



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, 31 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190031062

Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Data do Acidente: 27/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDREZA CABRAL DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO CABRAL DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000003814-8

Conta: 000010019869-4

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013953/19

Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA

CPF: 056.227.304-22

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 27/08/2017

Titular do CPF: SEVERINO CABRAL DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

esc.
quibraz
anexar.

ANDREZA CABRAL DA SILVA : 121.140.534-66

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

hovo

SEVERINO CABRAL DA SILVA : 056.227.304-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

~~3190~~ 3190 031 062

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: 14/01/2019
Nome: ANDREZA CABRAL DA SILVA
CPF: 121.140.534-66

ANDREZA CABRAL DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

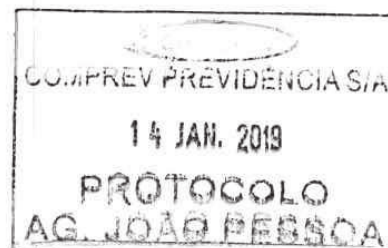
VERSANDO SOBRE: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registro de Ocorrências nº **001/2018**, nele encontrei às folhas nº **144** o registro nº **144/18**, cujo teor agora passa a transcrever na íntegra: Aos dias **26** do mês de **MARÇO** do ano de **2018**, nesta cidade de Alagoa Nova/PB, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil onde se achava presente a Bel. **MALON CASIMIRO DE ALBUQUERQUE**, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão do seu cargo, no final assinado e declarado, por volta das 10:00 horas, **COMPARECEU: SEVERINO CABRAL DA SILVA**, brasileiro, união estável, agricultor, analfabeto, RG Nº 4.221.128 SSP/PB, filho de Geraldo Cabral da Silva e de Maria Belarmina da Silva, residente no SÍTIO SÃO JOSÉ (próximo a Chico Bento), ALAGOA NOVA/PB, FONE: **9 9668-6478**, NOTIFICOU QUE: no dia 27/08/2017, por volta das 17:45 horas, caminhava pelo Sítio São José (próximo a casa de Valdeci), neste município, quando uma moto em alta velocidade atropela frontalmente o comunicante, deixando-lhe descordado; QUE foi socorrido por uma equipe do SAMU, sendo encaminhado para o hospital de Trauma e ali ficou constatado fratura na perna direita e escoriações pelo corpo; QUE ficou internado por cerca de um mês e 03 dias, sendo realizado procedimento cirúrgico; QUE não sabe informar as características da moto, tais como placa e cor; QUE também não viu quem era o motorista atropelador; QUE cita como testemunhas do sinistro, as pessoas de: **ISRAEL DE SOUZA FARIAS** e **ISADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS**, ambos residentes na RUA PROJETADA, LOTEAMENTO REJANE LIMA, OLHO D'ÁGUA, nesta cidade. Nada mais havendo a relatar, ciente o(a) requerente das implicações contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado, expeço a referida Certidão. O referido é verdade e dou fé.

Alagoa Nova/PB, 26 de **MARÇO** de 2018.

NOTIFICANTE: 

SAULO RAMOS SILVA
Escrivão de Polícia Civil
Mat.: 168.434-5





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 27/8/2017	HORA: 18:23	ID Nº: 1613474
NOME:	SEVERINO CABRAL DA SILVA	
QUEIXA:	ATROPELAMENTO	
LOCAL:	BR - PB 097	
COMPLEMENTO:	ENTRE LAGOA SECA E ALAGOA NOVA	
CIDADE:	ALAGOA NOVA	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 12 de janeiro de 2018.




Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191





27/08/2017



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

14 JAN. 2019

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº 1494332

CLASS. DE RISCO: RISCO ALTO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande

Boleim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Endereço: SÍTIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

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. Empalramento

9. Erisipela subcutânea

10. Escoriação

11. Equimose

12. F. Arma branca

13. F. Arma de fogo

14. F. Cortado

15. F. Cortado

16. F. Cortado

17. F. Perfuro-cortado

18. F. Perfuro-cortado

19. Fratura óssea fechada

20. Fratura óssea aberta

21. Hematoma

22. Inguetamento / enrosc

23. Laceração

24. Lesão tendinária

25. Luxação

26. Mordedura

27. Movimento torácico parado

28. Objeto Encaixado

29. Ocorrência

30. Paralisia

31. Paralisia

32. Paralisia

33. Queimadura

34. Rinite

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Exatidão de exame

de modo TCE negativo

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

alcoole

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Painel Administrativo

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

Senenino Cabral da Silva

CPF da Vítima

05622730422

Data do Acidente

27/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Andrezza Cabral da Silva

CPF do Representante legal

32334053466

Email

Telefone (DDD)

(83) 983367743

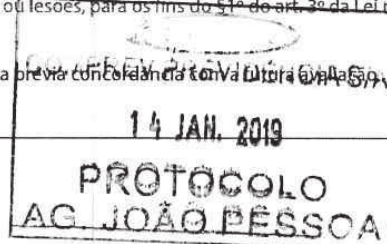
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 90 (noventa) 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 minha concordância com o conteúdo da perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Alagoas - PB, 08 de 03 de 2019

Local e Data

Andrezza Cabral da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Sereineo Cerebral da Silva		
End:	R- São José	Bairro:	Do Novo
Data de Nascimento:	30/01/88	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. huto	Data do Atend.:	27/08/17
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	20:18
Documento:			

Classificação de Risco

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

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Severino Cabral da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>23/08/11.</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Carlos + Dr. João</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Gilberto Moniz</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Dr.º Lucas</i>	Tipo de Anestesia <i>Genl</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Trauma abdominal fechado</i>			
Tipo de Operação <i>Cistostomia</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação <i>sem</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
① Pt em decúbito dorsal
② Propunha e antinegro
③ Incisão mediana
④ Inventário: Presença de líquido livre intra-abdominal
⑤ Presença de lesões no cápsulo do bexiga
⑥ Sutura com pontos - 0
⑦ Drenagem do conduto
⑧ Exame de los planos anteriores
⑨ Curativo
COMPREV PREVIDENCIA S/A 14 JAN. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA <i>Dr. João Duarte</i> PROFESSOR CRM 14.135

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



[Handwritten signature]

[Handwritten text: 58/102/101 + 18/10/101 + 01/10/101]

[Handwritten text: 58/102/101 +]

[Handwritten text: Mr. Pessoa]

[Handwritten text: 18/10/101 + 01/10/101 + 01/10/101]

[Handwritten text: 18/10/101 + 01/10/101 + 01/10/101]

[Handwritten text: 18/10/101 + 01/10/101 + 01/10/101]

COMPREV PREVIDENCIA S/A
14 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



N° 5087

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSATIL DE TRINIDAD

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

E. GMSWJE

NOME DO PACIENTE

SEVERINO CARACI DE SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº Al. H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PRONTUARIO
1494332

PROCEDIMIENTO REALIZADO

105-2
REALIZADO
105.. Pont. de FORTUNA de Jujuy

[illegible]

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Ex. / FIXAÇÃO EXTERNO OBLÍQUA

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

COM. REV. PREVIDENCIA S.M.
14 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Severino Calvado da Silva		DN: 20/01/68		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
	Sala 04	SUS	49 anos	4494332	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
CIRURGIA		CIRURGIÃO			
2 E + estomago + sutura de		Dr. Carlos + Dr. Jânio + Dr. Bruno			
ANESTESIA		ANESTESIA			
Cotado de pe + fixação		Dr. Secundo Absornte - Dr. Rafael			
INSTRUMENTADORA		INÍCIO		FIM	
Conduz		28/08/16		0h30 3h	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Catel. pl/ Oxo.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno Succo 6.4		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml 200ug	Dreno Penrose n°		Cera pl/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzar n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaína % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Agodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Agodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo		Fio de Agodão Sutapak	
	Protóxido l/m	Furacin ml		Fio de Agodão Sutapak	
	Quelicin ml	Gata Pacote 10 unidades		Fila carolaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml	06	Mononylon 2-0-...	
01	Thionembul ml Propapil	Intracath Adulto	03	Mononylon 3-0-...	
01	Tracium amp. Romulano	Intracath Infantil	03	Prolene Sertix -1-...	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
04	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.5		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Oxigênio l/m			
	Glicose amp.	Poliflix			
	Glucon de Cálcio amp.	PVPI Degemante ml			
	Haemacel ml	PVPI Tópico ml			
	Heparema ml	Sabão Antisséptico	10	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Kanakion amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Lasix amp.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Medrothinazol.	Seringa desc. 20 ml	02	SG Ringr fr 500 ml	
01	Plasil amp. nausea	Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml	
	Prolamina	Sonda			
	Revivan amp.	Sonda folley 22/03/16			
	Stupitanon amp.	Sonda Nasogálica			
	Cefalotina 1g	Sonda Uretral n° 20			
02	Ceftriaxona	Sterydrem ml			
02	Filatel	Torneirinha			
		Vaselina ml			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Gelcon			
02	Agulha desc. 25 x 40	Latesa			
	Agulha desc. 28 x 28				
	Agulha desc. 3 x 4,5				
	Agulha pl/ raque n°				
03	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
	Aladuras de Crepon				
	Aladuras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				
ORTOSINTÉSE IND. E COM. LTDA		ESTERIL R		CIRCULANTE RESPONSÁVEL	
Rua 4747/02 - Lote 360 F17		28/07/2022		28/07/2017	
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300		Val: 28/07/2022		Circulante Responsável: Adriana Pereira + Salina	
FIXADOR EXTERNO LAYFIX		Registro ANVISA: 10223710095		Resp. Técnico: CARLOS M. NAKAMURA/CREA N. 0501828973	
Registro ANVISA: 10223710095					

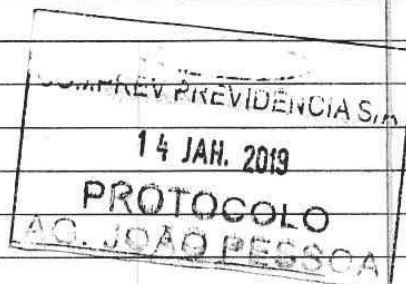




**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>JOÃO CARLOS DA SILVA</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28.8.14</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. SÉRGIO TOMAZ</i>	1º Auxiliar <i>Dr. NUNO</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>INFIL</i>	Tipo de Anestesia <i>BOM</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fratura exposta do 3º d. da perna (E)</i> <i>em (3) A ; fratura de (E) e fratura exposta do 3º d. da perna (E)</i>			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1º tipo: antissepsia cirúrgica
aprox. do corpo do animal
ligadura de 1x0,9 10/0
redes / alças de fixação e fixação de fixação
extremo distal para (E)
1º tipo: 10/0
2º tipo: 10/0
3º tipo: fratura para alça do 3º d. da perna (E)
ligadura de 1x0,9 5/0
aprox. do corpo do animal
10/0
10/0

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Mod. 018

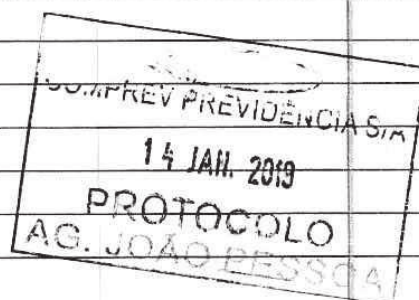




**GOVERNO
DA PARÁIBA**

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

Nome do Paciente <i>Severino Cabral de Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28/9/17</i>	Enf. <i>Ortop</i>	Leito <i>9.1</i>	
Operador <i>Dr Amaro Jorge</i>		1º Auxiliar <i>Dr Wellington</i>	
2º Auxiliar <i>Dr Wagner</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx exposta ossos de perna D</i>			
Tipo de Operação <i>Ortossintese e enxerto</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>Ø</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Não</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DP14 sob anestesia
2) ASsepsia e antissepsia
3) Campos estéreis
4) Incisão anterior perna D por plano + hemostase
5) Redução completa de foco de fratura + fixação com placa OCP larga 8 furos + parafusos corticais
6) Incisão quadril e por plano + hemostase
7) Retirada de enxerto ósseo esponjoso
8) Colocação de enxerto ósseo esponjoso em foco de fratura
9) Sutura por planos
10) Curativo

Dr. João Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PA 9965

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

8230

Hospital: Hospital de São Paulo Código: _____Procedimento: Implante de Prótese de Bico Cód. Procedimento: _____Paciente: Silvia da SilvaData da Cirurgia: 28/09/17 Nº prontuário: 1495352 Convênio: _____Cirurgião: M. Amaral Código: _____ ☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa Longa 01 4.5mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4.5) mm	Nº	32	32	32			
	Qtd.	01	01	01			
	Cód.						
Parafuso Cortical () mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						

SOBREV. PREVIDÊNCIA S.R.
14 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Severino Cabral da Silva DN= 10/01/1968

QI

LEITE

CONVÊNIO

IDADE

REGISTRO

Sala 03

SUS

49 anos

1494332

CIRURGIA

CIRURGIÃO

ANESTESIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

28/04/2017

17:00

18:50

Qtd.

MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostoma

Qtd.

FIOS

Adrenalina amp.

Catel. p/ OXg.

Catgut cromado Sertix

Atropina amp.

Catel. De Urinar Sist. Fech.

Catgut cromado Sertix

Diazepam amp.

Compressa Grande

Catgut cromado Sertix

Dimorf. amp.

Compressa Pequena

Catgut Simples

Dolantina amp.

Colonoide

Catgut Simples Sertix

Efrane ml

Dreno

Catgut Simples Sertix

Fenegan amp.

Dreno Kerr nº

Catgut Simples Sertix

Fentanil ml

Dreno Penrose nº

Cera p/ osso

Inova ml

Dreno Pezzer nº

Ethibond

Ketalar ml

Equipo de Macrogotas

Ethibond

Mercaina % ml

Equipo de Macrogotas

Ethibond

Nubahin amp.

Equipo de Sangue

Fio de Algodrão Sertix

Pavulon amp.

Equipo de PVC

Fio de Algodrão Sertix

Protigmine amp.

Esparadrapo Larco cm

Fio de Algodrão Sutupak

Protopido l/m

Furacim ml

Fio de Algodrão Sutupak

Quelicin ml

Gase Pacote c/ 10 unidades

Fila cardiaca

Rapifen amp.

H₂O₂ ml

Mononylon

Thionembital ml

Intracath Adulto

Mononylon

Tracrium amp.

Intracath Infantil

Prolene Sertix

Qtd.

MEDICAÇÕES

Lâmina de Bisturi nº 23

Prolene Sertix

Agua Destilada amp.

Lâmina de Bisturi nº 11

Prolene Sertix

Decadron amp.

Lâmina de Bisturi nº 15

Prolene Sertix

Dipirona amp.

Luvax 7.0

Vicryl Sertix

Flaxidol amp.

Luvax 7.5

Vicryl Sertix

Flebocortid amp.

Luvax 8.0

Vicryl Sertix

Geramicina amp.

Luvax 8.5

Oxigênio l/m

Glicose amp.

Poliflix

Glucon de Calcio amp.

PVPI Degemante ml

Haemacel ml.

PVPI Tópico ml.

Heparema ml.

Sabão Antisséptico

Kanakion amp.

Saco coletor

Soro

Lasix amp.

Seringa desc. 10 ml

Soro

Medrolinazol.

Seringa desc. 20 ml

Soro

Plasii amp.

Seringa desc. 05 ml

Soro

Prolamina

Sonda

Revivan amp.

Sonda foiley

Sutura

Sutplanon amp.

Sonda Nasogátrica

Sutura

Cefalotina 1g

Sonda Uretral nº

Sutura

Steridrem ml

Torneirinha

Qtd.

MATERIAIS / SOLUÇÕES

Vaselina ml

Agulha desc. 25 x 7

Gelcon 18

Agulha desc. 28 x 28

Latese

Agulha desc. 3 x 4,5

Agulha p/ raque nº

Alcool de Enfermagem

Alcool Iodado ml

Ataduras de Crepon

Ataduras de Gessada

Azul metileno amp.

Benzina ml

Qtd.

EQUIPAMENTOS

Oxímetro de Pulso

Foco Auxiliar

() Serra

Eletrocautério

() Desfibrilador

Oxicapnógrafo

() Foco Frontal

Cardiomonitor

() Fonte de Luz

Perfurador Elétrico

14 JAN. 2019

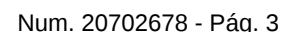
PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Téc. de Enfermagem

COREN 001.162.928





Paciente	Alojamento	SALA	Leito	Convenção
Juremo Cabral da Silva				
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
28.08	1) 870g% 100mg EV aguda	4 ^h	Paciente admitido às 2h	
4:30h	2) EL 1000ml EV aguda.	3 ^h	da mulher na EPA vítima	
	3) Hidrocontusão 100mg EV		de acidente de moto com	
			quedos de abdome agudo e	
			lesão vesical, submetido à	
			LE + cistografia + fratura	
			exposta de perna (D), com	
			fixação externa.	
			em leito: estável s/DVA, sedado	
			sob 10F-VM, drenos contatos, SNG.	
29.08			S&V: FC: 100	
M: 8			FC: 121/64	
			SpO2 100%	
			Diurese: ?	
			HGT?	
			CD: Hidratação	
			= Hidrocontusão	
			Gase arterial	
			Ex. laboratoriais.	
			Aguarda UTI.	

Fabiana Lima de Faria Costa
ANESTESIOLOGISTA
CRM 9061-PB

MON 035



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20.8	1 - Dieta livre		dieta livre
	2 - S.R.L 500 ml I.V. 12/12h. 616L	12-3-4	737A 2P.
	3 - Dipirona 02 ml + S.F 10mL I.V 8/8 h (lentamente)	14 24 06	8000000000
	4 - Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F 0,9% 100mL I.V 12/12 h. (correr em 20 min.)	12 24 06	8000000000
	5 - Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente).	12 24 06	8000000000
	6 - C. C. Gerais	12 24 06	8000000000
	7 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	8 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	1x dia	12 24 06	8000000000
	9 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	10 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	11 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	12 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	13 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	14 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	15 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	16 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	17 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	18 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	19 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	20 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	21 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	22 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	23 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	24 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	25 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	26 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	27 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	28 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	29 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	30 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	31 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	32 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	33 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	34 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	35 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	36 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	37 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	38 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	39 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	40 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	41 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	42 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	43 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	44 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	45 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	46 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	47 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	48 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	49 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	50 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	51 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	52 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	53 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	54 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	55 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	56 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	57 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	58 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	59 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	60 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	61 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	62 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	63 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	8000000000
	64 - Cetuximab 400mg sp.	12 24 06	8000000000
	65 - Cetuximab 1200mg	12 24 06	800000000

7-4. (c) round class of

[illegible]



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

Diagnóstico

ORTOPEDIA 1

LEITO 9-1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRÉ-OP:

~~FX EXP DIAFISE OSSOS PERNA D~~

~~SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49~~

LEITO 9-1

Convênio

Leito

Alojamento

Paciente	
----------	--

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
10/09	1 DIETA LIVRE			
	2 JEICO SALINIZADO			
	3 DIPIRONA 1G+ABD EV 6/H			
	4 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/H			
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/h SN			
	6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV-EM-JEJUM			
	7 TILATIL 20MG +ABD EV 12/12H SN			
	8 XARELTO 10MG 1 CP VO DIA			
	9 SSVV + CCGG			
	10			
	11			
	12			
	13			
	14			
	15			

Dr. João Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RB-3965

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
14 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035





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

Diagnóstico

ORTOP
LEITO 9.1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

ALAFORTE MEDICA

SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49

Paciente

Alojamento

70

Convênio

EXP DIA F OSSOS PERNA D

~~LEITO 9-1~~

[illegible]

MOD. 035





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Zucineas Gabriel de Silva	Idade:	49
Convênio:	305	Data:	27/08/12
Procedimento:	1. Exatadura de catenab a p. + fixação fratura exposta.		
Cirurgião:	Dr Carlos + Jairo	Auxiliar:	Dr Bruno
		Anestesista:	Dr Sarama
Início:	08:30	Término:	10:30 horas
		Anestesia:	geral

[illegible][illegible][illegible]

Relatório de Operação

MOD. 103





GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
DA PARAIBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ G

OTOCOLO JAN. 2004
IDES

ATENDIMENTO AMBULATORIO

PRONTUÁRIO. Nº:1559713

PRONTUÁRIO. Nº:159713 CLASS. DE RISCO: AZUL
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 11/12/2017
Atendente: Melissa Wanessa Da Silva Pereira
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malinas, Campina Grande - PB, CEP: 58433-809
Modelo 06
Fórmula de Encargamento

Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 00	CPF: 58125000	Nascimento: 10/01/1968
DA GENTE - CEFERINO CARRAI DA		

CEP:58125000

SILVA

Sexo:M

Endereco: SITIO SAO JOSE

idade:049

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Alagoa Nova

$$\text{O}::\text{N}$$

0:0 N

Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DA SILVA

Profi

Profissão: AGRICULTOR

Responsável: GILVAN

Date de

CNS:898000530474591

Estado Civil: Casado(a)

Atend: 11/12/2017

CONVÊNIO: SUS

Motivo: RETORNO

Hora: 11:03:56

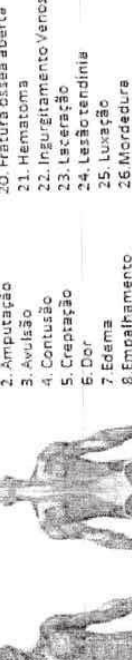
Especialidade: ORTOPEDISTA

Médico: ARISTOTILES CORREIA DE O NETO

CRM: 6817

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalramento
9. Enfição subcutâneo
10. Emagrecimento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante

19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Insurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parasita
32. Parêstesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinus de Isquemias
36. ✓

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID: _____

DIAGNOSTICO / CID:

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/04/2019 19:25:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042219235581900000020137104>

Número do documento: 19042219235581900000020137104

Num. 20702687 - Pág. 1



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

ORTOPEDIA 2

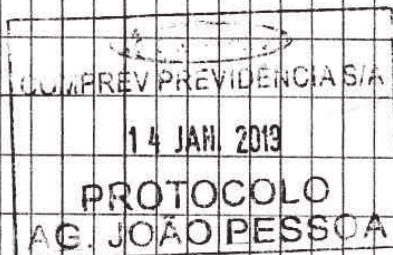
EXTRA 3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PA TÍBIA D

Paciente	SEVERINO CABRAL, 49	Alojamento	Extra	Leito	3	Convênio	EXTRA 3
----------	---------------------	------------	-------	-------	---	----------	---------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/01/2018	1 DIETA LIVRE	cto	
	2 SF 0.9% 1500ML EV P/ 24H	14h 18h 24h 06h	27 = DIH / 3 = DP - PO: OK
	3 CLINDAMICINA 600MG + SF EV 6/6H	12h 18h 24h 06h	
	4 DAPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	02h 18h 24h 06h	BEB, Estável, s/ dispnéia e
	5 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM	06h	57 glicose. Hb: boa evoluç.
	6 DEAMBULAR COM MULETAS		Durante (+) evacuações (+)
	7 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE		cl: VDM
	8 CURATIVO 1X DIA		Monfide.
	9 SSVV + CCGG		
10			
11			
12			
13			
14			
15			
			08/01/8 - 12p
			Prontidão internad
			Ative / Atis (O)
			curativo diário
			Não para para (O)
			At: hndy - Onof
			Dr. Eduardo Braga N. Reis
			Ortopedia - Traumatologia
			CRM - PB 6588





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

8391

Hospital: de Emergência e Trauma de C. Grande Código: _____Procedimento: Trat. cir. com fixação de Fêmur Cód. Procedimento: _____Paciente: Selma Calvel da SilvaData da Cirurgia: 09/01/18 Nº prontuário: 3559433 Convênio: _____Cirurgião: Dr. Blommm Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
03	Fixador Boleiros			
11	Imersa TIPS			
	PRESTON			
	Para Fêmur 50mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Cortical () mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						

CONFREV PREVIDÊNCIA S/A
14 JAN. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br

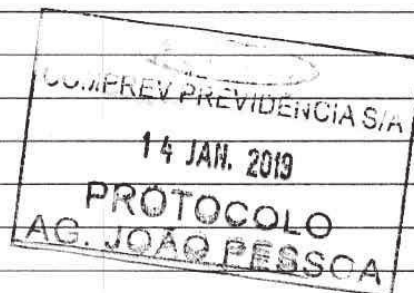




**GOVERNO
DA PARAÍBA**

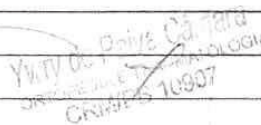
**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Nome do Paciente <i>Savemiro Cabral</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>04/01/18</i>	Enf. <i>0147-II</i>	Leito <i>Ep. 3</i>	
Operador <i>Dr. Eldimar</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Allison (mez)</i>		
2º Auxiliar <i>Dr. Yung (mez)</i>	3º Auxiliar <i>-</i>	Instrumentador <i>Norma</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>TA Tibia (D)</i>			
Tipo de Operação <i>Fixação externa (Dawson) + RMS</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>o mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>o</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>NS</i>			



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DDA sob anestesia.
2) Assepsie + Antissepsie + Campos Estereis.
3) Incisão em pele anterior para (D).
4) Dissecção por planos + Hemostasia.
5) RMS phca + perfusão.
6) Coleta de fragmento ósseo para cultura.
7) Osteossíntese cf tipo Externo tipo Dawson sob escopla.
8) Lavagem de fô cf (F2.9.1).
9) Fechamento por planos.
10) Curativo



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Severino Cabral da Silva on 10/01/68						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE Sala 04	CONVÊNIO S.V.S	IDADE 49	REGISTRO 1559713		
CIRURGIA Trat. Cir. com fixação de fratura de Tibia Direita		CIRURGIÃO Dr. Malisson + Dr. Claudine				
ANESTESIA Dr. Isabelle		ANESTESIA Raquel				
INSTRUMENTADORA NORMA		DATA 04/01/18	INÍCIO 08:00	FIM 09:35		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		01		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.				Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		05		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.				Catgut Simples	
	Dolantina amp.				Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml				Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.				Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml				Cera p/ osso	
	Inova ml				Ethibond	
	Ketalar ml		0.1		Ethibond	
	Mercaina % ml				Ethibond	
	Nubahin amp.				Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.				Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.		0.5		Fio de Algodão Sutapak	
	Protoxido l/m				Fio de Algodão Sutapak	
	Quelicin ml		0.5		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.			03	Mononylon 2-0	
	Thionembatal ml				Mononylon	
	Tracrium amp.				Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		01		Prolene Sertix	
04	Agua Destilada amp.				Prolene Sertix	
	Decadron amp.				Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.		02		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.				Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.				Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		0.5			
	Glicose amp.		0.5			
	Glucon de Cálcio amp.					
	Haemacel ml.					
	Heparema ml.					
	Kanakion amp.		0.5		SOROS	
	Lasix amp.		06		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Medrotrinazol.		01		SG Gelado fr 500 ml	
	Plasil amp.		01		SG Hipertérmico fr 500 ml	
01	Prolamina comp/azul		01		SG Ringr fr 500 ml	
02	Reviven amp. Nauseidun			02	SF fr 500 ml	
01	Suptanon amp. comp/azul			05	SF p/ limpeza	
	Cefalotina 1g				ORTESE E PRÓTESE	
01	neopresada				Material:	
01	Demanda				Bis Implants	
02	Fuchican					
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		01			
01	Aguilha desc. 25x7 40x12		01			
	Aguilha desc. 28 x 28					
	Aguilha desc. 3 x 4.5		0.5			
02	Aguilha p/ raque nº 25		05			
05	Álcool de Enfermagem		04			
	Álcool Iodado ml					
01	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					
				EQUIPAMENTOS		
				(X) Oxímetro de Pulso		
				() Foco Auxiliar		
				() Serra		
				() Eletrocautério		
				() Desfibrilador		
				(X) Oxícapiógrafo		
				(X) Foco Frontal		
				(X) Cardiomonitor		
				() Fonte de Luz		
				(X) Perfurador Elétrico		
				Rosângela da C. Quintans		
				CIRCULANTE RESPONSÁVEL 850		

14 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ext. 03
A. Superf. Abia.

Sévero Cabral

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
Data						
27/12				1. Dieta Líquida 2. SRT-1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SE 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseudron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Glexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG 10. Ureterina 60mg + AD EV 06h 11. Urastivo para o		Prontidão inicial aguarda- va - Urastivo - Ureterina ex lab. - urastivo - urastivo
14 JAN. 2019				Dr. Eduardo Braga Marais Ortopedia - Traumatologia CRM - PB 6588		Dr. Eduardo Braga Marais Ortopedia - Traumatologia CRM - PB 6588
PROTOCOLO						
AC. JOÃO PESSOA						



Diagnóstico

CA TB 12

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Governo (8)

Paciente: Paulo Delys Aiojamento: 8 Leito: 8 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/12	Presc. med. etc Depura. 1ml 0,6/6h unolho 1x/dia CCG 601 5500	8h 00	Perdo. ortu Pulso cf. fígado Pulso Sentido + A/B
12/12	Det. l. x Depura. 1ml 0,6/6h unolho 1x/dia CCG 601 5500	8h 00	Perdo. ortu Pulso cf. fígado Pulso Sentido + A/B
13/12	Det. l. x Depura. 1ml 0,6/6h unolho 1x/dia CCG 601 5500	8h 00	Perdo. ortu Pulso cf. fígado Pulso Sentido + A/B

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
14 JAN. 2019
PROTOCOLO
13. JOÃO PESSOA

Respostas: 13/12
CGH

Dr. Julio César Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

PA TIBIA

ORTOPEDIA 2
EXTRA 3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	SEVERINO CARRAL, 49	Alojamento	Leito	Convênio	EXTRA 3
----------	---------------------	------------	-------	----------	---------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1/1/2018	1 DIETA LIVRE	CT	
	2 JELCO Nº 18 - SALINIZADO	CT	
	3 DAPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	18	13
	4 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM	24 08	
	5 DEAMBULAR COM MULETAS	08	
	6 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE		BEG. esteve sem internação
	7 CURATIVO 1X DIA		
	8 SSW + CCGG		
	9 Clavícula - 1 v 6/6h	18	# CD: VPM
10			
11			
12			
13			
14			
15			

COMPREV PREVIDENCIA S/A
14 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/04/2019 19:25:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042219241185800000020137111>

Número do documento: 19042219241185800000020137111

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PARAIBA			
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL			
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA			
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO			
P-022			
 		REGISTRO GERAL 4.221.128 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2014 NOME SEVERINO CABRAL DA SILVA FILIAÇÃO GERALDO CABRAL DA SILVA MARIA BELARMINA DA SILVA NATURALIDADE ALAGOA NOVA-PB DATA DE NASCIMENTO 10/01/1968 DOC ORIGEM NASC.N.3569 FLS.219 LIV.A4 CARTORIO ALAGOA NOVA PB CPF 056.227.304-22 ASSINATURA DO DIRETOR	
NÃO Alfabetizado(s)			
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

COMPREV PREVIDENCIA S/A
 14 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO BESSOA



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 056.227.304-22	Nome completo da vítima Serenino Caloral da Silva
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Serenino Caloral da Silva		CPF titular da conta 056.227.304.22	Profissão Agricultor
Endereço Sitio São José - RD CID UNIV		Número S/N	Complemento
Bairro Área Rural	Cidade Mogiana Nova	Estado PB	CEP 58325000
Email			Telefone (DDD) (83) 983367743

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

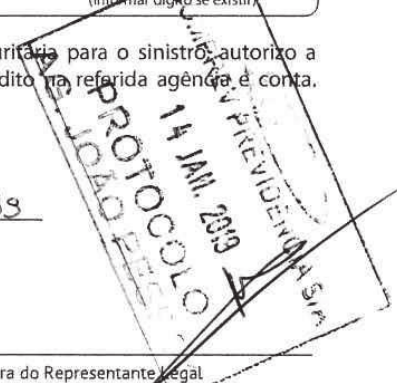
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 3834 D/V 8 (Informar dígito se existir)				CONTA NRO. 33863 D/V 2 (Informar dígito se existir)			
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)				CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)			

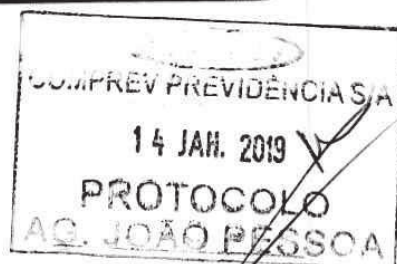
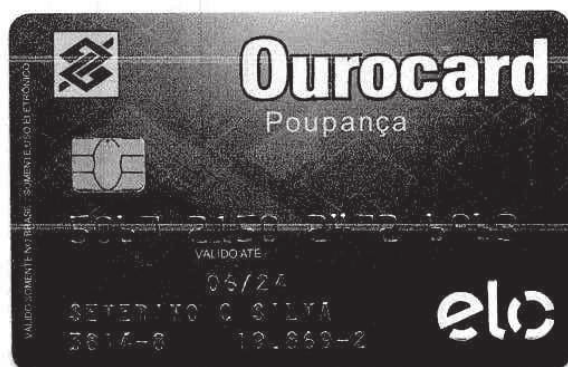
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Mogiana Nova - PB, 08 de 03 de 2019
Local e Data

Andreza Caloral da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





SEVERINO CABRAL DA SILVA
SIT SAO JOSE, S/N - JD CID UNIV
ALAGOANOVA/PB CEP: 58125000 (AQ 71)

Emissão: 19/11/2018 Referência: Nov/2018
Classe/Subclasse: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 10-77-884-7480 Nº medidor: 00006575384

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015 715.554
Cód. para Déb. Automático: 00014998942

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

Conta referente a **Nov/2018** Apresentação **19/11/2018** Data prevista da próxima leitura **17/12/2018** CPF/CNPJ/RANI **066.227.304-22**

UC (Unidade Consumidora): **5/1499894-2**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 17/10/18	Leitura 8228	Data 19/11/18	Leitura 8406	
Demonstrativo				
CCI Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq.	ICMS(R\$) Base Calc. Pto(R\$) Colm(R\$)
			ICMS(R\$) ICMS	Pto(R\$) Colm(R\$) (0,3440%) (4,3483%)
0601 Consumo em kWh	177,000	0,422590	74,80	0,00 0,00 74,80 0,70 3,26
0601 Adic. B. Vermelha		3,95	0,00	0,00 3,95 0,04 0,17
0601 Adic. B. Amarela		1,07	0,00	0,00 1,07 0,01 0,05
0810 Subsidio		32,06	0,00	0,00 32,06 0,30 1,39
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0908 Devolução Subsidio		-30,36	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 81,51 0,00 0,00 111,97 1,05 4,68

Média últimos meses (kWh) **145** **VENCIMENTO 26/11/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 81,51**

Histórico de Consumo (kWh)

140 | 141 | 133 | 138 | 133 | 158 | 142 | 147 | 149 | 155 | 160 | 144
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

RTSRYAUS AQ FSCC

eeef9.8090.f6b6.cc8e.bdd1.3661.eef9.c66a.

Indicadores de Qualidade 9/2018 - Área

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,94	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	23,88		
DIC ANUAL	47,78		
FIC MENSAL	7,62	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	15,64		LIMITE INFERIOR 202
FIC ANUAL	31,26		LIMITE SUPERIOR 231
DMIC	6,59	0,00	
DICRI	16,60		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	28,38	32,34
Compra de Energia	38,80	47,72
Serviço de Transmissão	4,10	5,03
Encargos Setoriais	6,24	7,66
Impostos Diretos e Encargos	5,81	7,25
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	81,51	100,00

Valor do EUSD (Ref 9/2018): R\$ 32,27

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Out/18 70,80

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao lado relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/12/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
Subvenção DEC 7.881/13 R\$ 50,36
- Leitura confirmada
Isento ICMS



SEVERINO CABRAL DA SILVA
SIT SAO JOSE, S/N - JD CID UNIV
ALAGOANOVA/PB CEP 58125000 (AG 71)

Emissao 19/11/2018 Referencia Nov/2018
Classe: Suco RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro 10-77-884-7480 NP medidor 00005575524

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, km 26 - Crato Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.085.183/0001-40 Insc. Est. 18.015.822-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 016 715 554
Cód. para Deb. Automático: 00014998942

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Nov/2018 19/11/2018 17/12/2018 058.227.304-22
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1499894-2
Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 17/10/18	Leitura 6229	Data 18/11/18	Leitura 8408	
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc Aliq Icms(R\$) Base Calc Paj(R\$) Colhos(R\$)
0801	Consumo em kWh	177,000	0,422590	74,80 0,00 0 0,00 74,80 0,70 3,26
0801	Adic B Vermelha	3,95	0,00 0	0,00 3,95 0,04 0,17
0801	Adic B Amarela	1,07	0,00 0	0,00 1,07 0,01 0,05
0810	Subsidio	32,05	0,00 0	0,00 32,05 0,30 1,39
0808	Devolução Subsidio	-30,36	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 81,51 0,00 0,00 111,87 1,05 -4,86

Média últimos meses (kWh) 145
VENCIMENTO 26/11/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 81,51

Histórico de Consumo (kWh)
140 | 141 | 133 | 138 | 133 | 156 | 142 | 147 | 149 | 155 | 160 | 144
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

eeef9.8090.f6b6.cc8e.bdd1.3661.eef9.c66a.

Indicadores de Qualidade 9/2018 - Área

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL 11,94	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist da Energia/PB	28,36	32,34
DIC TRIMESTRAL 23,89			Compra de Energia	38,80	47,72
DIC ANUAL 47,79			Serviço de Transmissão	4,10	5,03
FIC MENSAL 7,52	0,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	6,24	7,66
FIC TRIMESTRAL 15,04		LIMITE INFERIOR 202	Impostos Diretos e Encargos	5,91	7,25
FIC ANUAL 31,08		LIMITE SUPERIOR 231	Outros Serviços	0,00	0,00
DMIC 6,59	0,00		Total	81,51	100,00
DICRI 16,50					

Valor do EUSD (Ref 8/2018): R\$ 32,27

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao lado relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/12/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Subvenção DEC 7 881/13 R\$ 30,36
- Leitura confirmada
- Isento ICMS

Faturas em atraso

Out/18 70,80

COMPREV PREVIDENCIA S/A
14 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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 COAF**².

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 Anderson Colnol da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 123.140.534 / 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Senerino Colnol da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.227.304 / 22, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Senerino Colnol da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.227.304 / 22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

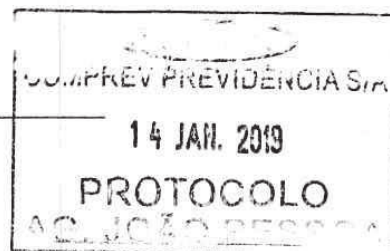
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Sítio São José</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento -
Bairro <u>Área Rural</u>	Cidade <u>Alagoa Nova</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58525000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 98367743</u> <u>(83) 996338673</u>

Alagoa Nova - PB, 08 de 03 de 2019
Local e Data

Anderson Colnol da Silva
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017





PROCURAÇÃO PÚBLICA QUE FAZ (EM)

Livro: 111
Folha(s): 74 à 74v

Cartório "Alípio Bezerra"
ALAGOA NOVA-PB
Fagner Rodrigues Soares
ESCREVENTE

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: SEVERINO CABRAL DA SILVA.

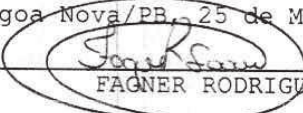
SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que aos VINTE E CINCO (25) dias do mês de MAIO do ano de DOIS MIL E DEZOITO (2018) , nesta cidade de Alagoa Nova, Estado Paraíba, Rua Clementino Leite, número 131, Bairro Centro, neste cartório, perante mim Escrevente compareceu(ram) como **Outorgante(s): SEVERINO CABRAL DA SILVA**, brasileiro, agricultor, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que mantém união estável até a presente data, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 4.221.128, Órgão Emissor SSDS-PB., e do **CPF/MF de número 056.227.304-22**, residente e domiciliado na(o) Sítio São José, s/n, na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba impossibilitado(a) de assinar, por não alfabetizado, assinando a rogo **ANTONIO GERALDO DE ATAIDE NETO**, brasileiro, escrevente, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteiro até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do código civil brasileiro (lei nº 10.406/2002), maior, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 4.109.760, Órgão Emissor SSDS-PB, e do CPF/MF de número 703.648.954-54, residente e domiciliado na(o) Rua MARIO LIMA, número 277, Bairro CENTRO, na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento, reconhecido como o próprio por mim Escrevente pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) sua bastante(s) Procurador(a): **ANDREZA CABRAL DA SILVA**, brasileira, agricultora, a qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteira até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do Código Civil Brasileiro (Lei Nº 10.406/2002), maior, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 4.221.118, Órgão Emissor SSDS-PB., e do **CPF/MF de número 121.140.534-66**, residente e domiciliada na(o) Sítio São José, s/n, na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba; a quem concede especiais e ilimitados poderes para representar o outorgante e o fim especial de requerer e receber indenização de Seguro Obrigatório DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Severino Cabral da Silva, ocorrido em Vinte e sete (27) dias do mês de Agosto do ano de Dois Mil e Dezesete (2017), conforme registrado pelo B.O, anexo ao processo. Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, podendo assinar autorização de pagamento de indenização do seguro DPVAT, declaração de residência, declaração de

PROTOCOLADO
14 JAN. 2019
JUIZ DE PAZ PREVIDÊNCIA S/A

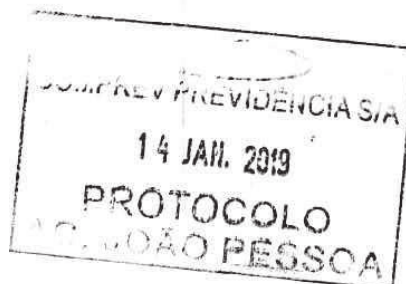


ausência de Laudo do IML, procuração particular, podendo ainda, **representá-lo(a) junto ao Banco do Brasil S/A., agência 3814-8, da cidade de Alagoa Nova-PB.,** com a finalidade de abrir e movimentar conta corrente e/ou poupança, assinar quaisquer formulários destinados a movimentação de tal conta, receber cartão magnético, assinar todo e qualquer documento, efetuar saques de qualquer quantia em dinheiro e/ou cheque bancário, receber e/ou efetuar troca e desbloqueio de cartão-magnético e/o eletrônico, cadastrar, alterar e desbloquear senha, contra-recibos, assinando tudo mais que for preciso, bem como o encerramento das conta receber e depositar o valor recebido, dar quitação, bem como constituir Advogado para o foro em geral, com poderes de cláusula "ad-judicia", c/c. parte final do art. 38, do CPC.; enfim requerer e assinar todos os papeis e documentos que forem precisos; enfim requerer e assinar todos os papeis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato. Enfim, praticar os demais atos do interesse do(a) Outorgante(s), podendo, inclusive, substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes. Os dados do(a) procurador(a) e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(eis) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. Eu, **FAGNER RODRIGUES SOARES**, Escrevente, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho () da verdade. As.: **ANTONIO GERALDO DE ATAIDE NETO.** Está conforme o original. Dou fé. Traslada hoje. Lavrada em 25 de Maio de 2018, às fls. 74 a 74v. Emolumentos: R\$94,80; Taxa FARPEN: R\$5,14; Taxa FEPJ: R\$17,44; Taxa MP: R\$1,52; Valor Total: R\$118,90, conforme Lei 10.169/2000 do Provimento 05/2006. Selo Digital: AGY84900-Q9PX - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alagoa Nova/PB, 25 de Maio de 2018


FAGNER RODRIGUES SOARES

Cartório "Alipio Bezerra"
ALAGOANOVA-PB
Fagner Rodrigues Soares
ESCREVENTE





República Federativa do Brasil
Estado da Paraíba
Comarca de Alagoa Nova
Cartório "Alípio Bezerra"



ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARATORIA

Livro: 134
Folha(s): 76 à 77

"ALÍPIO BEZERRA"

M^{te} da Glória M. B. Melo

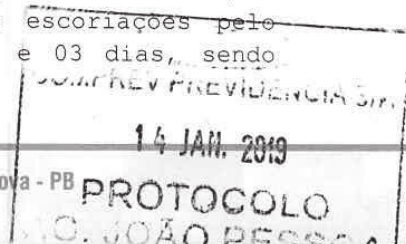
Tabela em Exercício

Comarca de Alagoa Nova - Pb.

TRASLADO DE **ESCRITURA PÚBLICA DECLARATORIA**, que fazem e assinam: de um lado como Outorgante Declarante: SEVERINO CABRAL DA SILVA, na forma abaixo como se declaram.

SAIBAM todos quantos esta pública escritura virem que aos VINTE (20) dias do mês de JUNHO do ano de DOIS MIL E DEZOITO (2018), nesta cidade de Alagoa Nova, Estado Paraíba, Rua Clementino Leite, número 131, Bairro Centro, em minha serventia cujos serviços a mim foram regularmente delegados pelo Poder Público Estatal, compareceram partes entre si previamente acordadas, a saber: de um lado como Outorgante Declarante: SEVERINO CABRAL DA SILVA, brasileiro, agricultor, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que mantém união estável até a presente data, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 4.221.128, Órgão Emissor SSDS-PB., e do CPF/MF de número 056.227.304-22, residente e domiciliado na(o) Sitio São José, s/n, JD CID UNIV, município de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba impossibilitado(a) de assinar, por não ser alfabetizado, assinando a rogo GLÓRIA MONIKE MARTINS DE MELO, brasileira, estudante universitária, a qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteira até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do código civil brasileiro (lei nº 10.406/2002), maior, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 3.761.619, Órgão Emissor SSDS-PB., e do CPF/MF de número 097.893.584-58, residente e domiciliada na(o) Rua CLEMENTINO LEITE, número 131, Bairro centro, na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento; O(s) presente(s), pessoa(s) identificada(s) como as própria(s) por mim Notário que esta subscreve, através dos documentos apresentados e acima mencionados, do que dou fé. 1) Declaro que fui vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 27 de Agosto de 2017, por volta das 17:45, quando caminhava pelo Sitio São José (próximo a Casa de Valdeci), neste município, quando uma moto em alta velocidade atropela frontalmente o declarante, deixando-lhe desacordado; conforme Certidão de Ocorrência Policial, datada de 26 de março de 2018, na Delegacia da Comarca de Alagoa Nova-PB., sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande-PB., e ali ficou constatado fratura na perna direita e escoriações pelo corpo, onde fiquei internado por cerca de um mês e 03 dias, sendo

Rua Clementino Leite, 131 - Fone: (83) 3365-1066 - Alagoa Nova - PB
CNPJ 09.368.291/0001-40





República Federativa do Brasil
Estado da Paraíba
Comarca de Alagoa Nova
Cartório "Alípio Bezerra"



realizado procedimento cirúrgico. Declaro que, resido no Sítio São José, s/nº, JD CID UNIV., município de Alagoa Nova-PB, CEP. 58.125-000, cujo comprovante em anexo O Declarante **SEVERINO CABRAL DA SILVA**, beneficiário do Sinistro de Seguro DPVAT, vítima de acidente de Trânsito, autoriza a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, efetuar o crédito referente ao citado seguro, nº Banco 001, em sua conta poupança nº 19.869-2, agência nº 3814-8, Variação 51, Banco do Brasil. Declaro 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, não há estabelecimento do IML no município de minha residência. Os dados do Declarante e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(eis) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Declaro expressamente, que estou ciente de que, caso esta declaração não seja expressão da verdade, ressarcirei a Seguradora dos prejuízos decorrentes desta, além de responder criminalmente por infração do Art. 299, do Código Penal Brasileiro. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E, por estarem assim justos e contratados, me pediram que lavrassem esta Escritura, que lhes sendo lida em voz alta foi achada conforme e aceita, juntamente com as testemunhas que são: e juntamente com as testemunhas que são: **IZADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS**, portadora do CPF. nº 017.073.724-11 e do RG. 3.668.818-2ª via-SSDS-PB., brasileira, casada, funcionária pública, residente e domiciliada na Rua Projetada, nº 65, Loteamento Rejane Lima, Bairro Olho D'Água, nesta cidade de Alagoa Nova-PB; e **ISRAEL DE SOUSA FARIAS**, portador do CPF. nº 082.917.124-09 e do RG. nº 3.406.239-SSDS-PB., brasileiro, casado, estudante, residente e domiciliado na Rua Projetada, nº 65, Loteamento Rejane Lima, Bairro Olho D'Água, nesta cidade de Alagoa Nova-PB. Eu, **MARIA DA GLÓRIA MARTINS BEZERRA DE MELO**, Notário, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho () da verdade. As.: **GLÓRIA MONIKE MARTINS DE MELO**; **ISRAEL DE SOUSA FARIAS**; **IZADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS**. Está conforme o original. Dou fé. Traslada hoje. Lavrada em 20 de Junho de 2018, às fls. 76 a 77. Emolumentos: R\$ 47,40; Taxa FARPEN: R\$ 28,22; Taxa FEPJ: R\$ 8,72; Taxa MP: R\$ 0,76; Valor Total: R\$ 85,10, conforme Lei 10.169/2000 de Provimento 05/2006. Selo Digital: AHB65770-EMMF - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alagoa Nova/PB, 20 de Junho de 2018

MARIA DA GLÓRIA MARTINS BEZERRA DE MELO

Cartório do Tabelião

"ALÍPIO BEZERRA"

Mª da Glória M. B. Melo

Tabela em Exercício

Comarca de Alagoa Nova - PB.



Rua Clementino Leite, 131 - Fone: (83) 3365-1066 - Alagoa Nova - PB
CNPJ 09.368.291/0001-40



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-022

Andreza Cabral da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.221.118 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2014

NOME ANDREZA CABRAL DA SILVA

FILIAÇÃO SEVERINO CABRAL DA SILVA
ELIANE EUCLIDES DA SILVA

NATURALIDADE ESPERANÇA-PB DATA DE NASCIMENTO 17/02/1995

DOC ORIGEM
NASC. N. 22172 FLS. 226 LIV. A24
CARTÓRIO ALAGOA NOVA PB
OPF
121.140.534-66

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
121.140.534-66
Nome
ANDREZA CABRAL DA SILVA
Nascimento
17/02/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
A189.7BA2.E892.612A

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:04:04 do dia 09/05/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

COMPREV FRENTE LUGAR S/A

14 JAN. 2019

PROTÓCOLO
AQ. JOÃO PESSOA



PROCURAÇÃO

Outorgante: SEVERINO CABRAL DA SILVA, brasileiro, união estável, agricultor, analfabeto, inscrito no cadastro de pessoa física do Ministério da Fazenda sob o nº 056.227.304.22, residente e domiciliado no Sítio São José, s/n, Área Rural, Alagoa Nova/PB, CEP: 58125.000

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000. FONE: (83) 98116-7741 / 99631-8671 Endereço Eletrônico: israelfariasadv@gmail.com, onde o outorgado deverá receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

Poderes e fins: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu procurador e para defender seus interesses perante o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância ou tribunal, ficando, o mesmo, investido no poder para o foro em geral, usando de todos os recursos legais e acompanhando-a até decisão final. Confere ainda aos outorgados os poderes especiais para requerer, desistir, transacionar, conciliar, assinar termo de denúncia e conciliação, renunciar, desistir, transigir, em juízo ou fora dele, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Alagoa Nova/PB, 22/04/2019.

Outorgante: Severino Cabral da Silva

Testemunha: 1) Isadora da Silva de Souza Farias CPF: 017.073.724-11

Testemunha: 2) Maria Rosa de S. Farias CPF: 048.342.288-07

Scanned by CamScanner



R. H.

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade requerida.

Nos termos do art. 334, do Novo Código de Processo Civil, agende-se audiência de conciliação.

Cite-se o réu para audiência designada com o prazo mínimo de 20 (vinte) dias de antecedência.

Intime-se a parte autora, através de seu advogado.

O réu poderá apresentar contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data da audiência de conciliação.

Cumpra-se.

JUIZ DE DIREITO

Data e assinatura digital



**CITAÇÃO À PARTE RÉ PARA COMPARECER A AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO
DESIGNADA PARA O DIA NOVE (09) DE OUTUBRO DE 2020, PELAS 10:20H., NO FÓRUM
LOCAL.**

**A CONTESTAÇÃO PODERÁ SER APRESENTADA APÓS A REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA
REFERIDA, NO PRAZO DE 15 DIAS, POR PETIÇÃO.**



AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA PARA O DIA NOVE (09) DE OUTUBRO DE 2020, PELAS 10:20H., NO FÓRUM LOCAL.
A PARTE AUTORA DEVERÁ FICAR CIENTIFICADA DA AUDIÊNCIA ATRAVÉS DO SEU ADVOGADO.

