



Número: **0801193-66.2019.8.15.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Grande**

Última distribuição : **06/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO (AUTOR)		ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36798996	18/11/2020 14:19	Petição	Petição
36798998	18/11/2020 14:19	2658876_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
36799549	18/11/2020 14:19	2658876_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190299612

Vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

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

Carta nº 14264532

Pag. 01181/01182 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190299612

Vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

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

Recebedor: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000000908-3

Conta: 000010021574-2

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 087.403.914-25 Nome completo da vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO CPF: 087.403.914-25

Profissão: AGRICULTOR Endereço: Sítio Cachoeira Barbosa Baixo Número: s/n Complemento:
Bairro: área rural Cidade: Ingá Estado: PB CEP: 58380-000
E-mail: isaelfariasadv@gmail.com Tel.(DDD): (83) 986127750

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)

AGÊNCIA: 0908 3 CONTA: 23574 0
(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 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data, Juazeiro do Norte - PB 17/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

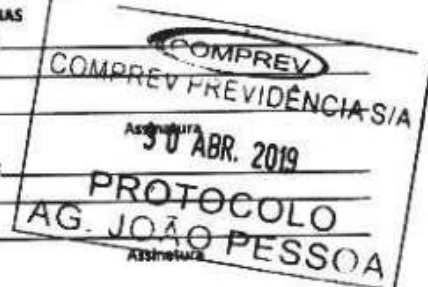
TESTEMUNHAS

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.

FPS.001 V001/2018



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E

Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58400-000 - (83) 3310-9309



Ocorrência N° 000067/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000067/19 registrada em 08/04/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos oito dias do mês de abril do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:41 horas, compareceu o Sr. JOSÉ MARINALDO ELIAS RIBEIRO, com 33 anos de idade, filho de MANOEL ELIAS RIBEIRO NETO e JOSEFA MARIA RIBEIRO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JUAREZ TÁVORA - PB, União Estável, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade N° 3.159.104, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 08740391426, residindo à rua SÍTIO CACHORIEIRA DOS BARBOSAS, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de INGÁ - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 14h30min do dia 07.01.2019, estava trafegando pela Rodovia BR 079, na cidade de Juarez Távora/PB, conduzindo o veículo tipo GMCHEVETTE DL, ano/modelo 1991/1991, cor cinza, chassi n° 9BGTC11JMMC131563, de placa KFL-2987/PB, licenciado em nome de Maria Aparecida P. dos Santos, quando ao tentar realuzar a ultrapassagem de um caminhão, sem a atenção devida, colidiu frontalmente com outro veículo tipo VW/FOX, de cor preta, de placas e demais características que ignora, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário, causando-lhe ferimentos graves, sendo socorrido para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos cirúrgico, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares da CPTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de acidente de Trânsito; Que, na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do outro veículo envolvido do acidente, caso o mesmo seja identificado; Que, acrescenta o comunicante que está impossibilitado de apresentar a Declaração do Proprietário do veículo. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Segunda-feira, 8 de Abril de 2019

José Marinaldo Elias Ribeiro

JOSÉ MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Declarante

José Alberto do Nascimento

Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 087.403.914-28 Nome completo da vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO CPF: 087.403.914-28

Profissão: AGRICULTOR Endereço: Sítio Cachoeira Barbosa Baixo Número: s/n Complemento:
Bairro: área rural Cidade: Ingá Estado: PB CEP: 58380-000
E-mail: isaelfariasadv@gmail.com Tel.(DDD): (83) 986127750

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)

AGÊNCIA: 0908 3 CONTA: 23574 0
(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 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data, Juazeiro do Norte - PB 17/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

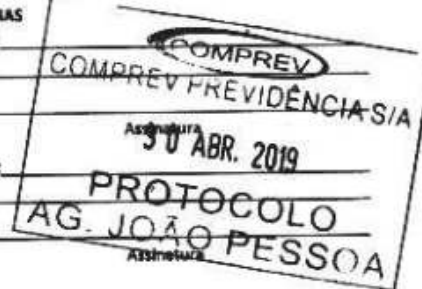
TESTEMUNHAS

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.

FPS.001 V001/2018



07/01/2019



GOVERNO
DA PARÁIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (8.E) Nº: 1808762 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mafins, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/01/2019

Bolém de Emergência (8.E) - Modelo 07 Atendente: Daniela Dos Santos Almeida

PACIENTE: JOSE MARINALDO ELIAS CEP: 58380000 Nascimento: 11/05/1985

RIBEIRO

Endereço: SÍTIO CACHOEIRA DOS BARBOSA

SerodM

Cidade: Ingá

Idade: 033

RG:

CPF:

Data de

Atendi: 07/01/2019

Motivo: ACIDENTE DE CARRO X CARRO

Horas: 15:30:12

Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao laudo)

1. Abalo	19. Fratura óssea fechada
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta
3. Anel	21. Hematoma
4. Contusão	22. Injúria de pele
5. Cortadura	23. Laceração
6. Dor	24. Lesão tendão
7. Edema	25. Luxação
8. Engasgamento	26. Mordedura
9. Erifema subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal
10. Esmaecimento	28. Objeto Encaixado
11. Equimose	29. Otorrágia
12. F. Arma branca	30. Paralisia
13. F. Arma de fogo	31. Pericúria
14. F. Corticúria	32. Pericúria
15. F. Cortante	33. Queimadura
16. F. Corto-contuso	34. Rinite
17. F. Perfuro-contuso	35. Sinal de Isquemia
18. F. Perfuro-contuso	36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

Nº Grau

1º Grau

2º Grau

3º Grau

4º Grau

5º Grau

6º Grau

7º Grau

8º Grau

9º Grau

10º Grau

11º Grau

12º Grau

13º Grau

14º Grau

15º Grau

16º Grau

17º Grau

18º Grau

19º Grau

20º Grau

21º Grau

22º Grau

23º Grau

24º Grau

25º Grau

26º Grau

27º Grau

28º Grau

29º Grau

30º Grau

31º Grau

32º Grau

33º Grau

34º Grau

35º Grau

36º Grau

37º Grau

38º Grau

39º Grau

40º Grau

41º Grau

42º Grau

43º Grau

44º Grau

45º Grau

46º Grau

47º Grau

48º Grau

49º Grau

50º Grau

51º Grau

52º Grau

53º Grau

54º Grau

55º Grau

56º Grau

57º Grau

58º Grau

59º Grau

60º Grau

61º Grau

62º Grau

63º Grau

64º Grau

65º Grau

66º Grau

67º Grau

68º Grau

69º Grau

70º Grau

71º Grau

72º Grau

73º Grau

74º Grau

75º Grau

76º Grau

77º Grau

78º Grau

79º Grau

80º Grau

81º Grau

82º Grau

83º Grau

84º Grau

85º Grau

86º Grau

87º Grau

88º Grau

89º Grau

90º Grau

91º Grau

92º Grau

93º Grau

94º Grau

95º Grau

96º Grau

97º Grau

98º Grau

99º Grau

100º Grau

101º Grau

102º Grau

103º Grau

104º Grau

105º Grau

106º Grau

107º Grau

108º Grau

109º Grau

110º Grau

111º Grau

112º Grau

113º Grau

114º Grau

115º Grau

116º Grau

117º Grau

118º Grau

119º Grau

120º Grau

121º Grau

122º Grau

123º Grau

124º Grau

125º Grau

126º Grau

127º Grau

128º Grau

129º Grau

130º Grau

131º Grau

132º Grau

133º Grau

134º Grau

135º Grau

136º Grau

137º Grau

138º Grau

139º Grau

140º Grau

141º Grau

142º Grau

143º Grau

144º Grau

145º Grau

146º Grau

147º Grau

148º Grau

149º Grau

150º Grau

151º Grau

152º Grau

153º Grau

154º Grau

155º Grau

156º Grau

157º Grau

158º Grau

159º Grau

160º Grau

161º Grau

162º Grau

163º Grau

164º Grau

165º Grau

166º Grau

167º Grau

168º Grau

169º Grau

170º Grau

171º Grau

172º Grau

173º Grau

174º Grau

175º Grau

176º Grau

177º Grau

178º Grau

179º Grau

180º Grau

181º Grau

182º Grau

183º Grau

184º Grau

185º Grau

186º Grau

187º Grau

188º Grau

189º Grau

190º Grau

191º Grau

192º Grau

193º Grau

194º Grau

195º Grau

196º Grau

197º Grau

198º Grau

199º Grau

200º Grau

201º Grau

202º Grau

203º Grau

204º Grau

205º Grau

206º Grau

207º Grau

208º Grau

209º Grau

210º Grau

211º Grau

212º Grau

213º Grau

214º Grau

215º Grau

216º Grau

217º Grau

218º Grau

219º Grau

220º Grau

221º Grau

222º Grau

223º Grau

224º Grau

225º Grau

226º Grau

227º Grau

228º Grau

229º Grau

230º Grau

231º Grau

232º Grau

233º Grau

234º Grau

235º Grau

236º Grau

237º Grau

238º Grau

239º Grau

240º Grau

241º Grau

242º Grau

243º Grau

244º Grau

245º Grau

246º Grau

247º Grau

248º Grau

249º Grau

250º Grau

251º Grau

252º Grau

253º Grau

254º Grau

255º Grau

256º Grau

257º Grau

258º Grau

259º Grau

260º Grau

261º Grau

262º Grau

263º Grau

264º Grau

265º Grau

266º Grau

267º Grau

268º Grau

269º Grau

270º Grau

271º Grau

272º Grau

273º Grau

274º Grau

275º Grau

276º Grau

277º Grau

278º Grau

279º Grau

280º Grau

281º Grau

282º Grau

283º Grau

284º Grau

285º Grau

286º Grau

287º Grau

288º Grau

289º Grau

290º Grau

291º Grau

292º Grau

293º Grau

294º Grau

295º Grau

296º Grau

297º Grau

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/05/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00908-3

CONTA: 000010021574-2

Nr. da Autenticação 20914A10002682B5



MARIA DO SOCORRO ALVES
SIT CACHOEIRA BARBOSA BAIXO SIN - AREA RURAL
INGA / PB CEP: 5630000 (AG 113)
Emissão: 25/02/2019 Referência: Fev / 2019
Classif/Subcl: RURAL / AGROPECUÁRIA RURAL MONOFASICA 20, Km25 - Cadeia Produtor - João Pessoa / PB - CEP 50071-690
Roteiro 16 - 86 - 781 - 300 Nº medidor: 0000454903



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.066.103/0001-40 Ins. Est. 18.015.929-0

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica Nº 020.733.103
Cód. para Débito Automático: 0000454903

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Fev / 2019	25/02/2019	28/03/2019	980.748.734-04 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/648383-8

Canal de contato

Após perceber luzes dos postes acesas durante o dia ou ruas escuras à noite, informe a prefeitura da sua cidade sobre a iluminação pública e responsabilidade do município e de toda cidade.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
25/01/19	31218	25/02/19	31515	1	297	31
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos Totais(R\$)	Valor Base Calc ICMS(R\$)	Alq ICMS	Imposto(R\$) Base Calc Pa(R\$) @ 9805% (R\$24%)
0801	Consumo em kWh	287,700	0,423780	125,88	0,00	0
0810	Subsídio			53,93	0,00	0
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM PUBLICA			3,14	0,00	0
0804	JUROS DE MORA 12/2018			1,40	0,00	0
0805	MULTA 12/2018			2,50	0,00	0
0804	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-OMC 12/2018			-5,22	0,00	0
0906	Devolução Subsídio			-53,94	0,00	0

CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL	129,97	0,00	0,00	129,97	1,78	8,20
Módulo Unificado - sistema (2019)		VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					
344		06/03/2019	R\$ 129,97					
		Histórico de Consumo (kWh)						

387 | 384 | 402 | 384 | 257 | 321 | 385 | 335 | 359 | 381 | 331 | 295
Fev/19 | Mar/19 | Abr/19 | Mai/19 | Jun/19 | Jul/19 | Ago/19 | Set/19 | Out/19 | Nov/19 | Dez/19 | Jan/19

a942.cc61.5be6.68c9.9a1d.622c.675d.8dbe.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL		Atingido	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	11,58	13,39	NORMAL	Serviços de Del. de Energia/PB	42,18	30,95
DIC TRIMESTRAL	23,19			Consumo em Energia	80,19	49,11
DIC ANUAL	45,36			Serviço de Transmissão	6,56	4,81
FC MENSAL	7,87	2,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	9,97	7,32
FC TRIMESTRAL	15,34		LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	17,42	12,78
FC ANUAL	30,69		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
OMC	8,28	13,78		Total	136,29	100,00
DICA	16,50					

ATENÇÃO

Para evitar o cancelamento: Caso a(s) fatura(s) não seja(m) paga(m) até o vencimento, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 15/03/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento, após esse data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso a(s) fatura(s) não seja(m) paga(m) até o vencimento, a(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura suspensa é incluída em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Suvenção DEC 7.807/13 R\$ 52,94 Isento ICMS

Jan/19 132,18

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Ligação MONOFÁSICO
C/Sob RES MTCB1/RESIDENCIAL-RESIDENCIAL
Roteiro 9-77-814-290 Referência Adm/2011
Medidor 00008716150 Emissão 08/04/2019

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 R-200, Km 26 - Onda Reserion - João Pessôa/PB - CEP 58071-400
 CNP. 08.045.189/0001-40 - Insc. Est. 18.015.025-0

Negó Físico/Quinta de Energia Elétrica Nº020.090/428
Cód. para Del. Automática: 08117321514

Atendimento ao Cliente ENECISA 0800 083 0196 Acesso www.enecisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RN
Abr/2019	09/04/2019	08/05/2019	083.510.564-06

UC (União de Consumidores): 8/1732151-4

Casas de contato

Organizações de Defesa dos Animais de Curitiba
 O Conselho Municipal de Defesa dos Animais de Curitiba foi criado em 2009 para promover a conscientização da população sobre os direitos dos animais e a adoção de medidas preventivas para evitar o abandono e a morte dos animais de rua. O Conselho é formado por representantes de organizações de defesa dos animais, do Poder Judiciário, do Poder Executivo e da sociedade civil. O Conselho também atua na promoção de campanhas de conscientização e na realização de eventos educativos.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data Lectura	Lectura 3704	Data 30/04/15	Lectura 3639	Y	164	20

		Demonstrativo									
Código	Descrição	Quantidade		Valor Base		Alíq.		Valor Base		Alíq.	
		Taxa	Taxa	ICMS	ICMS	ICMS	ICMS	Taxa	Taxa	ICMS	ICMS
2921	Consumo mínimo	164.201	0,04	400	13,50	120,25	27	32,31	123,09	1,39	8,14
	LANÇAMENTOS e SERVIÇOS										
2937	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA				2,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
6204	JUROS DEMORA 02/2018				0,33	0,00	0	3,39	0,00	0,50	0,00
0908	MULTA 02/2018				7,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

ICM: Cópia de Cancellation de Item TOTAL
Tarda a Tot-dos - 2.571.770

VERBO CUMENTO 11/05/2019 R\$ 128,41

110	101	113	112	104	114	130	140	151	178	120	125
Apr75	Mar75	Jun75	Apr75	Apr75	Sec75	Oct75	Nov75	Dec75	Jan76	Feb76	Mar76

RESERVADO AO FISCO

a669.29ee.adff.a4a2.0c5b.7a30.621c.8bfe.

Indicadores de Qualidade - 2004-2005			Composição de Consumo		
	Limite de Referência do ANEEL	Atingido	Limite de Referência (V)		
CDI (MWh)	8,41	6,00	SOMHA	226	
CDI INDUSTRIAL	12,94				
CDI AGRÍCOLA	26,80				
CDI MINERAL	8,40	5,00	CONSTRUTORA	267	
CDI TRIBUTÁRIO	2,85		UNICATACOR	201	
CDI FISCAL	35,70		UNITEINTEC	201	
CDI	3,81	0,00			
CDI	12,22				
				Total	128,41 100,00

Valor ELUC (R\$) 2 / 2518 / 143.789

Almavida #ChesapeakeT10020

This micrograph shows the interface between the epoxy resin and the carbon fiber reinforcement. The carbon fiber is visible as a dark, textured area on the left, and the epoxy resin is the lighter, smoother area on the right. The interface is relatively flat, indicating good adhesion.

1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 26

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

Figure 1. The effect of the concentration of the polymer on the surface energy of the polymer-coated glass slides. The surface energy of the polymer-coated glass slides was measured by the contact angle of water. The surface energy of the polymer-coated glass slides was measured by the contact angle of water. The surface energy of the polymer-coated glass slides was measured by the contact angle of water.

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA DO BANCO DO BRASIL

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00180.00009 02624.912008 00243.900172 178850000012841

PAGADOR: JOELSON ARCAJO DO NASCIMENTO - CPF/Nº 03.819.364-85
CC: ENSEJO OLHO D'ÁGUA - 82 / LOTEAMENTO REJANEUMA - OLHO D'ÁGUA - ALAGOA NOVA / PB CEP: 59120-000

Numero de	Nº. Documente	Data de Vencimento	Valor de Documento	Valor Pago
-----------	---------------	--------------------	--------------------	------------

2524912000043900	01132151201904	17/05/2019	R\$ 28,41	
------------------	----------------	------------	-----------	--

BENEFICIARIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 00.046.183 / 0001-00

tronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 14:19:15

jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201118141914

documento: 20111814191468200000035123718





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: 0800-1596 / 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ISRAEL DE SOUZA FARIAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.917.124 / 09

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.403.914 / 26

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ

da Vítima

JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.403.914 / 26, 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 Lider-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: LOC. ENGENHO OLHO DAGUA / LOTEAMENTO REJANE LIMA

Número: 65

Complemento: —

Bairro: OLHO DAGUA

Cidade: ALAGOA NOVA

Estado: PB

CEP: 58125-000

E-mail: israelfariessadv@gmail.com

Tel.(DDD): (83) 96116-7741
(83) 99631-8671

Local e Data: ALAGOA NOVA – PB, 30/04/2019

Israel de Souza Farias
Assinatura do Declarante



Modernização do Estabelecimento de Saúde

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DO LUIZ GONÇALVES ALBUQUERQUE

1. **Spinal cord injury** is a traumatic event that results in damage to the spinal cord, leading to permanent or temporary loss of motor, sensory, or autonomic function. It is a leading cause of disability and death worldwide.

Instituição do Pedita

JOSE MARINHALDO ELIAS REINERO

7. Cuento en sus _____

8. Hora de _____

9. Hora de _____

10. Hora de _____

11. Hora de _____

12. Hora de _____

13. Hora de _____

14. Hora de _____

15. Hora de _____

16. Hora de _____

17. Hora de _____

18. Hora de _____

19. Hora de _____

20. Hora de _____

21. Hora de _____

22. Hora de _____

23. Hora de _____

24. Hora de _____

25. Hora de _____

26. Hora de _____

27. Hora de _____

28. Hora de _____

29. Hora de _____

30. Hora de _____

31. Hora de _____

32. Hora de _____

33. Hora de _____

34. Hora de _____

35. Hora de _____

36. Hora de _____

37. Hora de _____

38. Hora de _____

39. Hora de _____

40. Hora de _____

41. Hora de _____

42. Hora de _____

43. Hora de _____

44. Hora de _____

45. Hora de _____

46. Hora de _____

47. Hora de _____

48. Hora de _____

49. Hora de _____

50. Hora de _____

51. Hora de _____

52. Hora de _____

53. Hora de _____

54. Hora de _____

55. Hora de _____

56. Hora de _____

57. Hora de _____

58. Hora de _____

59. Hora de _____

60. Hora de _____

61. Hora de _____

62. Hora de _____

63. Hora de _____

64. Hora de _____

65. Hora de _____

66. Hora de _____

67. Hora de _____

68. Hora de _____

69. Hora de _____

70. Hora de _____

71. Hora de _____

72. Hora de _____

73. Hora de _____

74. Hora de _____

75. Hora de _____

76. Hora de _____

77. Hora de _____

78. Hora de _____

79. Hora de _____

80. Hora de _____

81. Hora de _____

82. Hora de _____

83. Hora de _____

84. Hora de _____

85. Hora de _____

86. Hora de _____

87. Hora de _____

88. Hora de _____

89. Hora de _____

90. Hora de _____

91. Hora de _____

92. Hora de _____

93. Hora de _____

94. Hora de _____

95. Hora de _____

96. Hora de _____

97. Hora de _____

98. Hora de _____

99. Hora de _____

100. Hora de _____

79 - Please see table 11.1 for more details.

12. *Source: Author's calculations, by using data*

SÍTIO CACHOEIRA DOS SALTOS, s/n. - ZONA RURAL.

[illegible]

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

[illegible]

5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843

3.

④

48 - Comecê das quatro paradas para o teste de 15 minutos

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525

— 44 —

~~XXXXXXXXXXXX~~

20. RECEIVED SECTION _____

21. DATE OF RECEIPT _____

[illegible]

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

28 - CUBA 29 - CHINA in transition 30 - RUSSIA 31 - INDIA

37	62	96097610000
----	----	-------------

OTAVIO FERREIRA, JUNIOR	07/01/2019
-------------------------	------------

PRINCÍPIOS EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS INCRIDÍVEIS

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

26 - Only 26th Street

100

[illegible]

autorizacio

FOIA b (7) - (D) - Exemption from disclosure of information that is withheld from the public by statute, regulation, or executive order.

[illegible]

of activities in a context for the individual and community

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	José Manuel de Villos	Idade:	35 anos
Convênio:	UNI	Data:	21/01/2005
Procedimento:	Infusão de furosemida de 40mg em 1 hora		
Operador:	Dr. Rafaela de Sá		
Assistente:	Enfermeira		
Medicamentos:	Furosemida 40mg		
Tempo:	15 min		
Observações:			

[illegible][illegible]

Observations:


Observações:
Assinatura Anestesiista

Cirurgião
Relatório de Operação
MCM

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para afixa de sala de resspiração pos anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		
Movimenta 4 membros = 2		
Apneia = 0		
Respiração Limitada. Dispneia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0		
Sat O2 > 90 com oxigênio = 1		
Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

② 11469

[illegible]

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
João Matos		180876	
Data da Operação	31.01.17	Inte.	Qto 1
Operador Dr. Pedroso (Cefim)		1º Auxiliar Dr. Ulisses (M23)	
2º Auxiliar Dr. Silva (M23)	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	T.C. colúmbio		
Tipo de Operação			
Osteotomia			
Diagnóstico Pós-Operatório			
V.O. normal			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Sim			
Acidente Durante a Operação			
Não			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Têxtil e Tecido - Lã - Densidade - Seta - Material Empregado - Aspecto Visual

- (1) Procede ao teste em DLB
- (2) Amostra + Observação + Contagem efetiva
- (3) Anotação da frequência na "L" + direção no plano + densidade

(4) Redução Causada do peso da fibra.

(5) Otimização com placa adequada de colar e peso

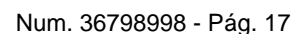
(6) para F.O. + aumento + observação

Le. Edmundo Pinheiro A Cruz
Mestrando em Engenharia de Materiais
CRP-SP 0987

[illegible]

GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAIBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

GOVERNO DA PARAIBA



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		REQUISIÇÃO DE EXAM	
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES E TRAUMA COM LUGAR ESPECIALIZADO					
NOME: <i>Silvia Aparecida de Mello</i>		PRONTUÁRIO			
IDADE:	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR:	P:	A:	
				PESO:	ALTURA:
DADOS CLÍNICOS:		REALIZADO POR: <i>[assinatura]</i>			
		CLÍNICO: <i>Carlo - 00000</i>			
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS:					
<i>Rx de tórax @ AP e Perfil</i> <i>Rx de coluna @ AP e perfil</i> <i>Clínica Digestiva</i> <i>Prótese</i>					
URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>		
DATA:	<i>07/11/20</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO:			



Num. 36798998 - Pág. 19

Paciente: JOSE MARIANO E. BENEIRO
Data: 08/01/2019 11:57
Módulo: 33
Método: 001
Máquina: 001

EXAME: HEMOGRAFIA
Data de coleta: 08/01/2019 11:57

EXAME: HEMOGRAFIA

Exatidão.....
Hemoglobina.....
Hematócrito.....
H.C.M.....
H.C.M.....
C.R.C.M.....

Exatidão.....
Hemoglobina.....
Hematócrito.....
H.C.M.....
H.C.M.....
C.R.C.M.....

Exatidão.....
Hemoglobina.....
Hematócrito.....
H.C.M.....
H.C.M.....
C.R.C.M.....

Exatidão.....
Hemoglobina.....
Hematócrito.....
H.C.M.....
H.C.M.....
C.R.C.M.....

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 18/11/2020 14:19:15

Paciente: JOSE MARIANO E. BENEIRO
Data: 08/01/2019 11:57
Módulo: 33
Método: 001
Máquina: 001

EXAME: HEMOGRAFIA
Data de coleta: 08/01/2019 11:57

Exatidão.....
Hemoglobina.....
Hematócrito.....
H.C.M.....
H.C.M.....
C.R.C.M.....

Exatidão.....
Hemoglobina.....
Hematócrito.....
H.C.M.....
H.C.M.....
C.R.C.M.....

Exatidão.....
Hemoglobina.....
Hematócrito.....
H.C.M.....
H.C.M.....
C.R.C.M.....

Exatidão.....
Hemoglobina.....
Hematócrito.....
H.C.M.....
H.C.M.....
C.R.C.M.....

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 18/11/2020 14:19:15

Preload:	000044776	NO	NO PRELOAD
Date:	08-01-2019 11:57	Output	ALFA 4442E.A
Model:	33 000	Input:	Lab - 00

GAUTRO GABOULINZA..... 2

P/N Model 1150
 Material: stainless
 Operando: nondestructive and TPO


 Robert M. Hargrave
 President
 CIBER 8471

Enviado : 08/01/2016 13:00 - Página 2 de 3

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMEIROS

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: DR. HENRIQUE Registro: Lato: 1:3 Sexo: masculino
Sistema Vital: TAC: °C: bpm: Tpm: mmHg FC: bpm: %
HGT: mg/dl: Kg: cm: Doar: Local: Oxi:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOMOTRICIAIS

RELAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Desmaiado ☐ Comato ☐ Letargico ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Outros

GLASGOW (15):

Drugs (Sedativos/Analgésicos):

Pupilas: ☒ Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐ D-E ☐ E-D ☐ Fotorreagíveis ☐ Mioticas ☐ Mióticas

Reflexos fisiológicos: ☐ Preservados ☐ Parciais ☐ Plágios ☐ Parciais Local:

Linguagem: ☐ Oral? ☐ Disfonia ☐ Afasia ☐ Disfasia ☐ Dislexia

Oxi:

OXIGENIAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea ☐ Oxiator Nasal ☐ Ventilar ☐ Intubado ☐ Traqueostomia ☐ Apneúrico ☐ T

☐ VANI ☐ VANI TOT ☐ Contatos total ☐ FIO2 ☐ % PEEP ☐ cmH2O

☒ Espiratória ☐ Inspiratória ☐ Bradipnéia ☐ Dispneia ☐ Outros:

Ausoscos pulmonares: Murmúrio vesicular presente: ☒ Diminuído ☐ D ☐ E

Ruidos adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertor ☐ Outros:

Tosse: ☐ Improvisável ☐ Produtiva Expectoração: ☐ Quantidade e aspecto:

Auscultação: Quantidade e aspecto: Dentro da dorça: ☐ D ☐ E ☐ Selo d'água:

Dados da Insuficiência do rim: / Aspecto da diurese:

Gaseometria arterial: PH: PCO2: PO2: HCO3: EB: SpO2: Data: Hora:

PERCEPÇÃO DOS SINTOMAS DOS SENTIDOS

Atenção: ☐ Visual ☐ Auditivo ☐ Tátil ☐ Olfato ☐ Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo ☐ Agitado ☐ Agressivo ☐ Resaca de guarda Observação:

RELAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Impulsivo ☐ Filiforme ☐ Outros:



Pala: ☒ Corada ☐ Hipocrática ☐ Canosa ☐ Surosa ☐ Amarelha ☐ Verde ☐ Negra

Tempo de enchimento capilar: ☒ < 3 segundos ☐ 3 a 5 segundos ☐ > 5 segundos

Outros: _____

Auscultas cardíacas: ☐ Fibrila ☐ Arritmia ☐ Sopros ☐ Outros: Marcapasso ☐ Implantado ☐ Usando

Cardíaco vascular: ☒ Pericárdio ☐ Coração ☐ Dissecção ☐ Localização: M5D 3da da parede ☒ 6da da parede

Estômago: ☐ HAST ☐ HALL ☐ Fica ☐ Ausente ☐ Ovarianos

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipos de alimentos: ☒ Normal ☐ Emagrecido ☐ Caquético ☐ Lento

Dentição: ☐ Completa ☐ Incompleta ☐ Prótese

Alimentação: ☒ VNO ☐ SNG ☐ SGE ☐ Cateterismo ☐ Jejunostomia ☐ Jejunostomia ☐ Jejunostomia ☐ Jejunostomia

Abdomem: ☐ Insuflado ☐ Distendido ☐ Inflamado ☐ Inflamado ☐ Inflamado ☐ Inflamado

Eliminação urinária: ☒ Normal ☐ Leve ☐ Normal ☐ Normal ☐ Normal

Eliminação fecal: ☒ Normal ☐ Normal ☐ Normal ☐ Normal

Aspecto: ☐ Outros: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condiciona da pele: ☐ Úlceras ☐ Ressecada ☐ Equimoses ☐ Hematomas ☐ Escoriações ☒ Hematomas

Coloração da pele: ☒ Membranosa ☐ Hipocrática ☐ Bolores ☐ Bolores ☐ Bolores

Condições das mucosas: ☒ Úlceras ☐ Secas ☐ Manchas ☐ Manchas

Incisão cirúrgica: ☐ Local/Aspecto: _____

Dreno: ☐ Tipo/Aspecto: _____

Úlcera de pressão: ☐ Local: _____

Cuidado corporal: ☐ Independente ☒ Dependente ☐ Parcialmente dependente

Higiene corporal: ☒ Satisfatória ☐ Insatisfatória ☐ Insuficiente

Limpeza física: ☒ Acenado ☐ Cuidado de risco ☐ Cuidado

SONO E REPOUSO

☒ Preservado ☐ Insônia ☐ Dorme durante o dia ☐ Sono interrompido

COMUNICAÇÃO, ORIENTAÇÃO E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: ☒ Preservada ☐ Preservada ☐ Preservada

☐ Ausente ☐ Ausente de familiares/visita ☐ Outros: _____

5 - NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPRITUALIDADE

Tipos: ☐ Prática ☐ Não-prática ☐ Outras: _____

INTERCONECÇÕES

Yvanda Moura, RN, RGE

Nome e Assinatura do Enfermeiro: _____

Data: 16/01/19 Hora: 18

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERRANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Yvanda Moura Registro: _____ Sexo: F Idade: 33 Sessão Anál: 07/01

2. ANAMNESE

Síntese vital: Isa C: P bpm: FR bpm: PA mmHg: FC bpm: SPO2 %

HGT: mg/dl Peso: kg Altura: cm Dente: Local Oxi: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Confuso ☐ Letárgico ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Out

Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ D>E ☐ E>D ☐ Fisiológicas ☐ Miotóxicas

Mobilidade física: ☒ Preservada ☐ Parcial ☐ Plágia ☐ Preservada ☐ Local

Linguagem: ☐ Oral ☐ Dito ☐ Alado ☐ Dito ☐ Dito

Out: _____

4. OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea ☐ Cateter nasal ☐ Venturi ☐ Intubado ☐ Intubado ☐ Intubado

☐ VNI ☐ VNI TOT ☐ Venturi ☐ FIO2 % PEEP cmH2O

☐ Espontânea ☐ Espontânea ☐ Espontânea ☐ Espontânea

Auscultas pulmonares: Membranas vesiculares presentes: ☐ Diminuídas ☐ JE

Ruidos adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estírios ☐ Outros: _____

Tosse: ☐ Espontânea ☐ Provocada ☐ Espontânea ☐ Espontânea

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____

Data de inserção do dreno: _____

Aspiração de drenagem torácica: _____

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ☐ Visual ☐ Auditivo ☐ Tátil ☐ Olfato ☐ Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquila ☐ Agitada ☐ Agitada ☐ Risco de queda Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Impulsivo ☐ Filiforme ☐ Chato

FONTE: BORDINHO, R.C. *Ordem da Natureza*. 2017. 212 p. R\$ 19,90

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 14:19:15

POSTAL: BORGESINHA, R. C. Colheita de dados por meio do grupo focal. *Pontes Alegre* (2009).

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 14:19:15

FONTE: DORRICHIO, R. C. *Carteira de dados por meio do grupo focal*. Porto Alegre (2008).

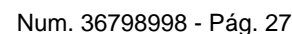
A h N

FONTE: BORDENHAU, R.C. *Colêis de doçes por meio do grupo local*. Porto Alegre (2005)

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 14:19:15

FRONTE: BORDABUENO, R.C.; Cofre de guerra por uso de grupo local. Puerto Nariño (2003)

Dr. Günter Fährmann A. Grün
BRN-PB 9907



ORTOPEDIA 1
LEITO 1-3 N.º PROTOCOLO: 1808799
JOSE MARINALDO

- 21.01.19
- 1 DIETA LIVRE OpS RPA
 - 2 JELCO, SRL 1000 ml W 248
 - 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 12-18
 - 4 NAUSEEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN 3A
 - 5 TRAMAL 100mg + SFG 9M 100ml EV 8/8H 09-15 26
 - 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN 5N
 - 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MAMMA 06R
 - 8 CURATIVO DIÁRIO
 - 9 FISIOTERAPIA
 - 10 SSVV+CCSG
 - 11 OXACILINA 2G IV 6/6H 12-18 24 26
 - 12 MIE ELEVADO

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

FX CALCANEU + BASE 5 MTT E

LEITO 1-3

POBrem interconexão
Co: VPM

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
de plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assisterem, para fazerem as investigações, lógicas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

91-01-19

Em _____ de _____ de _____

Testemunhas: _____

19.10
Foi feita a assinatura do doente ou responsável
pelo abaixo assinado.

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

FX CALCANEIO+ BASE 5 MITT E

LEITO 1-3

BEG, enteral, s/ intercon-
rências
CD- VPMDr. Evarlan Meira
118 Ortopedia e Traumatologia
11/11/2020ORTOPEDIA 1
LEITO 1-3Nº PRONTUÁRIO: 1808799
JOSE MARINALDO

- 1 DIETA LIVRE 1 Garra uph 00:00
- 2 JELCO
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 12 18 24 06
- 4 NALGEXIDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN
- 5 TRAMAL 100mg + SFD 0,9% 100ml EV 8/8H SN
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MAMMA (01)
- 8 CURATIVO DIÁRIO M
- 9 FÍSIO MOTORA
- 10 SSVV+CCGG M N 12 18 24 06
- 11 CIXACILINA 2G IV 6/6H
- 12 MRE ELEVADO

Dr. Evarlan Meira
118 Ortopedia e Traumatologia
11/11/2020

13/01. 14:00h P. 102/60 *De acordo com o exame físico - trauma, não há lesões visíveis no membro superior direito.*
Exame da sensibilidade normal.

DIAGNÓSTICO

07/01/2019
 14:00

FORMULÁRIO DE EVOLUÇÃO

Paciente	Admissão	Leito	Convênio
Nome	Prontuário	Idade	Sexo
1. Data			
2. SPM 1000ml EV/24h			
3. Dipirona 500mg + AD EV 06/08h			
4. Tramal 100mg + AD EV 12/12h			
5. Omeprazol 40mg EV/24h			
6. Tramal 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h SN			
7. Paracetamol 650mg + AD EV 8/8h SN			
8. Clonitina 40mg SC/24h			
9. SSVV + CCBG			

ORTOPEDIA 1
 LEITO 1-3

IC PRONTUÁRIO 1808799
 JOR Manoel

18/01

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JEJUNO
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 8/8h S/N
- 4 HALISEDROL 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
- 5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12h SN
- 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUNO PELA MANHÃ
- 8 CURATIVO DIÁRIO
- 9 FÍSIO MOTORA
- 10 SSVV + CCBG
- 11 Omeclina 2g IV 6/6h
- 12 M.E. elvados

Dr. Euler Patrício A. Cruz
 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 9907

LEITO 1-3

BEG, stored, rem. subcutaneous
 Cio: VPM

Dr. Euler Patrício A. Cruz
 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 9907



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME:

RACIA:

PROCEDÊNCIA:

PROFISSIONAL:

DATA:

DATA:

SEXO:

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

SINTOMAS:

- ☐ Cefaleia
- ☐ Dispneia de esforço
- ☐ Palpitações
- ☐ Dor precordial
- ☐ Relação com esforço

- ☐ Tontura
- ☐ Grande
- ☐ Náusea
- ☐ Tontura
- ☐ Tontura
- ☐ Tontura
- ☐ Tontura
- ☐ Tontura
- ☐ Tontura
- ☐ Tontura

- ☐ Sincope
- ☐ Palpitações
- ☐ Dor precordial
- ☐ Relação com esforço
- ☐ Relação com esforço
- ☐ Relação com esforço
- ☐ Relação com esforço
- ☐ Relação com esforço
- ☐ Relação com esforço
- ☐ Relação com esforço

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- ☐ Hipertensão Arterial Sistêmica
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Arteriosclerose

- ☐ Hipertensão Pulmonar
- ☐ Insuficiência Cardíaca Congestiva
- ☐ Insuficiência Cardíaca

- ☐ DPOC
- ☐ Insuficiência Cardíaca
- ☐ Aguda
- ☐ Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

Alergia a Medicamentos:

☐ Chingão

☐ Tabagismo

☐ Sedentarismo

☐ Outros

Medicamentos em uso ☐ Não ☐ Sim

4 - EXAME FÍSICO:

☐ Estado Geral ☐ Bom ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Precário ☐ Altura ☐ Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários:

FC: _____ bpm PA: _____ mmHg

Ap. Respiratório - Comentários:

Adesões - Comentários: 1801 2000/20

Membros inferiores - Comentários: PA 120/80

5 - ECG:

Ex Laboratório:

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

☐ Grau I - AVC e ECG - normal (Risco Cirúrgico Normal)

☐ Grau II - AVC e ECG - anormal (Risco Cirúrgico Normal)

☐ Grau III - AVC e ECG - anormal (Risco Cirúrgico Normal)

☐ Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs:

Ass. do Médico

FX CALCÂNEO + BASE 5 MTT E

LEITO 1-3

Bêb, ostendo, rem brônquicas

Cuo v m

Dr. Euler Fabrício A. Cruz

MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9507

ORTOPEDIA 1
LEITO 1-3
Nº PRONTUÁRIO: 1808799
JOSÉ MARINALDO

- 1 DIETA LIVRE
- 2 FELCO
- 3 OXACILINA 2G IV 6/8H
- 4 PARACETAMOL 750MG VO 8/8H
- 5 DECADRON 1FA + 15ML SF 8/8H
- 6 MIE ELEVADO
- 7 SSVV+CCGG

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9507



AValiação CARDIOLOGICA COM RISCO CIRúRGICO

NOME: _____ RACIA: _____ PROCEdência: _____ PRONALHO: _____ DATA: _____ SEXO: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Sintomática () Sintomática () Sintomática

SINTOMAS:

() Cefaleia () Tontura () Sincope () Síncope
() Dispneia de esforço () Grande () Pequena () Pequena
() Palpações () Tosse Seca () Opresão () Opresão
() Dor Precordial () Tipica () Espandimento () Espandimento
() Relacão () Frio () Polipneal () Polipneal

Comentários:

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistólica () Hipertensão Pulmonar () PROOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insul. Cardíaca Congestiva () Insul. Cardíaca Congestiva () Insul. Cardíaca Congestiva
() Arteriosclerose () Insul. Cardíaca Congestiva () Insul. Cardíaca Congestiva () Insul. Cardíaca Congestiva

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Abuso de Medicamentos () Cirúrgico () Tuberculose () Tuberculose
() Diabetes () Cirúrgico () Tuberculose () Tuberculose
() Diabetes () Cirúrgico () Tuberculose () Tuberculose

Medicamentos em uso () Não () Sim

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Muito () Puro

Ap. Cardiovascular - Comentários:

FC: 117. 01. 2019
bpm PA: 14/12 36/51 110/60 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários:

Paciente sedado comunitário no UTI
respirando pelo ventilador, 100% O2

Abdomen - Comentários:

sem sinais agudizados físicos.

Membros Inferiores - Comentários:

sem sinais agudizados físicos.

5 - ECG: 36/52 110/60

Ex. Laboratoriais:

Ex. Laboratoriais: 100 mg/dl 100 mg/dl

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRúRGICO:

Grau I - AUC e ECG - normal (Risco Cirúrgico Normal)
Gru II - AUC e ECG - anormal (Risco Cirúrgico Normal)
Gru III - AUC e ECG - anormal (Risco Cirúrgico Normal)
Gru IV - AUC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs:

Ass. do Médico

Fx Colcheros + Trau do
S = HTT G

LEITO 1-3

Bolsa, sonda, sem interconexões
C/S: Vm
1

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
em ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 3557

ORTOPEDIA 1
LEITO 1-3 N. PRONTUÁRIO: 1508799
por Manoel do

16/02 1 DIETA LIVRE
JELCO
3 DIPIRONA 1G + ABO EV 6/6H
4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABO EV 8/8H 5H
5 TRAMAL 100mg + SFO 8% 100ml EV 8/8H
6 TILATIL 20MG + ABO EV 12/12H 5H
7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEIUM PELA MANHÃ
8 CURATIVO DIÁRIO
9 FÍSIO MOTORA
10 SSVV+CCGG
11 Paracetamol 750mg VO 8/8H x 25
12 Oxacilina 2g IV 6/6H
13 Decadron 1FA + 1Sml 5FA IV 8/8H

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
em ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 3557

14/02 22 06
12 18 24 06
14/02 06

15-01-19
2005

[illegible]

Receita emitida de acordo com m. I, respectivamente, apresentando a seguir a evolução da doença e os quadros da anamnese.

Dr. Carlos Roberto de Sá
CRM 12442-1E

26:24

GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, DOM LUIZ GONZAGA PERMANZINI

Diagnóstico: Fratura de fêmur

Paciente: José Alexandre Algoritmo: 09 Lado: Esquerda Condição: Estável

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/11/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	26/11, 2020
27/11/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	27/11, 2020
28/11/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	28/11, 2020
29/11/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	29/11, 2020
30/11/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	30/11, 2020
01/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	01/12, 2020
02/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	02/12, 2020
03/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	03/12, 2020
04/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	04/12, 2020
05/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	05/12, 2020
06/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	06/12, 2020
07/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	07/12, 2020
08/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	08/12, 2020
09/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	09/12, 2020
10/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	10/12, 2020
11/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	11/12, 2020
12/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	12/12, 2020
13/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	13/12, 2020
14/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	14/12, 2020
15/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	15/12, 2020
16/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	16/12, 2020
17/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	17/12, 2020
18/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	18/12, 2020
19/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	19/12, 2020
20/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	20/12, 2020
21/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	21/12, 2020
22/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	22/12, 2020
23/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	23/12, 2020
24/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	24/12, 2020
25/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	25/12, 2020
26/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	26/12, 2020
27/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	27/12, 2020
28/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	28/12, 2020
29/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	29/12, 2020
30/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	30/12, 2020
31/12/2020	1) D. 100 mg 2) Analgésico 3) Antibiótico	07:00	31/12, 2020

[illegible]

11101-09km-130x80 o Pacote E.G.A. com curativo, curativo, Nucleo
Cachoeira e P.A. com curativo, curativo, Nucleo

SECRETARIA DE SAÚDE
CALCULADORA HOSPITAL DE VERIFICAÇÃO E TRATAMENTO DOS LIXOS DOMESTICOS PERICULOSOS

FORMA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

fx clavícula (E)

Paciente	José Manoel da Cunha		Alojamento: 8	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
	1. Dieta <u>lun.</u>		CLIENTE		
	2. SML 1500ml EV/24h <u>lun.</u>	<u>Suf</u>	CLIENTE	<u>05</u>	<u>03</u> <u>pac.</u> , <u>estável</u> , <u>sem</u> <u>deterioração</u>
10.01	3. Dipirone 02ML + AD EV 06/06h		<u>SIN</u>	<u>14</u>	<u>pac.</u>
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h <u>SP</u>		<u>SIN</u>		<u>diagnóstico</u> : <u>+</u> <u>Exce</u> : <u>+</u>
	5. Ortopresol 40mg EV/4um <u>lun.</u>			<u>18</u>	<u>CD</u> : <u>UAM</u>
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SM		<u>SIN</u>		
	7. Moxedron 01 FA + AD EV 8/8h SM		<u>SIN</u>		
	8. Clexane 40mg SC/dia <u>Suf</u>				
	9. SSVV + CCGG		CLIENTE		



clínt. para os cuidados de enfermagem, seguindo os procedimentos de acordo com a prática médica. Aguardar a evolução do caso.

7p. 120x80

GOV. DE SÃO PAULO SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES E TRAUMA DO LAR DO HOSPITAL PRESIDENTE

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Px calcâneo @ T
Bom S: 5: 11/20

Paciente	Nome	Alojamento	Leito	Convênio	Diagnóstico
Paciente	José Manoel	9			
Data	Prescrição Médica	Horário			Evolução Médica
10.01	1. Dieta 2. SNI 1500mg EV/24h 3. Difenidramina 50mg AD EV 06/08h 4. Tetrat 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/12h 6. Paracetamol 1000mg + 200ml SF 0,9% EV 8/8h SM 7. Neurodron 0,6g + AD EV 8/8h SM 8. Clonazepam 0,5mg SC/12h 9. SSVV + CC06	08h 12h 18h 06h 12h 18h 06h 12h 18h	OK OK OK OK OK OK OK OK OK		ABG: estável, sem distúrbios Cura Cura Cura Cura Cura Cura Cura Cura Cura
10. Indicação de desmama 01/2h					

Paciente transferido do Instituto
de Saúde ao município
de acordo com a necessidade
médica e requer a continuidade
do tratamento
12/11/2019 15:27

PA 52x80

HORA 8:00

Data 30/01/19

GOV. DO ESTADO SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES E TRAUMA DR. LUIZ DOMINGOS FERREIRA

FORMA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Fr. Calcâneo (C) +
Rota 52 MTT (C)

Paciente	Nome	Alojamento:	Leito	Convênio
Jon. Mamede	33			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
09/01	1. Dieta Livre	11h	9:00h	
	2. SRL 1500ml EV/24h	12h	Reg. estável, s/ intercorrências	
	3. Difenidramina 0,5mg EV 06/08h	12h	Diversos exames realizados	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	12h	Cd: 1/257	
	5. Omeprazol 40mg IM/jornal, 14:40	12h	Queda sangüínea	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h (SN)	12h		
	7. Nauseadron 0,1 FA + AD EV 8/8h (SN)	12h		
	8. Clexane 40mg SC/dia	12h		
	9. SSVV + CCGG	12h		
	10. Mudança de curativo 2/24	12h		

Plantas 09/10/119

paciente comorbido diabete; monitor
cpr, monitorado em CCG.

PA (130x20) / SPO2 (97%)

hospitalidade
coração

SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

FORMA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

farol (27-10-11)

Paciente	Alcance	Unidade	Comissão
09/10/119			
Data	Prescrição médica	Medicamento	Evolução Médica
09/10/119	1. Dieta hipocolesterolica 2. Dieta hipoglicemica 3. Dieta hipotensiva 4. Dieta hipotensiva 5. Dieta hipotensiva 6. Dieta hipotensiva 7. Dieta hipotensiva 8. Dieta hipotensiva 9. Dieta hipotensiva	1. Dieta hipocolesterolica 2. Dieta hipoglicemica 3. Dieta hipotensiva 4. Dieta hipotensiva 5. Dieta hipotensiva 6. Dieta hipotensiva 7. Dieta hipotensiva 8. Dieta hipotensiva 9. Dieta hipotensiva	1. Dieta hipocolesterolica 2. Dieta hipoglicemica 3. Dieta hipotensiva 4. Dieta hipotensiva 5. Dieta hipotensiva 6. Dieta hipotensiva 7. Dieta hipotensiva 8. Dieta hipotensiva 9. Dieta hipotensiva



Paciente: Dr. Marcio Alimento: concom Leito: 905 Convênio: União

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/11/2020	1. Insulínica 1000	08:00	Boa evolução clínica
	2. Dupimazina 200mg	08:00	At. em andamento
	3. Paracetamol 1000mg	08:00	Comando: 4. 1000mg
	4. Clonazepam 1mg	08:00	1. 1000mg
	5. Gabapentina 300mg	08:00	1. 1000mg
	6. Gabapentina 300mg	08:00	1. 1000mg

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

07/11/2020
 08:00
 1. Insulínica 1000
 2. Dupimazina 200mg
 3. Paracetamol 1000mg
 4. Clonazepam 1mg
 5. Gabapentina 300mg
 6. Gabapentina 300mg



ORTOPEDIA 1
LEITO 13

Nº PRONTUÁRIO: 1808799
for Marcelo

22/01

- 1 DIETA LIVRE
- 2 SRL 1000ML EV EM 24H
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/8H
- 4 NALISEDON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN
- 5 TRAMAL 100mg + SFD, 9% 100ml EV 8/8H SN
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELAMANHÃ
- 8 CLEXANE 40MG SC AS 20H
- 9 FÍSIO MOTORA
- 10 SSVV+CCGG
- 11 Oncochela 2g IV 6/6h
- 12 Decadron 1FA + 15 - SF IV 8/8h

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 2007

23/01

Atte hospital

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 2007

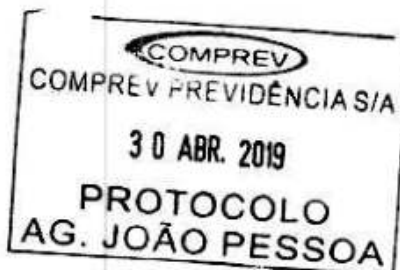
Fx coluna E

Bóia, 25ml, na coluna
C5: VPM

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 2007

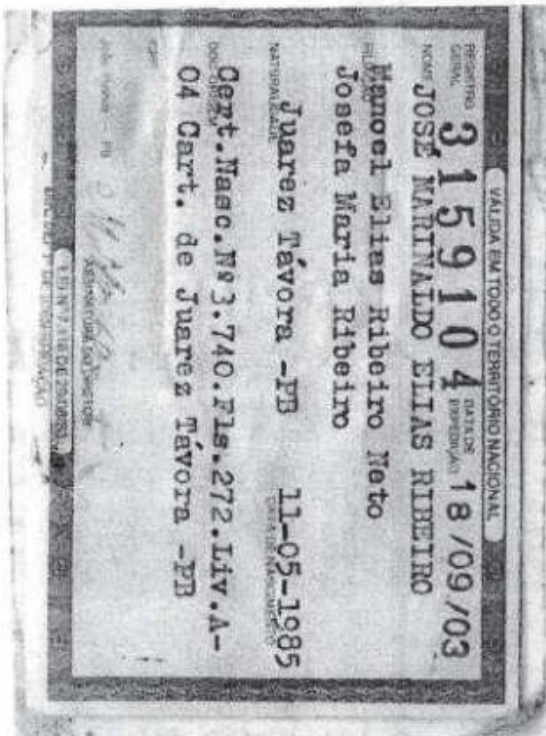
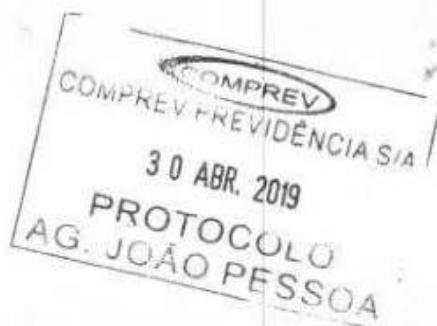
Fo longa
Exame realizado por
Cd. Abdo + coluna + vitas

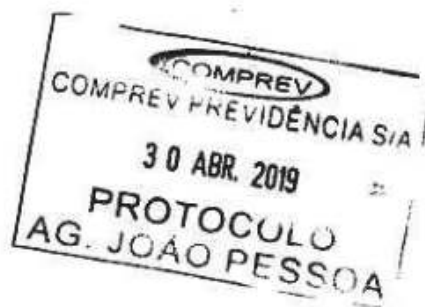
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 2007



19. 9:30 114 130X80
Exatidão visual e tátil com o
exame realizado por
Cd. Abdo + coluna + vitas
Exame realizado por
Cd. Abdo + coluna + vitas
22/01. 20:00H. C.T. 130X80
Máquina: 114 130X80
Dr. Euler Fabrício A. Cruz







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB PRT 2009010295446-7
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
1 18963995-4 2009

MARTA APARECIDA P 1 8 SANTOS

69162832468 KFL2987/PB
KFL2987 PB 98GTCLJMMCI31563

AS 'AUTOMOVEL/ GASOLINA

5 P/73 /CV PARTIC CINZA
IPVA ISENTO

***** SEGURO P A C O 06/08/2009

SEM RESERVA DE DOMINIC

CAMPINA GRANDE - PB 25/09/2009
34665 31313



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

PB Nº 8467645120 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARTA APARECIDA P DOS SANTOS

69162832468 KFL2987/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT
PB Nº 84676451202009 25/09/2009

MARTA APARECIDA P DOS SANTOS

69162832468 KFL2987/PB

89639954 GAS GM/CHEVETTE DI
91 1 98GTCLJMMCI31563

***** SEGURO P A C O

Seguradora Lider dos Consórcios
313-1237396-20090925
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.243.608/0001-04

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR 2010

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190299612 **Cidade:** Juarez Távora **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190299612 **Cidade:** Juarez Távora **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PG 7

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PROCURAÇÃO

Outorgante: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO, brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, residente e domiciliado no Sítio Cachoeira Barbosa Baixo, s/n, bairro: área rural, Município de Ingá, Estado da Paraíba, Cep. 58380-000, portador do Rg. nº 3159104 SSP-PB e CPF nº 087.403.914-26.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO D'AGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO D'AGUA, Município de ALAGOA NOVA, Estado da PARAÍBA, Cep.: 58125.000, portador do RG nº 3406239 SSP/PB e CPF nº 082.917.124-09.

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) JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO, ocorrido em 07/01/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Processo de natureza: INVALIDEZ.

Podendo dito(a) procurador(a), 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.



Juarez Távora - PB, 17 / abril de 2019.

Jose Marinaldo Elias Ribeiro
Outorgante

CPF Nº 087.403.914-26

"RECONHECER FIMA POR AUTENTICIDADE"

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE JUAREZ TÁVORA - PB
Av. Adalberto Pereira da Silva - 544 - Centro - Juarez Távora - PB
E-mail: cartoriojuarezta@uol.com.br

RECONHECIMENTO

Reconheço a (s) firma (s) de Jose Marinaldo Elias Ribeiro

Como: ☒ Sinal Público ☒ Autenticidade ☐ Semelhance

Juarez Távora, PB 17.04.2019

SELO NORMAL
SELO DIGITAL Nº A1K63911-5VGN

Consulte a autenticidade <https://selodigital.tpb.jus.br>

Cartório do Registro Civil
Irene Alves de Melo e Melo
ESCRITÓRIA
JUAREZ TÁVORA - PB



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0145265/19

Vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

CPF: 087.403.914-26

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 07/01/2019

Titular do CPF: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ISRAEL DE SOUZA FARIAS : 082.917.124-09

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

JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO : 087.403.914-26

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: 30/04/2019
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ALAGOA GRANDE/PB

Processo: 08011936620198150031

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ALAGOA GRANDE, 16 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 14:19:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111814191608700000035123719>
Número do documento: 20111814191608700000035123719