

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

Nome do Paciente

Página nº 1

Unidade de Produção:

Idade:

8

Leito:

Nº do Prontuário:

HISTÓRICO

DATA HORA 2023-07-10/10

15/07/2023 paciente feminina de 30 anos, com queixa de dor no lado esquerdo da mandíbula, intensificada ao escovar os dentes e com sensação de sensibilidade ao calor e ao frio. A dor é de origem periodontal, envolvendo o dente 16. O paciente informa que há 1 mês teve uma infecção bucal que foi tratada com antibióticos prescritos pelo dentista. A paciente não possui histórico de tabagismo, alcoolismo ou outras doenças crônicas. Fazendo uso de medicamentos para hipertensão arterial.

Assinatura: Dr. Helio M. de Oliveira
Cirurgião e Traumatologista
Bucomedicina
CRM SE 2533

13/13 Paciente com fraturas múltiplas
de face, perfurando higado oral
sem queixas algézicas maiores
Aguardar resultados ex-lab
mantendo reinternamento

14/12/18 CBMF levanta seu queixa com edema da face e sensações pós-operatórias no montanho. Aparece redugas de edema face progressiva e circunscrita pelas especialidades

~~Send 123 A/C~~

Frederick S. Barrett
180 Decatur Falls
Crown 1177

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Página nº 2

DATA	HORA	HISTÓRICO
15.12.18		CBMS - Paciente com maloclusão dentária devido a fratura fse Tort II. Exames estes permitem cirurgia. Sócio avaliadas do risco cirúrgico pelo cardiolista
		Dra. Patrícia Carvalho Cirurgia Bucomaxilofacial CRM-BA 7981 - CRBSE 1128
15		* CANDIDATURA *
12		
18	OP 29	WASO Óbito E Excesso E Ane Endocrinológico D HF E TBC O
		Pré-operatório: Comprata Bucos máximos para boa capacidade funcional.
		Amiotomia
		RHR: 223000 negros 120X80 R 70 PR 12
		* ECG: SW * Cr = 97
		Possui exame de baixo risco cardiovascular para procedimento planejado.
		Dr. Renato Mesquita Cardiologista CRM - SE 3490 CPF: 938.047.615-50
		15/12/18
		Dr. Hélio Igor M. de Almeida Cirurgião Traumato-Bucomaxilofacial CRM-SE 2254 CRO-BA 2254

MS/DATASHIS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 608516
CNS:

DATA: 28/12/2018 HORA: 07:59 USUARIO: PISGMORENO
SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

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
 RESPONSAVEL...: A IRMA
 PROCEDENCIA...: POCO REDONDO - SE
 ATENDIMENTO...: OUTROS
 CASO POLICIAL.: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO
 PLANO DE SAUDE....: NAO
 VEIO DE AMBULANCIA: NAO
 UF: SE CEP...: 49810-000
 /MARIA ELZA DOS SANTOS SILVA
 TEL...: 7996618272
 TRAJMA: NAO
 DOC...: 25558960
 SEXO...: MASCULINO
 NUMERO: 00

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: - / - / -

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

DIAGNOSTICO.

first in middle

PRESCRICAO

HOSPITAL REGIONAL ITABAIANA
Exame: TC de Fato
Data: 28-12-18
BE:
Operador: WILTON CARVALHO

9

17920476

II ORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: 28/12/18

ALTA: DECISAO MEDICA A PEDIDO
 ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIAS

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAÚDE)

INTERVENÇÃO (UNIDADE DE SAÚDE):
DÍTIO: 11 ATE 48HS 11 AROS 48HS

FAMILIA

ANAT. PATOL.

Joséani Souza da Silveira
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Geraldo Lamego da Silva

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

Mas.

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, BARRA)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

DDD IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

10 de Cervix e 1 re Bimili

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

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

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

DESCRÍÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

28/12/18

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. José Ricardo de S. Jr.

Clínico - Medicina Física

CRM-SE 1113 CRD-AL 2298

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

COD. ORGÃO EMISOR

Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

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: *Geralson Laurence da Silveira*

DATA: *28/12/2018*

HORA: *7:00 N*

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

LEVAR TODOS EXAMES E IR ACOMPANHADO

DIAGNÓSTICO *frat 113 mídia*





PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Genilson Lourenço da Silva (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Correador, portador da cédula de identidade RG nº 2555 896-0, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 057.342.215-03, residente na (endereço completo) Avenamento Lívre de Funho S/n, na cidade de Poco Redondo, (UF) SE, CEP 49810-000, nomeio e constituo meu procurador, (nome do representante) João Marcos de Oliveira (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 220.003.675-00, residente na (endereço completo) Rua das Silvas nº 217, na cidade de Nossa Senhora da Glória, (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro amplos 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) X Genilson Lourenço da Silva

(RG) 2555 896-0

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO MONTÉ ALGRENTE DE SERGIPE/SE
GIVORANDO KELTON ALVES LUIZ - NOTÁRIO / REGISTRADOR
Av. Mário Covas da Mata, 433 - Centro - Monté Algre de Sergipe/SE - CEP: 49680-000 - Fones: (79) 3016-0344 / 3060-1100

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de:
GENILSON LOURENÇO DA SILVA.

Em Testemunho da verdade, dou fé.
Autorizado: Monte Algre de Sergipe/SE, 06/09/2019
Selo TJD: 201909061010101
Acesse www.tjdeju.br/tjd/tjnbg/r

INVESTPREV

23 SET 2019

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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.

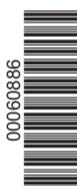
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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

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

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

Atenciosamente,



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:

057.342.215-03

Genilson Lourenco Da Silva

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

Nome completo:

Genilson Lourenco Da Silva

CPF:
057.342.215-03

Profissão:

Tanquinho

Endereço:

Rua Nove de Junho

Número:
511

Bairro:

Zona rural

Cidade:

Paco

Complemento:
Casa

E-mail:

marcenderferia@gmail.com

CEP:
49.810-000

Estado:

SC

Tel.(DDD)

79.9918-9207

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2471 CONTA: 1378

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

MORTE

Local e Data: gl. Sa Oa Cletoria 20.09.19

Nome: _____

CPF: _____

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 - Poupe**, CNPJ n.º 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Poupe, doravante denominada **Poupe**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A..**

Proponente/Contratante 1: **GENILSON LOURENCO DA SILVA**, inscrito(a) no CPF sob o n.º 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 n.º 1.378-1, Poupança Ouro n.º 510.001.378-4, Poupança Poupe n.º 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 n.º 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 Poupe.

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 Poupe, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme n.º 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
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO



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 Policia: 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

Municipio: 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
Municipio Veiculo Poço Redondo	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS
Veiculo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvidos
Genilson Lourenço da Silva	Possuidor

INVESTPREV

23 SET 2019

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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 093279/2019

relato.

ASSINATURAS

Jose Roberto de Melo Santos
Cleber Martins da Silva
Matrícula 30671647
Matrícula 4712882
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 poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que der 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