

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUÍNDΟ 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:

A handwritten signature in blue ink that appears to read "Karla Suely Malhaes de Souza".



INSTITUTO NACIONAL DE
PREVIDÊNCIA SOCIAL
19 NOV. 2018
PROTÓCOLO
N.º 00000000000000000000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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



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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 34370410

Nome completo da vítima

Maria Joaqueline Noberto de Barros

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maria Joaqueline Noberto de Barros	09934370410	Secretaria
Endereço	Número	Complemento
Rua Manoel Corrêa Lopes	228	
Bairro	Estado	CEP
Zona Rural	PB	58 397-000
Email	Telefone (DDD)	
lucio.bruno.edu@gmail.com	83 33341289	

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)			
AGÊNCIA NRO:	D/V	CONTA NRO:	D/V
1668		026489	7
(Informar dígito se existir)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Name			
19 NOV 2018 NRO			
AGÊNCIA NRO:	D/V	CONTA NRO:	D/V
(Informar dígito se existir)			
PROTOCOLO DE PESQUISA			
(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

Maria Joaqueline Noberto 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
2^a DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/ - Catole - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA N° 000524/18

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° 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 N° 3.700.613, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 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 n° 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 interditada 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 Jaqueline 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 Lider 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. Grandi, 29 de Outubro de 2018.

Local e Data

Maria Jaqueline Noberto de Barros.

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 URGENCIA E EMERGÉNCIA
Mat: 32959

(Signature)
Jarina Danielly Brandao Borborema
Coordenadora da Rede de Urgência

19 NOV. 2018
PROTÓCOLO
10. JOÃO PESSOA
CONTRACHEQUE PREVIDÊNCIAS S/N

JOSEFA SILVINO DOS SANTOS
RUA MAURINO CASSIANO LOPES, 228 - ÁREA RURAL
AREIA / PB CEP: 583897000 (AG: 71)

Emissão: 13/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B 200, Km 25 - Croton Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 52011-000
Roteiro: 1 - 72 - 210 - 5870 N° medidor: 00000430987
CNPJ: 09.035.102/0001-40 Inst. Est: 16.015.023-9



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Nº Fiscal / Conta de Energia Elétrica: Nº 12.393.821
Cód. para Débito Automático: 90004969416

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAM
Set / 2018	13/09/2018	15/10/2018	769.737.814-87

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

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 15/08/18	Leritura: 5727	Data: 13/09/18	Leritura: 5749	1 22 25
Demonstrativo				
CCI Código de Classificação do item TOTAL 19,95 0,00 0,00 18,52 0,14 0,68				
0801 Custo de Disponibilidade	19,95	0,00	0 0,25 18,95	0,13 0,63
0801 Adic. B Vermelha	1,57	0,00	0 0,00 1,57	0,01 0,65
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0804 JUROS DE MORA 09/2018	0,01	0,00	0 0,00 0,00	0,00 0,00
0805 MUITA 09/2018	0,41	0,00	0 0,00 0,00	0,00 0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 19,95 0,00 0,00 18,52 0,14 0,68

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
92 20/09/2018 R\$ 18,95

Histórico de Consumo (kWh)

2		0		34		26		32		36		32		14		17		18		34		25
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18											

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade 7/2018 - Previsão

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,74	0,00
DIC TRIMESTRAL	23,48	NOMINAL
DIC ANUAL	48,98	220
FIC MENSAL	7,74	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	15,43	LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	30,98	LIMITE SUPERIOR
CMIC	6,49	202
DICB	18,80	251

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Impostos de Dist. da Energia/FB	8,77	47,45
Compra de Energia	5,57	27,73
Serviço de Transmissão	0,98	4,75
Encargos Sistêmicos	1,27	6,72
Impostos Diretos e Encargos	1,24	6,24
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	18,95	100,00

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

ATENÇÃO

Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/18 - Ref. ANEEL nº 2.429. Baixa Tensão: 15,41% Médio
Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/18 - Ref. ANEEL nº 2.429. Alta Tensão: 16,75% Médio
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

19 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA
CONFIRA PREVIDÊNCIA
SUSPENSAO

TAMARA ANDRADE SOARES
RUA DINAMERICA CORREIA, 1020 / LOJA 02 - DINAMERICA
CAMPIÑA GRANDE / PB CEP: 58400000 (AG: 461)

Emissão: 24/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Subclasse: COMERCIAL / COMERCIAL_MOROSSIM/SP

 energisa

Emissao: 24/09/2016 Referencia: Set / 2016 ENERGISA BORBORÉMIA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Subclasse: COMERCIAL / COMERCIAL MORDELLINI, 28 - Alça Susseca - Tatuí - SP - CEP 08423-700
CNPJ: 03.525.556/0001-65 Insc. Est: 16.003.539-0001-00

Nota Focal / Contato de Energia Elétrica: 117001-267340
Cód. nome PABX Acadêmico: 000002518011

A tecnologia G Suite Express. **0800 023 0196** | Acesse: www.kiwigit.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RAM
Set / 2018 24/09/2018 25/10/2018 088.335.904-42

UC (Unidade Consumidora):

4/251501-3

Canal de consulta

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias
Data	Leritura	Data	Leritura					
24/08/13	1345	24/09/13	1489		I	143		31
Desempenho								
001 Descrição	Quantidade Total	Vazão Sist.Cic.	Alt. Imediata	Inst. Cico Pct.	Custo Pct.			
	Total de R\$ (R\$)	ICM/FI	ICMS	Pct/Ciclo (%)	(%)			
0001 Consumo em kWh	143.000,00	0,702850	100,68	100,00	25	25,18	108,68	0,74
0001 Adic. B Vermelha			10,09	10,09	25	2,52	10,69	0,97
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0001 Conta de Limp. Pública		15,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,30

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

Historico de Cosechado (XWB)											
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Sect17	Qual17	Nov17	Deb17	Jan18	Febr18	Mari18	Abr18	Mai18	Jun18	Jul18	Ago18

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

Indicadores de Qualidade		TODOS OS MÉTROS		
	Límites da ANEEL	Atendido	Límite de Tensão (V)	
DIGITAL	5,31	0,00	NOMINAL	220
DIGITAL TRIMESTRAL	10,82			
DIGITAL ANUAL	21,25			
FIOS/CAIXA	3,26	0,00	CONTRATADA	200
FIOS/CAIXA TRIMESTRAL	8,77		LIMITE INFERIOR	200
FIOS/CAIXA ANUAL	12,45		LIMITE SUPERIOR	230
OMS	3,03	0,00		
ONB	12,27			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Bás. da Energia/SE	31,61	17,09
Compra de Energia	42,49	23,80
Serviços de Transportes	5,25	4,15
Encargos Setoriais	9,75	5,24
Impostos Diretos e Encargos	41,85	31,92
Outros Serviços	0,69	0,69
Total	125,45	100,00

Valores EUUSD (Ref. 7/2016) R\$22,41

ATTENÇÃO

ANSWER

Entregas em atraso

WILHELM PREVIDENCIA SIR
19 NOV. 2018
PROTOKOLLO

BORGOREMA
energisa
Rotero: 14 - 401 - 754 - 1892
Número de: 251501-2018-09-4

VENCIMENTO
16/10/2018



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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 Inocio Bruno Sartento inscrito (a) no CPF 036.781.844-106
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Jacqueline Volante de Barros inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.348.704-10, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Maria Jacqueline Volante de Barros, inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.348.704-10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Dinâmico Alves Correa	Número	100	Complemento	600-02
Bairro	Dinâmico	Cidade	Campina Grande	Estado	PE
Email	<u>inocio.bruno.edu@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	8333341239	Telefone celular (DDD)	83992885048

C. Grande, 19 de Outubro de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante

19 NOV. 2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
PREVIDÊNCIA SÍN

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº:1707394 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 05/08/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sabrina Cavalcante Pereira Araújo

PACIENTE: MARIA JAQUELINE CEP:58398000 Nascimento:16/09/1992

NOBERTO DE BARROS Sexo:F Telefone: 996613595

Endereço:MAURICIO CASSIANO

Cidade: Remígio Idade:025 Bairro:REMÍGIO

Nome da Mãe: RG: Nº:0

Responsável: ANA KELLY CPF: Profissão:SECRETARIA

Estado Civil:Casado(a) Data de Atend:05/08/2018 CNS:700203491314324

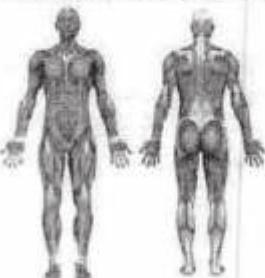
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 21:04:07 CONVÉNIO:SUS

Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- 1. Abração
- 2. Amputação
- 3. Avulsão
- 4. Contusão
- 5. Crepitação
- 6. Dor
- 7. Edema
- 8. Empalhamento
- 9. Enfisema subcutâneo
- 10. Engavetamento
- 11. Equimose
- 12.F. Arma branca
- 13.F. Arma de fogo
- 14.F. Cortuso
- 15.F. Cortance
- 16.F. Corte-contuso
- 17.F. Perfuro-contuso
- 18.F. Perfuro-cortante
- 19. Fratura óssea fechada
- 20. Fratura óssea aberta
- 21. Hematoma
- 22. Ingurgitamento Venoso
- 23. Lacerção
- 24. Lesão tendinosa
- 25. Luxação
- 26. Veredura
- 27. Movimento torácico paradoxal
- 28. Objeto Encravado
- 29. Otorragia
- 30. Paralisia
- 31. Parese
- 32. Parastesia
- 33. Quemadura
- 34. Rincorrágia
- 35. Sinal de Isquémia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID: Politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

(Handwritten notes in Portuguese)

ALERGIA:

Nenhuma

MEDICAMENTOS:

ACO.

PATOLOGIAS:

Nenhuma

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotoreagentes () Isocônicas () Anisocônicas ()

Glasgow 15 PA HGT: Sat 82

**TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:**

12/08/18

**R A I O - X
REALIZADO EM**

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: **DRT OFÉTISTA / BNF** às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Flu 500 mg tv	<i>12/08/18</i>
2	Dipirona 1g - 1CP + ADO	<i>12/08/18</i>
3		
4	TOMOGRAFIA REALIZADA EM:	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Dr. André Vitorino Ribeiro de Souza
RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL
CRM-PB 1.1341

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

19 NOV. 2018

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**



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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Monica Jaqueline Noberto de Souza		
End:	Avenida Manoel Cassiano Lote	Bairro:	Renascença
Data de Nascimento:	16/09/82	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente	Data do Atend:	05/08/18 Hora: 19:59 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

monica

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fáceis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca	Frequência cardíaca:			
				Temperatura axilar:			
				Mucosas:	() Normocorada	() Pálida	

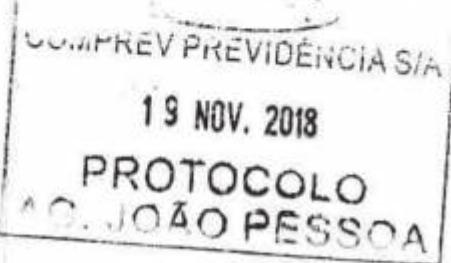
Estratificação

MOD. 110

sim
 Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Maria Joaqueline Nóbrega de Barros	Idade:	25
Convênio:	SUS	Data:	06/10/2018
Procedimento:	Frangura maciça craniana + Desbridamento		
Cirurgião:	Dra. Wagner Falcao	Auxiliar:	—
Início:	23:30	Término:	Anestesista: Dr. Felipe
			Anestesia: Roque

Hora	PA	P脉	SAT 02	Responsável	A. Motoria	Conciência
00:30	128/70	67 ppm	100%	Dra. Maria	-MM II	Consciente
01:30	112/60	53 bpm	100%	Dra. Maria	-	+
02:00	131/62	77 ppm	98%	Dra. Maria	-	+
03:20	123/61	63 bpm	98/SpO2	Ruan	+	Consciente
03:45	138/80	70 bpm	98/SpO2	Ruan	+	Consciente/Sonolento
04:00	132/71	77 bpm	100/SpO2	Ruan	+	Consciente/Sonolento
05:00	123/58	58 bpm	98%	Alex	+	Consciente
06:00	121/61	61 ppm	99%	Lorena	+	21
06:50	121/71	63 bpm	99%	Lorena	+	Consciente
07:30	121/63	64 bpm	100%	Lorena	+	Consciente
08:30	125/72	57 bpm	(D)	(D)	+	+

Medicamentos/Materiais	Quantidade
Ala Neuro = 9-4	PREV PREVIDENCIASIM 19 NOV. 2018 PROTÓCOLO NÃO PESS

Observações:
08:00h: Paciente em P.O.T, consciente, orientado em seu ambiente, APT em M51 e M56, normotensão e normocórica, realizando cuidados gerais e medicada CEM
Francisco Dantas Enfermeiro COREN 486.551 PB
Eduardo G472 Assinatura Anestesista
Ruan Tcharte P. de Souza Enfermeiro COREN 486.425 Circulante



**SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Ex di pagina 6.

COMPRAV PREVIDÊNCIA S/A (op. 65)

19 NOV. 2018

**PROTÓCOLO
CÂO BESB**



**SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Diagnóstico

$F_x \Delta z$ zinema (c)



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Maria Jacqueline Roberto de Barros
QI LEITE Nala 05 CONVÉNIO Agus IDADE 25a REGISTRO 1707394

CIRURGIA: 1º Cirúrgico e 3º Maxilo
de Ligamento Síntese Esquerdos
ANESTESIA: Geral

CIRURGIÃO: Dr. Flávio + Dr. Ricardo + Dr. Reginaldo
ANESTESIA: Dr. Isabela Ply

INSTRUMENTADORA:
Kunia + Uzama

DATA: 15.08.18

INÍCIO: 10:00

FIM: 13:00



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS
01 Adrenalina amp.
01 Atropina amp.
01 Diazepam amp.
02 Dimoré amp. Dexametasona

Bolsa Colostoma
Calef. p/ Óxig.

01 Fenegam amp.
01 Fentanil ml 400ml
01 Inova ml Lido e Vaso 20ml
01 Ketalar ml
01 Meretina ml 100 ml Vaso 20ml

Catet. De Urinar Sist. Fech.
Compressa Grande

01 Dolantina amp.
QN Efrane ml Juvename

Compressa Pequena

01 Fenegam amp.
01 Fentanil ml 400ml
01 Inova ml Lido e Vaso 20ml
01 Ketalar ml
01 Meretina ml 100 ml Vaso 20ml

Cotonoide

01 Nubahin amp.
Rawulon amp.

Dreno

01 Protigmine amp.
Protoxido l/m

Dreno Kerr n°

01 Quelicin ml
01 Reptifen amp. Recurérrio

Dreno Penrose n°

01 Thionembutal ml
Tracrium amp.

Dreno Pezzer n°

01 Dipirona amp.

Equipo de Macrogotas

01 Flaxidol amp. Nôche 500mg 04

Equipo de Macrogotas

01 Flebocortid amp.
Geramicina amp.

Equipo de Sangue

01 Glicose amp.
Glucos de Cálcio amp.

Equipo de PVC

01 Haemacel ml.
Heparema ml.

Espadrado Larco cm

01 Kanakion amp.
Lasix amp.

Furacim ml

01 Medrolinazol.
Plasil amp.

Gase Pacote c/ 10 unidades (Pequena)

01 Prolamina
Revivan amp.

H2O, ml

01 Stiptanon amp.
Gefacolina 1g

Intracath Adulto

QN Peromada 100g Fatiadas

Intracath Infantil

Qtd. MEDICAÇÕES
01 Agua Destilada amp.

Lâmina de Bisturi n° 23 • *

Decadron amp.

Lâmina de Bisturi n° 11

Dipirona amp.

Lâmina de Bisturi n° 15 • *

01 Flaxidol amp. Nôche 500mg 04

Luvas 7.0

01 Flebocortid amp.

Luvas 7.5

01 Geramicina amp.

Luvas 8.0

01 Glicose amp.

Luvas 8.5

01 Glucon de Cálcio amp.

Oxigênio l/m

01 Haemacel ml.

Poliflix

01 Heparema ml.

PVPI Degemante ml (Clorhexidina)

01 Kanakion amp.

PVPI Tópico ml.

01 Lasix amp.

Sabão Antiséptico

01 Medrolinazol.

Saco coletor

01 Plasil amp.

Seringa desc. 10 ml

02 Prolamina

Seringa desc. 20 ml

Revivan amp.

Seringa desc. 05 ml

Stiptanon amp.

Sonda Urétral N° 16

01 Gefacolina 1g

Sonda Nasogástrica

QN Peromada 100g Fatiadas

Sonda Uretral n° 14

01 Seringa ml

Steridrem ml

Torneirinha

Vaseline ml

Aguilha desc. 25 x 7

Gelcon 18

Aguilha desc. 28 x 28

Latese

Aguilha desc. 3 x 4,5

04 Juleto Fio Diámetro N° 7.5

Aguilha p/ raque n°

04 Juleto Fio N° 7.0

QN Alcool de Enfermagem

05 Síntodes

Alcool Iodado ml!

02 micropore

Ataduras de Crepon

02 Juncos de Preco

Ataduras de Gessada

01 Juleto Plástico

Azul metílico amp.

01 Juleto Plástico

Benzina ml



A. COSTA COMÉRCIO ATACADISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA.

CNPJ: 02.977.362/0001-62 - INSC. ESTADUAL 16.123.801-7

Rua João Quirino, 548 - Catolé - Campina Grande - Paraíba - CEP: 58410-370 - acimplantes@outlook.com.br

Fones: 83-3337-3628 / 3337-6573 - **Fax:** 83-3337-3510 | **Site:** www.acimpiantes.com.br | **E-mail:** acimpiantes@outlook.com.br

Paciente: Maria Aquilene Noberto de Barros Data da Cirurgia: 15/08/2018
Hospital: Hospital São Graciliano Prontuário: JF04394
Médico: Dr. Flávio Galerí Convênio: SUS
Procedimento: Fratura de zigoma Código Proc.: _____

Controle Cirúrgico

PREV PREVIDÊNCIA ASI

19 NOV. 2018

PROTOCOL

Flaviano Felcão de Araújo

CIRURGIA BUE E IMPLANTODONTIA

C20-21651PB-3249IRN

UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARY - 5549111

Gräfica Havel: 83 3335 3058

Verificado por

Kecia Holm

20

-sis

Médicos

Nome do Paciente <i>Mrs. Jaqueline Nohatto de Barros</i>		Nº Prontuário <i>1707438</i>
Data da Operação <i>15/10/18</i>	Enf. <i>Neurobito</i>	Leito <i>9.4</i>
Operador <i>José Ricardo das Sales</i>	1º Auxiliar <i>Jon Ricarte</i>	
2º Auxiliar <i>Roginaldo F.</i>	3º Auxiliar	Instrumentador <i>Kelio Paganini</i>
Anestesia <i>Isabelli</i>	Tipo de Anestesia <i>Geral (Nebulização)</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura de complexo zigomático esquerda</i>		
Tipo de Operação <i>Redução craneo + FIE de fratura</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O humor</i>		
Relatório Imediato da Patologia <i>N hume</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>N hume</i>		
Acidente Durante a Operação <i>N hume</i>		
<i>Início: 10:00 hs</i>		<i>Terminou: 13:00 hs 19 NOV. 2018</i>
<i>Empurra: A Costa; Vuality</i>		COMPREV PREVIDÊNCIA S/A PROTÓCOLO NÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Paciente em ODH sob anestesia geral
2. Antissepsia + aposição de campo cirúrgico
3. colocação de tampão oral aringes. Infiltracão anestésica + tarsosofia
4. Aciso supra orbital via Tumicito + decolamento
5. Redução de fratur. fronto-zigomatica 1.1 placa reta 20, 4. fios,
4 parafusos F-FIE
6. Aciso infratrabital + maxilar vestibular + decolamento
7. Reduras FIE 1.1 placa orbital 1.5, 8 fios, 6 parafusos + Sutura
“L” baixo esquerdo + furos 4 parafusos)
8. Suturação copiosa com SFC 91
9. Sutura por planos
- 10- Remoções de tornosofia e tampão oral aringes
- 11- Curativo

*José Ricardo das Sales
Residente em SA
Hospital Dom Bento Augusto*
19/10/2018



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Maria JABRELINE	N.	Sexo	Alojamento	Q	Leito	Q	Convênio	
Data	Prescrição Médica				Horário	Evolução Médica			
18/01/16	① DISTA LÍQUER					28/01/16			
	② INJETE SULFATOZODR				06	8º DIA			
	③ CLINOMANICAR 6000 U 1/1000				✓ 10/01	PISCARTE DIALESI OR BCT			
	④ TILATOL 200 U 12/12/16				✓ 11	DE- CRUIMOSO PISCARATE @			
	⑤ ISVU/CCCGO				06	REFUNDAMENTO U 21GMA @			
	<i>DR. Reginaldo Fernandes</i>					HIBOTONICO 26			
	<i>DR. Reginaldo Fernandes</i>					02. AGLANDOSAS E IRITACIA			
	<i>Dr. Reginaldo Fernandes</i> Ortopedia e Traumatologia BUCO-MAXILAR-FACIAL Residente CRG/PB 14								

Dr. Reginaldo Fernández
Chirugía e Instrumentación
BUCO-MÁDICO-FACIAL
Residencia 1975-76

MOD. 035



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	MARIA INÉS LIMA R. DE SOUZA	Alojamento	9	Leito	9	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica	
09-08-18	① DIETAS LIVRE				AT RING	4º DIA
	② SECO SABORIZADO				TACIENCIAS INOLVIDAVEL	
	③ CLINDAMICINA 300mg C/ 12HRS		11:00			
	④ GENTAMICINA 290mg C/ 12HRS		18:00		EF. HEMATOLOGICO PERIODICAL E	
	⑤ TILATIL 20mg C/ 12HRS		20:00		AFUNDAMENTO DAS OSSO EIGEN	
	⑥ DIPERYDANTINA 1g (60 + 40) EV 6/6/6K		21:00		DECADA A MIGRAÇÃO	
	⑦ DIMINAZOLE 50mg C/ 12HRS		06:00		HIPOTENSÃO OC	
	⑧ TERMOTERAPIA LOCAL 3X/dia		07:00		VISÃO TURVA OC	
	⑨ SSUV/CCCG				OB: AGUARDANDO MEDICINA DO QUADRO	

Diagnóstico

Fx De ZIGOMA

EF. HOMENAGEM PERNAMBUCANO E
AVANÇAMENTO DO DSSO LICENCIATOS
DE GRADUAÇÃO
AIPESFARMA OC
VISÃO TURÍSTICA
CS: AGUARDANDO MEXICANO DO
QUADRADO

19 NOV. 2018
PROTOCOLO
C. JOÃO PESSOA



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Less parts makes jelloce

Convênio
Evolução Médica
ORTOPEDIA

BEG estavez
sem interlocutor
FO sua eval-12

CD: VPM
Spherical waves R_s
Felt by people

F.O. Geco
CJ: A 17^o de octubre
Páginas de 34

~~Dr. Wagner Molde
ORTO-E TRAU LOGA
CRM-PB 8643~~

MCC-405

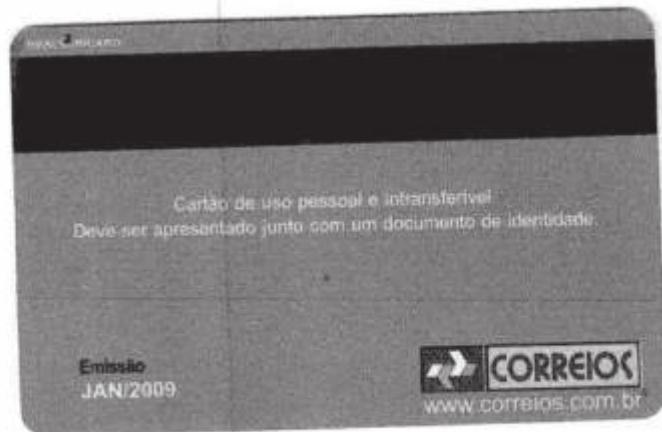
SUSMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
10. G. JOÃO PESSOA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Maria Jacqueline, 25	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica
06/08	1) Diclofenac 2) Sero, 41 2000, p 2V pi 24h 3) Cefazilam, comar 603mg + 1800 2V 6/6h. 4) Bortezomib 243 mg + 3P OR fixador. 5) Dipirona 5g + 4130 2V 6/6h. 6) Nitrito 20 mg + 180 2V 12/12h. 7) Tramal 100 mg + 1004SC OR 8/9h SN. 8) Nimesulid 1PT + 700 2V 8/9h SN. 9) Clexane 40 mg SC em 8/1h. 10) Cumbitox Diclo 11) SSVR + CGGB. 12) SATSUD VZ - (INV)	12/12 18:00 12/12 18:00	OK OK OK OK OK OK OK OK OK OK OK OK	Vaga, ORH52-1 3º DIM / JZB, 72 BFG, estabil. si disform -, si prurito no nariz + o. Divulgue fe. Buc (-) pi: ok Col: VJ/MT Intranet pi: Conferencia. Dr. VANTY PINTO DR. VANTY PINTO

UNIFREV PREVIDÊNCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
^G. JOÃO PESSOA



19 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA

INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

SELO DIGITAL: AP144766 - T0JS
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Marques do Herval, 83 Centro Fone: 3341-5035

CNPJ: 09.365.545/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fisi do original que me foi exibido
Campina Grande 28/06/17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabetião



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARÁBA

IDEENTIDADE DE ADVOGADO
CÓDIGO DE ÉTICA DO ADVOGADO DA PANAMÁ

IMAGIO SKUDO SHARENENTO

21472

REVILLE,
19 NOV. 2018
PROTÓCULO
G. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB				Nº 013747923100
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO				PHT 2017050007464-0
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.I.R.C.	EXERCÍCIO	
1	0089436601-7	00/00000000	2017	
NOME JOSE ARIMATEIA PEREIRA GONCALVES				
CPF / CNPJ 59301902400		PLACA MN24758/PB		
PLACA ANT. UF NOVO PB	CHASSI 9C2JC30706R920319			
ESPECIE IPVA PAS/MOTOCICLETA	COMBUSTÍVEL GASOLINA			
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN	ANO FAB. 2006	ANO MOD. 2006		
CAP / POT / CIL 2 P/124 /CT	CATEGORIA PARTIC	COR PRIMORDIANTE VERMELHA		
I P V A FAIXA IPVA *****	VENC. COTA UNICA 00/00/0000	VENC. COTAS 1 ^o 2 ^o 3 ^o		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) *****	IOF (R\$) SEGUR	PRÉMIO TOTAL (R\$) B P A G O	DATA DE PAGAMENTO 18/09/2017	
OBSERVAÇÕES A.F BCO ABN AMRO REAL S.A. NÃO VALÍDO PARA TRANSFERÊNCIA REST. BEN. TRIBUTARIO 0				
AREIA-PB	LOCAL	DATA	19/09/2017	
40649		15520		

SEGURO OBRIGATÓRIO 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	CPF / CNPJ 59301902400	PLACA MNZ4758/PB	
RENAVAM	00894366017	MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN	
ANO FAB. 2006	CAT. TARIF. 9	NP CHASSI 9C2JC30706R920319	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****	
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		IOF (R\$) SEGUR	
PAGAMENTO		TOTAL PREÇO PELO SEGURO (R\$) P A G O	
S COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO 18/09/2017	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.248.606/0001-04			
15520-0922583-20170919			

19 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA