

Nome do Paciente:

Carlaon Lealino Silva

Página nº 1

Unidade de Produção:

Idade:

Sexo:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA

HORA

HISTÓRICO

12/12/13
Paciente com queixas de dor no abdômen, principalmente no lado esquerdo, há alguns dias. A dor é tipo cólica, piora com a ingestão de alimentos e melhora com a evacuação. Não há febre, náusea ou vômito. Há perda de peso e apetite. Há alteração de hábitos intestinais, com aumento de evacuações.

Dr. Hélio José M. de Albuquerque
Cirurgia e Neumologia
Bucodentofacial
CRO - SE 2304

13/12

Paciente com fraturas múltiplas de face, porém não houve oral sem queixas algias maiores. Aguarda resultados ex lab. Mantendo internamento.

14/12/13

CBMF

Levante sem queixas com edema em face e pontos pré-operatórios no prontuário. Apresenta redução de edema para procedimentos cirúrgicos pela especialidade.

André José S. Barreto
Cirurgião Bucal e Maxilo Facial
CRO - SE 1177

DATA	HORA	HISTÓRICO
15.12.18		CBMT-- Paciente com maloclusão dentária devido a fratura fce For II. Exames de permitem cirurgia. Solicito avaliação do caso cirúrgico pelo cardiologista.
		Dr. Pâmela Carvalho Cirurgia Bucomaxilofacial CRO-BA 7981 - CROSE 1128
15		* CARIÓTIPO *
12		
18		OP 29 HASO Obleio ⊖ Exatidão ⊖ ANO Sedentário ⊖ MF ⊖ JUD TBG ⊖
		Pri-operatório Cirurgia Buco maxilo facial.
		Boa capacidade funcional.
		Ampliação
		RUR 283140 10000 120000 R 70 PR 12
		* ECG: 21W * C ₁ = 97
		Paciente de baixo risco cardiovascular para procedimento proposto.
		Dr. Renato Mesquita Cardiologia CRM - SE 8490 CPF: 938.047.805-50
		Out 12/12/18
		Dr. Heli Igar M. de Almeida Cirurgia Bucomaxilofacial CRO - SE 8861

41110

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 608516
CNS:

DATA: 28/12/2018
SETOR: 05-SUTURA

HORA: 07:59
USUARIO: PISGMORENO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : GENILSON LOURENCO DA SILVA
IDADE.....: 29 ANOS NASC: 01/10/1989
ENDERECO.....: ACENTAMENTO MANO WALTER FARIAS
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: Z R
MUNICIPIO.....: POCO REDONDO
NOME PAI/MAE...: LUIZ LOURENCO DA SILVA UF: SE CEP....: 49810-000
RESPONSAVEL....: A IRMA /MARIA ELZA DOS SANTOS SILVA
PROCEDENCIA....: POCO REDONDO - SE TEL....: 7996618272
ATENDIMENTO....: OUTROS
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO TRAUMA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: - - - - -

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

HOSPITAL REGIONAL ITABAIANA	
Exame:	EC de Fato
Data:	28-12-18
BE:	
Operador:	Marco Antonio dos Anjos
	Enfermeiro
	CRM 304751

DIAGNOSTICO:

Fr. de m. m. l.

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Planojamento unijgo

DATA DA SAIDA: 28/12/18

ALTA: ☒ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

HORA DA SAIDA: :
☐ DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: ☐ ATE 48HS ☐ APOS 48HS

☐ FAMILIA

Dr. Jose Ricardo de Brito
Cirurgião Geralista
CRM 35113 CRO-A1220

☐ ANAT. PATOL

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☐

RAÇA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

COD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. ORGAO EMISSOR

Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Masc. ☐Fem. ☐

RAÇA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

COD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. José Ricardo de S. Jr.
Cirurgião Dentista
CRO RJ 113 CRO AL 2208

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. ORGAO EMISSOR

Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

INTERNAMENTO HOSPITAL DE ITABAIANA

PACIENTE: *Gimilson Laurenco da Silva*

DATA: *28/12/2018*

HORA: *7:00 W*

JEJUM A PARTIR DA MEIA NOITE DO DIA: *27/12/2018*

LEVAR TODOS EXAMES E IR ACOMPANHADO

DIAGNÓSTICO *frat 113 médio*

[Handwritten signature]
Dr. *[illegible]*
Rua *[illegible]*
Cidade *[illegible]*

JOSE NARCOS DE OLIVEIRA ROSA



DOC. IDENTIFIC. (CPF/EMPREGADOR)
21233629 SSP SE

CPF
020.093.675-90 DATA DO BOMBEIO
28/11/1985

PERÍODO
JOSE LUIZ ROSA
LUIZETE SANTOS DE
OLIVEIRA ROSA

FORMAÇÃO
RCC CAT. A/B
AD

IDENTIFIC. VALIDEZ DATA DE EMISSÃO
04659447376 07/01/2024 02/04/2009

SEM OBSERVAÇÃO

LOCAL
ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO
08/01/2019

59018644231
88021749547

Luciana Cândida Bello Chagas de Melo
DIRETORA-GERENTE

SERGIPE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1749963409

PROIBIDO PLASTIFICAR
1749963409

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Genilson Lourenço da Silva
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Camada, portador da cédula
de identidade RG nº 2555896-0, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 057.342.215-03 residente na (endereço
completo) Assentamento Lavoura de Junho S/A, na cidade de
Poco Redondo, (UF) SE, CEP 49810-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos de A. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 000.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua dos Silos nº 217, na cidade de
Nossa Senhora da Glória, (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplios e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Genilson Lourenço da Silva
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.



(local e data) Nossa Senhora da Glória, 06.09.2019

(assinatura) Genilson Lourenço da Silva

(RG) 2555896-0

Jorge Luiz Vieira Costa Filho
Escrivente



INVESTPREV

23 SET 2019

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038030

Vítima: GENILSON LOURENCO DA SILVA

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GENILSON LOURENCO DA SILVA

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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038030

Vítima: GENILSON LOURENCO DA SILVA

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GENILSON LOURENCO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038030

Vítima: GENILSON LOURENCO DA SILVA

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENILSON LOURENCO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: GENILSON LOURENCO DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000002471-6

Conta: 000010001378-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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.

Atenciosamente,



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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	057-342215-03	Germilson Lourenço Da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Germilson Lourenço Da Silva		057.342.215-03	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
larador	Av. Nelu De Junho	514	casca
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Zona rural	Paco	SE	49.810-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
marcesdesferia@gmail.com	79.9918-9207		

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

RENTA MENSAL:

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

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

☒ CONTA 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: 2471 6 CONTA: 1378 J
(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 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 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Gráu de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
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	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data, St. Sa. da Gloria 20.09.19
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Germilson Lourenço da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____
 2º | Nome: _____
 CPF: _____

INVESTPREV

23 SET 2019

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.

Contratado: (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 2471-6 - POCO REDONDO (SE), inscrita no CNPJ nº 000.000/7173-04, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Pouplex**, CNPJ nº 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Pouplex, doravante denominada **Pouplex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**.

Proponente/Contratante 1: GENILSON LOURENCO DA SILVA, inscrito(a) no CPF sob o nº 057.342.215-03, capaz, sexo masculino, brasileiro(a), natural de POCO REDONDO SE, nascido(a) em 01/10/1989, filho(a) de LUIZ LOURENCO DA SILVA e MARIA ELZA DOS SANTOS SILVA, portador(a) do(a) carteira de identidade nº. 25558960, emitido(a) em 16/10/2007, pelo(a) SSP SE, do lar, endereço residencial: ASSENT NOVE DE JUNHO SN ENCHU I CASA, AREA RURAL, POCO REDONDO - SE, CEP 49.810-000, telefone(s) (79) 99800-5833, solteiro(a), sem união estável.

Dados da conta

Agência 2471-6, Conta-Corrente nº 1.378-1, Poupança Ouro nº 510.001.378-4, Poupança Pouplex nº 960.001.378-6, conta individual, aberta em 09.09.2019.

PACOTE DE SERVIÇOS: O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m) ter conhecimento de que pode(m) optar por:

- a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular BACEN nº 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos – Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- c) **NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo **Banco do Brasil**, pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Declarações e autorizações

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** identificado(s) propõe(m) e o **Contratado** aceita a abertura de Conta-Corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme nº 950.232, em 13/12/2018, que integram este contrato, e também, com as Informações Essenciais – Conta-Corrente e Conta Poupança, formando um documento único e indivisível, foi previamente disponibilizada ao(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** por meio de Mensagem SMS ou e-mail ou via física e, a partir do ato da assinatura deste instrumento, estará disponível para consulta, a qualquer tempo, no sítio do **Banco do Brasil** na internet (www.bb.com.br), na opção autoatendimento, e/ou no aplicativo do **Banco do Brasil** no celular.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer momento, poderá(ão) ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, dentre aqueles disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote de Serviços.

INVESTPREV

23 SET 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 093279/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/09/2019 10:42 Data/Hora Fim: 05/09/2019 11:00

Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo

Data/Hora do Fato: 11/12/2018 15:30

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)

Logradouro: localidade maramduba

Bairro: Comunidade

CEP:49.820-000

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GENILSON LOURENÇO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Poço Redondo

Sexo: Masculino

Nasc: 01/10/1989

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Elza dos Santos Silva

Nome do Pai: Luiz Lourenço da Silva

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

Logradouro: localidade maramduba

Bairro: Comunidade Maranduba

CEP: 49.820-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição PAS/MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 499.006.175-68
Placa IAG0616	Renavam 978262700
Número do Chassi 9C2KC08108R253490	Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor PRETA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Poço Redondo	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Genilson Lourenço da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA o noticiante que na data acima citada, guiava pela estrada de chão batido que dá acesso ao Povoado Maranduba uma motocicleta pertencente a EVANDO DOS SANTOS, quando colidiu frontalmente com outra que vinha em sentido contrário de direção; QUE após o choque foi conduzido desacordado à UPA DONA ZULMIRA SOARES, em seguida transferido ao HUSE ARACAJU aonde permaneceu internado por vários dias se recuperando de uma fratura no maxilar. É o

Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana

Impresso por: Cleber Martins da Silva

Data de Impressão: 05/09/2019 11:01

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 093279/2019

relato.

ASSINATURAS


Jose Roberto de Melo Santos
Cleber Martins da Silva
Matrícula 4712682
Responsável pelo Atendimento


Genilson Lourenço da Silva
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

23 SET 2019