

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180542609 **Cidade:** Remígio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JAQUELINE NOBERTO DE BARROS **Data do acidente:** 05/08/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUÍDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

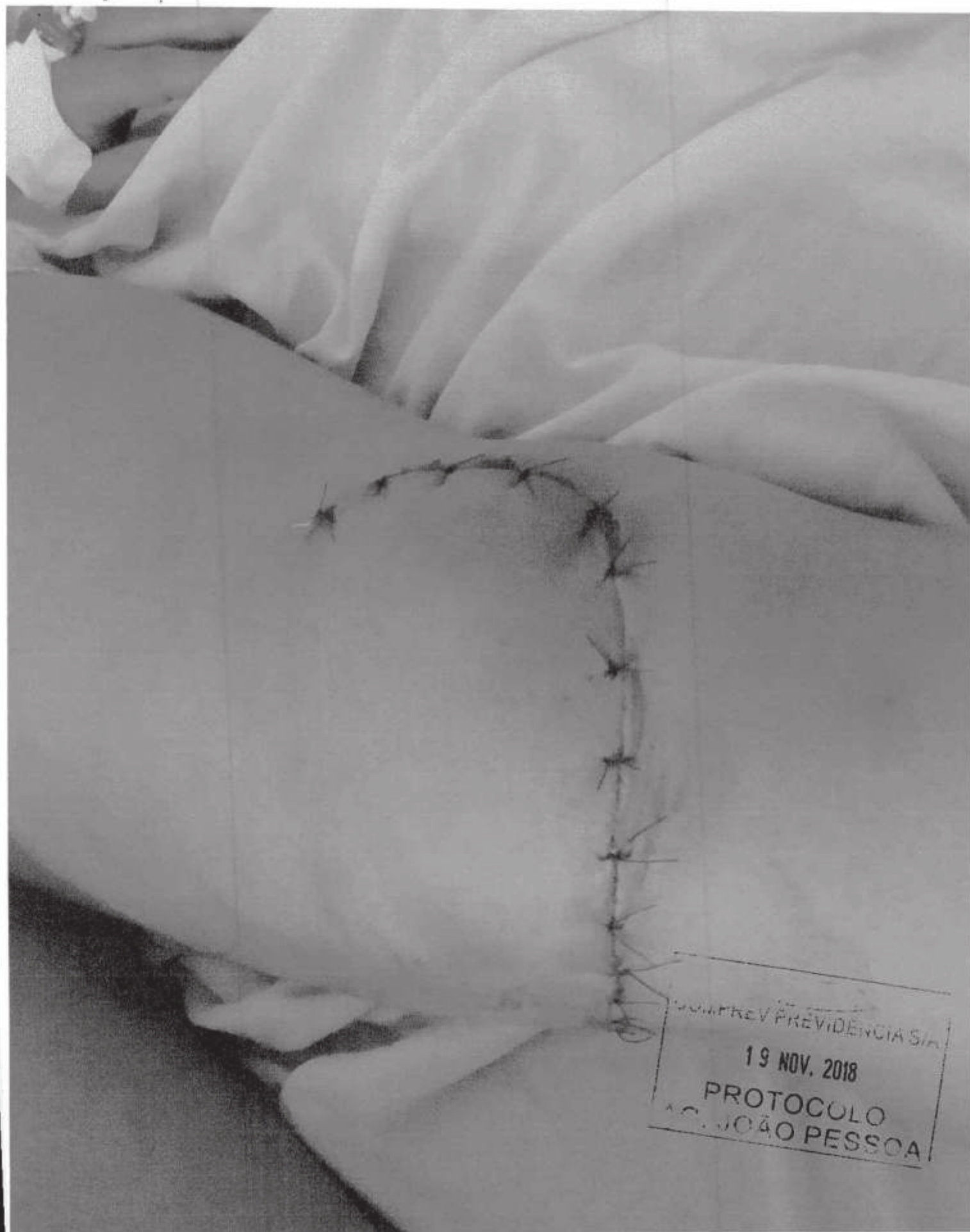
UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza



COMPREV PREVIDENCIA
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
LICAO PESSOA



COMPREV PREVIDENCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180542609 **Cidade:** Remígio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JAQUELINE NOBERTO DE BARROS **Data do acidente:** 05/08/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA JAQUELINE NOBERTO DE BARROS**

Nº Sinistro: **3180542609**

Vítima: **MARIA JAQUELINE NOBERTO DE BARROS**

Data do Acidente: **05/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180542609**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13616155



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA JAQUELINE NOBERTO DE BARROS**

Nº Sinistro: **3180542609**

Vítima: **MARIA JAQUELINE NOBERTO DE BARROS**

Data do Acidente: **05/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: **NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180542609**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **05/08/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 099 34870410	Nome completo da vítima Marta Jaqueline Roberto de Barros
---------------------------	-------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Marta Jaqueline Roberto de Barros		CPF titular da conta 09934870410	Profissão Secretaria
Endereço Rua Maurício Corrêa Lopes		Número 228	Complemento
Bairro Zona Rural	Cidade Areia	Estado PB	CEP 58397-000
Email lucio.duarte.edu@gmail.com		Telefone (DDD) 83 33341239	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1668 D/V <input type="checkbox"/> CONTA NRO. 026489 D/V 7		BANCO Nome <input type="text"/> AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/>	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. Grande, 29 de Outubro de 2018
Local e Data

Marta Jaqueline Roberto de Barros.
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/, - Catole - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



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 Nº 000524/18 registrada em 04/10/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos quatro dias do mês de outubro do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE 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 10:14 horas, compareceu a Sra. MARIA JAQUELINE NOBERTO DE BARROS, com 26 anos de idade, filha de ANTONIO FERNANDO NOBERTO DE BARROS e JOSEFA MESSIAS NOBERTO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ESPERANÇA - PB, Casada, escolaridade Medio Completo, profissão SECRETÁRIA, portadora da Cédula de Identidade Nº 3.700.613, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 09934870410, residindo à rua MAURINO CASSIANO LOPES, 229, bairro DISTRITO DE CEPILHO, na cidade de AREIA - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 19h30min do dia 05.08.2018, estava trafegando por uma estrada vicinal que liga a cidade de Remígio/PB ao Distrito de Cepilho, onde reside, ocupando como "carona" a motocicleta HONDA/CG 125 FAN, ano/modelo 2005/2006, cor vermelha, chassi nº 9C2JC30706R920319, de placa MNZ-4758/PB, licenciada em nome de José Arimateia Pereira Gonçalves, conduzida pelo seu esposo RICARDO SANTOS ROCHA, quando em uma curva foram atingidos por outra motocicleta de marca e outras características não identificadas, que era conduzida pela pessoa identificada apenas por GIVANILDO, o qual estava trafegando em sentido contrário, sendo que em decorrência do impacto todos foram jogados ao solo, resultando em lesões graves na comunicante, que foi socorrida pelo SAMU e encaminhada para o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande/PB, onde foi submetido a cirurgias, conforme documentos em anexo, enquanto que os condutores das motocicletas sofreram ferimentos aparentes leves pelo corpo; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom e com via seca, entretanto não existe iluminação no local, não encontrando-se os envolvidos sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local do ocorrido, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, a comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra os condutores das motocicletas, pelas lesões sofridas no acidente, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito. 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, Quinta-feira, 4 de Outubro de 2018

Maria Jaqueline Noberto de Barros

MARIA JAQUELINE NOBERTO DE BARROS

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Maria Jacqueline Noberto de Barros

CPF da Vítima

099 348 704 10

Data do Acidente

05/08/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

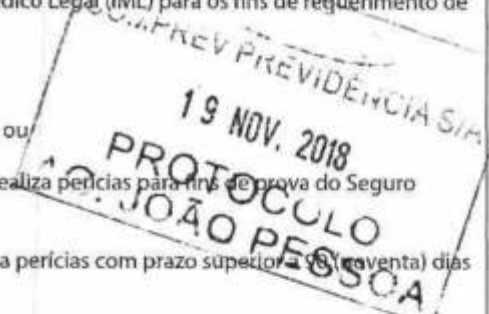
☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



E. Grande, 29 de Outubro de 2018.

Local e Data

Maria Jacqueline Noberto de Barros

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU
192



Prefeitura Municipal de Esperança
Secretaria de Saúde
Base Descentralizada do Serviço Móvel de Urgência

Em 12 de Setembro de 2018.

Declaração

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) ESPERANÇA-PB, foi solicitado para realizar transferência de **MARIA JAQUELINE NOBERTO BARROS**, do Pronto Atendimento de Remigio para o Hospital de Trauma de Campina Grande, vítima de acidente motociclistico, no dia 05/08/2018 as 19:43h.

Jarina Danielly B. Borborema
COORD. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Mat: 32959


Jarina Danielly Brandao Borborema
Coordenadora da Rede de Urgência



JOSEFA SILVINO DOS SANTOS
RUA MAURINO CASSIANO LOPES, 229 - AREA RURAL
AREA / PB CEP: 56397000 (AG: 71)

Emissão: 13/09/2018 Referência: Set / 2018

Classif/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B230, Km25 - Círculo Redentor, João Pessoa / PB - CEP: 54071-600
Roteiro: 7 - 72 - 210 - 5270 Nº medidor: 00000430867

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.035.103/0001-40 - Insc. Est. 16.019.023-9

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 12.703.021
Cód. para Dct. Autenticação: 00004969416

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196**

Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2018	13/09/2018	15/10/2018	768.737.814-87

UC (Unidade Consumidora): **5/496941-6**

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/09/18	5727	13/09/18	5749	1	22	28

Demonstrativo						
CCI - Descrição						
Quantidade Tarifa Valor Base Calc. Alíq. (Cm) (R\$) Base Calc. Pot (R\$) Cálculo (R\$)						
Tributos Total (R\$) ICMS (R\$) ICMSt						
Pot (Cálculo) (R\$) (0,00000) (0,00000)						
0801	Custo de Disponibilidade	18,95	0,00	0	0,00	18,95
0801	Adic. B. Vermelha	1,57	0,00	0	0,00	1,57
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0804	JUROS DE MORA 09/2018	0,01	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2018	0,41	0,00	0	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 18,95 0,00 0,00 18,95 0,14 0,08

Média Últimos meses (kWh) **32**

VENCIMENTO **20/09/2018**

TOTAL A PAGAR **R\$ 18,95**

Histórico de Consumo (kWh)

2	0	34	26	32	26	32	14	17	18	34	35
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

RESERVADO AO FISCO

0a1b.59b6.26ce.8d68.7f54.14ad.14f9.35e7.

Indicadores de Qualidade 7/2018 - Eficiência			
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL	11,74	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	23,48		
DIC ANUAL	48,98		
PIC DIMENSIONAL	7,74	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
PIC TRIMESTRAL	15,49		
PIC ANUAL	30,99		
DMC	6,49	0,00	
DICR	16,60		

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PS	5,77	30,46
Compra de Energia	9,57	50,73
Serviço de Transmissão	0,99	5,23
Encargos Saneamento	1,27	6,70
Impostos Diretos e Encargos	1,34	7,07
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	18,95	100,00

Valor da EUSD (Ref 7/2018) R\$24,91

ATENÇÃO

Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/18 - Res. ANEEL nº 3.439 - Sobre Tensão 15,41% Médio
Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/18 - Res. ANEEL nº 3.439 - Alta Tensão 16,75% Médio
- Letura confirmada

Faturas em atraso

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

TAMARA ANDRADE SOARES
RUA DINAMERICA CORREA, 1020 / LOJA 02 - DINAMERICA
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 56400000 (AG: 461)

Emissão: 24/09/2018 Referência: Set / 2018
Classif/Subcl: COMERCIAL / COMERCIAL MORCELA 900058-1
Roteiro: 14 - 401 - 754 - 1892 Nº medidor: 00006087824

energisa

ENERGISA BOREOREIMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Alça Sudeste - T. 010-325.596.0001-85 Insc. Est. 16.003.533-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001.957.247
Cód. para Dtg. Automático: 90002515013

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE / CNPJ / RAN
Set / 2018	24/09/2018	25/10/2018	088.335.994-42 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/251501-3

Canal de contato



Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 24/09/18	Data 24/09/18			
Leitura 1345	Leitura 1489			
		1	143	31

Demonstrativo									
CC	Descrição	Consumo (kWh)	Valor Base (R\$)	Alíq. (R\$/kWh)	Base Calc. (R\$)	Preço (R\$)	Valor (R\$)	Alíq. (R\$/kWh)	Valor (R\$)
Tributos Totais (R\$) ICMS (R\$) ICMS									
Preço (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$)									
0501	Consumo em kWh	143,000	0,702865	100,00	100,00	25	25,16	100,00	0,74
9901	Adc. B Vermelha	10,00	10,00	25	2,52	10,00	6,97	0,34	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0207	CONTRIB. LUM. PÚBLICA		15,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,30

CC	Código de Classificação do Item	TOTAL	128,45	110,75	27,80	110,75	0,31	2,78
----	---------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	------

Média últimos meses (kWh) 75
VENCIMENTO 16/10/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 126,45

Histórico de Consumo (kWh)											
16	0	1	45	10	0	45	178	123	127	120	57
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

RESERVADO AO FISCO
25b9.9aed.7470.b751.28ea.7df9.09b7.34c3.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
TODOS OS ÍTEM				Discriminação	Valor (R\$)	%
Limite da ANEEL	Adequado	Limite de Tensão (V)				
DIGRESSAL	5,31	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. da Energisa S/A	21,81	17,09
DIG TRIMESTRAL	10,82			Compra de Energia	42,49	33,60
FICAVAL	21,25			Serviço de Transmissão	5,25	4,15
FIOMENSAL	3,26	0,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	9,15	7,24
FIOTRIMESTRAL	8,72		202	Impostos Diretos e Encargos	47,55	37,62
FIANUAL	13,45		231	Outros Serviços	0,00	0,00
OMC	3,03	0,00				
OMIC	12,72			Total	126,45	100,00

Valor de EUSD (Ref. 7/2016) R\$ 22,41

ATENÇÃO
- Letra confirmada

Faturas em atraso

VENCIMENTO 16/10/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 126,45
Boreoreima
Roteiro: 14 - 401 - 754 - 1892
Matrícula: 251501-2018-09-4
83640000001-1 26450147000-1 02515012018-3 09400401019-8



PROTOCOLADO
19 NOV. 2018
JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Inácio Bruno Sammito inscrito (a) no CPF 036781814 / 06, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Jaqueline Melo de Barros inscrito (a) no CPF sob o Nº 09934870410, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria Jaqueline Melo de Barros, inscrito (a) no CPF sob o Nº 09934870410, 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 <u>Rua Dinamizmeo Alves Coruja</u>	Número <u>1020</u>	Complemento <u>bloco 02</u>
Bairro <u>Dinamizmeo</u>	Cidade <u>Campos Gerais</u>	Estado <u>PA</u>
Email <u>inacio.bruno.edu@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>8333341289</u>	Telefone celular (DDD) <u>83999885048</u>

C. Grande, 29 de Outubro de 2018
Local e Data

Inácio Bruno Sammito
Assinatura do Declarante



- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Infartamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Isquemia |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Entalhe subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Enregelamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorrágia |
| 12.F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13.F. Arma de fogo | 31. Parestia |
| 14.F. Cortisúo | 32. Parosteia |
| 15.F. Cortante | 33. Queloides |
| 16.F. Corto-cortisúo | 34. Rinite aguda |
| 17.F. Perfuro-cortisúo | 35. Síndrome de Isquemia |
| 18.F. Perfuro-cortante | 36. |

DIAGNOSTICO / CID:

Polifonny

Dr. Andrei V. V. de Souza

BRITISH LIBRARY

U.S. 470 15341

2000-2001

✓

1000

WAFV PRE

JOURNAL OF THE

[illegible]

192

1990

— 250 —

PROTC

PRO-
30

AC JOA

1



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome: <i>maria jacqueline roberto de barros</i>			
End: <i>rua mauro cassiano lopes</i>		Bairro: <i>Remigia</i>	
Data de Nascimento: <i>16.09.92</i>		Documento de Identificação:	
Queixa: <i>Acidente</i>		Data do Atendimento: <i>05/08/18</i> Hora: <i>19:59</i> Documento:	
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

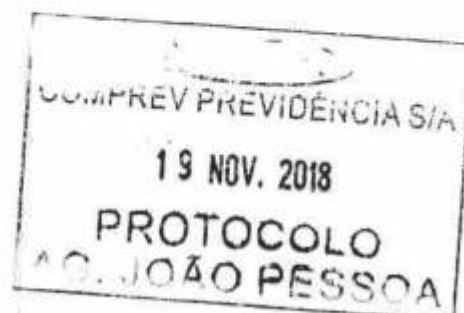
Estratificação

MOD. 110

- sim*
- ☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

José
Assinatura e carimbo do profissional



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Maria Jacqueline Nobre de Barros	Idade: 25 A
Convênio: SUS	Data: 06/08/2018
Procedimento: Torção mecânica cirúrgica + Desbridamento	
Cirurgião: Dr. Wagner Falcão	Auxiliar: —
Anestesista: Dr. Felipe	
Início: 23:30	Término: —
Anestesia Raque	

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
00:00	128/70	67bpm	100%	Quinara	-MMII	consciente
01:30	112/60	53bpm	100%	Quinara	-	+
02:00	131/67	77bpm	98%	Quinara	-	+
03:20	123x/62	63bpm	98% SpO2	Ruan	+	consciente
03:45	138/80	70bpm	98% SpO2	Ruan	+	consciente/irritável
04:00	152/71	72bpm	100% SpO2	Ruan	+	consciente/irritável
05:00	123/58	58bpm	98%	Ruan	+	consciente
06:00	121/61	64bpm	99%	Ruan	+	21
06:50	131/71	63bpm	99%	Ruan	+	consciente
07:30	121/63	64bpm	100%	Ruan	+	consciente
08:30	125x/72	57bpm	—	Ruan	+	+

Medicamentos/Materiais	Quantidade
Ala Neuro = 9-4	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—

COMPREV PREVIDENCIA S/A

13 NOV. 2018

PROTOCOLO

ÇÃO PESSOA

Observações:
08:00h: Paciente em T.O.S., consciente orientada em O2 ambiente, AVT em MSD e MSE, normotensa normocárdica, Realizado cuidados gerais e medicados CPM.
Francisco Dantas Enfermeiro COREN 456.551 PB
Ruan Tcharle P. de Souza Enfermeiro COREN 486.425
Assinatura Anestesista
Circulante

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex de zigueira e.

Paciente MT Jacinete M. de Barros Alojamento Amoroso Leito 9-4 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/11/18	1- Soro fisiológico 1 litro		# 3015-21 - 11:25H 17.00
	2- Soro 9% 1000 ml EV 24h	10 10	
	3- Clindamicina 600mg EV 12h	14 12 06	Paciente muito confortável, sem dor
	4- Tetraciclina 400mg EV 12h	12 12 06	Pré-eclâmpsia, edema em membros inferiores
	5- Dexametasona 10 mg IV EV 12h	12 12 06	
	6- Paracetamol 500mg EV 12h	06	Edema aumentado, mal-estar
	7- Nifedipina 30mg EV 12h	14 12 06	TC
	8- Higiene bucal 3x 10ml	AT	
	9- SSVV + CCG	AT	
	10- Ultrassom (FA) IM SNV	17 06	
			Em tempo
			Atividade física

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 19 NOV. 2018
PROTOCOLO
DE AÇÃO PESSOA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX DE ZIGOMA (E)

Paciente	MARIA SARVELINO F. de B. B. B.	Alojamento	Leito	9 - 4	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
15.11.18	(1) DILTA Líquida/Prescisa 1105 2x/24h	1105	* BME 10° D.H.			
	(2) SERIOL 1000-2 IV 2x/24h	(12) 2x	PACIENTE SUBMETIDA À			
	(3) CLINDAMICINA 600mg IV 8/24h	(14) 2x	CIURGIA DE RESSEÇÃO E FIXAÇÃO			
	(4) TILATIL 20-5 IV 12/24h	(12) 2x	DE FRATURA DE ZIGOMA (E)			
	(5) DILIRONA 1g (EA + 20) IV 4/6h	(12) 2x 24/06				
	(6) OMIDAZOL 10mg IV 1x/24h	(12)				
	(7) NAUSECON 1mg IV 2/24h	(14) 2x	CD: SOLICITO TC RES. ZIGOMA			
	(8) HIGIENE BOCA (PURICOR) 3x/10m	(12)	AGUARDANDO RESOLUÇÃO			
	(9) SERULICOL	(12)	PEL CIRURGIA			
	(10) SINTOMAT (FA) 1m 5/10m	(12)				

CUMPREV PREVIDÊNCIAS/IA
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
ACÇÃO PESSOA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Maria Jacqueline Nobre de Barros						GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO SAUDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
	Mala 05	Nus	25a	1707394			
CIRURGIA				CIRURGIÃO			
Dr. Cirurgico Elisabete de Lippman lado Esquerd				D ^r . Flaviano + D ^r . Ricardo + D ^{on} Aguiar			
ANESTESIA				ANESTESIA			
Geral				D ^a Labelly			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM			
Kunzi + Ozama		15.08.18	10:00	13:00			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS		DIGO
04	Adrenalina amp.	04	Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
02	Dimore amp. Dormenid		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix		
QN	Efene ml. buvenome		Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenegam amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix		
02	Fentanil ml 10ml		Dreno Penrose n°		Cera pl/ osso		
02	Inovo ml Lidoc e Vasodol		Dreno Pezzer n°		Ethibond		
	Ketalar ml	04	Equipo de Macrogotas		Ethibond		
04	Mercaine ml Lidoc e Vasodol		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Ravulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
04	Protigmine amp.	QN	Espadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak		
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak		
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades (Pequeno)		Mononylon 4.0		
02	Repifen amp. Rocuronio		H ₂ O ₂ ml		Mononylon		
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Prolene Serfix		
	Tracrrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23 **		Prolene Serfix		
04	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serfix		
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15 **		Prolene Serfix		
	Dipirona amp.	06	Luvas 7.0		Vicryl Serfix		
02	Elaxidol amp. Midio 5 comp	04	Luvas 7.5		Vicryl Serfix		
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix		
	Geramicina amp.		Luvas 8.5	04	Serflex N° 4.0		
	Glicose amp.	QN	Oxigênio l/m				
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix				
	Haemacel ml.	QN	PVPI Degemante ml - (clorexidina)				
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.			
	Kanaktion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotermico fr 500 ml		
	Lasix amp.	04	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrotrinazol.	04	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml		
	Plasil amp.	04	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml		
	Revivan amp.		Sonda Untral N° 16				
	Stuptanon amp.		Sonda foley	Qtd.			
02	Cefalotina g Cefuroxim 3g		Sonda Nasogática				
QN	Remadia ospitalumico		Sonda Uretal n° 14				
			Sterydrem ml				
			Torneirinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
	Aguilha desc. 28 x 28	04	Latex				
	Aguilha desc. 3 x 4,5	04	Aguilha End Diarmado N° 7.5				
	Aguilha p/ raque n°	04	Aguilha End N° 7.0				
QN	Alcool de Enfermagem	05	Blinades				
	Alcool Iodado ml	QN	microne				
	Ataduras de Crepon	10	União de Pared				
	Ataduras de Gessada	02	Fita Plástico				
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						
				ORTESE E PRÓTESE			
				Sei usado material da empreza local.			

Médico:



Nome do Paciente <i>M^{te} Jacqueline Noberto de Barros</i>		Nº Prontuário <i>1707438</i>
Data da Operação <i>15/08/18</i>	Enf. <i>Neurobilco</i>	Leito <i>9.4</i>
Operador <i>Glauciano Falcão</i>		1º Auxiliar <i>Jon Ricardo</i>
2º Auxiliar <i>Reginaldo F.</i>	3º Auxiliar	Instrumentador <i>Kaio Nazare</i>
Anestesia <i>Proble</i>	Tipo de Anestesia <i>Cural (Neuroaquele)</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura de complexo zigomático esquerdo</i>		
Tipo de Operação <i>Redução aberta + FIE de fratura</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>o mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia <i>N houve</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>N houve</i>		
Acidente Durante a Operação <i>N houve</i>		
Início: <i>10:00 hs</i>		Término: <i>13:00 hs</i> 19 NOV. 2018
Empresa: <i>A. Costa ; Quality</i>		PROTOCOLO NÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1. Paciente em DDH sob anestesia geral
2. Antisepsia + aplicação de campo cirúrgico
3. colocação de trampo prefaringeo, Infiltração anestésica + tarsomaf
4. Acesso supra orbital via fronto-orbitária + deslocamento
5. Redução de fratura fronto-zigomático 1 placa metálica 2.0, 4 furos,
4 parafusos 1-FIE
6. Acesso infra-orbitário + maxilar vestibular + deslocamento
7. Redução 2 FIE. 1 placa orbital, 1.5. 8 furos + 6 parafusos + 1 placa
"L" (lado esquerdo, 7 furos 4 parafusos)
8. Irrigação copiosa com SFC 9%
9. Sutura por planos
10. Remoção de tarsomafia e trampo prefaringeo
11. Curativos

Jon Ricardo das Sales
Residência em Cirurgia
Traumatologia Bucomaxilofacial
C.R.O. 12.001

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fx de ZIGMA (E)

Paciente MARIA JARQUEIRO P. de TAVARES Alojamento 9 Leito 9 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/11/18	① DIETA LIVRE		HE BME 2º DIA
	② LÍQUIDO SALINIZADO		
	③ CLINDAMICINA 600mg IV 1/12h	X 20:00	PACIENTE MELHOR COM BOM
	④ TILATOL 10mg IV 12/12h	X 20:00	
	⑤ ISNV/CCOO		DE: CRUVESSI EVOLUÇÃO ⑥
			AFUNDAMENTO DE ZIGMA ⑥
			HISTÓRICO DE
			DE: AGRAVADO EVOLUÇÃO

Dr. Reginaldo Fernandes
Cirurgia e Traumatologia
Boca-Mato-Facial
Residência: FHO-PB 19/11/18

Dr. Reginaldo Fernandes
Cirurgia e Traumatologia
Boca-Mato-Facial
Residência: FHO-PB 19/11/18

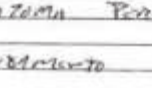
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLADO
C. JOÃO PESSOA



Fx De ZIGOMA C

Paciente	MARIA JACQUELINE N. DE MORAES	Alojamento	9	Leito	7	Convênio	
----------	-------------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
09-08-18	① DIETA LIVRE		# BME 4º DIA
	② SORO SALINIZADO		PACIENTE EVOLUI EM B.E.G.
	③ CLINDAMICINA 600mg W 8/8HS 14/20		
	④ GENTAMICINA 240mg W 1X/DIA 18		EF. AMPLAÇÃO PERIÓDICA E
	⑤ TILATIN 200mg W 12/12HS 18 24		AFLORAÇÃO DE OSSO EIGENITIVO
	⑥ DIPYRIDA 1g (CA + AD) EV 6/6H 18 24 20		DURADA A PRECIPITAÇÃO
	⑦ OMIZOL 20mg W 1X/DIA (DB) falta		HISTÓRIA DO
	⑧ TERMOLOGIA LOCAL 3X/DIA 18 22 20		VISÃO TURBA DE
	⑨ SSUL/CCCG		CS: AGUARDANDO MEXURA AO QUANTO



Dr. Alexandre Fernandes
Médico - CRM 10000
Belo Horizonte - Minas Gerais

NAC03.03



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Lesen: partes reales y imaginarias

Paciente	Manz Jazeline	Alojamento	3	Leito	2	Convênio	
----------	---------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
3/8	1 DIETA LIVRE		ORTOPEDIA
	2 SRL-1500ML EV-24H		
U	4 CUNDA 600 MG EV 6/6 H		
D	5 GENTA 240 mg EV 1X/DIA		
	6 DAPIRONA 2ML EV 6/6H		
	7 OMEPRAZOL 40MG EV JEIUM		
	8 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N		
	9 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N		
	10 TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h		
	11 CLEXANE 40 UI- 5C 1x/DIA		
	12 CURATIVO 1 X DIA		
	13 SSVV + CCGG		

09/08 Alt. de ~~Wagner~~ para ~~Wagner~~ BNF

Dr. Wagner
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

F.O. de ~~Wagner~~ para ~~Wagner~~ BNF

Dr. Wagner
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

MCD 839

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Lesão por trauma motor João G.

Paciente Maria Jaqueleine, 25 Aposentado Leito Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
06/08	1) Dieta Livre.		Urgem, 07h55
	2) Soro, 91 2.000 p 2v p 24h.		3º DIA / JER, 72
	3) Clindamicina 600mg + 100 2v 6/6h.		
	4) Gentamicina 240 mg + 50 2v 8/8h.		BFG, atível, al disform, al pruritis
	5) Dipirona 1g + 100 2v 6/6h.		no nariz + 5.
	6) Diltiaz 30mg + 100 2v 12/12h.		Diurese (1) Diure (2) PD: OK
	7) Tramal 100mg + 100 2v 8/8h SN.		
	8) Nimesulida 100 + 100 2v 8/8h SN.		Col: V, 07
	9) Clorazep 15mg SC 2v 24h.		Transferido p/ Enfermaria.
	10) Cumtubo Diário		
	11) SSV + CCB.		
	12) SATURADO V2 - (3m)		

Dr. Vitor Paulo
Médico ResponsávelDr. Vitor Paulo
Médico ResponsávelCOMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.700.613

DATA DE EXPEDIÇÃO 03/09/2008

NOME MARIA JAQUELINE NOBERTO DE BARROS

FILIAÇÃO ANTONIO FERNANDO NOBERTO DE BARROS
JOSEFA MISSIAS NOBERTO

NATURALIDADE ESPERANÇA-PB

DATA DE NASCIMENTO 16/09/1992

DOC. CIVIL NASC.N.14135 PLS.316 LIV.A16

CARTÓRIO REMIGIO-PB

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 20/08/83

Maria Jaqueline Noberto de Barros

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

099.348.704-10

Nome

MARIA JAQUELINE NOBERTO DE BARROS

Nascimento

16/09/1992

Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão

JAN/2009

CORREIOS

www.correios.com.br

PREV PREVIDÊNCIA S/A

19 NOV. 2018

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA

SELO DIGITAL: AF144766-70JS
Consulte a autenticidade em <http://notadigital.tpb.jus.br>



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 93 - Centro Fone: 3341-6035
CNPJ: 09.365.345/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande **22 06 17**

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.966/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Inácio Bruno Sarmento

RESERVAÇÃO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INACIO BRUNO SARMENTO

FRANCISCO BRUNO E SILVA
MARIA AUXILIADORA SARMENTO

OLHO D'ÁGUA-PB
24/10/1978
DATA DE NASCIMENTO

2131933 - SSP/PB
208.781.814-08
VIA EXPEDIENTE EM 02 23/03/2017

PAULO ANTONIO MARI & SILVA
PRESIDENTE

MAIO
ADON DE REGISTRO E TÍTULOS

PREVIDENCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLADO
A G. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

L
A
C
R
E
0
0
3
9
3
5
7
0
8

DETTRAN - PB Nº 013747923100
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD-RENAVAM 0089436601-7 R.N.D.C.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
JOSE ARIMATEIA PEREIRA GONCALVES

CNPJ/CNP 59301902400 PLACA MN24758/PB

PLACA ANT. UF NOVO PB CHASSI 9C2JC30706R920319

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/ COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ANO FAB. 2006 ANO MOD. 2006

CAP. / POT. / CIL. 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR.PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 00/00/0000 1º 2º 3º
FAIXA IRVA ***** PARCELAMENTO / COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IDF (R\$) ***** PRÊMIO TOTAL (R\$) ***** DATA DE PAGAMENTO 18/09/2017

OBSERVAÇÕES
A.F BCO ABN AMRO REAL S.A. OBRIGATORIO
REST. BEN. TRIBUTARIO 0

LOCAL AREIA-PB DATA 19/09/2017

40649



15520

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

PB Nº 013747923100 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 19/09/2017

VIA 1 CPE / CNPJ 59301902400 PLACA MN24758/PB

RENAVAM 00894366017 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB. 2006 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2JC30706R920319

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IDF (R\$) ***** TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) *****

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 18/09/2017
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 02.248.008/0001-04

15520-0922583-20170919

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA