nome da Contratada		41 - Nome da Contratada		42 - Nome da Contratada		43 - Nome da Contratada	
44 - Nome da Contratada		45 - Nome da Contratada		46 - Nome da Contratada		47 - Nome da Contratada		48 - Nome da Contratada		49 - Nome da Contratada	
50 - Nome da Contratada		51 - Nome da Contratada		52 - Nome da Contratada		53 - Nome da Contratada		54 - Nome da Contratada		55 - Nome da Contratada	
56 - Nome da Contratada		57 - Nome da Contratada		58 - Nome da Contratada		59 - Nome da Contratada		60 - Nome da Contratada		61 - Nome da Contratada	
62 - Nome da Contratada		63 - Nome da Contratada		64 - Nome da Contratada		65 - Nome da Contratada		66 - Nome da Contratada		67 - Nome da Contratada	
68 - Nome da Contratada		69 - Nome da Contratada		70 - Nome da Contratada		71 - Nome da Contratada		72 - Nome da Contratada		73 - Nome da Contratada	
74 - Nome da Contratada		75 - Nome da Contratada		76 - Nome da Contratada		77 - Nome da Contratada		78 - Nome da Contratada		79 - Nome da Contratada	
80 - Nome da Contratada		81 - Nome da Contratada		82 - Nome da Contratada		83 - Nome da Contratada		84 - Nome da Contratada		85 - Nome da Contratada	
86 - Nome da Contratada		87 - Nome da Contratada		88 - Nome da Contratada		89 - Nome da Contratada		90 - Nome da Contratada		91 - Nome da Contratada	
92 - Nome da Contratada		93 - Nome da Contratada		94 - Nome da Contratada		95 - Nome da Contratada		96 - Nome da Contratada		97 - Nome da Contratada	
98 - Nome da Contratada		99 - Nome da Contratada		100 - Nome da Contratada		101 - Nome da Contratada		102 - Nome da Contratada		103 - Nome da Contratada	



Nome: *Adilson A. Luiz*

Sobrenome: *Luiz*

Assinatura do médico: *Adilson A. Luiz*

Tipos de procedimentos solicitados:

Fisioterapia motora	1	1	1
Fisioterapia neurológica	1	1	1
Fisioterapia respiratória	1	1	1
Fisioterapia vascular	1	1	1

Quantidade de sessões:

Por semana:

Mês:

*Assinatura do médico: Adilson A. Luiz*

Assinatura do médico: *Adilson A. Luiz*

Primeira consulta:

Continuidade do tratamento:

Procedimentos anteriores:

Duração TPOs já realizados:

☒ Fisioterapia motora  
☒ Fisioterapia neurológica  
☒ Fisioterapia respiratória  
☒ Fisioterapia vascular

☐ 01 a 03 meses  
☐ > 03 meses

Assinatura do médico: *Adilson A. Luiz*

*09/09/18*





1557007

Declaracao de Seguro

Trabalho realizado pelo Sr.  
Francisco





CNPJ 02574272/0001-00  
Rua D. Pedro II, 112 - Centro - Fone: (83) 3341.4879 - CEP 56400-062 - Campina Grande - PB

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (A) Sr(A) Robinson de Souza

esteve em nosso Centro para Tratamento Fisioterapeutico com diagnóstico lesão joelho direito

o (a) mesmo realizou sessões no periodo de Realizou 20 sessões.

Campina Grande / PB, 04/07/18

Atenciosamente,

Karina Cordeanti de Barros

FISIOTERAPEUTA

Karina Cordeanti de Barros  
FISIOTERAPEUTA  
CREFITO-PB. 75789-F



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
UNIDADE NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**NOME**  
ADEILSON DE SOUZA

**DOC. IDENTIDADE / OUT. IDENT. UF**  
1495382 SSP PB

**CPF**  
033.222.887-38

**DATA NASCIMENTO**  
09/01/1971

**RENCAO**  
JOSE DE SOUZA  
MARIA CRIZOMAR DO  
NASCIMENTO SOUZA

**PERMISSÃO**  
ACQ. CIVIL

**MP REGISTRO**  
04414676164

**VALIDADE**  
17/06/2008

**1ª EMISSÃO**  
24/07/2008

**OSERVAÇÕES**

**LOCAL**  
CANZINA GRANDE, PB

**DATA PASSAGEM**  
21/08/2017

**ASSINATURA DO PASSADANTE**  
53696189520  
98035202106

**PARAÍBA**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1494477867

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1494477867



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014202842878  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
PRT 20180100111485-3  
1 0023044703-1 00/00000000 2018

ADEILSON DE SOUZA

03322286738

NUD9578/PB

NUD9578 MT 9C2KC1550AR158088

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 150 FAN EST 2010 2010

2 P/149 /CI PARTIC PRETA

00/00/0000 1  
PARCELAS 0  
PRECATORIO 0

SEGURO P A G O 30/11/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

CAMPINA GRANDE-PB 30/11/2018

32875

7003820

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014202842878 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

2018 30/11/20

1 03322286738 NUD9578/P

00230447031 HONDA/CG 150 FAN EST

2010 9 9C2KC1550AR158088

PRÊMIO TARIFÁRIO

\*\*\*\*\* PIS (R\$) \*\*\*\*\* CONTRIB (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\* SEGURO P A G O

\*\*\*\*\* COTA ORICA \*\*\*\*\* PARCELADO 30/11/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

DPVAT 00.00000000000000

7003820-1033049-20181130





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ADEILSON DE SOUZADATA DO ACIDENTE 22.10.2017 CPF DA VÍTIMA 033.222.867-38

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É ADEILSON DE SOUZAENDEREÇO DO PORTADOR Rua Profª Maria Antônia MouraNº 70 COMPLEMENTO CASA BAIRRO MARVINASCIDADE CAMPINA GRANDE UF PB CEP 58433-238E-MAIL MARIA.DPVAT123@HOTMAIL.COM TELEFONE (83) 98651-8167

## 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 DESEQUÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO 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, TAIS 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

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 IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (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, TAIS 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 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
- 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 PREVISTANA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- 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.DPVATSEGURODOTRABALHO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRABALHO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 23/01/2019IDENTIDADE J.485.392 SSP/PBASSINATURA Adeilson de Souza

## RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA SEGURADORA

DATA 23 JAN, 2019

NOME

ASSINATURA





# 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

**Valoração 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

**Valoração 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

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 22/11/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ADEILSON DE SOUZA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

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

\_\_\_\_\_  
ADEILSON DE SOUZA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA