
Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377580

Vítima: ILARIO MEDEIROS

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ILARIO MEDEIROS

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, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377580

Vítima: ILARIO MEDEIROS

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ILARIO MEDEIROS

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\$ 1.350,00

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 residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ILARIO MEDEIROS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000004916

Conta: 0000012868-9

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: 100.982.624-75 Nome completo da vítima: Ilario Medeiros

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

Nome completo: Ilario Medeiros CPF: 100.982.624-75
Profissão: agricultor Endereço: Sítio canoa do Costa Número: SIN Complemento: _____
Bairro: Zona rural Cidade: Picuí Estado: PB CEP: 58.187-000
E-mail: NILOTGAMAS@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): 83-3331-2231

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

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

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

☒ CONTA 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: 4916 CONTA: 12868 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo 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, §3º, 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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, Picuí/PB, 10/06/19

Nome: _____
CPF: _____
Ilario Medeiros
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

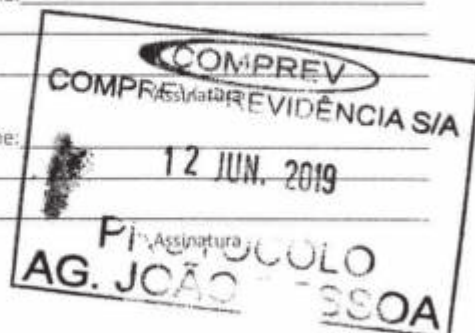
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 017/2019

Aos **21 de maio de 2019**, nesta cidade de **Nova Floresta**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, quando encontrava-se presente o Bel. **ELIAS J. RODRIGUES SILVA**, Delegado de Polícia Civil, comigo **LEANDRO R S AZEVEDO**, ao final assinado, aí, por volta das **18:15** horas, compareceu **ILARIO MEDEIROS**, conhecido(a) por **CHAMPOLA**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **SOLTEIRO**, profissão **AGRICULTOR**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO**, com **23** anos de idade, nascido(a) aos **21/10/1995** em **PICUÍ – PB**, filho(a) de **MANUEL FIDÉLIS DE LIMA** e **MARIA DE FÁTIMA MEDEIROS**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **4.020.034 SSP/PB**, expedido pela **SSP/PB** e C.P.F. de Nº **100.982.624-75**, residindo no seguinte endereço **SÍTIO CANOA DO COSTA**, bairro **ZONA RURAL**, cidade de **PICUÍ – PB**, telefone: () , celular: **(83) 998859893**, **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO:**

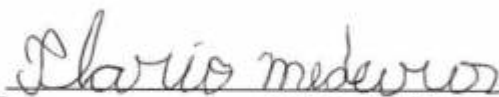
QUE, na data de 19/02/2019, por volta das 09:00 horas, o noticiante trafegava na motocicleta HONDA/CG 125 TITAN, ANO/MODELO 1997, COR AZUL , PLACA MMU9972/PB, CHASSI 9C2JC250VVR078690, CÓDIGO RENAVAM 669768278 LICENCIADA EM NOME DE JOSÉ DE OLIVEIRA COSTA, no Sítio Boi Morto, zona rural deste município de Nova Floresta/PB, quando "sobrou" numa das perigosas curvas que há nas estradas vicinais daquele trecho e no dia do acidente a estrada estava molhada devido as chuvas dos últimos dias; QUE, o noticiante perdeu o controle da motocicleta e caído ao chão; QUE, ao cair, o noticiante não conseguiu levantar-se e só foi socorrido cerca de 20 minutos após o acidente por populares que passavam no local, os quais servem de testemunhas neste ato e levaram o noticiante, de carro, para o Hospital Regional de Picuí/PB, onde foi submetido aos primeiros socorros e diagnosticado com uma fratura de arco zigomático; QUE, o noticiante foi submetido a procedimento cirúrgico na fratura sofrida em decorrência do acidente um mês após o acidente naquele mesmo hospital; QUE, o noticiante ficou 2 dias internado no Hospital Regional de Picuí/PB e mais 2 dias após a realização do procedimento cirúrgico; QUE, recebeu atestado de 60 dias e, nesse período, ficou impossibilitado de trabalhar . Por esta razão veio a esta Depol noticiar o fato a fim de tomar as medidas cabíveis . **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**

TESTEMUNHAS:

- 1 – Nome: LINDENILSON DANTAS COSTA, R.G. n.º 3864217 SSDS/PB, C.P.F. n.º 704.561.844-14.
Endereço: RUA SÃO SEVERINO , 101 CENTRO - NOVA FLORESTA/PB.
- 2 – Nome: LETICIA DANTAS COSTA, R.G. n.º 4.150.052 SSP/PB, C.P.F. n.º 704.562.904-43.
Endereço: RUA SÃO SEVERINO, 101 CENTRO NOVA FLORESTA/PB.

Nova Floresta/PB, 21 DE MAIO DE 2019.




ILARIO MEDEIROS
Noticiante


LEANDRO S AZEVEDO
Escrivão Ad hoc
Mat. 180.296-8



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: 100.982.624-75 Nome completo da vítima: Ilario Medeiros

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

Nome completo: Ilario Medeiros CPF: 100.982.624-75
Profissão: agricultor Endereço: Sítio canoa do Costa Número: SIN Complemento: _____
Bairro: Zona rural Cidade: Picuí Estado: PB CEP: 58.187-000
E-mail: NILOTGAMAS@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): 83-3331-2231

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

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

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

☒ CONTA 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: 4916 CONTA: 12868 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo 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, §3º, 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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: Picuí/PB, 10/06/19
Nome: _____
CPF: _____
Ilario Medeiros
(* Assinatura de quem assina A ROGO)

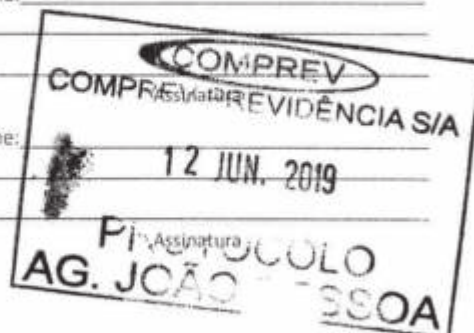
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

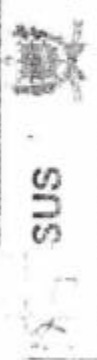
Assinatura do Procurador (se houver)

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.



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CODIGO DA UNIDADE: 2157710 CCG/CPFE: 08.778.268.0001/60
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
END: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO
MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Nome: ILARIO MEDEIROS
Raça/Cor: PARDIA

DL Nasc: 21/10/1995 Idade: 23 ano(s) mês(es) de idade dia(an) de idade Sexo: M

Mãe: MARIA DE FÁTIMA MEDEIROS

Profissão: AGRICULTOR

Lidereço: ST CANÇA DO COSTA

Bairro: ZONA RURAL

Município/CEP/ISGD: PICUI - PB - 58187000 - 251140

Telefone para contato: (00) 9999 9999 /

Data e Hora: 19/02/2019 09:08:37

SSVV

TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente vítima de acidente de
carro, tendo por terceiros
apresentando edema em
extremidade do braço
esquerdo AS.

COMPREV EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RESULTADOS

Atestado conforme o original
Picui, 25/02/2019
Arquivo Médico

Hospital Regional de Picui

Ass. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

OU POLEGAR DIREITO

RECEPCIONISTA: HRP

CADASTRO: 845738

1. Spr 500mg, 13
2. Ospr 10mg + 10mg SC q. 8h
3. Ospr 10mg + 10mg SC q. 8h

01 - GLEIVO
02 - IPRONIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNOSTICO:
Trauma PCE

CID-10:

MEDICAÇÃO:
1. PRESCRITA
2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

OBSERVAÇÃO
RESIDÊNCIA
OUTRO HOSPITAL
ÓBITO
INTERMEDIÇÃO
OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

CNS

CBO

CRM

Ass. DO PACIENTE/COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Maria de Fátima Lina de Silva

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ILARIO MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04916

CONTA: 000000012868-9

Nr. da Autenticação 4954AC1844C60972

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUN. 2019
F.
AG. J.
LO
ESSOA

HiperCard



CTC RECIFE-PE-PA

PC-16

NILO TRIGUEIRO DANTAS
R ROLDAO ZACARIAS DE MACEDO 145
CENTRO
58187-000 PICUI - PB



72110923021207000000544630 06/11/19

Fechamento próxima fatura: 12/04/2019

Postagem: 06/03/2019

Vencimento: 17/03/2019

Emissão: 02/03/2019

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	937,69
Pagamento efetuado em 11/02/2019	937,69
Saldo Financeiro	0,00
Encargos financeiros e incidentes	0,32
Encargos sobre o saldo	1.192,43
Total desta fatura	1.192,43

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Cartão: 6062.XXXX.XXXX.9264

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

vencimento

17/03/2019

A) pagamento total

1.192,43

B) pagamento mínimo

181,24

C) parcelas fixas

131,59
+23x 131,59

Veja outras opções na 2ª folha

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quanto 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, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	1.980,00
Limite utilizado no mês	1.192,43
Retirada de recursos (Parabólica)	90,00

Lançamentos: compras e saques

NILO T DANTAS (final 9264)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR (R\$)
03/10	EBANX-TRA 05/06	19,90
	CEBITEIRA	
18/12	FARMACIA VETERINARIO 03/03	126,68
	CAMPINA GRANDE	
24/12	TORRA TORRA BUJOUTO 03/04	88,17
	PEIMBAI	
24/12	HNA*OBOTICARIO 03/04	63,45
	CURITIBA	
23/01	ANIFRANCIO SOLU 02/02	77,55
	PICUI	
06/02	BRAZIL ATACADO	269,62
	CAMPINA GRANDE	
07/02	FARMACIAS PAGUE ME 01/02	44,53
	PICUI	
14/02	CAMARAO MANGABEIRA	80,90
	BOAO PESSOA	

Continuar...

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7

34191.75355 71779.882043 00173.090002 7 000

Número do Documento

00135717798/0062535

Nome do Pagador/CPF/CNPJ

NILO TRIGUEIRO DANTAS - 047.951.774-65

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ

HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.280/0001-65

Endereço do Beneficiário

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

Nosso Número

recibo do pagador

175/15717798-8

Valor do documento

R\$ 1.192,43

Data de emissão

02/03/2019

Autenticação Mecânica



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ILARIO MEDEIROS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 100 982 624, 75

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ILARIO MEDEIROS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 100 982 624, 75, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Roldão Zacarias de Macedo

Número: 145

Complemento: _____

Bairro: JK

Cidade: Picuí

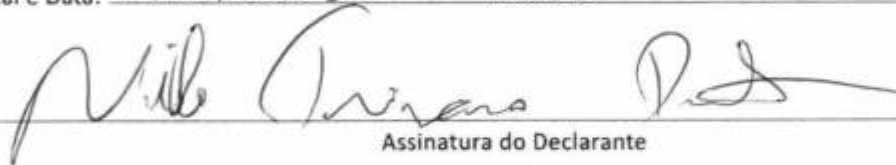
Estado: PB

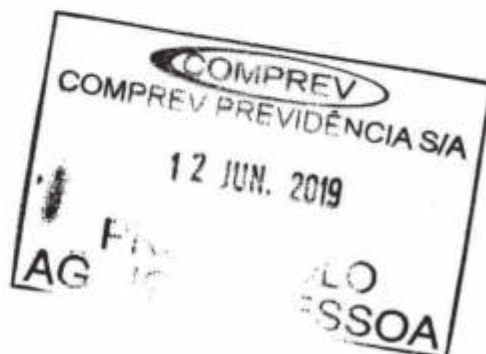
CEP: 58187-000

E-mail: nilotdantas@hotmail.com

Tel.(DDD): (83) 99912-5490 / 3371-2274

Local e Data: Picuí/PB, 10 de JUNHO de 2019.


Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, JOSE DE OLIVEIRA COSTA

RG nº 1.932.851, data de expedição 13/05/2013

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 027.363.784-31

com domicílio na cidade de Picuí, no Estado de PB onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Solha da da Gttingueira, nº 61N

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ILARIO ALMEIDA, cujo o condutor era

o mesmo

Veículo: motocicleta Modelo: Honda CG 250 TITAN Ano: 1997

Placa: MMV9972/PB Chassi: 9C2JC250VV R078690

Data do Acidente: 19/02/2019

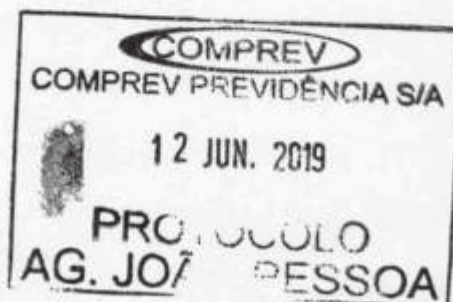
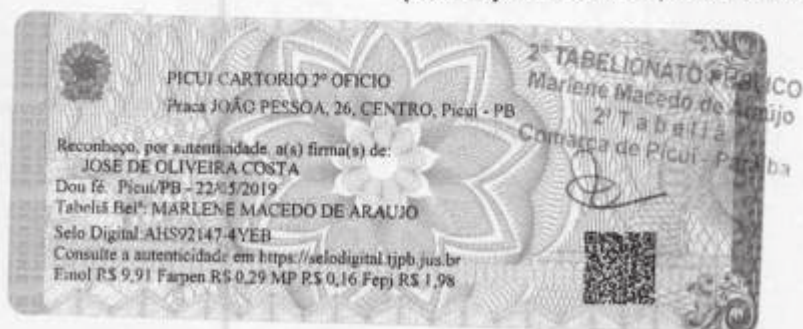
Local e Data: Picuí - PB, 22 de maio de 2019

2º TABELIONATO
PICUI - PB

JOSE DE OLIVEIRA COSTA

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

2 - CNES

2757710**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

3 - NOME DO PACIENTE

Flávio Medeiros

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

94977

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

109601657187870

6 - DATA DE NASCIMENTO

21/10/95

7 - SEXO

Masculino ☒ 1Feminino ☐ 2

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

Maria de Fátima Medeiros

10 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL.

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

Maria de Fátima Medeiros

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL.

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Casa do Caste

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Picui

15 - Cód. IBS Municipal

281140

16 - UF

PB

17 - CEP

58187000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**Doença crônica de acid. b. e metab. (diab.), com sint. de
fratura de zênite D.***Hospital Regional de Picui.
Atesto conforme o original.
Picui, 25/05/2013
Arquivo Médico**Isaporita de Lina D. Freitas
Auxiliar Adm. - 210996-4*

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Diab. e fratura

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Diab. e fratura

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de zênite D

22 - CID 10 PRINCIPAL

S02.4

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Req. exm. + est. sint. b.

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0406020704

27 - CLÍNICA

exm. b.

28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO

29 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

046288574-76

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Edley b.

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/02/19

33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Edley b. Porto
Buro-Maxillo-Facial/Implantes Dentais
R. ... 288.574-74**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNIE DA EMPRESA

42 - CBOR

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

207-01

DADOS CLÍNICOS

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-A)

DADOS CLÍNICOS

[illegible]

NOME: Ilário Medeiros		IDADE: 23	
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: Fratura de zigoma D		ENFERMARIA: 207-1	
Nº		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
1	Dieta livre		
2	Jelco salinizado		
3	Ceftriaxona 1g EV de 12/12h		
4	Dipirona 2ml + AD EV de 6/6h		
5	Tilatil 40mg 1 ampola EV 1x ao dia		
6	Dexametasona 4mg 1 ampola EV 1x ao dia		
7	Decúbito dorsal em 0°		
8	Cuidados Gerais		
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			

Dr. Edgley Porto
 Cirurgião e Traumatologia Dentária
 Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP
 CEP: 01010-000

Dr. Edgley Porto
 Cirurgião e Traumatologia Dentária
 Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP
 CEP: 01010-000

NOME: Ilário Medeiros		IDADE: 23		PRONTUÁRIO Nº: 94.977						
HÍPOTHESES DIAGNÓSTICAS: Fratura de zígoma D		ENFERMARIA: 207-1		DATA DA INTERNAÇÃO: 18.03.2019						
				DATA ATUAL: 18.03.2019						
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		EVOLUÇÃO DIÁRIA						
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	
2	Dieta zero até 2ª ordem	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	Paciente vítima de acidente de moto (SIP) apresentando traumatismo na face.
3	S.F 0,9% 1000 ml EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	Ao exame clínico: equimose periorbicular D, presença de deformidade óssea traumática na região de zígoma E.
4	S.G 5% 500 ml EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	Ao exame radiográfico: presença de imagem compatível com fratura de zígoma D.
5	Cefalotina 1g EV de 6/6h	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	HD: Fratura de zígoma D.
6	Dipirona 2ml + AD EV de 6/6h	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	OBS: Paciente sem comorbidades. Não refere alergia a medicamentos.
7	Tilatil 40mg 1 ampola EV 1x ao dia	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	Exames realizados: hemograma, coagulograma, glicemia em jejum, ECG + risco cirúrgico, Rx de face.
8	Dexametasona 4mg 1 ampola EV 1x ao dia	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	Submetido à redução cruenta da fratura de zígoma D + osteossíntese com miniplaca orbital 2.0 de 5 furos + 4 parafusos corticais.
9	Decúbito dorsal em 0º									
10	Cuidados Gerais									
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										



Dr. Edgley Porto
Clínica e Traumatologia Dentais
Bairro: Maridó - CEP: 046-208-574-714
CRQ-RS: 3848



Dr. Edgley Porto
Clínica e Traumatologia Dentais
Bairro: Maridó - CEP: 046-208-574-714
CRQ-RS: 3848



MATERIAL E MEDICAMENTO GASTO NA SALA DE OPERAÇÃO 01

Paciente: Ilário Medeiros
 Médico: M. Edley Aux.: _____ Anest.: M. Vilina
 Diagnóstico: Fratura de fêmur D Tratamento: CIRÚRGICO
 Anestesia: geral Início: _____ Término: _____ Enfer.: 207 Leito: 01

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD	MATERIAIS / SOLUÇÕES	QTD	FIOS	QTD
ALFENTA AMP		AGULHA DESCARTÁVEL 13X4,5		CAT GUT CROMADO Nº	
DIAZEPAM AMP		AGULHA DESCARTÁVEL 25X7		CAT GUT CROMADO Nº	
DIMORF AMP mg		AGULHA DESCARTÁVEL 40X12	01	CAT GUT CROMADO Nº	
DOLANTINA AMP		AGULHA PERIDURAL Nº		CAT GUT SIMPLES Nº	
DORMONID AMP		AGULHA RAQUI Nº		CAT GUT SIMPLES Nº	
ETOMIDATO AMP		ALCOOL À 70%	02	CAT GUT SIMPLES Nº	
FENTANIL AMP	02	ALGODÃO ORTOPÉDICO		ETHIBOND	
HALOTHANO		AR COMPRIMIDO		FIO DE ALGODÃO C/A	
HYPOCAINA 2%		ATADURA DE CREPOM cm		FIO DE ALGODÃO S/A	
ISOFLURINE		ATADURA GESSADA cm		MONONYLON Nº	
KETALAR		BOLSA P COLOSTOMIA		MONONYLON Nº	
LIDOCAINA		BORRACHA LÁTEX	01	MONONYLON Nº 4-0	02
NARCAN AMP		CATETER P/02	01	PROLENE Nº	
NEOCAINA PESADA 0,5%		CLAMP UMBILICAL		PROLENE Nº	
NILPERIDOL AMP		CLOHEXIDINA	02	PROLENE Nº	
PANCURON AMP		COLETOR S/F P/SVD		VICRYL Nº 3-0	01
PROPOFOL AMP	02	COMPRESSA GRANDE	09	VICRYL Nº	
QUELICIN		DEPOSITO ANATOMOPATOLÓGICO P.M.G.			
SEVORONE		DRENO			
THIOPENTAZ FRASCO		DRENO HEMOVAC/SUCCÃO Nº		SOROS	QTD
TRACUR AMP		DRENO PENROSE Nº		CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	
XYLESTESIN FRASCO		ELETRODO	09	S.F. A 0,9% FRASCO 250ml	
MEDICAÇÕES	QTD	EQUIPO DE SANGUE		S.F. A 0,9% FRASCO 500ml	02
ADRENALINA AMP		EQUIPO MACROGOTAS		S.G. A 5% FRASCO 500ml	
AGUA DESTILADA AMP		ESPARADRAPO	02	S.R. FRASCO 250ml	
AMICACINA 250 mg		ETER SULFURICO		S.R. FRASCO 500ml	01
AMINEFILINA		FIO DE KIRSCHNER Nº			
ATROPINA		GAZES ESTEREIS	02		
BENZETACIL AMP		GEL CONDUTOR	02		
BROMOPRIDA		INTRACATH ADULTO		ÓRTESE E PRÓTESE	QTD
CEDILANIDE AMP		JELCO Nº			
CEFALOTINA 1g F/AMP		KIT METICELULOSE			
CEFTRIAXONA 1g	02	LÂMINA DE BISTURI Nº11			
CIMETIDINA AMP	01	LÂMINA DE BISTURI Nº15	01		
DECADRON AMP	01	LÂMINA DE BISTURI Nº23			
DIPIRONA AMP		LENTE INTRA OCULAR			
EFEDRINA AMP		LUVAS Nº 6,5			
FENERGAN AMP		LUVAS Nº 7,0			
GARAMICINA AMP mg		LUVAS Nº 7,5	03		
GLUCOSE AMP		LUVAS Nº 8,0			
HETHERGIN		LUVAS Nº 8,5			
HIDRALAZINA		LUVAS P/PROCEDIMENTO	02	EQUIPAMENTOS	
HIDROCORTISONA AMP mg		MICROPOR		ASPIRADOR	(09)
KANAKION AMP		OXIGÊNIO L/M	02	BISTURI ELÉTRICO	()
LASIX AMP		PVPI DEGERMANTE		CARDIOMONITOR	()
METRONIDAZOL AMP		PVPI TÓPICO	02	DEFIBRILADOR	()
NAUSEDON AMP	01	SCALP Nº		ESPIGNOMANOMETRO	()
OMEPRAZOL		SERINGA DESCARTAVEL 1 ml		FOCO AUXILIAR	()
OXITOCINA		SERINGA DESCARTAVEL 10 ml	02	FOCO CENTRAL	()
PLASIL AMP		SERINGA DESCARTAVEL 20 ml		OXIMETRO DE PULSO	()
PROSTGIME		SERINGA DESCARTAVEL 3 ml	01		
TENOXICAN mg		SERINGA DESCARTAVEL 5 ml	01		
TRASAMIM AMP		SONDA DE FOLLEY Nº			
VITAMINA K		SONDA NASOGÁSTRICA Nº			
VOLTAREN AMP		SONDA URETRAL Nº 14	01		
Buscopan completo	01	TELA CIRÚRGICA			
		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 8,5	01		
				CIRCULANTE	

Nome Ilário Medeiros Idade 23^s Sexo ☒ M ☐ F ☐

Admissão 18/03/19 Clínica Cirúrgico Ala Cirurgia-Geral Enf. 227 Leito 01

Diagnóstico Fratura de fêmur 'D'

Infecção ☐ Sim ☒ Não ☐ Hospitalar ☐ Comunitária

Topografia Infecção ☐ Gastro Intestinal ☐ Genital ☐ S.N.C. ☐ Ferida Cirúrgica

☐ Urinária ☐ Septicemia ☐ Respiratória ☐ Pele / TSC ☐ Outros

Procedimento Realizado ☐ Biópsia ☐ Cateter Vesical ☒ Corticoideterapia

☐ Cateter Venoso ☐ Drogas Antineoplásicas ☐ Diálise ☐ Flebotomia

☐ Endoscopia ☐ Hemoterapia ☐ Nebulizador ☐ Punção Venosa

☐ NP ☐ Punção Lombar ☐ Punção Abdominal ☐ Punção Torácica

☐ Traqueostomia ☒ Tubo Endotraqueal ☐ Outros

Considerações Cirúrgicas

Cirurgia Realizada Redução intramentar + Osteossíntese com Anestesia geral

Data 18/03/19 Tempo 00:30 mini placa

☒ Limpa ☐ Infectada ☒ Eletivo ☐ G P

☐ Potenc. Contaminada ☐ Urgência ☐ P P

☐ Contaminada ☐ Emergência ☒ M P

EQUIPE

Cirurgião Dr. Edgley Auxiliar

Instrumentador Anestesista Dr. Vieira

RAIO X NA SALA ☐ Sim ☒ Não

USO DE ANTIBIÓTICO ☒ Profilático ☐ Terapêutico

NOME	DOSE / DIA	NOME	DOSE / DIA
<u>ceftriaxona</u>	<u>2g</u>		
<u>no ato cirúrgico</u>			

BACTERIOLOGIA

GRAM ☐ Sim ☐ Não		CULTURA ☐ Sim ☐ Não	
MATERIAL	DATA	RESULTADO	ATB

Obs:

CONDIÇÕES DE ALTA ☐ Curado ☐ Transferido ☐ Óbito ☐ Melhorando ☐ À Pedido

☐ Inalterado Causa:

Dr. Edgley Porto
Cirurgia e Traumatologia
Boca-Maxilo-Facial/Implantes Dentais
CRO RJ 348 - CPF: 046.288.574-74
Médico Assistente

C.C.I.H



GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Picuí "Péssio Tasso Gomes"

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

Nome do Paciente: <i>Ilário Medeiros</i>		
Data da operação: <i>18.03.19</i>	Enf.: <i>207</i>	Leito: <i>01</i>
Operador: <i>Dr. Edgley</i>		1º Auxiliar:
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesista: <i>Dr. Vileira</i>		Tipo de Anestesia: <i>geral</i>
Diagnóstico Pré-operatório:		
<i>Fratura de zygoma D</i>		
Tipo de operação:		
<i>Red. cunento + osteomíntex com miniplaca</i>		
Diagnóstico Pós-operatório:		
<i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato do Patologista:		
<i>not found</i>		
Exame Radiológico no Ato:		
<i>not found</i>		
Acidente durante a operação:		
<i>not found</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspecto Visceras

1. Curva extra-aur. fronto-zygomatic
2. Incisões lineares
3. Reintegro dos planos fasciais
4. Comprimos do tipo de fratura de zygoma D.
5. Redução cunento e fixação
6. Tripanação óssea
7. Osteomíntex com miniplaca orbital de 5 furos + 4 parafusos corticais
8. Sutura dos planos com fio vicryl 3-0
9. Sutura d-pele com fio mononylon 4-0
10. Curta compressão

Dr. Edgley Porto

Cirurgia e Traumatologia

Cirurgia Maxilo-Facial/Implantes Dentais

CRM: 3648 - CPT: 046 050 574-74

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: REGIONAL DE VIÇOSA Código: _____

Procedimento: 0510 5510 06-00 21500001 Cód. do Procedimento:

Paciente: ILARIO MEDEIROS

Data da Cirurgia: 11/03/19 Prontuário Nº: Convênio:

Cirurgião: Dr. Eogley Watto Coódiço: () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

[illegible]

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

		Nº							Valor Unt.	Valor Total
PARAFUSO		Qtd.								
CORTICAL. 3.5mm		Cód.								
PARAFUSO		Nº								
		Qtd.								
CORTICAL. 4.5mm		Cód.								
PARAFUSO		Nº								
		Qtd.								
ESPONJOSO. 4.0mm		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								
		Qtd.								
MALEOLAR 4.5mm		Cód.								

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: _____

Faturar N.F. para: _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

--	--



GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Pícuí "Felipe Tago Gomes"

FICHA DE ANESTESIA

NOME	Ilário Medeiros	IDADE	23	SEXO	M	GR. SANGÜÍNEO	
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura de Xifoma 'D'	CATEGORIA	SUS	DATA	18.03.19		
OPERAÇÃO REALIZADA	Redução incremental + osteossíntese com mini placa						
CIRURCIÃO	Dr: Edgley	AUXILIAR		ANESTESISTA	Dr: Vieira		

AGENTES VOLUNTÁRIOS	
CÓDIGO	220
Anestesia X	200
Oper. Intub T	180
Endotr. Pres A	160
Distal Pulso O	140
Recp. RA	120
Assit. Resp. RE	100
Exchout. Resp. RC	80
Outr.	60
	40
	20

Pré-Anestésico	☒ Geral	☐ Raquiana	☐ Peridural	☐ Bloqueio de Plexo	☐ Outras
----------------	---	-----------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------

Técnica	Venoclise
---------	-----------

Início	Término	Duração minutos
--------	---------	-----------------

AGENTES DOSES	LÍQUIDO	ML
FENTANIL 1000	S. FISOL 0.9% - 1000	
PROPOFOL 1000		
DEXAMETASONA 4		
ROSCOPAMOL 1000		
ONDANSETRON 4		
RANITIDINA 5		
CEPRACETAM 1000		

OBS:



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
Rua: Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
CEP: 58.187-000 - Tel.: (83) 3371-2554/2990
Picuí - PB - CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nº AIH

Nº de Ordem

Nº de Reg.

Nº do Docum.

94911

4.020034

FICHA DE CADASTRO DE PACIENTE

Nome: <u>Glauco Medeiros</u>			
Data do Nasc. <u>21/10/95</u>		Sexo: Masc. ☒ Femin. ☐	
Idade: <u>23</u>		Fone:	
Endereço: <u>St Camoc do Costa</u>			
Bairro:		Cidade: <u>Picuí</u>	
Profissão: <u>afunitor</u>			
Entrada: <u>18/03/19</u>		Alta: <u>/ /</u> Óbito: <u>/ /</u>	
Estado Civil: Casado ☐ Solteiro ☒ Viúvo ☐ Outros ☐			
Pai: <u>Manoel Fideles Lima</u>			
Mãe: <u>M^c de Tátuma Medeiros</u>			
Responsável: <u>M^c de Tátuma Medeiros</u>			
Médico Assistente: <u>Dr. Celso G. B.</u>			
Diag. Definitivo: <u>Função de Zoster D</u>			
Tratamento: <u>Red. urina + esteróides com mucopecta</u>			



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

Rua Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
CEP: 58187-000 - Tel.: (83) 3371-2554/2990
Picuí - PB - CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nº AIH _____

Nº de Ordem _____

Nº de Reg. 94977

Nº do Docum. 402034

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Glauco Medeiros
Responsável: Mãe de Gláucia Medeiros
Pai: Marcos Fidelis Lima
Mãe: Mãe de Gláucia Medeiros
Prof.: Agente Data Nasc.: 21/10/1995 Idade: 23
Endereço: Serra Camões do Café
Bairro: _____ Cidade: Picuí Est. Civil: Sol

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Fratura de zênite

Tratamento efetuado no hospital: Redução e fixação +
osteossíntese com miniplaca

Exames realizados: Hemograma, Coagulograma, glicemia
em jejum, BCG + rinite crônica

Internado em 18/03/19 Alta em 1

Arquivista

Obito em Porto
Dr. Luiz Porto
Cirurgia e Traumatologia
Bico Maxilo-facial/Implantes Dentais
Cidade: Picuí - PB - 048 283 574-74
Médico Assistente



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI - "Felipe Tiago Gomes"

Declaração

Declaro para os devidos fins, que o(a) Sr(a): **Ilário Medeiros, RG: 4.020.034**, nascido(a): **21/10/1995**, declarou ser: **Agricultor, Residente no Sítio Canoa do Costa, - Picuí -PB**, com entrada nesta unidade hospitalar na data: **18/02/2019. Vítima de Acidente de Moto** para tratamento Cirúrgico **CID-10: S02.4**. Estando o (a) mesmo (a) impossibilitado (a) de exercer suas atividades profissionais por : **60 dias, a partir desta data**. O documento encontra-se no SAME (Setor de Arquivo Médico).

Picuí - PB, 25 de Março de 2019.

Dr. Edgley Porto
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial/Implantes Dentais
CRO - PB - 3848 - CPF: 046.293.574-74

Dr. Edgley Porto

Cirurgia e Traumatologia

Bucco - maxilo - Facial

CRO - PB - 3848

Rua: Francisco Pereira Gomes Nº 15
Bairro: Monte Santo
Picuí - PB
CEP - 58.187-000
Fone/Fax - (83) 3371-2990
CNPJ - 03.515.174/0001-85 UTB-14009-00
hospitalregionaldepicui@gmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
LABORATÓRIO DE IDENTIFICAÇÃO




COLAR DO DIREITO

Ilário Medeiros

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.020.034
NOME ILÁRIO MEDEIROS

DATA DE EXPEDIÇÃO 05/01/2012

FILIAÇÃO MANUEL FIDÉLIS DE LIMA
MARIA DE FÁTIMA MEDEIROS

NATURALIDADE
PICUI-PB

DOC ORIGEM
NASC. N. 17080 FLS. 128 LIV. A-18
CARTÓRIO PICUI-PB

DATA DE NASCIMENTO
21/10/1995

CNPJ
100.982.624-75

Assinatura do Titular

LEI N. 7.116 DE 28/08/84

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUN. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377580

Cidade: Nova Floresta

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ILARIO MEDEIROS

Data do acidente: 19/02/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA - PÁGINA 8

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
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 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Ilário Medeiros, brasileiro(a),
solteiro, agricultor, portador(a) do RG nº.
4.020.034 expedido por SSP/PB em 05/01/2012 e do CPF nº.
100.982.624-75, residente na (o)
Sítio Canoa do Costa - S/N - Zona rural
município de Picuí - PB, CEP 58.187-000.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº.
13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº
047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí – PB.
e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

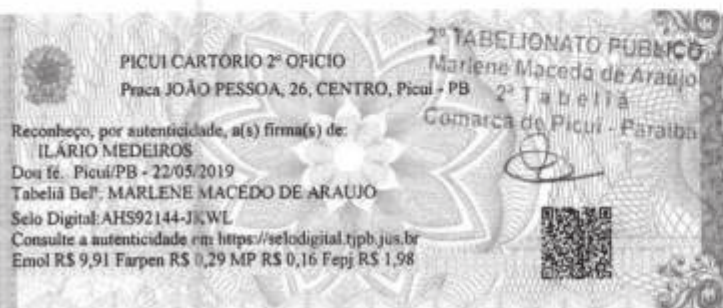
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ILÁRIO MEDEIROS, ocorrido em
19/02/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo, referente ao processo
de natureza INVALIDEZ a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo
requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de
Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da
Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que
forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento
do presente mandato.

Picuí - PB, 22 de maio de 2019.


outorgante

2º TABELIONATO
PICUÍ - PB



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200236/19

Vítima: ILARIO MEDEIROS

CPF: 100.982.624-75

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 19/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ILARIO MEDEIROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ILARIO MEDEIROS : 100.982.624-75

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/06/2019
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

NILO TRIGUEIRO DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS