



01/06/2021

Número: **0800221-66.2019.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **22/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO CABRAL DA SILVA (AUTOR)		ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43908269	01/06/2021 10:56	<a href="#">Petição</a>	Petição
43908275	01/06/2021 10:56	<a href="#">2721478_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
43908276	01/06/2021 10:56	<a href="#">2721478_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



SEVERINO CABRAL DA SILVA  
R. S. JOSÉ, S/N - JD. CID. UNIV.  
ALAGOANOVA/PB CEP 58125000 (AG 71)

Emissão 19/11/2018 Referência Nov/2018  
Classe Serviço RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro 10-77-884-7480 Nº Medidor 0000575324

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
R. 230, km 26 - Costa Rica - João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.182/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-6

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015.715.554  
Cód. para Dct. Autônomo: 0014998942

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 056.227.304-22  
Insc. Est.

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

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 17/10/18	Letra 6228	Data 18/11/18	Letra 8408	
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq. Ictm(R\$) Base Calc. Pag(R\$) Cálculo(R\$)
0801	Consumo em kWh	177,000	0,422580	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	Subsídio	32,05	0,00 0	0,00 32,05 0,30 1,39
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0808	Devolução Subsídio	-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 | 122 | 156 | 142 | 147 | 145 | 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

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

Indicadores de Qualidade 9/2019 - Anu

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL 11,94	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. de Energia PB	28,36	32,34
DIC TRIMESTRAL 23,89			Compra de Energia	38,80	47,72
DIC ANUAL 47,78			Serviço de Transmissão	4,10	5,03
FIC MENSAL 7,82	0,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	5,34	7,66
FIC TRIMESTRAL 15,64		LIMITE INFERIOR 202	Impostos Cíveis e Encargos	5,81	7,26
FIC ANUAL 31,28		LIMITE SUPERIOR 231	Outros Serviços	0,00	0,00
DAC 6,50	0,00		Total	81,51	100,00
DSCI 18,50					

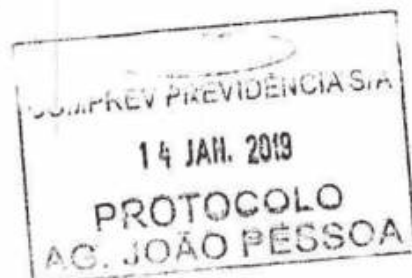
Valor do EUSD (Ref 9/2018): R\$ 32,32

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao lado mencionada(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 dígitos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Subvenção DEC 7 881/13 R\$ 30,26. - Letra confirmada. Item ICMS.

Faturas em atraso

Out/18 70,80



SEVERINO CABRAL DA SILVA  
R. S. JOSÉ, S/N - JD. CID. UNIV.  
ALAGOANOVA/PB CEP 58125000 (AG 71)

Emissão 19/11/2018 Referência Nov/2018  
Classe Serviço RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro 10-77-884-7480 Nº Medidor 0000575324

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 230, km 26 - Costa Rica - João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.182/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-6

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015.715.554  
Cód. para Dct. Autônomo: 0014998942

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 056.227.304-22  
Insc. Est.

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

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 17/10/18	Letura 6228	Data 18/11/18	Letura 6408	
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq. Ictro(R\$) Base Calc. Pag(R\$) Cálculo(R\$)
0801	Consumo em kWh	177,000	0,422580	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	Subsídio			32,05 0,00 0 0,00 32,05 0,30 1,39
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0808	Devolução Subsídio			-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 | 122 | 156 | 142 | 147 | 145 | 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

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

Indicadores de Qualidade 9/2019 - Anu

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL 11,94	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. de Energia PB	28,36	32,34
DIC TRIMESTRAL 23,89			Compra de Energia	38,80	47,72
DIC ANUAL 47,78			Serviço de Transmissão	4,10	5,03
FIC MENSAL 7,82	0,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	5,34	7,66
FIC TRIMESTRAL 15,64		LIMITE INFERIOR 202	Impostos Cíveis e Encargos	5,81	7,26
FIC ANUAL 31,28		LIMITE SUPERIOR 231	Outros Serviços	0,00	0,00
DAC 6,50	0,00		Total	81,51	100,00
DSC 18,50					

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

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Out/18 70,80

- REATIVO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao lado mencionada(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 dígitos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Subvenção DEC 7 881/13 R\$ 30,26  
- Letura confirmada  
- Item ICMS

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AC. 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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Calval da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 123.140.534 / 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Serenino Calval da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.227.304 / 22, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Serenino Calval 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

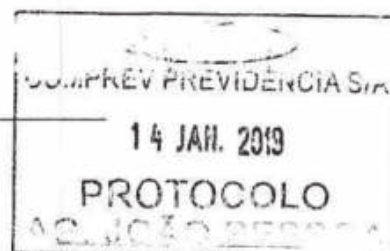
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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>(33) 996338673</u>

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

Anderson Calval da Silva  
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017



**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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Calval da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 123.140.534 / 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Serenino Calval da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.227.304 / 22, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Serenino Calval 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

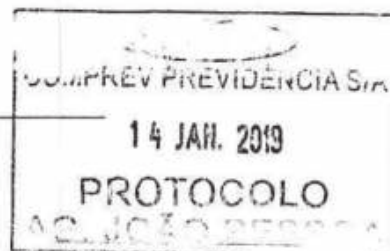
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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>(33) 996338673</u>

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

Anderson Calval da Silva  
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017





27/08/2017



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

HU. 14 JAN. 2019

PROJETO PREVIDÊNCIA SIN

## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº 1494332

CLASS. DE RISCO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

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

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA

SILVA

Endereço: SÍTIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEARMINA 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. Empalme

9. Erisipela

10. Eritema

11. Equimose

12. F. Arma branca

13. F. Arma de fogo

14. F. Contusos

15. F. Contusos

16. F. Contusos

17. F. Perfuro-contusos

18. F. Perfuro-contusos

19. F. Perfuro-contusos

20. F. Perfuro-contusos

21. F. Perfuro-contusos

22. F. Perfuro-contusos

23. F. Perfuro-contusos

24. F. Perfuro-contusos

25. F. Perfuro-contusos

26. F. Perfuro-contusos

27. F. Perfuro-contusos

28. F. Perfuro-contusos

29. F. Perfuro-contusos

30. F. Perfuro-contusos

31. F. Perfuro-contusos

32. F. Perfuro-contusos

33. F. Perfuro-contusos

34. F. Perfuro-contusos

35. F. Perfuro-contusos

36. F. Perfuro-contusos

37. F. Perfuro-contusos

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Exatidão de exame  
de modo TCE negativo  
alcoole  
medicamentos  
RAIO X

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PONTAS

Fotografadas

Isocóricas

Anisocóricas

HGT:

TOMOGRAFIA

REALIZADA EM:

21/08/17

CONVÊNIO: SUS

Especialidade:

EXAMES SOLICITADOS:

Laboratoriais

Gasometria arterial

Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARER MÉRICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

HGT: 1,60 m

Peso: 60 kg

Temperatura: 36,5°C

Pressão: 120/80 mmHg

Frequência cardíaca: 70 bpm

Frequência respiratória: 18 rpm

Saturação de O2: 98%

HGT: 1,60 m

Peso: 60 kg

Temperatura: 36,5°C

Pressão: 120/80 mmHg

Frequência cardíaca: 70 bpm

Frequência respiratória: 18 rpm

Saturação de O2: 98%

HGT: 1,60 m

Peso: 60 kg

Temperatura: 36,5°C

Pressão: 120/80 mmHg

Frequência cardíaca: 70 bpm





27/08/2017

GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA

14 JAN. 2019  
PROTEÇÃO DE DADOS PESSOA

ATENDIMENTO-URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1494332 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES (CNPJ: 08.778.268/0033-52)  
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA CEP: 58125000

Endereço: SÍTIO SÃO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

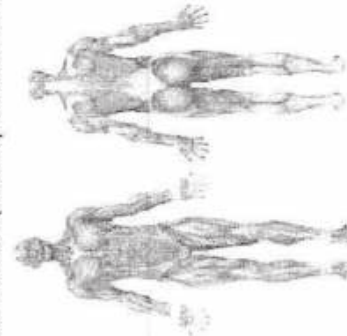
Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = 10%  
DIAGNÓSTICO / CID:

http://170.1.1.148/projetohc/imp/urgencia.php?conlar=1494332

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Exatidão de exame de motricidade fino e grosso  
alvo

Alergia:

Medicamentos:

Patologias:

Exame físico

Pupilas: Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

HGT:

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 27/08/17

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Gasometria arterial

( ) Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARER MÉRICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

HORÁRIO REALIZADO

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 5409% de pressão

2 5409% de pressão

3 5409% de pressão

4 5409% de pressão

5 5409% de pressão

6 5409% de pressão

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico





GOVERNO  
DA PARÁIBA

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

SPW

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Sereine Gabriel da Silva		
End:	R- São José	Bairro:	Alto 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 ( ) Gemente
Frequência respiratória:	Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente
Pressão arterial:	Frequência cardíaca:
Dosagem de HGT:	Temperatura axilar:
Deambulação:	Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida

### Estratificação

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

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

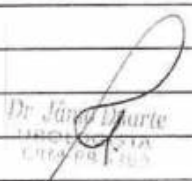


**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**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 de Jesus</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 antissepsia
③ Incisão mediana
④ Inventário: Presença de líquido livre intra-abdominal
⑤ Presença de lesão no cáculo do bexiga
⑥ Sutura com crômulo - 0
⑦ Drenagem do conduto
⑧ Fechamento das planas anteriores
⑨ Curativo
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>COMPREV PREVIDENCIARIA</p> <p>14 JAN. 2019</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>AG. JOÃO PESSOA</p> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">   <p>Dr. João Duarte</p> </div>

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten text: 58/102/1015]*

*[Handwritten text: 58/102/1015]*

*[Handwritten text: Mr. Pires]*

*[Handwritten text: 58/102/1015]*

*[Handwritten text: 58/102/1015]*

*[Handwritten text: 58/102/1015]*

*[Handwritten text: 58/102/1015]*

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





N° 5087

**PEDIDO DE FATURAMENTO**

NOME DO HOSPITAL

HOSATIL DE TINSWAL

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

E. Grosse

NOME DO PACIENTE	
------------------	--

Severino Cabral de Silva

Nº DO PROMTUÁRIO

Nº AL. H

COD. PROCEDIMENTO

## CONVENIO

1494332

PROCEDIMENTO REALIZADO
------------------------

145. 1987 de TRANSUNDA de 1987

**PRODUTO**

REF.

QUANT.

CDD ROMP.

Exterior extension of the system

01

DATA DE UTILIZAÇÃO	
--------------------	--

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES
-------------

DATA DE UTILIZAÇÃO  
28/05/2017

MEDICO RESPONSÁVEL - CRM

Q. / FIXA POL CATENO CRISTALINESS

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

150


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



Num. 43908275 - Pág. 11



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <b>Severino Calvado da Silva</b> DN: <b>20/01/68</b>						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<b>Salvador</b>	<b>SUS</b>	<b>49 anos</b>	<b>4494332</b>		
CIRURGIA		CIRURGIÃO				
<b>2.6 + enterostomia + sutura de</b>		<b>Dr. Carlos + Dr. Jânio + Dr. Bruno</b>				
ANESTESIA		ANESTESIA				
<b>catapalpa + fixação</b>		<b>Dr. Sécure Absorção - Dr. Rafael</b>				
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
<b>Conduz</b>		<b>28/08/16</b>	<b>08:30</b>	<b>3h</b>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		Calel. pl. Oxy.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. 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 <b>Succo 6.4</b>		Catgut Simples Sertix	
	Fenagim amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
<b>01</b>	Fentanil ml <b>200mg</b>		Dreno Penrose n°		Cera pl. osso	
	Inova ml		Dreno Pezzar n°		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % 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	
	Quelcin ml		Gata Pacote c/ 10 unidades		Fila carolaca	
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml	<b>06</b>	Mononylon 2-0	
<b>01</b>	Thionembul ml <b>Propapil</b>		Intracath Adulto	<b>03</b>	Mononylon 3-0	
<b>01</b>	Tracium amp. <b>Romuleno</b>		Intracath Infantil	<b>03</b>	Prolene Sertix -1-	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
<b>04</b>	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
<b>01</b>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
<b>02</b>	Dipirona amp.		Luvax <b>70 procedimentos</b>		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvax 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvax 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvax 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml		PVPI Tópico ml			
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico	<b>10</b>	SG Normotérmico fr 500 ml <b>SF</b>	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
<b>01</b>	Plasil amp. <b>nausea</b>		Seringa desc. 20 ml	<b>02</b>	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	<b>02</b>	SG fr 500 ml <b>SF</b>	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuption amp.		Sonda folley <b>22/03/16</b>			
	Cefalotina Ig		Sonda Nasogálica			
<b>02</b>	Ceftriaxona		Sonda Uretral n° 20			
<b>02</b>	Tilatil		Sterydrem ml			
			Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
<b>02</b>	Agulha desc. 25 x 28 <b>40x12</b>		Geicon			
	Agulha desc. 28 x 28		Latesa			
	Agulha desc. 3 x 4,5		<b>Bu Arco</b>			
	Agulha pl. raque n°		<b>Tet 8,0</b>			
<b>03</b>	Álcool de Enfermagem		<b>Fueto</b>			
	Álcool Iodado ml		<b>6x Condutor</b>			
	Aladuras de Crepon		<b>felce n° 14</b>			
	Aladuras de Gessada		<b>Seringa 60 ml</b>			
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					
EQUIPAMENTOS <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input type="checkbox"/> Foco <input checked="" type="checkbox"/> Eletro <input checked="" type="checkbox"/> Oxig. <input checked="" type="checkbox"/> Carc <input checked="" type="checkbox"/> Peri						
CIRCUANTE RESPONSÁVEL						

ORTODONTISTAS IND. E COM. LTDA  
 Rua 474702 - Lota 360/F 17  
 FIDACON LAY FIX C/ BARRA 300  
 FIDACON EXTERNO LAYFIX  
 Registro ANVISA: 1022371905

Resp. Técnico: CARLOS M. NAKAMURA/CREA N. 0001828973

Vol. 28/07/2022

ESTERIL R  
 28/07/2017

MOD 005



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:56:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110564181200000041750987

Número do documento: 21060110564181200000041750987

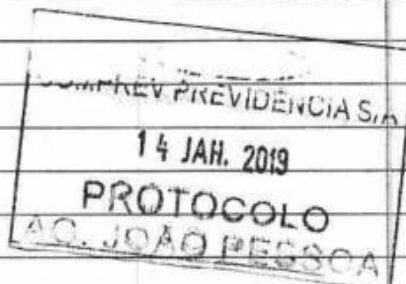




**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>JOSEMAR GABRIEL DA SILVA</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28.8.14</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. SÉRGIO TORRES</i>	1º Auxiliar <i>Dr. SÉRGIO</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Infusão</i>	Tipo de Anestesia <i>BOM</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fratura exposta do 3º dedo da mão direita (3) A ; fratura do 5º dedo da mão esquerda (5) E e fratura exposta do 3º dedo da mão esquerda (3) 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: amputação cirúrgica proximal do 3º dedo direito Ligadura el. 1x 0,9% 1 sutura reclusão / alinhamento da ferida e fixação da ferida exame visual para (3) E sutura pelo anterior
2º tipo: 1º dedo ferimento (3) E
3º tipo: ferimento para alinhamento do 3º dedo (3) E Ligadura el. 1x 0,9% 5 suturas aproximação do corpo cirúrgico sutura anterior

Mod. 018

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

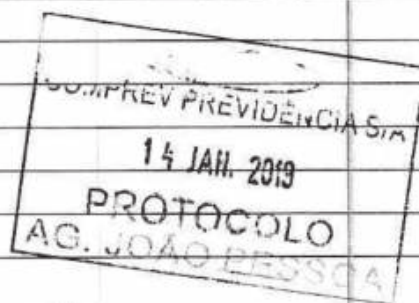




GOVERNO  
DA PARÁIBA

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

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



## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DP4 sob anestesia
2) Assépsia e antissepsia
3) Campos estéreis
4) Incisão anterior perna D por plano + hemostase
5) Redução correta de fcs 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 fcs de fratura
9) Sutura por planos
10) Curativo

Dr. João Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 29865

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO







# MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

8230

Hospital: Hospital do Sudoeste Código: \_\_\_\_\_Procedimento: Artroscopia de Quadril Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_Paciente: Suelio da SilvaData da Cirurgia: 28/09/21 Nº prontuário: 4495336 Convênio: \_\_\_\_\_Cirurgião: M. Amaral Código: \_\_\_\_\_ ☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

## DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa Longa 80x150mm			

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº	22	32	34				
	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.							

SO. REV. 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:56:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110564181200000041750987

Número do documento: 21060110564181200000041750987

Num. 43908275 - Pág. 15



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Sereirino Cabral da Silva DN= 10/01/1968</u>					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
	<u>Sala 03</u>	<u>SOS</u>	<u>49 anos</u>	<u>1494332</u>	
CIRURGIA			CIRURGIÃO		
ANESTESIA			ANESTESIA		
<u>Raqui</u>			<u>Dr. Felix</u>		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
<u>Flam</u>		<u>28/04/2017</u>	<u>17:00</u>	<u>18:50</u>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.	Calel. p/ OXg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
21	Dimorfo amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml <u>neocaina</u>	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketsar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.	H <sub>2</sub> O ml	03	Mononylon	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto	02	Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fiebo cortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml			
	Heparoma ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasii amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Silupanon amp.	Sonda foilley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica	03	Tubo em G	
		Sonda Uretral nº	06	Tubo em G	
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28	Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4,5				
01	Aguilha p/ raque nº 25				
	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CÓDIGO  
121017 01  
280917 02  
0802 31

- EQUIPAMENTOS
- ☒ Oxímetro de Pulso
  - ☐ Serra
  - ☐ Desfibrilador
  - ☒ Foco Frontal
  - ☐ Fonte de Luz
  - ☒ Foco Auxiliar
  - ☒ Eletrocautério
  - ☒ Oxícapnógrafo
  - ☒ Cardiomonitor
  - ☒ Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PA 001.162.928

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







## Diagnóstico

- ☒ Politrauma
- ☒ Lesão da coluna da região
- ☒ Do cistografia
- ☒ PE Exposto

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Leito	Alojamento	SRPA	Convenção
Jucirino Sobral da Silva				
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
28.08	1) 870,91. 100mg EV agora	2º	Paciente admitido às 2h	
7:30h	2) RL 1000ml EV agora	3º	da manhã na EPA vítima	
	3) Hidrocontusão 100mg EV	4º	de acidente de moto com	
			quedão de abdome agudo e	
			lesão vesical, submetido a	
			Le + cistografia + fixação	
			expansão de punção, com	
			fixação arterial.	
			em leito: estável s/ DVA, sedado	
			sob 10F-VN, drugo contaco, SNG.	
28.08			SSVN: FC: 100	
14.08	Paciente estubado, estável, respi- ratos espontaneamente com w.k. O2 3L/min, consciente e orientado.		FC: 131/64	
			SpO2 100%	
			Diurese: ?	
			HGT ?	
			CD: Hidratação	
			Hidrocontusão	
			Gase arterial	
			Ex. laboratoriais.	
			Aguarda UTI.	
<div>Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:56:42</div> <div>http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110564181200000041750987</div> <div>Número do documento: 21060110564181200000041750987</div> <div>14 JAN. 2019</div> <div>PROTÓCOLO</div> <div>AG. JOÃO PESSOA</div> <div>Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:56:42</div> <div>http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110564181200000041750987</div> <div>Número do documento: 21060110564181200000041750987</div>				



## Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
08-08	1 - Dieta livre		dific. garganta
	2 - S.R.L 500 ml I.V. 12 h	12-2-3-4	hidratação adequada
	3 - Dipirona 02 ml + S.F. 10ml I.V. 8 / 8 h (lentamente)	14-2-06	737A af.
	4 - Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F. 0,9% 100ml I.V. 12 / 12 h. (correr em 20 min.)	(12) (24)	baixa captação APMV - OX
	5 - Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente).	26-08-19	em transição família e vinda
	6 - C. C. Gerais	(12) (24)	af
	7 cetuximab 1200mg		
	8 cetuximab 400mg sp.	18	
	1x dx		
	p. antibiótico az		
	gel		

COMPREV PREVIDENCIA SIM

14 JAN. 2019

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA



[illegible]

七

Styling

## DIAGNÓSTICO

✓ x tip para (A) + Anemia

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
B	1. Dieta 2. SBA + 500mg EV 24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/05h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 3x 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseudron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSW + CCGG DIPYRONS G-FARMACEUTICA 1g v 12/12h (SUSP)	17. DM 18. OK 19. OK 20. OK 21. OK 22. OK 23. OK 24. OK 25. OK 26. OK 27. OK 28. OK 29. OK 30. OK 31. OK 32. OK 33. OK 34. OK 35. OK 36. OK 37. OK 38. OK 39. OK 40. OK 41. OK 42. OK 43. OK 44. OK 45. OK 46. OK 47. OK 48. OK 49. OK 50. OK 51. OK 52. OK 53. OK 54. OK 55. OK 56. OK 57. OK 58. OK 59. OK 60. OK 61. OK 62. OK 63. OK 64. OK 65. OK 66. OK 67. OK 68. OK 69. OK 70. OK 71. OK 72. OK 73. OK 74. OK 75. OK 76. OK 77. OK 78. OK 79. OK 80. OK 81. OK 82. OK 83. OK 84. OK 85. OK 86. OK 87. OK 88. OK 89. OK 90. OK 91. OK 92. OK 93. OK 94. OK 95. OK 96. OK 97. OK 98. OK 99. OK 100. OK	17. DM 18. OK 19. OK 20. OK 21. OK 22. OK 23. OK 24. OK 25. OK 26. OK 27. OK 28. OK 29. OK 30. OK 31. OK 32. OK 33. OK 34. OK 35. OK 36. OK 37. OK 38. OK 39. OK 40. OK 41. OK 42. OK 43. OK 44. OK 45. OK 46. OK 47. OK 48. OK 49. OK 50. OK 51. OK 52. OK 53. OK 54. OK 55. OK 56. OK 57. OK 58. OK 59. OK 60. OK 61. OK 62. OK 63. OK 64. OK 65. OK 66. OK 67. OK 68. OK 69. OK 70. OK 71. OK 72. OK 73. OK 74. OK 75. OK 76. OK 77. OK 78. OK 79. OK 80. OK 81. OK 82. OK 83. OK 84. OK 85. OK 86. OK 87. OK 88. OK 89. OK 90. OK 91. OK 92. OK 93. OK 94. OK 95. OK 96. OK 97. OK 98. OK 99. OK 100. OK

[illegible]

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







SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

## Diagnóstico

## ORTOPEDIA 1

1-6 01/37

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP: C

~~FX EXP DIAFISE OSSOS PERNA D~~

~~SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49~~

LEITO 9-1

## Convênio

Le

Alojamento

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/07/2019	1 DIETA LIVRE 2 JELCO SALINIZADO 3 DIIPIRONA 1G+ABD EV 6/6H 4 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H 5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN 6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV-EM-JEJUM 7 TILATIL 20MG +ABD EV 12/12H SN 8 XARELTO 10MG 1 CP VO DIA 9 SSW + CCGG	12/13/24/06 14/22/06 SN 06 SN 18	BEG, estável sem intercorrências Diurese e evacuações + fo 1-2 e 3-2  #CD: VPM soluub Hengrenz
11	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRP 13-3565		
12			
13			
14			
15			

BOA FÉV PREVIDÊNCIA S/A

14 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

MOD. 045







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

## Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP OK

EXP DIAF OSSOS PERNA D

SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49

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

09

To

Convênio

~~LEITO 9-1~~

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/01	1 DIETA LIVRE	At	
	2 JELCO SALINIZADO	At	
	3 DIPIRONA 1G+ABD EV 6/6H	12/15 3/106	28º DIH #ORTOPEDIA
	4 TRAMAL 100mg + SFO 9% 100ml EV 8/8H S/N		BEG, estável
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN		sem intercorrências
	6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM	06	Díurese + EVACUAÇÕES +
	7 TILATIL 20MG +ABD EV 12/12H SN		
	8 XARELTO 10MG 1 CP VO DIA Dig 15 mg	20	H(D): VPM
	9 SSIV + CCGG	At	

Dr. João Pessoa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 13.455

COMPREV PREVIDENCIA S/A

14 JAN. 2019

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA

MOD. 035



## Diagnóstico

ORTOPI  
LEITO 9.1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49

Paciente

Alojamento

Leito

### Convênio

~~T-601171~~

## EXP DIAF OSSOS PERNA D

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27/9	1 DIETA LIVRE 2 JELCO SALINIZADO 3 DIPIRONA 1G+ABD EV 6/6H 4 TRAMAL 100mg + SFO, 9% 100ml EV 8/8H S/N 5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H S/N 6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM 7 TILATIL 20MG +ABD EV 12/12H S/N 8 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA 9 SSW + CCGG	GTE ATT 12/10/10	31.º DIH #ORTOPEDIA - BEG, estável sem intercorrências Divulgações +
	10.º DIH #ORTOPEDIA - BEG, estável sem intercorrências Divulgações +	GTE ATT 12/10/10	31.º DIH #ORTOPEDIA - BEG, estável sem intercorrências Divulgações +
	11.º DIH #ORTOPEDIA - BEG, estável sem intercorrências Divulgações +	GTE ATT 12/10/10	31.º DIH #ORTOPEDIA - BEG, estável sem intercorrências Divulgações +
	12.º DIH #ORTOPEDIA - BEG, estável sem intercorrências Divulgações +	GTE ATT 12/10/10	31.º DIH #ORTOPEDIA - BEG, estável sem intercorrências Divulgações +

MOD. 035







## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Sumarez Gabriel de Siqueira	Idade:	49
Convênio:	3 U.S.	Data:	27/08/22
Procedimento:	1. Fixação de tornozelo com placa + fixação fratura exposta.		
Cirurgião:	Dr. Carlos José	Auxiliar:	Dr. Bruno
		Anestesista:	Dr. S. S. S. S.
Início:	08:30	Término:	03:00 horas
		Anestesia:	geral

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
04:00	157 x 66	92	100%	Juliana	-	Sedada
05:30	138 x 64	89 bpm	100%	Juliana	-	Sedada
07:30	141 x 68	103	100%	Juliana		Sedado
08:30	131 x 62	100	100%	Juliana		
09:40	143 x 78	100	100%			
13:35	125 x 88	86	100%			
15:00	174 x 86	87	100%			
15:30	179 x 91	93	97%	Kethleen	+	consciente

[illegible]

Observações:

Realizado oximetria capilar, tireo - revisas de circulação  
sem anormalidades. Também feita gasometria arterial e  
medicada C.P.M. Solicitado laboratório às 8:00h. *assinado*  
carlos 1975-72

SLR  
A. Fe  
SERV  
C. M  
SS

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103





11/12/2017



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

RECIBO DE PAGAMENTO  
14 MAR 2019  
GOV. DO ESTADO DA PARAÍBA

ATENDIMENTO AMBULATORIO

PRONTUÁRIO Nº: 1559713

CLASS. DE RISCO: AZUL

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CPF: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 11/12/2017  
Boletim de Emergência (B-E) - Modelo 06 Atendente: Melissa Wanessa Da Silva Pereira

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA CEP: 58125000 Nascimento: 10/01/1968

Sexo: M

Telefone:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Idade: 049

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Alagoa Nova

RG:

Nº: 0

Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DA SILVA

Profissão: AGRICULTOR

Responsável: GILVAN

Data de Atend: 11/12/2017

CNS: 898000530474591

Estado Civil: Casado(a)

CONVÊNIO: SUS

Motivo: RETORNO

Hora: 11:03:56

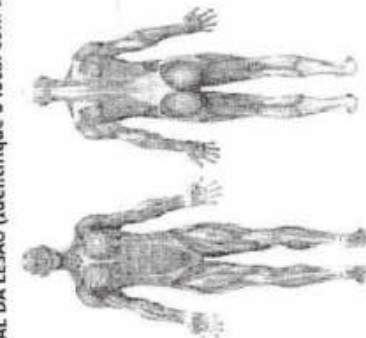
Especialidade: ORTOPEDISTA

Médico: ARISTOTELES CORREIA DE Q NETO

CRM: 6817

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (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. Enfisema subcutâneo
10. Emagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortivo
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Incurtamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

%

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:   
MEDICAMENTOS:   
PATOLOGIAS:   
EXAME FÍSICO   
PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )   
Glasgow PA HGT:   
Data 25/12/18   
Responsável: Romualdo

EXAMES SOLICITADOS:   
( ) Laboratoriais   
( ) Gasometria arterial   
( ) Tomografia Computadorizada   
( ) Ultrassonografia:   
( ) Radiografia:   
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:   
Especialista: / às : Dia / /   
Especialista: / às : Dia / /   
MÉDICO SOLICITANTE   
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:   
Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Aristoteles Queiroz Neto  
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
CNP: OMBRO E COTOVELO  
CRM 6817 TEOT 12637





SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Diagnóstico

**ORTOPEDIA 2**  
**EXTRA 3**

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

**PA TIBIA D**

EXTRA 3

#### Convênio

3

Explain

SEVERINO CABRAL, 49

Paciente	Examen físico	História clínica	Exames complementares	Diagnóstico	Tratamento	Prognóstico

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/01/2018	1 DIETA LIVRE 2 SE 0.9% 1500ML EV P/ 24H 3 CLINDAMICINA 600MG + SE EV 6/6H 4 DAPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 5 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM 6 DEAMBULAR COM MULETAS 7 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE 8 CURATIVO 1X DIA 9 SSVV + CCGG 10 11 12 13 14 15	ch <del>14</del> 12 18 24 ch 14 18 24 ch 14	27 = DIH / 3 = DP - PO : OK  Beb, Estável, s/distúrbios e s/ queixas. Po: boa evolução. Discreta (+) evacuações (+) cl: VPP Mantida.
08/01/18			Otolis - pendente utero ud - leve / abs GO - urafino diário - não para para Q - Ut: abs. Ortol Dr. Eduardo Braga M. Reis Ortopedia - Traumatologia CRM - PB 6538





# MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

8391

Hospital: de Emergência e Trauma de C. Grande Código: \_\_\_\_\_Procedimento: Trat. cir. com fixação de Tala Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_Paciente: Suelio Moreira Calvo da SilvaData da Cirurgia: 09/01/13 Nº prontuário: 35594 33 Convênio: \_\_\_\_\_Cirurgião: Dr. Blum Código: \_\_\_\_\_ ( ) Reposição ( ) Caixa Pronta

## DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
03	Parafuso Cortical			
11	Parafuso Esponjoso			
	PRESTON			
	Para Tala R. 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.						

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

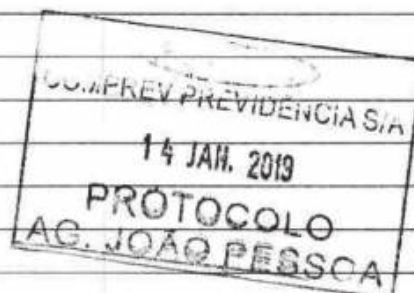




**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Souvenir 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. Edimilson</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>PA T.B.4 (D)</i>			
Tipo de Operação <i>Fixação externa (distal) + RMIS</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>D</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</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 DDM sob anestesia.
2) Acesso + Antissepsia + Campos Estere.
3) Incisão em pele anterior para (D).
4) Dissecção por planos + Hemostasia.
5) RMIS placa + parafusos.
6) Colata de fragmento ósseo na cultura.
7) Osteossíntese el tipo Extens tipo marston sob escop.
8) Lavagem de fô el (K2.7).
9) Fechamento por planos.
10) Curativo

*Yury D. Silva (D. 18/11/18)*  
Cirurgião 10907

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Serresimo Cabral da Silva on 10/01/68</i>						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE <i>Sala 04</i>	CONVÊNIO <i>SU.S</i>	IDADE <i>49</i>	REGISTRO <i>1559713</i>		
CIRURGIA <i>Trat. Cir. Com fístula de ruptura de Túbulo Direito</i>		CIRURGIÃO <i>Dr. Halisson + Dr. Eudimar</i>				
ANESTESIA <i>Dr. Isabelle</i>		ANESTESIA <i>Raquel</i>				
INSTRUMENTADORA <i>NORMA</i>		DATA <i>04/01/18</i>	INÍCIO <i>08:00</i>	FIM <i>09:35</i>		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calef. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	05	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fontanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protugmine amp.	0.5	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quetlicin ml	0.5	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O ml	03	Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
04	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	02	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.5		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	0.5	Luvas 9.0			
	Glicose amp.	0.5	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanaktion amp.	0.5	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	06	Saco coletor p/ lixo		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
01	<i>Proclama amprozel</i>	01	Seringa desc. 05 ml	02	SE fr 500 ml	
02	<i>Reviven amp. Nauseidun</i>		Sonda	05	SF p/ limpeza	
01	<i>Suption amp. amprozel</i>		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica		Material: <i>Bio Implants</i>	
01	<i>micropesada</i>		Sonda Uretral n°			
01	<i>Penicilina</i>		Sterydrem ml			
02	<i>Amoxicilina</i>		Tornetinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	01	<i>Vaselina ml. Gelcon 20</i>			
01	Aguilha desc. 25 x 7	01	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4.5	0.5	<i>Alta Tubular</i>			
02	Aguilha p/ raque n° 25	05	<i>Alta de 07</i>			
05	Álcool de Enfermagem	04	<i>escarinhos</i>			
	Álcool Iodado ml					
01	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

**PROTÓCOLO**  
14 JAN. 2019  
AC. JOAO PESSOA

**EQUIPAMENTOS**

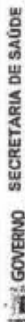
(X) Oxímetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
( ) Serra	( ) Eletrocautério
( ) Destilador	(X) Oxícapígrafo
(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
( ) Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico

**Rosângela da C. Quintans**  
Circulante Responsável

MOD 056







HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex-03

The subject - I.B.A.

Sudano Cabral

[illegible]

Dr. Eduardo Diego Marale  
Cirujeda, Traumatologo  
CRM. P.B. 6559

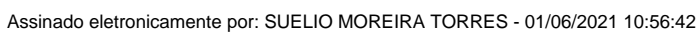
Dr. Eduardo Breno Martins  
Propriedade - Traumatologia  
CRA - PG 6589

www.pfrevPREVIDENCIA S/A

14 JAN. 2019

PROTOCOL

AC. JOÃO PESSOA





## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Solution (8)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/12	<p>peito e abd</p> <p>Depura 1x/6h</p> <p>unho 1x/dia</p> <p>CCG 5mg</p> <p>Dr. Arlindo José de Castro CRM-PB 9985 Ortopedia e Traumatologia</p>	12h	<p>peito e abd</p> <p>peito</p> <p>cf. Integros</p> <p>peito e abd 1x/6h</p>
12/12	<p>Dr. Arlindo José de Castro CRM-PB 9985 Ortopedia e Traumatologia</p> <p>PROTÓCOLO</p> <p>14 JAN. 2019</p> <p>DR. JOÃO PESSOA</p> <p>Depura 1x/6h</p> <p>unho 1x/dia</p> <p>CCG 5mg</p>	12h	<p>peito e abd</p> <p>peito</p> <p>cf. Integros</p> <p>peito e abd 1x/6h</p>
13/12	<p>Dr. Arlindo José de Castro CRM-PB 9985 Ortopedia e Traumatologia</p> <p>PROTÓCOLO</p> <p>14 JAN. 2019</p> <p>DR. JOÃO PESSOA</p> <p>Depura 1x/6h</p> <p>unho 1x/dia</p> <p>CCG 5mg</p>	12h	<p>peito e abd</p> <p>peito</p> <p>cf. Integros</p> <p>peito e abd 1x/6h</p>

MOD. 035





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

## Diagnóstico

ORTOPEDIA 2  
EXTRA 3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PA TIBIA

### EXTRA 3

Convênio

Leito

## Alojamento

SEVERINO CABRAL 49

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

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1/1/2018	1 DIETA LIVRE		
	2 JELCO Nº 18 - SALINIZADO		
	3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	18	73
	4 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM		
	5 DEAMBULAR COM MULETAS		
	6 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE		
	7 CURATIVO 1X DIA		
	8 SSIV + CCGG		
	9 Clonazepam 1x 6 em	18	73
	10		
	11		
	12		
	13		
	14		
	15		

W000 035



27/08/2017



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

HU. 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

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Endereço: SÍTIO SÃO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

RG: 1494332-809

Nome da Mãe: MARIA BEARMINA DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico: CRM: 1494332

Data de Atendimento: 27/08/2017

Hora: 20:13:43

OBS FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abração 19. Fratura costela fechada

2. Amputação 20. Fratura óssea aberta

3. Avulsão 21. Hematoma

4. Contusão 22. Ingestão/insufecção/venoso

5. Crepitação 23. Laceração

6. Dor 24. Lesão tendinosa

7. Edema 25. Luxação

8. Empalramento 26. Mordedura

9. Erisipela/abscesso 27. Movimento torácico parado/al

10. Enfiamento 28. Objeto Enfiado

11. Equimose 29. Otoregia

12. F. Arma branca 30. Paralisia

13. F. Arma de fogo 31. Paralisia

14. F. Contusão 32. Paralisia

15. F. Contusão 33. Queda/adutro

16. F. Contusão 34. Rinite/ragia

17. F. Perfuro-contusão 35. Sinal de isquemia

18. F. Perfuro-contusão 36.

OBS: QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = 10% Grau (1) 1º Grau (2) 2º Grau (3) 3º Grau

DIGNOSTICO / CID: 1494332

http://10.1.1.148/projetohctg/emergencia.php?contar=1494332

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:56:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110564181200000041750987

Número do documento: 21060110564181200000041750987







GOVERNO  
DA PARÁIBA

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

SPW

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Suelio Cabral da Silva		
End:	R. São José	Bairro:	Alto 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



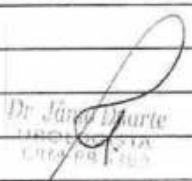


**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**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 de Jesus</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Gilberto Moniz</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Dr. 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>na hora.</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 antissepsia
③ Incisão mediana
④ Inventário: Presença de líquido livre intra-abdominal
⑤ Presença de lesão no cáculo da bexiga
⑥ Sutura com crômulo - 0
⑦ Drenagem do conduto
⑧ Fechamento das planas anteriores
⑨ Curativo
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>COMPREV PREVIDENCIARIA</p> <p>14 JAN. 2019</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>AG. JOÃO PESSOA</p> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">   <p>Dr. João Duarte</p> </div>

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten text: 58/102/1015]*

*[Handwritten text: 58/102/1015]*

*[Handwritten text: Mr. Pires]*

*[Handwritten text: 58/102/1015]*

*[Handwritten text: 58/102/1015]*

*[Handwritten text: 58/102/1015]*

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





N° 5087

**PEDIDO DE FATURAMENTO**

NOME DO HOSPITAL

HOSATIL DE TINSWAL

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

E. Grosse

NOME DO PACIENTE	
------------------	--

Severino Cabral de Silva

Nº DO PROMTUÁRIO

Nº AL. H

COD. PROCEDIMENTO

## CONVENIO

1494332

PROCEDIMIENTO REALIZADO
-------------------------

100. 100.000 de 100.000 de 100.000

**PRODUTO**

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

Exterior extension of the system

01

DATA DE UTILIZAÇÃO	
--------------------	--

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES
-------------

DATA DE UTILIZAÇÃO  
28/05/2017

MEDICO RESPONSÁVEL - CRM

Q. / FIXA POL ETENNO OBTENIENDO

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

150

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



Num. 43908275 - Pág. 39



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <b>Severino Calvado da Silva</b>		DN: <b>20/01/68</b>		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE <b>Salv04</b>	CONVÊNIO <b>SUS</b>	IDADE <b>49 anos</b>	REGISTRO <b>4494332</b>	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CIRURGIA <b>2.6 + enterostomia + sutura de</b>		CIRURGIÃO <b>Dr. Carlos + Dr. Jânio + Dr. Bruno</b>		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
ANESTESIA <b>catapla + fixação</b>		ANESTESIA <b>Dr. Sécure Absente - Dr. Rafael</b>			
INSTRUMENTADORA <b>Conduz</b>		DATA <b>28/08/16</b>	INÍCIO <b>0h30</b>	FIM <b>3h</b>	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calef. pl/ Oxy.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp. <b>25</b>	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno <b>Succo 6.4</b>		Catgut Simples Sertix	
	Fenagim amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
<b>01</b>	Fentanil ml <b>200mg</b>	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	
	Quelcin ml	Gata Pacote c/ 10 unidades		Fila carolaca	
	Rapifen amp.	H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml	<b>06</b>	Mononylon 2-0	
<b>01</b>	Thionembul ml <b>Propapil</b>	Intracath Adulto	<b>03</b>	Mononylon 3-0	
<b>01</b>	Tracium amp. <b>Romuleno</b>	Intracath Infantil	<b>03</b>	Prolene Sertix -1-	
	<b>MEDICAÇÕES</b>	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
<b>04</b>	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
<b>01</b>	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
<b>02</b>	Dipirona amp.	Luvax <b>70 procedimentos</b>		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvax 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvax 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvax 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Polifix			
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml			
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico	<b>10</b>	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
<b>01</b>	Plasil amp. <b>nausea</b>	Seringa desc. 20 ml	<b>02</b>	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	<b>02</b>	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Suptanon amp.	Sonda folley <b>22/03/16</b>			
	Cefalotina Ig	Sonda Nasogálica			
<b>02</b>	<b>Ceftriaxona</b>	Sonda Uretral n° 20			
<b>02</b>	<b>Tetracil</b>	Sterydrem ml			
		Tomeirinha			
		Vaselina ml			
<b>02</b>	<b>MATERIAIS / SOLUÇÕES</b>	Geicon <b>18</b>			
	Agulha desc. 25 x 28	Latesa			
	Agulha desc. 3 x 4,5	<b>Bu Pires</b>			
	Agulha pl/ raque n°	<b>Tet 8,0</b>			
<b>03</b>	Álcool de Enfermagem	<b>Fueto</b>			
	Álcool Iodado ml	<b>6ml condutor</b>			
	Aladuras de Crepon	<b>felce n° 14</b>			
	Aladuras de Gessada	<b>Seringa 60 ml</b>			
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

SOROS	
Qtd.	SG Normotérmico fr 500 ml <b>SF 10 pl</b>
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
	SG Ringr fr 500 ml
	SG fr 500 ml <b>SF</b>

ORTESE E PRÓTESE	
Qtd.	

EQUIPAMENTOS	
<input checked="" type="checkbox"/>	Oxímetro de Pulso
<input type="checkbox"/>	Serra
<input type="checkbox"/>	Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/>	Foco Frontal
<input type="checkbox"/>	Fonte de Luz
<input type="checkbox"/>	Foco
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletr
<input checked="" type="checkbox"/>	Oxic
<input checked="" type="checkbox"/>	Carc
<input checked="" type="checkbox"/>	Peri

CIRCULANTE RESPONSÁVEL	
Assinatura	<b>Adriana Pires + Salina</b>

ORTODONTESIMO IND. E COM. LTDA  
Rua 474/702 - Lote 365/F 17  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300  
FIXADOR EXTERNO LAYFIX  
Registro ANVISA: 1022371905

TER 28/07/2022

ESTERIL R  
28/07/2017

Resp Técnico: CARLOS M. NAKAMURA/CREA N. 0001828973



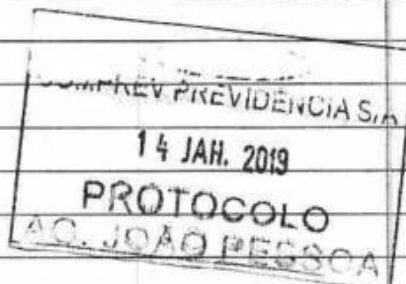




**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>JOSEMAR GABRIEL DA SILVA</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28.8.14</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. SÉRGIO TORRES</i>	1º Auxiliar <i>Dr. SÉRGIO</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Local</i>	Tipo de Anestesia <i>Local</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fratura exposta do 3º dedo da mão direita (3) A ; fratura do 5º dedo da mão esquerda (5) E e fratura exposta do 3º dedo da mão esquerda (3) 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 Visceral
1º tipo: amputação cirúrgica proximal do 3º dedo da mão direita Ligadura com 1x0,9% 1 sutura reclusão / alinhamento da ferida e fixação da ferida exame visual para (3) E sutura com curativo
2º tipo: 1º dedo da mão esquerda (1) E
3º tipo: fratura para alinhamento do 3º dedo da mão esquerda (3) E Ligadura com 1x0,9% 5 suturas aproximação do corpo cirúrgico reclusão curativo

Mod. 018

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**



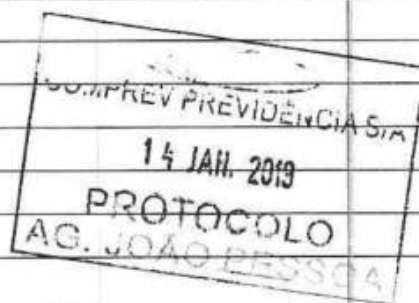




**GOVERNO  
DA PARÁIBA**

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

Nome do Paciente <i>Evandro 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 DP4 sob anestesia
2) Assépsia e antisepsia
3) Campos estéreis
4) Incisão anterior perna D por plano + hemostase
5) Redução correta de fcs 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 fcs de fratura
9) Sutura por planos
10) Curativo

*Dr. João Cesar Castro*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 29865

Mod. 018

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**





# MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

8230

Hospital: Hospital do Sudoeste Código: \_\_\_\_\_Procedimento: Artroscopia de Quadril Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_Paciente: Suelio da SilvaData da Cirurgia: 28/09/21 Nº prontuário: 4495336 Convênio: \_\_\_\_\_Cirurgião: M. Amaral Código: \_\_\_\_\_ ☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

## DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa Longa 80x150mm			

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4.5) mm	Nº	22	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.						

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

SOBREVIVÊNCIA S.M.  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Sereno Cabral da Silva DN= 10/01/1968</u>					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
	<u>Sala 03</u>	<u>SOS</u>	<u>49 anos</u>	<u>1494332</u>	
CIRURGIA			CIRURGIÃO		
ANESTESIA			ANESTESIA		
<u>Raqui</u>			<u>Dr. Felix</u>		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
<u>Flam</u>		<u>28/04/2017</u>	<u>17:00</u>	<u>18:50</u>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.	Calel. p/ Oxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
21	Dimorfo 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	
01	Fentanil ml <u>neocaina</u>	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketsar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.	H <sub>2</sub> O ml	03	Mononylon	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto	02	Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fiebo cortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5		Vicryl Sertix	
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Heparoma ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasii amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Silupanon amp.	Sonda foilley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica	03	Tubo em GCS LARCA 4.5x0.8.	
		Sonda Uretral nº	06	Tubo em GCS LARCA 4.5x0.8.	
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28	Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4.5				
01	Aguilha p/ raque nº 25				
	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CÓDIGO  
121017 01  
280917 02  
0802 31

## EQUIPAMENTOS

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso | <input checked="" type="checkbox"/> Foco Auxiliar       |
| <input type="checkbox"/> Serra                        | <input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério      |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador                | <input checked="" type="checkbox"/> Oxícapnógrafo       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal      | <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor       |
| <input type="checkbox"/> Fonte de Luz                 | <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL  
Mário José de Souza  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PA 001.162.928

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







## Diagnóstico

- ☒ Politrauma
- ☒ Lesão da coluna da região
- ☒ Do cistografia
- ☒ PE Exposto

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Leito	Alojamento	SRPA	Convenção
Jucirino Sobral da Silva				
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
28.08	1) 870,91. 100mg EV agora	2º	Paciente admitido às 2h	
7:30h	2) RL 1000ml EV agora	3º	da manhã na EPA vítima	
	3) Hidrocontusão 100mg EV		de acidente de moto com	
			quedro de abdome agudo e	
			lesão vesical, submetido a	
			Le + cistografia + fixação	
			expansão de punção, com	
			fixação arterial.	
			em leito: estável s/ DVA, sedado	
			sob 10F - VM, druso contatos, SNG.	
28.08			SSV: FC: 100	
14:18	Paciente intubado, estável, respi- ratos espontaneamente com w.k. O <sub>2</sub> 3L/min, consciente e orientado.		FC: 131/64	
			SpO <sub>2</sub> 100%	
			Diurese: ?	
			HGT ?	
			CD: Hidratação	
			Hidrocontusão	
			Gase arterial	
			Ex. laboratoriais.	
			Aguarda UTI.	
<div>Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:56:42</div> <div>14 JAN. 2019</div> <div>PROTÓCOLO</div> <div>AG. C. O. PESSCA</div> <div>Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:56:42</div> <div>14 JAN. 2019</div> <div>PROTÓCOLO</div> <div>AG. C. O. PESSCA</div> <div>Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:56:42</div> <div>14 JAN. 2019</div> <div>PROTÓCOLO</div> <div>AG. C. O. PESSCA</div>				





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	SACURVA CASATI	Alojamento	7	Leito	4	Convênio	
<p>Prontidão Clínica</p> <p>Prontidão Médica</p>							

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
08/08	1 - Dieta livre		Dig. GASTRO
	2 - S.R.L 500 ml I.V. 12/12h. 6166	12/06	Prontidão Clínica
	3 - Dipirona 02 mL + S.F 10mL I.V 8 / 8 h (lentamente)	14/06	Prontidão Clínica
	4 - Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F 0,9% 100mL	16/06	Prontidão Clínica
	I.V 12 / 12 h. (correr em 20 min.)	18/06	Prontidão Clínica
	5 - Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente).	20/06	Prontidão Clínica
	6 - C. C. Gerais	22/06	Prontidão Clínica
	7 - Omeprazol 40mg I.V	24/06	Prontidão Clínica
	8 - Omeprazol 40mg I.V	26/06	Prontidão Clínica
	1x dia	28/06	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	30/06	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	02/07	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	04/07	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	06/07	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	08/07	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	10/07	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	12/07	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	14/07	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	16/07	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	18/07	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	20/07	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	22/07	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	24/07	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	26/07	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	28/07	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	30/07	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	01/08	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	03/08	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	05/08	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	07/08	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	09/08	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	11/08	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	13/08	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	15/08	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	17/08	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	19/08	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	21/08	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	23/08	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	25/08	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	27/08	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	29/08	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	31/08	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	02/09	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	04/09	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	06/09	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	08/09	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	10/09	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	12/09	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	14/09	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	16/09	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	18/09	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	20/09	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	22/09	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	24/09	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	26/09	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	28/09	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	30/09	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	02/10	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	04/10	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	06/10	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	08/10	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	10/10	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	12/10	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	14/10	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	16/10	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	18/10	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	20/10	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	22/10	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	24/10	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	26/10	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	28/10	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	30/10	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	01/11	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	03/11	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	05/11	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	07/11	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	09/11	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	11/11	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	13/11	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	15/11	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	17/11	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	19/11	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	21/11	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	23/11	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	25/11	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	27/11	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	29/11	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	31/11	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	03/12	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	05/12	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	07/12	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	09/12	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	11/12	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	13/12	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	15/12	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	17/12	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	19/12	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	21/12	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	23/12	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	25/12	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	27/12	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	29/12	Prontidão Clínica
	Prontidão Clínica	31/12	Prontidão Clínica

7-4. Grand chapeau

[illegible]



九

Quint

## DIAGNÓSTICO

→ x tip pada (A) + perida

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13	1. Dieta 2. SBT + 500g EV 24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/05h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseudron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSW + CCGG <i>GIPAXINAS</i> <i>Ceftriaxone 1g IV 12/12h (SUSP)</i>	<del>12 h</del> <del>18 h</del> <del>06</del> <del>(18) @</del>	17. DM RGT DM - Fve - N/A fo. ac Remover pontos

OBSERVAÇÃO: 13.01.2019  
OBSERVAÇÃO: 14.01.2019  
OBSERVAÇÃO: 15.01.2019

AMPREV PREVIDÊNCIA SA  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA

[illegible]

14 JAN. 2019





SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

## Diagnóstico

ORTOPEDIA 1  
LEITO 9-1

PRÉ-OP: C

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

~~FX EXP DIAFISE OSSOS PERNA D~~

~~SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49~~

LEITO 9-1

## Convênio

Le

Alojamento

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/07/2019	1 DIETA LIVRE		
	2 JELO SALINIZADO		
	3 DIPIRONA 1G+ABD EV 6/6H	12/13/14/15	
	4 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H	14/15/16/17	
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	18/19/20/21	
	6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV-EM-JEJUM	22/23/24/25	
	7 TILATIL 20MG +ABD EV 12/12H SN	26/27/28/29	
	8 XARELTO 10MG 1 CP VO DIA	30/31/01/02	
	9 SSW + CCGG	03/04/05/06	
11			
12	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM 13-5565		
13			
14			
15			

MOD. 045





## Diagnóstico

ORTOP  
LETO 9.1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP OK

EXP-DIAF-OSSOS-PERNA-D

SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49

~~LEITO 9-1~~

Paciente	Alojamento	Horário	Evolução Médica
24/01			
1 DIETA LIVRE			
2 JEICO SALINIZADO			
3 DIPIRONA 1G+ABD EV-6/6H			
4 TRAMAL 100mg + SFO 9% 100ml EV-8/8H S/N			
5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN			
6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM			
7 TILATIL 20MG +ABD EV 12/12H SN			
8 XARELTO 10MG 1 CP VO DIA Dig 15 mg			
9 SSW + CCGG			

Dr. João Pessoa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 13.455

Dr. João Pessoa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 13.455

BEG, estável sem intercorrências D'urese + ENCUEROS x

#(D: VPM

COMPREV PREVIDENCIA S/A

14 JAN. 2019

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA

MOD. 035



## Diagnóstico

ORTOP  
LEITO 9.1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49

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

## Alojamento

Leito

## Convênio

**T-601137**

EXP DIAF OSSOS PERNA D

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27/9	1 DIETA LIVRE, ZELCO MELA NOITE 2 JELCO SALINIZADO 3 DIPIRONA 1G+ABD EV 6/6H 4 TRAMAL 100mg + SFO 9% 100ml EV 8/8H S/N 5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H S/N 6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM 7 TILATIL 20MG +ABD EV 12/12H S/N 8 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA 5V/P 9 SSW + CCGG cations	GE Att 12/18/24/26 26 18 GE GE	31.º DIH #ORTOPEDIA - BEG, ESTÁVEL SEM INTERCORRÊNCIAS DIVERSE + EVACUAÇÕES +  #CD: VPM cirurgia  Dr. HUGO CASTRO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM: 09565 CLÍNICA

MOD. 035





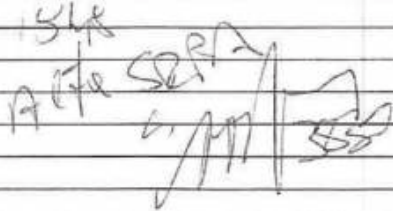


## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Sumarez Gabriel de Siqueira	Idade:	49
Convênio:	3 U.S.	Data:	27/08/2012
Procedimento:	1. Fixação de torniquete + fixação fratura: exposta.		
Cirurgião:	Dr. Carlos José	Auxiliar:	Dr. Bruno
		Anestesista:	Dr. S. S. S. S.
Início:	08:30	Término:	03:00 horas
		Anestesia:	geral

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
04:00	157 x 66	92	100%	Juliana	-	Sedada
05:30	138 x 64	89 bpm	100%	Juliana	-	Sedada
07:30	141 x 68	103	100%	Juliana		Sedado
08:30	131 x 62	100	100%	Juliana		
09:40	143 x 78	100	100%			
13:35	125 x 88	86	100%			
15:00	174 x 86	87	100%			
15:30	179 x 91	93	97%	Kethleen	+	consciente

[illegible]

Observações:	
Realizado aspiração torácica, troca e revisões de curativos sem anormalidades. Também feita gasometria arterial e medicado C.P.M. Solicitado laboratório às 8:00h. <span style="float: right;">assinado 08/05/1975-72</span>	
	
Assinatura Anestesista	Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103





11/12/2017



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

RECIBO DE PAGAMENTO  
14 MAR 2019  
RECIBO DE PAGAMENTO  
14 MAR 2019

ATENDIMENTO AMBULATORIO

PRONTUÁRIO Nº: 1559713

CLASS. DE RISCO: AZUL

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA, FERNANDES - CPF: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 11/12/2017  
Boletim de Emergência (B-E) - Modelo 06 Atendente: Melissa Wanessa Da Silva Pereira

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

CEP: 58125000

Nascimento: 10/01/1968

Sexo: M

Idade: 049

Telefone:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Alagoa Nova

Nº: 0

Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DA SILVA

Profissão: AGRICULTOR

Responsável: GILVAN

CNS: 898000530474591

Estado Civil: Casado(a)

Data de Atend: 11/12/2017

Motivo: RETORNO

Horas: 11:03:56

Médico: ARISTOTELES CORREIA DE Q NETO

CRM: 6817

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abrasão 19. Fratura óssea fechada  
2. Amputação 20. Fratura óssea aberta  
3. Avulsão 21. Hematoma  
4. Contusão 22. Ingestão de veneno  
5. Crepitação 23. Laceração  
6. Dor 24. Lesão tendinosa  
7. Edema 25. Luxação  
8. Empalramento 26. Mordedura  
9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal  
10. Esmagamento 28. Objeto Encaixado  
11. Equimose 29. Otorrágia  
12. F. Arma branca 30. Paralisia  
13. F. Arma de fogo 31. Paralisia  
14. F. Cortado 32. Parestesia  
15. F. Cortante 33. Queimadura  
16. F. Corto-contuso 34. Rinite  
17. F. Perfuro-contuso 35. Sinais de isquemia  
18. F. Perfuro-cortante 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

%

Grau

( ) 1º Grau

( ) 2º Grau

( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

012

R Tubo R 07 3H

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow PA HGT: Sat02

CCIH

Data 25/12/18

Responsável: Romualdo

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Gasometria arterial

( ) Tomografia Computadorizada

( ) Ultrassonografia:

( ) Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / / às : Dia / /

Especialista: / / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Aristoteles Queiroz Neto

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

CNPJ: 08.778.268/0038-52

CRM 6817 TEOT 12637





## Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

**PATIBIA D**

EXTRA 3

## Convênio

3

En la

SEVERINO CABRAL 49

Paciente
----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02/01/2018	1. DIETA LIVRE 2. SE 0.9% 1500ML EV P/ 24H 3. CLINDAMICINA 600MG + SE EV 6/6H 4. DIPIRONA 1G + ARD EV 6/6H 5. OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM 6. DEAMBULAR COM MULETAS 7. MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE 8. CURATIVO 1X DIA 9. SSVV + CCGG	08h 14h 17h 18h 19h	27 = DITH / 3 = DP-2 PO: OK  Beb, Estável, s/ distúrbios e s/ queixas. PO: boa evolução. Vivente (+) e vacinado (+)  cd: VPP Manhã.
03/01/18			08/01/18 VPP - pendente atualização - PSUE / PSIS (00) - ura vivo diário - não para para Q - Ad: hmb. Ortol Dr. Eduardo Braga M-2018 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 Tábua Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_Paciente: Suelio Moreira Calvo da SilvaData da Cirurgia: 09/01/18 Nº prontuário: 3559433 Convênio: \_\_\_\_\_Cirurgião: Dr. Blom Código: \_\_\_\_\_ ☐ Reposição ☐ Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
03	Parafuso Biotin			
11	Parafuso Típo			
	PRESTON			
	Para Tábua R. 50mm			

**ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS**

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

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

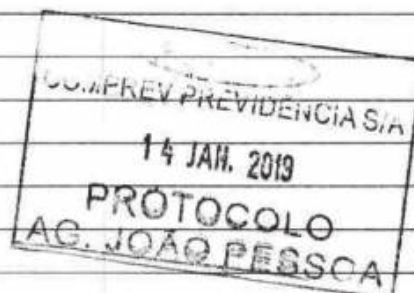




**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Souvenir 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. Edimilson</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>PA Tib. 4 (D)</i>			
Tipo de Operação <i>Fixação externa (distal) + RMIS</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>o mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>d</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>NE</i>			



## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO


Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DDM sob anestesia.
2) Acesso + Antissepsia + Campos Estere.
3) Incisão em pele anterior para (D).
4) Dissecção por planos + Hemostasia.
5) RMIS placa + parafusos.
6) Colata de fragmento ósseo na ulna.
7) Osteossíntese el tipo Extens tipo metron sob escop.
8) Lavagem de fô 1 (12.7 l).
9) Fechamento por planos.
10) Curativo

*Yury D. Silva (D. 18/11/2014)*  
Cirurgião 10907

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Serresimo Cabral da Silva on 10/01/68</i>						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE <i>Sala 04</i>	CONVÊNIO <i>SU.S</i>	IDADE <i>49</i>	REGISTRO <i>1559713</i>		
CIRURGIA <i>Trat. Cir. com fístula de ruptura de Túbio Direita</i>		CIRURGIÃO <i>Dr. Halisson + Dr. Eudimar</i>				
ANESTESIA <i>Dr. Isabelle</i>		ANESTESIA <i>Raquel</i>				
INSTRUMENTADORA <i>NORMA</i>		DATA <i>04/01/18</i>	INÍCIO <i>08:00</i>	FIM <i>09:35</i>		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calef. p/ Órg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	05	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fontanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protugmine amp.	0.5	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quetlicin ml	0.5	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O ml	03	Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
04	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	02	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.5		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	0.5	Luvas 9.0			
	Glicose amp.	0.5	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanaktion amp.	0.5	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	06	Saco coletor p/ lixo		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
01	<i>Proclama amprozel</i>	01	Seringa desc. 05 ml	02	SE fr 500 ml	
02	<i>Reviven amp. Nauseidun</i>		Sonda	05	SE p/ limpeza	
01	<i>Suption amp. amprozel</i>		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PROTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica		Material: <i>Bis Implants</i>	
01	<i>micropesada</i>		Sonda Uretral n°			
01	<i>Penicilina</i>		Sterydrem ml			
02	<i>Amoxicilina</i>		Tornetinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	01	<i>Vaselina ml. Gelcon 20</i>			
01	Aguilha desc. 25 x 7	01	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4.5	0.5	<i>Alta Tubular</i>		EQUIPAMENTOS	
02	Aguilha p/ raque n° 25	05	<i>Alta de 07</i>		(X) Oxímetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
05	Álcool de Enfermagem	04	<i>escarinhos</i>		( ) Serra	( ) Eletrocautério
	Álcool Iodado ml				( ) Destilador	(X) Oxícapiógrafo
01	Ataduras de Crepon				(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
	Ataduras de Gessada				( ) Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

14 JAN. 2019

PROTÓCOLO

AC. JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA EM

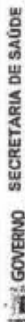
Rosângela da C. Quintans

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 056







HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

## DIAGNÓSTICO

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex-03

Suena Cabal

DIAGNOSTICO  
A. gutt. - b. A.

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio	Evolução Médica
27/12	Prescrição Médica	Horário		
1. Dieta livre				
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. Tramol 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
7. Nauseidron 01 FA + AD EV 8/8h SN				
8. Glexane 40mg SC/dia				
9. SSVV + CCGG				
10. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
11. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
12. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
13. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
14. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
15. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
16. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
17. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
18. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
19. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
20. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
21. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
22. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
23. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
24. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
25. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
26. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
27. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
28. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
29. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
30. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
31. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
32. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
33. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
34. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
35. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
36. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
37. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
38. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
39. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
40. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
41. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
42. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
43. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
44. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
45. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
46. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
47. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
48. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
49. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
50. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
51. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
52. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
53. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
54. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
55. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
56. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
57. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
58. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
59. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
60. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
61. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
62. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
63. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
64. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
65. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
66. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
67. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
68. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
69. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
70. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
71. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
72. Unidose 500mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
73. Unidose 500mg + 100ml SF 0				





## Diagnóstico

PA 1612

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Solution (8)

Paciente		Alojamento		Leito	Convênio
	mauro				

[illegible]

MOD. 035





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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 CABRAL, 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. DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	18	13
	4. OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM	24	
	5. DEAMBULAR COM MULETAS	06	
	6. MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE		BEG. estavel sem intercorrências
	7. CLURATIVO 1X DIA		
	8. SSVV + CCGG		
	9. Clav de torn - 1 V 6/6h	18	# CD: VPM
10			
11			
12			
13			
14			
15			

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

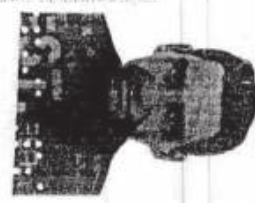
MOD. 035



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:56:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110564181200000041750987>

Número do documento: 21060110564181200000041750987

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PARANÁ		REGISTRO GERAL 4.221.128	DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2014
P-022		NOME SEVERINO CABRAL DA SILVA	
 		FILIAÇÃO GERALDO CABRAL DA SILVA MARIA BELARMINA DA SILVA	
NÃO Alfabetizado(s)		NATURALIDADE ALAGOA NOVA-PB	DATA DE NASCIMENTO 10/01/1968
		DOC. ORIGEM NASC.N.3569 FLS.219 LIV.A4 CARTÓRIO ALAGOA NOVA PB	
		CPF 056.227.304-22	
CARTERA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29/08/63	

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PARANÁ			
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA CIVIL			
INSTITUTO PARANÁ DE IDENTIFICAÇÃO			
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 CARTÓRIO ALAGOA NOVA PB	
		CPF 056.227.304-22	
		ASSINATURA DO TITULAR	
CARTERA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29/08/63	

Não Alfabetizado(s)

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
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

121.140.534-66

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita 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](http://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

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

14 JAN. 2013

PROTÓCOLO  
AQ. JOÃO PESSOA





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

121.140.534-66

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita 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](http://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

COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

14 JAN. 2013

PROTÓCOLO  
AQ. JOÃO PESSOA







**JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO**  
 L.O.C. ENGENHO OLHO D'ÁGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANEUMA - OLHO D'ÁGUA  
 ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125-000 (AQ-71)  
 Emissão: 10/12/2018 Referência: Dez/2018 ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-220, Km 25 - C/ta Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
 Rotômetro: 5 - 77 - 514 - 290 Nº medidor: 00008718757 CNPJ: 08.086.189/0001-40 Ins. Est. 18.018.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 18.803.806  
 Cód. para Dct. Automático: 80017321514

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI  
 Dez / 2018 10/12/2018 10/01/2019 083.610.654-85  
 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018  
 Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 09/11/18	Leitura 3204	Data 10/12/18	Leitura 3265	
<b>Demonstrativo</b>				
Qtd	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. A/c
		Tarifa Total (R\$)	KVA (R\$)	ICMS
0001	Consumo em kWh	151,000	0,654400	129,01
0001	Adic. B. Amarela	1,52	1,52	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	3,08	0,00	0
0004	JUROS DE MORA 10/2018	0,66	0,00	0
0005	MULTA 10/2018	2,33	0,00	0
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018	0,58	0,00	0

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 137,16 136,53 35,24 130,53 - 41 6,53

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO TOTAL A PAGAR**

108 **11/01/2019 R\$ 137,16**

Histórico de Consumo (kWh)

83 | 53 | 98 | 130 | 118 | 101 | 113 | 112 | 105 | 114 | 130 | 140  
 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

8ad9.bf36.6473.cccf.60f2.8a39.d8a4.964f.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	6,47	0,00	Serviços de Dist. de Energia/SE	31,00	22,81
DIC TRIMESTRAL	12,94	0,00	Controle de Energia	44,71	32,23
DIC ANUAL	24,88	0,00	Serviço de Transmissão	4,37	3,17
FG MENSAL	3,48	0,00	Encargos Defensivos	7,33	5,34
FG TRIMESTRAL	6,97	0,00	Impostos Diretos e Encargos	49,50	36,11
FG ANUAL	13,95	0,00	Custos Serviços	0,00	0,00
OMC	2,96	0,00			
ONCE	12,22	0,00			
			<b>Total</b>	<b>137,16</b>	<b>100,00</b>

Valor de EUSD (Ref. 10/2018) R\$ 28,30

**ATENÇÃO**

**Faturas em atraso**

- Leitura confirmada

PARAIBA

**VENCIMENTO TOTAL A PAGAR**

Rotômetro: 5 - 77 - 514 - 290 **11/01/2019 R\$ 137,16**  
 Matrícula: 1732151-2018-13-8  
 83650000001-0 37160054000-4 17321512018-4 12900077019-5



**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
 13 MAR 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.668.818 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 21/07/2017

NOME IZADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS

FILIAÇÃO PAULO BONORATO DA SILVA  
ANA LUCIA CABOCLA DA SILVA

NATURALIDADE ESPERANÇA-PB DATA DE NASCIMENTO 21/02/1992

DOC CIVIL CAM N. 969 FLS. 31 LIV. B 03  
CARTÓRIO ALAGOA NOVA-PB

CPF 017.073.724-13

0 +





energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Km25 - Cinto Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-800  
CNPJ 299.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.322-4

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica Nº016 903 326  
Cód. para Déb. Automático: 00017321914

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	10/12/2018	10/01/2019	093.610.664-66 Kon. Et

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

### Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018  
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
08/11/19	2294	10/12/19	3256	1	151	31	
Demonstrativo							
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base/Co	Aliq. Icms(R\$)	Base Icms Par(R\$)	Contrib(R\$)
			TributosTotal(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	PrvContrib(R\$)	(1.0045%)(4.9555%)
0601	Consumo em kWh	151,00	0,554400	128,01	128,01	27	54,83
0601	Adic B Amarela	1,52	1,52	27	0,41	1,52	0,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA	3,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 10/2019	0,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 10/2019	2,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2019	0,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	137,16	130,53	35,24	130,53	41	0,52
-------------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	----	------

Média últimos meses (kWh)	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
109	11/01/2019	R\$ 137,16

Histórico de Consumo (kWh)

03	58	98	130	119	101	113	112	105	114	130	140
Oct/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18	Apr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18	Oct/18	Nov/18

RESERVADO AO FISCO

8ad9.bf36.6473.cccf.60f2.8a39.d8a4.964f

Indicadores de Qualidade 104, 2018 - Área 2

Limite da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	6,47	0,00	NORMAL	220	Serviços de Tensão da Energisa PB	31,00	22,81
DIC TRIESTRAL	12,94				Controle de Distú	44,21	32,83
DIC ANUAL	25,89				Serviços de Manutenção	4,62	3,51
PIC MENSAL	3,48	0,00	CONTRATADA		8 Sers	8,49	6,39
PIC TRIESTRAL	10,47		LIMITE SUPERIOR	202	Indicadores Clientes e Encargos	49,80	37,31
PIC ANUAL	20,95		LIMITE SUPERIOR	202	Outros Serviços	1,00	0,80
DMC	12,92	0,00			<b>Total</b>	<b>137,16</b>	<b>100,00</b>
DICI	12,92						

Valore USD (Ref. 10/2018) € 38,30

## ATENÇÃO

### Faturas em atraso

- Lettura contrattacci

### PARAMS

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
------------	---------------

Roteiro 5 - T7 - 614 - 290

11/01/2019

**RS 137.16**

Matricola: 1732151-2018-12-0

Matricula 1732151-2018-12-8 11/01/2019 R\$ 137,16  
83650000001-0 37160054000-4 17321512018-4 12900077019-5



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
13 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL 3.669.775 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/06/2008

NOME **SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA**

FILIAÇÃO **ANTONIO COSMO PEREIRA DA SILVA**  
**ANA MARIA DA SILVA**

NATURALIDADE **ALAGOA NOVA-PB** DATA DE NASCIMENTO **11/11/1986**

DOU CÍVIL **NASC.N.22802 FLS.83 LIV.A25**

CIT **CARTORIO ALAGOA NOVA-PB**

Assinatura do Diretor

ESP-7716 DE 06/08/03

**P.917**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CÍVIL

IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS

**Silvana Cosmo Pereira da Silva**

CARTÃO DE IDENTIDADE

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**093.940.534-25**

Nome  
**SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA**

Nascimento  
**11/11/1986**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

**13 MAR. 2019**

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**





ANA MARIA DA SILVA  
RUA HILARIA DA COSTA LUNA, 88 - N. SRA APARECIDA  
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 (AG 71)

Emissão: 06/02/2019 Referência: Fev / 2019

Classif/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B1230, Km 25 - Cód. Redutor: João Pessoa / PB - CEP 58714-600  
Roteiro: 4 - 77 - 803 - 8620 AP medidor: 00000115359

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

CNPJ 08 065 109/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-4

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 019.726.463  
Cód. par. Déb. Automático: 0000241888

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPE/ CNPJ/ RAMI  
Fev / 2019 06/02/2019 08/03/2019 013.707.214-71  
Proc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/241088-4

#### Canal de contato

Apresentar luzes dos postes apagas durante o dia ou ruído excessivo à noite, informe a prefeitura de sua cidade. O poder de iluminação elétrica é responsabilidade do município e de todos os cidadãos.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
09/01/19	15897	09/02/19	15912	1	25	26
Demonstrativo						
CJ	Descrição	Quantidade	Taxa de	Valor Base Calc. Aliq. Icms(R\$)	Base Calc. Pto(R\$)	Contrib(R\$)
			Taxa de	For. Calc(R\$)	(0,9905%)	(R\$624K)
0001	Custo de Disponibilidade	24,69	24,69	25	6,17	24,69 0,24 1,12
JUROS DE MORA 01/2019						
0804	JUROS DE MORA 01/2019	0,10	0,10	0	0,00	0,10 0,00 0,00
0904	JUROS DE MORA 02/2019	0,10	0,10	0	0,00	0,10 0,00 0,00
3895	MULTA 01/2019	0,00	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00
3895	MULTA 12/2018	0,00	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00

Média últimos meses (kWh) 45

VENCIMENTO

13/02/2019

Histórico de Consumo (kWh)

TOTAL A PAGAR

R\$ 26,00

47 | 65 | 57 | 57 | 58 | 48 | 48 | 32 | 32 | 30 | 30 | 30  
Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/20

407e.76c2.7d4a.ee16.21b9.6a69.cc8e.5386.

#### Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DE MENSAL	0,00	0,00	Serviços de Distribuição de Energia Elétrica	0,00	0,00
DE TRIMESTRAL	0,00	0,00	Manutenção de Equipamentos	0,00	0,00
DE ANUAL	0,00	0,00	Manutenção de Equipamentos	0,00	0,00
DE MENSAL	0,00	0,00	Manutenção de Equipamentos	0,00	0,00
DE TRIMESTRAL	0,00	0,00	Manutenção de Equipamentos	0,00	0,00
DE ANUAL	0,00	0,00	Manutenção de Equipamentos	0,00	0,00
Total			26,00	100,00	

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Letura confirmada

PARAIBA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Roteiro: 4 - 77 - 803 - 8500

Metrodata: 241088-2019-02-8

13/02/2019

R\$ 26,00

83610000000-6 26000054000-5 02410882019-2 02800077019-9



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

VÁLIDA 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 ORDEM NASC.N. 22172 FLS. 226 LIV. A24  
CARTÓRIO ALAGOA NOVA PB

121.140.534-66

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita 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](http://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







**JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO**  
 L.O.C. ENGENHO OLHO D'ÁGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANEUMA - OLHO D'ÁGUA  
 ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125-000 (AQ-71)  
 Emissão: 10/12/2018 Referência: Dez/2018 ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-220, Km 25 - C/ta Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
 Rotômetro: 5 - 77 - 514 - 290 Nº medidor: 00008718757 CNPJ: 08.086.189/0001-40 Ins. Est. 18.018.823-0  
 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 18.803.806  
 Cód. para Dct. Automático: 80017321514

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI  
 Dez / 2018 10/12/2018 10/01/2019 083.610.654-85  
 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018  
 Reservista, apresenta-se na sua Organização Militar.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 09/11/18	Leitura 3204	Data 10/12/18	Leitura 3265	
<b>Demonstrativo</b>				
Qtd	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aiq. (R\$)
				Base Calc. Pag (R\$)
				Credito (R\$)
				Totais Totais (R\$) (R\$) (R\$)
				Próximo (R\$) (1,2045%) (1,9555%)
0001	Consumo em kWh	151,000	0,654400	129,01
0001	Adic. B. Amarela	1,52	1,52	27
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
0007	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	3,08	0,00	0
0004	JUROS DE MORA 10/2018	0,00	0,00	0
0005	MULTA 10/2018	2,33	0,00	0
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018	0,58	0,00	0

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 137,16 136,53 35,24 130,53 - 41 6,53

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO TOTAL A PAGAR**

108 **11/01/2019 R\$ 137,16**

Histórico de Consumo (kWh)

83 | 53 | 98 | 130 | 118 | 101 | 113 | 112 | 105 | 114 | 130 | 140  
 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

8ad9.bf36.6473.cccf.60f2.8a39.d8a4.964f.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	6,47	0,00	Serviços de Dist. de Energia/SE	31,00	22,81
DIC TRIMESTRAL	12,94	0,00	Controle de Energia	44,71	32,23
DIC ANUAL	24,88	0,00	Serviço de Transmissão	4,37	3,17
FG MENSAL	3,48	0,00	Encargos Defensivos	7,33	5,34
FG TRIMESTRAL	6,97	0,00	Impostos Diretos e Encargos	49,50	36,11
FG ANUAL	13,95	0,00	Custos Serviços	0,00	0,00
OMC	2,96	0,00			
ONCE	12,22	0,00			
			<b>Total</b>	<b>137,16</b>	<b>100,00</b>

Valor de EUSD (Ref. 10/2018) R\$ 28,30

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Leitura confirmada

PARAIBA

**VENCIMENTO TOTAL A PAGAR**

Roteiro: 5 - 77 - 514 - 290 **11/01/2019 R\$ 137,16**  
 Matrícula: 1732151-2018-13-8  
 8365000001-0 37160054000-4 17321512018-4 12900077019-5



**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
 13 MAR 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.668.818 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 21/07/2017

NOME IZADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS

FILIAÇÃO PAULO BONORATO DA SILVA  
ANA LUCIA CABOCLA DA SILVA

NATURALIDADE ESPERANÇA-PB DATA DE NASCIMENTO 21/02/1992

DOC. CIVIL CASAM N. 969 FLS. 31 LIV. B 03  
CARTÓRIO ALAGOA NOVA-PB

CPF 017.073.724-13

0 +



energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Km 25 - Canto Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-890  
CNPJ 209.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.322-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 016 903 326  
Cód. para Déb. Automático: 00017321914

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	10/12/2018	10/01/2019	093.510.564-65 Ivan Est

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

### Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018  
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
08/11/19	2294	10/12/19	3256	1	151	31	
Demonstrativo							
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base/Co	Aliq. Icms(R\$)	Base Icms Par(R\$)	Contrib(R\$)
			TributosTotal(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	PrvContrib(R\$)	(1.0045%)(4.9555%)
0601	Consumo em kWh	151,00	0,554400	128,01	128,01	27	54,83
0601	Adic B Amarela	1,52	1,52	27	0,41	1,52	0,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA	3,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 10/2019	0,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 10/2019	2,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2019	0,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	137,16	130,53	35,24	130,53	41	6,97
-------------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	----	------

Média últimos meses (kWh)	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
109	11/01/2019	R\$ 137,16

Histórico de Consumo (kWh)

03	58	98	130	119	101	113	112	105	114	130	140
Oct/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18	Apr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18	Oct/18	Nov/18

RESERVADO AO FISCO

8ad9.bf36.6473.cccf.60f2.8a39.d8a4.964f

Indicadores de Qualidade 104, 2018 - Área 2

Limite da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	6,47	0,00	NOMINAL	220	Serviços de Tensão da Energização	31,00	22,81
DIC TRIMESTRAL	19,42				Controle de Distúrbios	44,21	32,83
DIC ANUAL	29,59				Serviços de Manutenção	4,67	3,51
PIC MENSAL	3,48				Atividades de Emergência	8,59	6,40
PIC TRIMESTRAL	10,47				Indicadores Diretos e Encargos	49,80	37,11
PIC ANUAL	15,65				Outros Serviços	1,00	0,80
DMC TRIMESTRAL	12,92	0,00	LIMITE SUPERIOR	202			
DICI	12,92		LIMITE SUPERIOR	202			
					<b>Total</b>	<b>137,68</b>	<b>100,00</b>

Valore USD (Ref. 10/2018) € 38,30

## ATENÇÃO

### Faturas em atraso

- Lettura contrattacci

### PARAMS

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
------------	---------------

Roteiro 5 - T7 - 614 - 290

Matricola 1732151-2018-12-9

83650000001-0 37160054000-4 17321512018-4 12900077019-5



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
13 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL 3.669.775 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/06/2008

NOME **SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA**

FILIAÇÃO **ANTONIO COSMO PEREIRA DA SILVA**  
**ANA MARIA DA SILVA**

NATURALIDADE **ALAGOA NOVA-PB** DATA DE NASCIMENTO **11/11/1986**

DOU CÍVIL **NASC.N.22802 FLS.83 LIV.A25**

CIT **CARTÓRIO ALAGOA NOVA-PB**

Assinatura do Diretor

ESP-7716 DE 06/08/03

**P.917**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS

**Silvana Cosmo Pereira da Silva**

CARTÃO DE IDENTIDADE

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**093.940.534-25**

Nome  
**SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA**

Nascimento  
**11/11/1986**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

**COMPREV**

**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**

**13 MAR. 2019**

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



ANA MARIA DA SILVA  
RUA HILARIA DA COSTA LUNA, 88 - N. SRA APARECIDA  
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 (AG 71)

Emissão: 06/02/2019 Referência: Fev / 2019

Classif/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B1230, Km 25 - Cód. Redutor: João Pessoa / PB - CEP 58714-600  
Roteiro: 4 - 77 - 803 - 8620 AP medidor: 00000115359

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

CNPJ 08 065 109/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-4

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 019.726.463  
Cód. par. Déb. Automático: 0000241888

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPE/ CNPJ/ RAMI  
Fev / 2019 06/02/2019 08/03/2019 013.707.214-71  
Proc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/241088-4

#### Canal de contato

Apresentar luzes dos postes acesas durante o dia ou ruído excessivo à noite, informe a prefeitura de sua cidade, ou a iluminação pública é responsabilidade do município e de todos os cidadãos.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
09/01/19	15897	06/02/19	15912	
Demonstrativo				
CJ	Descrição	Quantidade	Taxa de	Valor Base Calc. Aliq. Icms(R\$) Base Calc. Pto(R\$) Contrib(R\$)
		Taxa de	Taxa de	For. Contrib(R\$) (0,9905%) (R\$624%)
0001	Custo de Disponibilidade	24,69	24,69	25 6,17 24,69 0,24 1,12
0804	JUROS DE MORATORIO	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00
0904	JUROS DE MORATORIO	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00
3895	MULTA 01/2019	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00
3895	MULTA 12/2019	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00

45 Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 13/02/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 26,00

Histórico de Consumo (kWh)											
47	85	57	57	58	48	48	32	32	30	30	30
Fev/18	Mar/18	Abr/18	Ma/18	Jun/18	Jul/18	Ag/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19

407e.76c2.7d4a.ee16.21b9.6a69.cc8e.5386.

#### Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Serviços de Distribuição de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Serviço	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Instalação	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Manutenção	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Atendimento	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Segurança	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Saneamento	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Meio Ambiente	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Recursos Humanos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Tecnologia	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Infraestrutura	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Gestão	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Planejamento	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Controle	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Avaliação	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Melhoria	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Inovação	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Sustentabilidade	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Responsabilidade Social	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Governança	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Ética	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Integridade	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Transparência	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Comunicação	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Relacionamento	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Imagem	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Reputação	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Marca	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Liderança	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Cultura	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Valores	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Princípios	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Normas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Políticas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Procedimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Métodos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Técnicas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Ferramentas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Recursos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Habilidades	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Conhecimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Atitudes	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Comportamentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Valores	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Princípios	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Normas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Políticas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Procedimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Métodos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Técnicas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Ferramentas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Recursos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Habilidades	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Conhecimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Atitudes	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Comportamentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Valores	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Princípios	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Normas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Políticas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Procedimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Métodos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Técnicas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Ferramentas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Recursos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Habilidades	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Conhecimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Atitudes	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Comportamentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Valores	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Princípios	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Normas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Políticas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Procedimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Métodos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Técnicas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Ferramentas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Recursos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Habilidades	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Conhecimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Atitudes	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Comportamentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Valores	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Princípios	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Normas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Políticas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Procedimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Métodos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Técnicas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Ferramentas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Recursos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Habilidades	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Conhecimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Atitudes	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Comportamentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Valores	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Princípios	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Normas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Políticas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Procedimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Métodos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Técnicas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Ferramentas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Recursos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Habilidades	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Conhecimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Atitudes	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Comportamentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Valores	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Princípios	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Normas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Políticas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Procedimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Métodos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Técnicas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Ferramentas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Recursos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Habilidades	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Conhecimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Atitudes	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Comportamentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Valores	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Princípios	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Normas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Políticas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Procedimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Métodos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Técnicas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Ferramentas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Recursos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Habilidades	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Conhecimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Atitudes	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Comportamentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Valores	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Princípios	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Normas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Políticas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Procedimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Métodos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Técnicas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Ferramentas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Recursos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Habilidades	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Conhecimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Atitudes	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Comportamentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Valores	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Princípios	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Normas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Políticas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Procedimentos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Métodos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Técnicas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Ferramentas	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Recursos	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Habilidades	0,00	0,00
DESEMPENHO DE TRIMESTRE	0,00	0,00	Qualidade de Conhecimentos	0,00	0,00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
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

VÁLIDA 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 ORDEM NASC.N. 22172 FLS. 226 LIV. A24  
CARTÓRIO ALAGOA NOVA PB

121.140.534-66

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita 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](http://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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190031062 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO CABRAL DA SILVA **Data do acidente:** 27/08/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL.  
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA/ TIBIA: OSTEOSÍNTESE).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190031062 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO CABRAL DA SILVA **Data do acidente:** 27/08/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL COM LESÃO DA BEXIGA.  
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (TRAUMA ABDOMINAL: CISTORRAFIA + TIBIA: PLACA E PARAFUSOS). P4,9,24.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190031062 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO CABRAL DA SILVA **Data do acidente:** 27/08/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL.  
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA/ TIBIA: OSTEOSÍNTESE).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190031062 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO CABRAL DA SILVA **Data do acidente:** 27/08/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL COM LESÃO DA BEXIGA.  
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (TRAUMA ABDOMINAL: CISTORRAFIA + TIBIA: PLACA E PARAFUSOS). P4,9,24.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





## 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

PROTÓCOLO

14 JAN. 2019

COPIA REV. PREVIDÊNCIA SIM







## 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

COPIA PREVIDÊNCIA SIM



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Sercenino Cabral da Silva  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 4.223.328 CPF: 056.227.304-22  
Endereço: Sítio São José, S/N - JD CID VNIU - Alagoa Nova - PB - Cp: 58125000

### OUTORGADO:

Nome: Andrezza Cabral da Silva  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 4.223.338 CPF: 323.140.534-66  
Endereço: Sítio São José, S/N - JD CID VNIU - Alagoa Nova - PB - Cp: 58125000

### A ROGO

Nome: Israel de Souza Farias  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado  
Profissão: Advogado  
Identidade: 3406239 CPF: 082.912.124-09  
Endereço: Loc. Engenho do Boque, 67 - Estrada Ruy de Lima - Urbanização - Alagoa Nova - PB - Cp: 58125-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Sercenino Cabral da Silva

Data do sinistro: 26/03/2018 Natureza: Imobiliário Permanente

### TESTEMUNHA (1)

Cartório  
"Alípio Bezerra"

RG 3668818 CPF: 01707372411

ASSINATURA: Isadora da Silva de Souza Farias



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

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
13 MAR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





TESTEMUNHA (2)

Cartório "Alípio Bezerra" RG 3.668.775 CPF: 093.840.534-25

ASSINATURA: Silvana Cosmo Pereira da Silva

**CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA"** Antonio Marcos Bezerra de Melo  
R. Osmarino Leite, 31 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-285 - Fone: (31) 3365-1996  
TABELÃO PÚBLICO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA  
Dou fe. Alagoa Nova/PB - 27/02/2019  
Escrivente: FAGNER RODRIGUES SOARES  
Selo Digital: AIG30113-4C0A  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol R\$9,91 Farpan R\$0,29 MP R\$0,16 Fapj R\$1,82

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

Alagoa Nova - PB - 27/02/2019  
Local e data

Cartório "Alípio Bezerra"

Israel de Souza Farias

Assinatura do A rogo

**CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA"** Antonio Marcos Bezerra de Melo  
R. Osmarino Leite, 31 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-285 - Fone: (31) 3365-1996  
TABELÃO PÚBLICO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
ISRAEL DE SOUZA FARIAS  
Dou fe. Alagoa Nova/PB - 27/02/2019  
Escrivente: FAGNER RODRIGUES SOARES  
Selo Digital: AIG30118-PDE7  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol R\$9,91 Farpan R\$0,29 MP R\$0,16 Foni R\$1,82

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



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Sercenino Cabral da Silva  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 4.223.328 CPF: 056.227.304-22  
Endereço: Sítio São José, S/N - JD CID VNIU - Alagoa Nova - PB - Cp: 58125000

### OUTORGADO:

Nome: Andrezza Cabral da Silva  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 4.223.338 CPF: 323.140.534-66  
Endereço: Sítio São José, S/N - JD CID VNIU - Alagoa Nova - PB - Cp: 58125000

### A ROGO

Nome: Israel de Souza Farias  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado  
Profissão: Advogado  
Identidade: 3406239 CPF: 082.912.124-09  
Endereço: Loc. Engenho do Boque, 67 - Estrada Ruy de Lima - Olho D'água - Alagoa Nova - PB - Cp: 58125-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Sercenino Cabral da Silva

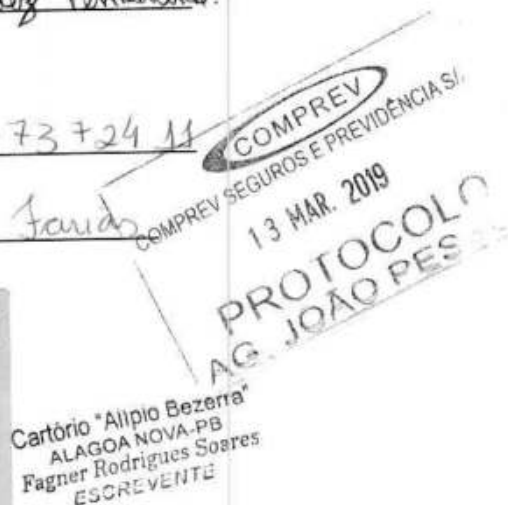
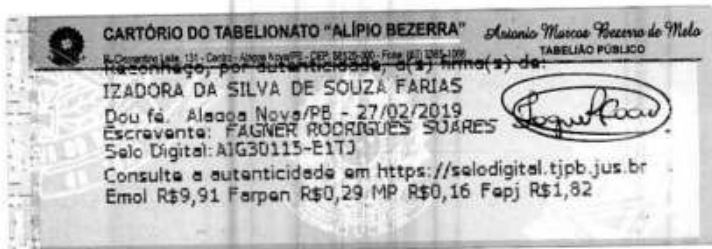
Data do sinistro: 26/03/2018 Natureza: Imobiliário Permanente

### TESTEMUNHA (1)



RG 3668818 CPF: 01707372411

ASSINATURA: Isadora da Silva de Souza Farias

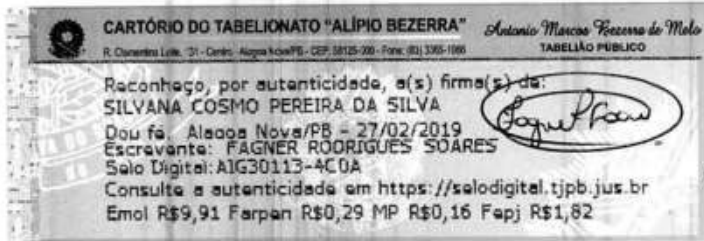




TESTEMUNHA (2)

Cartório "Alípio Bezerra" RG 3.668.775 CPF: 093.840.534-25

ASSINATURA: Silvana Cosmo Pereira da Silva



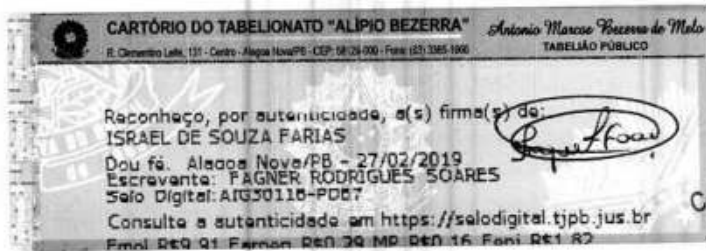
Cartório "Alípio Bezerra"  
ALAGOAS NOVA-PB  
Fagner Rodrigues Soares  
ESCREVENTE

Alagoas Nova - PB - 27/02/2019  
Local e data



Israel de Souza Farias

Assinatura do A rogo



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



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### 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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SEVERINO CABRAL DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### ANDREZA CABRAL DA SILVA : 121.140.534-66

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

#### SEVERINO CABRAL DA SILVA : 056.227.304-22

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### 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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SEVERINO CABRAL DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### ANDREZA CABRAL DA SILVA : 121.140.534-66

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

#### SEVERINO CABRAL DA SILVA : 056.227.304-22

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013953/19

Número do Sinistro: 3190031062

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

Declaração de Inexistência de IML

Outros

**ANDREZA CABRAL DA SILVA : 121.140.534-66**

Procuração

**SEVERINO CABRAL DA SILVA : 056.227.304-22**

Autorização de pagamento

### 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](http://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: 13/03/2019  
Nome: ANDREZA CABRAL DA SILVA  
CPF: 121.140.534-66

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

ANDREZA CABRAL DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013953/19

Número do Sinistro: 3190031062

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

Declaração de Inexistência de IML

Outros

**ANDREZA CABRAL DA SILVA : 121.140.534-66**

Procuração

**SEVERINO CABRAL DA SILVA : 056.227.304-22**

Autorização de pagamento

### 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](http://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: 13/03/2019  
Nome: ANDREZA CABRAL DA SILVA  
CPF: 121.140.534-66

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

ANDREZA CABRAL DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Janeiro 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: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO CABRAL DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

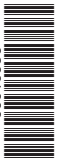
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13814013

Pag. 01877/01878 - carta\_01 - INVALIDEZ

00010939





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Janeiro 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: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO CABRAL DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13814013

Pag. 01877/01878 - carta\_01 - INVALIDEZ

00010939







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Janeiro 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: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO CABRAL DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00109/00110 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050055



Carta nº 13816318





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Janeiro 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: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO CABRAL DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00109/00110 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050055



Carta nº 13816318





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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 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").

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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.

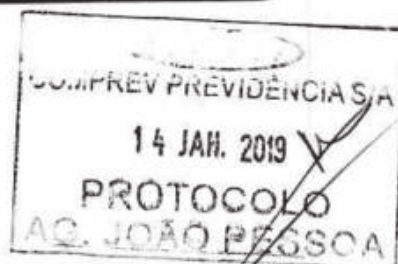
**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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.

Andréza Lateral da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal









**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

Nome completo da vítima

056 227 304 - 22

Serenino Calnel da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Serenino Calnel da Silva	056 227 304 22	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
Sítio São José - RD CID UNIV	311	
Bairro	Cidade	Estado
Área Rural	Nova	PO
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58 325 000	(83) 9833 6774

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"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3834	8	33869	2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

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

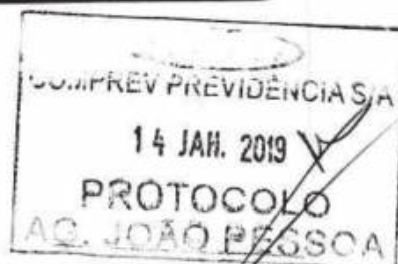
Andreza Calnel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 056.227.304-22 Nome completo da vítima: Serenino Cabral da Silva

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

Nome completo: Serenino Cabral da Silva CPF: 056.227.304-22

Profissão: Agricultor Endereço: Sítio São José Número: S/N Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Área Rural - JD CID VRSV Cidade: Alagoinha Nova Estado: PB CEP: 58325000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (83) 983032790

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

**RENDA MENSAL:**

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3834 8 CONTA: 38868 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Alagoinha Nova - PB - 27/02/2019

Nome: Serenino Cabral da Silva

CPF: 056.227.304-22

Sonal da Souza Farias

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS:**

1ª Nome: Isadora da Silva de Souza Farias

CPF: 017093724-11

Isadora da Silva de Souza Farias

Assinatura

2ª Nome: Silvana Gomes Pereira da Silva

CPF: 083.940.534-25

Silvana Gomes Pereira da Silva

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU FOGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 056.227.304-22 Nome completo da vítima: Serenino Colnol da Silva

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

Nome completo: Serenino Colnol da Silva CPF: 056.227.304-22

Profissão: Agricultor Endereço: Sítio São José Número: S/N Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Área Rural - JD CID VRSV Cidade: Alagoinha Nova Estado: PB CEP: 58325000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (83) 983032790

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

**RENDA MENSAL:**

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3834 8 CONTA: 38868 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Alagoinha Nova - PB - 27/02/2019

Nome: Serenino Colnol da Silva

CPF: 056.227.304-22

Sonal da Souza Farias

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS:**

1ª Nome: Isadora da Silva de Souza Farias

CPF: 017093724-11

Isadora da Silva de Souza Farias

Assinatura

2ª Nome: Silviana Gomes Pereira da Silva

CPF: 083.940.534-25

Silviana Gomes Pereira da Silva

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU FOGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

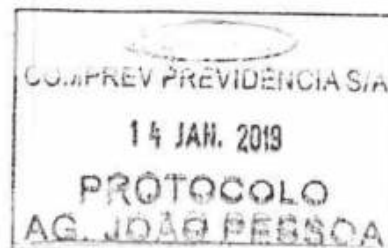
VERSANDO SOBRE: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

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.: 166.434-5







**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

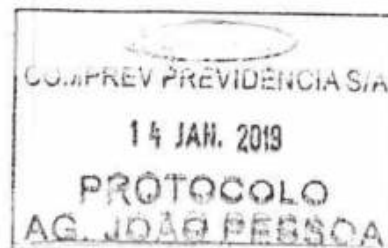
VERSANDO SOBRE: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

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.: 166.434-5





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

Senerino 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

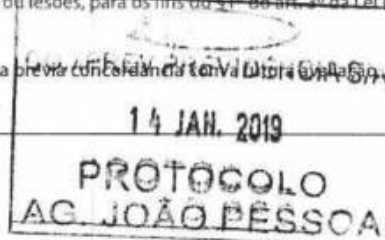
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**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 breve concessão da invalidez permanente, 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



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

Senerino 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

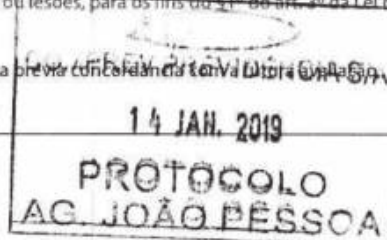
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**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 breve concessão da invalidez 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





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 056.227.304-22 Nome completo da vítima: Serenino Cabral da Silva

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

Nome completo: Serenino Cabral da Silva CPF: 056.227.304-22

Profissão: Agricultor Endereço: Sítio São José Número: S/N Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Área Rural - JD CID VRSV Cidade: Alagoinha Nova Estado: PB CEP: 58325000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (83) 983032790

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

**RENDA MENSAL:**

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3834 8 CONTA: 38868 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Alagoinha Nova - PB - 27/02/2019

Nome: Serenino Cabral da Silva

CPF: 056.227.304-22

Sonal da Souza Farias

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS:**

1ª Nome: Isadora da Silva de Souza Farias

CPF: 017093724-11

Isadora da Silva de Souza Farias

Assinatura

2ª Nome: Silvana Gomes Pereira da Silva

CPF: 083.940.534-25

Silvana Gomes Pereira da Silva

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU FOGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

056.227.304-22

Nome completo da vítima:

Serenino Colnol da Silva

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

Nome completo:

Serenino Colnol da Silva

CPF:

056.227.304-22

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Sítio São José

Número:

S/N

Complemento:

Bairro:

Área Rural - 30 CIO VRSV

Cidade:

Alagoinha Nova

Estado:

PB

CEP:

58325000

E-mail:

Tel.(DDD):

(83) 983032790

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3834

8

CONTA:

38868

2

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Alagoinha Nova - PB - 27/02/2019

Nome: Serenino Colnol da Silva

CPF: 056.227.304-22

Serenino Colnol da Silva

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS:

1º Nome: Rodolfo da Silva de Souza Junior

CPF: 017.073.724-41

Rodolfo da Silva de Souza Junior

Assinatura

2º Nome: Silvana Gomes Pereira da Silva

CPF: 083.940.534-25

Silvana Gomes Pereira da Silva

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:56:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110564181200000041750987

Número do documento: 21060110564181200000041750987

Num. 43908275 - Pág. 110



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				
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>					
Paciente removido para o Hospital de Emergência 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





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				
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>					
Paciente removido para o Hospital de Emergência 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





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03814-8

CONTA: 000010019869-4

---

---

Nr. da Autenticação 0AE84266F41EC409



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03814-8

CONTA: 000010019869-4

---

---

Nr. da Autenticação 0AE84266F41EC409



**SEVERINO CABRAL DA SILVA**  
SIT SÃO JOSÉ, S/N - JOÃO UNIV  
ALAGOAS NOVA/PB CEP: 58125000 (AQ: 71)

Emissão: 19/11/2018 Referência: Nov/2018  
Classe/Usuário: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 10-77-694-7460 Nº medidor: 00006575364

**ENERGISA PARÁIBA** - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B-230, Km 25 - Crista Redonda - João Pessoa/PB - CEP: 58071-680  
CNPJ: 08.096.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015.715.554  
Cód. para Dto. Automático: 00614998942

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://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 6228	Data 19/11/18	Leitura 6406	
<b>Demonstrativo</b>				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Anq.
				Valor Base Calc. Anq.
				Valor Base Calc. Anq.
0601	Consumo em kWh	177,000	0,422690	74,80
0601	Adic. B. Vermelha	3,95	0,00	0,00
0601	Adic. B. Amarela	1,07	0,00	0,00
0610	Subsidio	32,06	0,00	0,00
0608	Devolução Subsidio	-30,36	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 | 136 | 133 | 156 | 142 | 147 | 148 | 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.c86a

Indicadores de Qualidade 9/2018 - Área

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,94	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	23,89		
DIC ANUAL	47,78		
FC MENSAL	7,82	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FC TRIMESTRAL	15,64		LIMITE SUPERIOR 221
FC ANUAL	31,28		
DMC	6,59	0,00	
DICI	16,60		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	28,36	32,34
Compra de Energia	38,80	47,72
Serviço de Transmissão	4,10	5,03
Encargos Setoriais	6,24	7,66
Impostos, Cidades e Encargos	9,91	12,15
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>81,51</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSO (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 dívida suspender o 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 inadimplência. Subvenção DEC 7 B21/13 R\$ 30,36. - Letura confirmada Isento ICMS





**SEVERINO CABRAL DA SILVA**  
SIT SÃO JOSE, S/N - JO C/O UNIV  
ALAGOANOVA/PB CEP: 58125000 (AQ. 71)

Emissão: 19/11/2018 Referência: Nov/2018  
Classe/Serviço: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 10-77-694-7460 Nº medidor: 00006575364

**ENERGISA PARÁIBA** - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B-230, Km 25 - Crista Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
CNPJ: 08.096.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015.715.554  
Cód. para Dto. Automático: 00614998942

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://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 6226	Data 19/11/18	Leitura 6406	
<b>Demonstrativo</b>				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Atq.
				Valor Base Calc. Atq.
				Valor Base Calc. Atq.
0601	Consumo em kWh	177,000	0,422690	74,80
0601	Adic. B. Vermelha	3,95	0,00	0,00
0601	Adic. B. Amarela	1,07	0,00	0,00
0610	Subsídio	32,06	0,00	0,00
0608	Devolução Subsídio	-30,36	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 | 136 | 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.c86a

Indicadores de Qualidade 9/2018 - Área

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,94	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	23,89		
DIC ANUAL	47,78		
FC MENSAL	7,82	0,00	CONTRATADA
FC TRIMESTRAL	15,64		LIMITE INFERIOR 202
FC ANUAL	31,26		LIMITE SUPERIOR 231
DMC	6,53	0,00	
DICI	16,60		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	28,36	32,34
Compra de Energia	38,80	47,72
Serviço de Transmissão	4,10	5,03
Encargos Setoriais	6,24	7,66
Impostos, Custos e Encargos	9,91	12,15
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>81,51</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSO (Ref. 9/2018): 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 da dívida suspender o 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 inadimplência.  
Subvenção DEC 7 B21/13 R\$ 30,36  
- Letura confirmada  
Isento ICMS

Faturas em atraso

Out/18 70,80





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

Processo n.º 08002216620198150041

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

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

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



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

ALAGOA NOVA, 28 de maio de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

