



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
43908 269	01/06/2021 10:56	<u>Petição</u>	Petição
43908 275	01/06/2021 10:56	<u>2721478_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
43908 276	01/06/2021 10:56	<u>2721478_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:56:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106011056414440000041750981>
Número do documento: 2106011056414440000041750981

Num. 43908269 - Pág. 1

SEVERINO CABRAL DA SILVA
SIT SAO JOSE, SN - JD CID UNIV
ALAGOA NOVA/PB CEP: 58125600 (AG. 711)

Emissão 19/11/2018 Referência Nov/2018
Classe/Succiso RURAL/RURAL, RESIDENCIAL,MONOFÁSICO
Rótulo 10-77-884-7400 NPFmedidor 00000576264
ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 230, Km 25 - Cidade Retirox - João Pessoa/PB - CEP 58010-1400
CNPJ 06.195.162/0001-49 Inscrição Estadual 16.015.622-0

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N°015-715-554
Cód. para Div. Automática: 00014900042

PERMITIDA AO L. 2748 ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Nov / 2018 Apresentação 19/11/2018 Data prevista da próxima leitura 17/12/2018 CPF/ CNPJ/ RANI 058.227.304-32

UC (Unidade Consumidora): **5/149994-3** **Int. Est.**

Canal de contat-

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias
Data	Leritura	Data	Leritura					
17/10/16	8219	18/11/16	8408			177		39
Demonstrativo								
CCI	Descrição	Quantidade	Tensão	Vari. Base Calc.	Ajustamento	Vari. Base Calc.	Pes(R\$)	Custo(R\$)
			Tributos (Custo) (CMG/R\$)	(CMG/R\$)		Pes(Custo)(R\$)	(0,0440)(R\$)	(0,0480)
0001	Consumo em kWh	177.000	0,422590	74,80	0,00	0	74,80	0,70
0001	Adic. B Vermelha			3,95	0,00	0	3,95	0,04
0001	Adic. B Amarela			1,07	0,00	0	1,07	0,01
0010	Subídio			32,05	0,00	0	32,05	0,30
0008	Devolução Subídio	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS		-90,36	0,00	0	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) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
145 **26/11/2018** **R\$ 81.51**

Histórico de Consumo (kWh)

Year	Month	Category	Value
2017	Dec	Jan	141
2018	Jan	Feb	133
2019	Mar	May	132
2020	Apr	Jun	150
2021	May	Jul	142
2022	Jun	Aug	147
2023	Jul	Sep	145
2024	Aug	Oct	155
2025	Sep	Nov	160
2026	Oct	Dec	144

eeef9.8090 f8b6 cc8e bdd1 3e61 -e0 -e0

Independent Schools

Indicadores de Qualidade				2019-19 - Ano		
Limite da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	11,94	0,00		Sanções de Déf. de Energia/PB	29,36	32,34
DIC TRIMESTRAL	23,89		NOMINAL	Compra de Energia	39,80	47,72
DIC ANUAL	47,79			Serviço de Transporte	4,10	5,63
PERÍODICAL	7,82			Varações Sazonais	6,24	7,66
FIC MENSAL	15,84	0,00	CONTRATADAS	Impostos e Encargos	5,81	7,25
FIC TRIMESTRAL	31,68		LIMITES INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
FIC ANUAL	6,59		LIMITES SUPERIOR	Total	\$1,81	100,00
DICRI	18,80	0,00				

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 #4 da ANEEL. O pagamento após suspensão 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 feito o pagamento da(s) fatura(s) scima, desconsidere se faça mensagem. Fatura sujeita a inclusão em depósitos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Valor da fatura: R\$ 7.981,13 R\$ 30,26
Lançamento confirmado
Assunto: Fatura

Features and options

Out/18 70.80

JUÍZ PREV PREVIDÊNCIA S/A
14 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA



SEVERINO CABRAL DA SILVA
SIT SAO JOSE, SN - JD CID UNIV
ALAGOA NOVA/AP/CEP 58125609(AG. 71)

Emissão: 19/11/2018 Referência: Nov/2018
Classe/Serviço: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Rotativo: 10.77.894-7480 Número Medidor: 00000576264

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Ribeirão, Km 20 - Costa Rica/João Pessoa/PB - CEP 58071-480

CNPJ: 05.695.162/0001-43 Istr Est: 16.015.023-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº015.715.654
Cód. para Dir. Autônoma: 00014988842

Atendimento ao Cliente da 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	054.227.304-22 Istr Est:

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

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo	Dias
Data	Lerda	Data	Lerda	Tributos	Base Calc.	Ajust.	Alto(R\$) Base Calc. Paf(R\$) Colm(R\$)
17/10/18							
	5219	18/11/18	5458		177		33
Demonstrativo							
0801	Consumo em kWh	177.000	0.422580	74,80	0,00	0	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	32,05 0,00 1,39
0808	Devolução Subsídio			-30,36	0,00	0	0,00 0,00 0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							

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

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO

146

26/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 81,51

Histórico de Consumo (kWh)

140 | 141 | 133 | 138 | 133 | 158 | 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 - Ano:

Limite da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrições	Valor (R\$)	%
0,00	0,00		Sanções de Déf. da Energia/PB	26,36	32,34
11,94	0,00		Compra de Energia	38,90	47,72
23,89		NOMINAL	Encargos de Transporte	4,10	5,03
47,79		220	Encargos Gerais	6,24	7,66
7,82	0,00		Impostos, Créditos e Encargos	5,81	7,25
15,64			Outros Serviços	0,00	0,00
31,49			Total	\$1,81	100,00
6,59	0,00		Valor do EUSD (Ref 9/2018): R\$32,27		
18,80		LIMITE SUPERIOR 231			

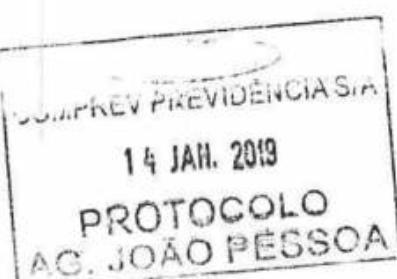
ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso(s) fatura(s) se(a) tido restando(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(s) tenha(s) fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de não cumprimento. Sobrevenção DEC 7.881/13 R\$ 30,36

- Leitura confirmada
Isento ICMS

Faturas em atraso

Out/18 70,80





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Andrade Calval da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 123340534 / 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sereno Calval da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 056227304 / 22, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Sereno Calval da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 056227304 / 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Sítio São José</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento <u>-</u>
Bairro <u>Área Rural</u>	Cidade <u>Alagoa Nova</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58125000</u>
Email <u></u>	Telefone comercial(DDD) <u>(83) 98167743</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 996318673</u>	

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

Andrade Calval da Silva

Assinatura do Declarante

14 JAH. 2019

PROTOCOLO

AC. ACÇÃO PESSOAL

DLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:56:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106011056418120000041750987>
Número do documento: 2106011056418120000041750987

Num. 43908275 - Pág. 3



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Andrade Calval da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 123340534 / 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sereno Calval da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 056227304 / 22, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Sereno Calval da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 056227304 / 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

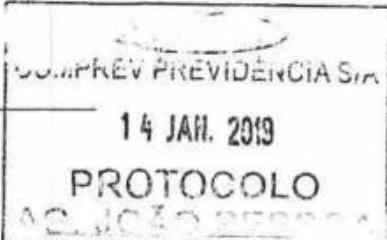
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Sítio São José</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento <u>-</u>
Bairro <u>Área Rural</u>	Cidade <u>Alagoa Nova</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58125000</u>
Email <u></u>	Telefone comercial(DDD) <u>(83) 98167743</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 996318673</u>	

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

Andrade Calval da Silva

Assinatura do Declarante





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

HO.

PRIÉVIA SIN
P.R.E.V.
PRÉVIAS

14 JAH. 2019

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1494332

CLASS. DE RISCO:

Risco

Nível de risco

Alívio de dor

Sintomas

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONÇALVES FERNANDES
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB - CEP: 58132-809
Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07

CONVÊNIO

55

Hora: 20:13:43

Atend.: 27/06/2017

CPF: 898000530474591

Data de Atend.: 27/06/2017

Especialidade:

CRM:

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

27/08/2017

PRÉVIAS

1 JAN. 2019

GOVERNO DA PARAÍBA
EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA
PROTEÇÃO à PESSOA

HU.

PRONT (B,E) N°:1494332

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB CEP: 58422-809
Bolema de Emergência (B,E) - Modelo 07

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Sexo: M
Idade: 049
Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DA SILVA

Responsável: GILVAN
Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

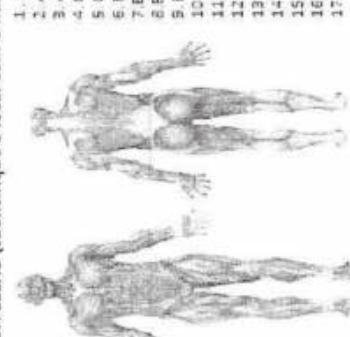
CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulso
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalamento
9. Envenenamento
10. Estrangulamento
11. Equimose
12. F�ra branca
13. Fratura aberta
14. Fratura fechada
15. Hematoma
16. Ingerimento venoso
17. Laceração
18. Lesão tóxica
19. Luxação
20. Mordedura
21. Movimento articular
22. Paralisia
23. Perda de sensibilidade
24. Rinsografia
25. Sinal de Iritâmia
26. Tumor



HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS



HU.

PESO:

ALTURA:

SÍNTESE:

SINTOMAS:

LESÕES:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMENTO:

PROGNÓSTICO:

COMENTÁRIOS:

NOTAS:

CONSIDERAÇÕES:

CONCLUSÃO:

DATA:

HORA:

PESO:

ALTURA:

SÍNTESE:



Ficha de Acolhimento

Nome:	Suelio Moreira Torres	Bairro:	Al. Nova
End:	R. St. São José	Data de Nascimento:	10/04/1988
		Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. Moto	Data do Atend:	27/08/177 Hora: 20:18
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fáceis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:	16/Minuto						
Pressão arterial:	14 JAN. 2019						
Dosagem de HGT:	PROTOCOLO PESSOA						
Deambulação:	() Livre	() Gade	() de rodas	() Maca	Mucosas:	() Normocorada	() Pálida

Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

MOD. 110

Assinatura e carimbo do profissional





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Serena Cobos de Souza</i>		Nº Prontuário
Data da Operação 23/08/11.	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Carlos - Dr. João</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Gilberto Gonçalves</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia <i>Dr. Lucas</i>	Tipo de Anestesia <i>Geral</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Tumor cistoadenomatoso</i>		
Tipo de Operação <i>Cistotomia</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação <i>não houve.</i>		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras	
① Pct em decúbito dorsal ② Abreque e antírgico ③ Incisão medianas ④ Interv. Preenchimento líquido livre inter-abdominal ⑤ Preenchimento líquido no córpo do seio ⑥ Sutura com crônico - O ⑦ Drenagem do córdo de ⑧ Encharcamento das planas anteriores ⑨ Cintura	
COMPRAFÉV PREVIDÊNCIA S/A	<i>Dr. João Moreira</i> 14/08/2019 Cirurgião-Dentista
14 JAH. 2019	
PROTÓCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Mr. D. 10/2/59

10. SCIENCE & TECHNOLOGY

A rectangular stamp with handwritten text. At the top, it reads "COMPANHIA PREVIDÊNCIASA". In the center, it says "14 JAN. 2019". Below that, it reads "PROTÓCOLO" and "AG. JOÃO PEBSOA".





Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1ª Via Cliente / 2ª Via Empresa / 3ª Via Fixa

Nº 5087

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSAIS C DE INVEST
C. Grange

TEL / FAX / E-MAIL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

Deverino Agnelo da Silva

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

Nº DO PONTUÁRIO

1494332

Nº AI. H

PROCEDIMENTO REALIZADO

TAB. Placa de Fratura no Tíbia

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

Fixador Externo Ortopédico

01

DATA DE UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

M. Moreira

28/10/2017

14 JAN. 2019

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

SUELI MOREIRA TORRES
14 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



2020-06-17

realizadas das demandas

SECRETARIA

DATA: 2020

HORAS:

Bom dia + cumprimento + cumprimento de autoridades + informado + 30
minutos de reunião com o Exercito + Sindicato
de 08:00 a 09:30 horas.

08:00

09:30/85.

Cumprimento

.....

25

Hora excessiva

10

200000

10

10

21:00

FO

Expediente ordinário

10

50

10

50

...-0-5
...-0-8
...-1-

COMPRA PREVIAURIA SIN

14 JAN. 2019

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

2020-06-17 08:42

Retorno das cartas --

80

10

10

21:00

21:00

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

----- 01

----- - 50

----- - 50

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

----- 10

X X
X X
X X
X X

----- 100

----- 100

----- 100

----- 100

----- 100

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Severino Cabral da Silva					DN: 20101168
QI	LEITE Salvo 4	CONVÉNIO SUS	IDADE 19 anos	REGISTRO 1494332	GOVERNO DA PARAÍBA
CIRURGIA L6 + extomafia + sutura de pe + fixação ANESTESIA Catapaxi epé + fixação INSTRUMENTADORA Condutor		CIRURGIÃO Dr. Carlos + Dr. Júlio + Dr. Brand ANESTESIA Dr. Sérgio Abreu + Dr. Rafael		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalinamp.	Calef. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropinamp.	Catet. De Urinari Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepamamp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimoreamp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantinaamp.	Cotonoides		Catgut Simples Sertix	
	Eframe ml	Dreno Succos 6.4		Catgut Simples Sertix	
	Fenagamamp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanilml 200ug	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubatinamp.	Equipo de Sangue	14 JAH. 2019	Fio de Algodão Sertix	
	Pavulonamp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmineamp.	Espadrapo Largo		Fio de Algodão Sutupak	
	Protocolo l/m	Furacan		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicinml	Gás Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifenamp.	H2O ml	06	Mononylon 2-0 . . .	
01	Thiemembutal ml Propofol	Intracath Adulto	03	Mononylon 3-0 . . .	
01	Traçumamp Remifentan	Intracath Infantil	03	Prolene Serfix -1 . . .	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23 . . *		Prolene Serfix	
04	Aqua Destiladaamp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
01	Decadronamp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
02	Dipironamp.	Luvias 7.0 procedimento		Vicryl Serfix	
	Flaxidolamp.	Luvias 7.5 .		Vicryl Serfix	
	Fliebocortidamp.	Luvias 8.0 .		Vicryl Serfix	
	Geramicinaamp.	Luvias 8.5 .		Vicryl Serfix	
	Glicoseamp.	Oxigênio l/m			
	Glucos de Cálcioamp.	Polifix			
	Haemacelml.	PVPI Degemante ml			
	Heparemal.	PVPI Tópico ml.			
	Kanakionamp.	Sabão Antiséptico	10	SOROS	
	Lasixamp	Saco coletor		SG Normotérmico fr 500 ml SF 10 pt levava	
	Medrolinazol.	Seringa desc. 10 ml . .		SG Gelado fr 500 ml	
01	Plastiamp. novocain	Seringa desc. 20 ml . .	02	SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml . .	02	SG Ringr fr 500 ml . .	
	Revivanamp.	Sonda		SG fr 500 ml SF . .	
	Stupitanonamp.	Sonda folley 2.21030162	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina Ig	Sonda Nasogástrica			
02	Citrioxone	Sonda Uretal nº 20			
02	Filital	Styredrem ml			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Torreirinha			
02	Aguilhasc. 25-7 40X12	Vaselina ml			
	Aguilhasc. 28 x 28	Gelcon 18			
	Aguilhasc. 3 x 4,5	Lates			
05	Aguilha p/ raque nº	BUTAFLIX			
01	Álcool de Enfermagem	TET 810		EQUIPAMENTOS	
01	Álcool Iodado ml	FUTR		(X) Oxímetro de Pulso	
01	Ataduras de Crepon	ELF condutor		() Foco	
01	Ataduras de Gessada	felce nº 14		(X) Serra	
01	Azul metílenoamp.	seringa 60 ml		() Desfibrilador	
	Benzina ml			(X) Foco Frontal	
				() Fonte de Luz	
				(X) Perfil	
				Circulante Pneira + Suturing	

ORTOBINTEB IND. E COM. LTDA
Ref.: 5747009 Lote: 3601F17
FIXADOR LAY FIX CF BAIRRA 300
FIXADOR EXTERNO LAYFIX
Registro ANVISA: 18223719035
Responsible: CARLOS M. NAKAMURA/CREA N. 0801628873

TEL: 280372922

280372017

ESTERIL R

280372017

CIRCULANTE

RESPONSA

MOD 006

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>

Num. 43908275 - Pág. 12





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>José Geraldo da Silva</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>28.8.14</i>	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Breno Tomás</i>	1º Auxiliar <i>Pr. Nenhum</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia <i>Alcur</i>	Tipo de Anestesia <i>Alcur</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Faringe exposta com risco da ferida (1) com (3) A ; ferimento no (E) e ferida exposta aberta (2)</i>		
<u>Tipo de Operação</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato	<i>EXAME PREVIDÊNCIA S.A. 14 JAH. 2019 PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA</i>	
Acidente Durante a Operação		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<i>AD TOPO: anterolateral esquerda expondo os corpos vertebrais espessura de 14 a 18 mm. medir reduzir/abertura de ferida o ferido é fixado extremo direito ferido (1) ferido fechado máscara</i>
<i>2º topo: ferido fechado ferido (2)</i>
<i>3º topo: ferido para alinhado do olácrano (3) espessura de 14 a 18 mm. ferido extremo de corpo esquerda máscara</i>

Mod. 01B

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Nome do Paciente <i>Rennos Cabral de Silveira</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>28/9/17</i>	Enf. <i>Drtbpt</i>	Leito 9.1
Operador <i>Dr Amaro José</i>	1º Auxiliar <i>Dr Hallisson</i>	
2º Auxiliar <i>Dr Wagner</i>	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Frx exposto ossos de perna D</i>		
Tipo de Operação <i>Osteossíntese iuxtaarticular</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia <i>/</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>Não</i>	<i>SIMPREV PREVIDÊNCIAS SIM 14 JAH. 2019 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</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 DPHT sob anestesia 2) Asepsia e antisepsia 3) Campos esterilizados 4) Incisões anteriores perna D por planos + hemostasia 5) Reduções correntes de fios de Fratura + fixações com placas OCP larga 8 furos + parafusos corticiais 6) Incisões quadril e per plaus + Hemostasia 7) Retirada de enxertos ósseos espinhosos. 8) Colocação de enxerto ósseo eponjado em fios de Fratura. 9) Sutura por planos 10) Curativos

Dr. João Cesar Gastro
 Ortopedia e Traumatologia
 Unimed PB - 1986

Mod. 01B

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento
8230

Hospital:	<i>Hospital de Base</i>	Código:	
Procedimento:	<i>Abordagem Iliaca e Fas</i>	Cód. Procedimento:	
Paciente:	<i>Silvana da Silva</i>		
Data da Cirurgia:	<i>27/09/11</i>	Nº prontuário:	<i>99993336</i>
Cirurgião:	<i>Dr. Mariano</i>	Código:	
		<input checked="" type="checkbox"/> Reposição <input type="checkbox"/> Caixa Pronta	

DESCRÍÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

	Nº						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº	32	32	32				
	Qtd.	00	01	03				
	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

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS
Condições de Pagamento: _____
Faturar N.F para: _____
Cód. do consultor: _____ Total: _____
Cód. Insta-mail: _____

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodólico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.550/0001-05 | Fone/Fax: (88) 3251-4801 | E-mail: bioimplants.com.br



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Seiterino cabral da silva DN = 10/01/1969

QI

LEITE
Sala 03CONVÉNIO
SUS

IDADE

REGISTRO

99 anni

1494332

CIRURGIA

CIRURGIÃO

ANESTESIA

Roxo
Plan

ANESTESIA

Dr. felix

INSTRUMENTADORA

DATA
28/09/2017INICIO
17:00FIM
18:50GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Qty.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS	RÔNIGO
	Adrenalina amp.		Calef. p/ Oxyg.		Catgut cromado Sertix	121017 01
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	280917 02
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
21	Dimora amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	0802 81
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml <i>neocaína</i>		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubabin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	01	Espiradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	01	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ml	03	Mononylon M = 2.08	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	02	Mononylon 3.0	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qty.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
	Decadron amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
	Dipirona amp.	02	Luvas 7.0		Vicryl Serfix 2.0	
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	02	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	04	Oxigênio l/m <i>16 L</i>			
	Glucos de Calcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemente ml.			
	Hepárema ml.		PVPI Tópico ml.	Qty.	SOROS	
	Kankacion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lesix amp.	04	Saco coletor <i>plástico</i>		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasili amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda		JUN 11/2015	
	Stiptanon amp.		Sonda folley	Qty.	ORTSESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica	03	Placa p/ CT scan 45000	
			Sonda Uretral nº	06	Placa V/V 005	
			Steridram ml			
			Torneirinha			
Qty.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4,5		05 eletrados			
01	Aguilha p/ raque nº 25					
	Álcool de Enfermagem					
	Álcool Iodado ml		100% PVP PREVIDÊNCIA SIN			
	Aladuras de Crepon					
	Aladuras de Gessada		14 JAH. 2019			
	Azul metílico amp.					
	Benzina ml					

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EQUIPAMENTOS

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Maria JOSE DA CUNHA
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN PB 001.162.928

MOD 066



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente | SARAH VIVIAN | 07/07/07

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/10/19	1 - Dieta livre		
	2 - SRL 500 ml I.V. 12h. 6/6/6	12-00-30-00	7370 ml
	3 - Dipirona 02 mL + S.F 10mL I.V 8 / 8 h (lentamente)	14-00-00	Boas evoluções
	4 - Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F 0,9% 100mL	16-00-00	ANALG = OK
	I.V 12 / 12 h. (correr em 20 min.)	18-00-00	Leyte com ptz
	5 - Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente).	20-00-00	Hálito G
	6 - C. C. Gerais	22-00-00	obnega
	7 - Detox 1000 mg	23-00-00	
	8 - Omeprazol 40 mg I.V. 18	24-00-00	
	9 - Omeprazol 40 mg I.V.	25-00-00	
	10 - Omeprazol 40 mg I.V.	26-00-00	
		27-00-00	
		28-00-00	
		29-00-00	
		30-00-00	
		31-00-00	
		01-00-00	
		02-00-00	
		03-00-00	
		04-00-00	
		05-00-00	
		06-00-00	
		07-00-00	
		08-00-00	
		09-00-00	
		10-00-00	
		11-00-00	
		12-00-00	
		13-00-00	
		14-00-00	
		15-00-00	
		16-00-00	
		17-00-00	
		18-00-00	
		19-00-00	
		20-00-00	
		21-00-00	
		22-00-00	
		23-00-00	
		24-00-00	
		25-00-00	
		26-00-00	
		27-00-00	
		28-00-00	
		29-00-00	
		30-00-00	
		31-00-00	
		01-00-00	
		02-00-00	
		03-00-00	
		04-00-00	
		05-00-00	
		06-00-00	
		07-00-00	
		08-00-00	
		09-00-00	
		10-00-00	
		11-00-00	
		12-00-00	
		13-00-00	
		14-00-00	
		15-00-00	
		16-00-00	
		17-00-00	
		18-00-00	
		19-00-00	
		20-00-00	
		21-00-00	
		22-00-00	
		23-00-00	
		24-00-00	
		25-00-00	
		26-00-00	
		27-00-00	
		28-00-00	
		29-00-00	
		30-00-00	
		31-00-00	
		01-00-00	
		02-00-00	
		03-00-00	
		04-00-00	
		05-00-00	
		06-00-00	
		07-00-00	
		08-00-00	
		09-00-00	
		10-00-00	
		11-00-00	
		12-00-00	
		13-00-00	
		14-00-00	
		15-00-00	
		16-00-00	
		17-00-00	
		18-00-00	
		19-00-00	
		20-00-00	
		21-00-00	
		22-00-00	
		23-00-00	
		24-00-00	
		25-00-00	
		26-00-00	
		27-00-00	
		28-00-00	
		29-00-00	
		30-00-00	
		31-00-00	
		01-00-00	
		02-00-00	
		03-00-00	
		04-00-00	
		05-00-00	
		06-00-00	
		07-00-00	
		08-00-00	
		09-00-00	
		10-00-00	
		11-00-00	
		12-00-00	
		13-00-00	
		14-00-00	
		15-00-00	
		16-00-00	
		17-00-00	
		18-00-00	
		19-00-00	
		20-00-00	
		21-00-00	
		22-00-00	
		23-00-00	
		24-00-00	
		25-00-00	
		26-00-00	
		27-00-00	
		28-00-00	
		29-00-00	
		30-00-00	
		31-00-00	
		01-00-00	
		02-00-00	
		03-00-00	
		04-00-00	
		05-00-00	
		06-00-00	
		07-00-00	
		08-00-00	
		09-00-00	
		10-00-00	
		11-00-00	
		12-00-00	
		13-00-00	
		14-00-00	
		15-00-00	
		16-00-00	
		17-00-00	
		18-00-00	
		19-00-00	
		20-00-00	
		21-00-00	
		22-00-00	
		23-00-00	
		24-00-00	
		25-00-00	
		26-00-00	
		27-00-00	
		28-00-00	
		29-00-00	
		30-00-00	
		31-00-00	
		01-00-00	
		02-00-00	
		03-00-00	
		04-00-00	
		05-00-00	
		06-00-00	
		07-00-00	
		08-00-00	
		09-00-00	
		10-00-00	
		11-00-00	
		12-00-00	
		13-00-00	
		14-00-00	
		15-00-00	
		16-00-00	
		17-00-00	
		18-00-00	
		19-00-00	
		20-00-00	
		21-00-00	
		22-00-00	
		23-00-00	
		24-00-00	
		25-00-00	
		26-00-00	
		27-00-00	
		28-00-00	
		29-00-00	
		30-00-00	
		31-00-00	
		01-00-00	
		02-00-00	
		03-00-00	
		04-00-00	
		05-00-00	
		06-00-00	
		07-00-00	
		08-00-00	
		09-00-00	
		10-00-00	
		11-00-00	
		12-00-00	
		13-00-00	
		14-00-00	
		15-00-00	
		16-00-00	
		17-00-00	
		18-00-00	
		19-00-00	
		20-00-00	
		21-00-00	
		22-00-00	
		23-00-00	
		24-00-00	
		25-00-00	
		26-00-00	
		27-00-00	
		28-00-00	
		29-00-00	
		30-00-00	
		31-00-00	
		01-00-00	
		02-00-00	
		03-00-00	
		04-00-00	
		05-00-00	
		06-00-00	
		07-00-00	
		08-00-00	
		09-00-00	
		10-00-00	
		11-00-00	
		12-00-00	
		13-00-00	
		14-00-00	
		15-00-00	
		16-00-00	
		17-00-00	
		18-00-00	
		19-00-00	
		20-00-00	
		21-00-00	
		22-00-00	
		23-00-00	
		24-00-00	
		25-00-00	
		26-00-00	
		27-00-00	
		28-00-00	
		29-00-00	
		30-00-00	
		31-00-00	
		01-00-00	
		02-00-00	
		03-00-00	
		04-00-00	
		05-00-00	
		06-00-00	
		07-00-00	
		08-00-00	
		09-00-00	
		10-00-00	
		11-00-00	
		12-00-00	
		13-00-00	
		14-00-00	
		15-00-00	
		16-00-00	
		17-00-00	
		18-00-00	
		19-00-00	
		20-00-00	
		21-00-00	
		22-00-00	
		23-00-00	
		24-00-00	
		25-00-00	
		26-00-00	
		27-00-00	
		28-00-00	
		29-00-00	
		30-00-00	
		31-00-00	
		01-00-00	
		02-00-00	
		03-00-00	
		04-00-00	
		05-00-00	
		06-00-00	
		07-00-00	
		08-00-00	
		09-00-00	
		10-00-00	
		11-00-00	
		12-00-00	
		13-00-00	
		14-00-00	
		15-00-00	
		16-00-00	
		17-00-00	
		18-00-00	
		19-00-00	
		20-00-00	
		21-00-00	
		22-00-00	
		23-00-00	
		24-00-00	
		25-00-00	
		26-00-00	
		27-00-00	
		28-00-00	
		29-00-00	
		30-00-00	
		31-00-00	
		01-00-00	
		02-00-00	
		03-00-00	
		04-00-00	
		05-00-00	
		06-00-00	
		07-00-00	
		08-00-00	
		09-00-00	
		10-00-00	
		11-00-00	
		12-00-00	
		13-00-00	
		14-00-00	
		15-00-00	
		16-00-00	
		17-00-00	
		18-00-00	
		19-00-00	
		20-00-00	
		21-00-00	
		22-00-00	
		23-00-00	
		24-00-00	
		25-00-00	
		26-00-00	
		27-00-00	
		28-00-00	
		29-00-00	
		30-00-00	
		31-00-00	
		01-00-00	
		02-00-00	
		03-00-00	
		04-00-00	
		05-00-00	
		06-00-00	
		07-00-00	
		08-00-00	
		09-00-00	
		10-00-00	
		11-00-00	
		12-00-00	
		13-00-00	
		14-00-00	
		15-00-00	
		16-00-00	
		17-00-00	
		18-00-00	
		19-00-00	
		20-00-00	
		21-00-00	
		22-00-00	
		23-00-00	
		24-00-00	
		25-00-00	
		26-00-00	
		27-00-00	
		28-00-00	
		29-00-00	
		30-00-00	
		31-00-00	
		01-00-00	
		02-00-00	
		03-00-00	
		04-00-00	
		05-00-00	
		06-00-00	
		07-00-00	
		08-00-00	
		09-00-00	
		10-00-00	
		11-00-00	
		12-00-00	
		13-00-00	
		14-00-00	
		15-00-00	
		16-00-00	
		17-00-00	
		18-00-00	
		19-00-00	
		20-00-00	
		21-00-00	
</			

MOO 035



DIAGNÓSTICO

② ~~for other persons~~

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Severinus Gaber





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

74

DIAGNÓSTICO

Stimme

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

✓ x top drama ④ + Period

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio	Evolução Médica
Data	Prescrição Médica			Horário
13	1. Dieta <u>HFC</u>			<u>17:00</u>
14	2. Sibutramina 50mg/24h			
15	3. Dipirona 02Ml+ AD EV/06/05h			<u>12:00</u>
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h			<u>12:00</u>
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum			<u>06:00</u>
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN			<u>06:00</u>
	7. Nauseddon 01 FA + AD EV 8/8h SN			<u>06:00</u>
	8. Clexane 40mg SC/dia			<u>10:00</u>
	9. SSVV + CGGG			<u>10:00</u>
	10. TENS			<u>10:00</u>
	11. TENS			<u>10:00</u>
	12. TENS			<u>10:00</u>
	13. TENS			<u>10:00</u>
	14. TENS			<u>10:00</u>
	15. TENS			<u>10:00</u>
	16. TENS			<u>10:00</u>
	17. TENS			<u>10:00</u>
	18. TENS			<u>10:00</u>
	19. TENS			<u>10:00</u>
	20. TENS			<u>10:00</u>
	21. TENS			<u>10:00</u>
	22. TENS			<u>10:00</u>
	23. TENS			<u>10:00</u>
	24. TENS			<u>10:00</u>
	25. TENS			<u>10:00</u>
	26. TENS			<u>10:00</u>
	27. TENS			<u>10:00</u>
	28. TENS			<u>10:00</u>
	29. TENS			<u>10:00</u>
	30. TENS			<u>10:00</u>
	31. TENS			<u>10:00</u>
	32. TENS			<u>10:00</u>
	33. TENS			<u>10:00</u>
	34. TENS			<u>10:00</u>
	35. TENS			<u>10:00</u>
	36. TENS			<u>10:00</u>
	37. TENS			<u>10:00</u>
	38. TENS			<u>10:00</u>
	39. TENS			<u>10:00</u>
	40. TENS			<u>10:00</u>
	41. TENS			<u>10:00</u>
	42. TENS			<u>10:00</u>
	43. TENS			<u>10:00</u>
	44. TENS			<u>10:00</u>
	45. TENS			<u>10:00</u>
	46. TENS			<u>10:00</u>
	47. TENS			<u>10:00</u>
	48. TENS			<u>10:00</u>
	49. TENS			<u>10:00</u>
	50. TENS			<u>10:00</u>
	51. TENS			<u>10:00</u>
	52. TENS			<u>10:00</u>
	53. TENS			<u>10:00</u>
	54. TENS			<u>10:00</u>
	55. TENS			<u>10:00</u>
	56. TENS			<u>10:00</u>
	57. TENS			<u>10:00</u>
	58. TENS			<u>10:00</u>
	59. TENS			<u>10:00</u>
	60. TENS			<u>10:00</u>
	61. TENS			<u>10:00</u>
	62. TENS			<u>10:00</u>
	63. TENS			<u>10:00</u>
	64. TENS			<u>10:00</u>
	65. TENS			<u>10:00</u>
	66. TENS			<u>10:00</u>
	67. TENS			<u>10:00</u>
	68. TENS			<u>10:00</u>
	69. TENS			<u>10:00</u>
	70. TENS			<u>10:00</u>
	71. TENS			<u>10:00</u>
	72. TENS			<u>10:00</u>
	73. TENS			<u>10:00</u>
	74. TENS			<u>10:00</u>
	75. TENS			<u>10:00</u>
	76. TENS			<u>10:00</u>
	77. TENS			<u>10:00</u>
	78. TENS			<u>10:00</u>
	79. TENS			<u>10:00</u>
	80. TENS			<u>10:00</u>
	81. TENS			<u>10:00</u>
	82. TENS			<u>10:00</u>
	83. TENS			<u>10:00</u>
	84. TENS			<u>10:00</u>
	85. TENS			<u>10:00</u>
	86. TENS			<u>10:00</u>
	87. TENS			<u>10:00</u>
	88. TENS			<u>10:00</u>
	89. TENS			<u>10:00</u>
	90. TENS			<u>10:00</u>
	91. TENS			<u>10:00</u>
	92. TENS			<u>10:00</u>
	93. TENS			<u>10:00</u>
	94. TENS			<u>10:00</u>
	95. TENS			<u>10:00</u>
	96. TENS			<u>10:00</u>
	97. TENS			<u>10:00</u>
	98. TENS			<u>10:00</u>
	99. TENS			<u>10:00</u>
	100. TENS			<u>10:00</u>
	101. TENS			<u>10:00</u>
	102. TENS			<u>10:00</u>
	103. TENS			<u>10:00</u>
	104. TENS			<u>10:00</u>
	105. TENS			<u>10:00</u>
	106. TENS			<u>10:00</u>
	107. TENS			<u>10:00</u>
	108. TENS			<u>10:00</u>
	109. TENS			<u>10:00</u>
	110. TENS			<u>10:00</u>
	111. TENS			<u>10:00</u>
	112. TENS			<u>10:00</u>
	113. TENS			<u>10:00</u>
	114. TENS			<u>10:00</u>
	115. TENS			<u>10:00</u>
	116. TENS			<u>10:00</u>
	117. TENS			<u>10:00</u>
	118. TENS			<u>10:00</u>
	119. TENS			<u>10:00</u>
	120. TENS			<u>10:00</u>
	121. TENS			<u>10:00</u>
	122. TENS			<u>10:00</u>
	123. TENS			<u>10:00</u>
	124. TENS			<u>10:00</u>
	125. TENS			<u>10:00</u>
	126. TENS			<u>10:00</u>
	127. TENS			<u>10:00</u>
	128. TENS			<u>10:00</u>
	129. TENS			<u>10:00</u>
	130. TENS			<u>10:00</u>
	131. TENS			<u>10:00</u>
	132. TENS			<u>10:00</u>
	133. TENS			<u>10:00</u>
	134. TENS			<u>10:00</u>
	135. TENS			<u>10:00</u>
	136. TENS			<u>10:00</u>
	137. TENS			<u>10:00</u>
	138. TENS			<u>10:00</u>
	139. TENS			<u>10:00</u>
	140. TENS			<u>10:00</u>
	141. TENS			<u>10:00</u>
	142. TENS			<u>10:00</u>
	143. TENS			<u>10:00</u>
	144. TENS			<u>10:00</u>
	145. TENS			<u>10:00</u>
	146. TENS			<u>10:00</u>
	147. TENS			<u>10:00</u>
	148. TENS			<u>10:00</u>
	149. TENS			<u>10:00</u>
	150. TENS			<u>10:00</u>
	151. TENS			<u>10:00</u>
	152. TENS			<u>10:00</u>
	153. TENS			<u>10:00</u>
	154. TENS			<u>10:00</u>
	155. TENS			<u>10:00</u>
	156. TENS			<u>10:00</u>
	157. TENS			<u>10:00</u>
	158. TENS			<u>10:00</u>
	159. TENS			<u>10:00</u>
	160. TENS			<u>10:00</u>
	161. TENS			<u>10:00</u>
	162. TENS			<u>10:00</u>
	163. TENS			<u>10:00</u>
	164. TENS			<u>10:00</u>
	165. TENS			<u>10:00</u>
	166. TENS			<u>10:00</u>
	167. TENS			<u>10:00</u>
	168. TENS			<u>10:00</u>
	169. TENS			<u>10:00</u>
	170. TENS			<u>10:00</u>
	171. TENS			<u>10:00</u>
	172. TENS			<u>10:00</u>
	173. TENS			<u>10:00</u>
	174. TENS			<u>10:00</u>
	175. TENS			<u>10:00</u>
	176. TENS			<u>10:00</u>
	177. TENS			<u>10:00</u>
	178. TENS			<u>10:00</u>
	179. TENS			<u>10:00</u>
	180. TENS			<u>10:00</u>
	181. TENS			<u>10:00</u>
	182. TENS			<u>10:00</u>
	183. TENS			<u>10:00</u>
	184. TENS			<u>10:00</u>
	185. TENS			<u>10:00</u>
	186. TENS			<u>10:00</u>
	187. TENS			<u>10:00</u>
	188. TENS			<u>10:00</u>
	189. TENS			<u>10:00</u>
	190. TENS			<u>10:00</u>
	191. TENS			<u>10:00</u>
	192. TENS			<u>10:00</u>
	193. TENS			<u>10:00</u>
	194. TENS			<u>10:00</u>
	195. TENS			<u>10:00</u>
	196. TENS			<u>10:00</u>
	197. TENS			<u>10:00</u>
	198. TENS			<u>10:00</u>
	199. TENS			<u>10:00</u>
	200. TENS			<u>10:00</u>
	201. TENS			<u>10:00</u>
	202. TENS			<u>10:00</u>
	203. TENS			<u>10:00</u>
	204. TENS			<u>10:00</u>
	205. TENS			<u>10:00</u>
	206. TENS			<u>10:00</u>
	207. TENS			<u>10:00</u>
	208. TENS			<u>10:00</u>
	209. TENS			<u>10:00</u>
	210. TENS			<u>10:00</u>
	211. TENS			<u>10:00</u>
	212. TENS			<u>10:00</u>
	213. TENS			<u>10:00</u>
	214. TENS			<u>10:00</u>
	215. TENS			<u>10:00</u>
	216. TENS			<u>10:00</u>
	217. TENS			<u>10:00</u>
	218. TENS			<u>10:00</u>
	219. TENS			<u>10:00</u>
	220. TENS			<u>10:00</u>
	221. TENS			<u>10:00</u>
	222. TENS			<u>10:00</u>
	223. TENS			<u>10:00</u>
	224. TENS			<u>10:00</u>
	225. TENS			<u>10:00</u>
	226. TENS			<u>10:00</u>
	227. TENS			<u>10:00</u>
	228. TENS			<u>10:00</u>
	229. TENS			<u>10:00</u>
	230. TENS			<u>10:00</u>
	231. TENS			<u>10:00</u>
	232. TENS			<u>10:00</u>
	233. TENS			<u>10:00</u>
	234. TENS			<u>10:00</u>
	235. TENS			<u>10:00</u>
	236. TENS			<u>10:00</u>
	237. TENS			<u>10:00</u>
	238. TENS			<u>10:00</u>
	239. TENS			<u>10:00</u>
	240. TENS			<u>10:00</u>
	241. TENS			<u>10:00</u>
	242. TENS			<u>10:00</u>
	243. TENS			<u>10:00</u>
	244. TENS			<u>10:00</u>
	245. TENS			<u>10:00</u>
	246. TENS			<u>10:00</u>
	247. TENS			<u>10:00</u>
	248. TENS			<u>10:00</u>
	249. TENS			<u>10:00</u>
	250. TENS			<u>10:00</u>
	251. TENS			<u>10:00</u>
	252. TENS			<u>10:00</u>
	253. TENS			<u>10:00</u>
	254. TENS			<u>10:00</u>
	255. TENS			<u>10:00</u>
	256. TENS			<u>10:00</u>
	257. TENS			<u>10:00</u>
	258. TENS			<u>10:00</u>
	259. TENS			<u>10:00</u>
	260. TENS			<u>10:00</u>
	261. TENS			<u>10:00</u>
	262. TENS			<u>10:00</u>
	263. TENS			<u>10:00</u>
	264. TENS			<u>10:00</u>
	265. TENS			<u>10:00</u>
	266. TENS			<u>10:00</u>
	267. TENS			<u>10:00</u>
	268. TENS			<u>10:00</u>
	269. TENS			<u>10:00</u>
	270. TENS			<u>10:00</u>
	271. TENS			<u>10:00</u>
	272. TENS			<u>10:00</u>
	273. TENS			<u>10:00</u>
	274. TENS			<u>10:00</u>
	275. TENS			<u>10:00</u>
	276. TENS			<u>10:00</u>
	277. TENS			<u>10:00</u>
	278. TENS			<u>10:00</u>
	279. TENS			<u>10:00</u>
	280. TENS			<u>10:00</u>
	281. TENS			<u>10:00</u>
	282. TENS			<u>10:00</u>
	283. TENS			<u>10:00</u>
	284. TENS			<u>10:00</u>
	285. TENS			<u>10:00</u>
	286. TENS			<u>10:00</u>
	287. TENS			<u>10:00</u>
	288. TENS			<u>10:00</u>
	289. TENS			<u>10:00</u>
	290. TENS			<u>10:00</u>
	291. TENS			<u>10:00</u>
	292. TENS			<u>10:00</u>
	293. TENS			<u>10:00</u>

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:56:42
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110564181200000041750987>
Número do documento: 21060110564181200000041750987

Num. 43908275 - Pág. 20



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico

ORTOPEDIA 1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49

ppf-Op. C

EX EXB DIAEICE ACCAE DEBNAD

Prescrição Médica

Evolução Médica

Data	Prescrição Médica	Evolução Médica
Horário		
10/01/2018	1 DIETAR HAMBURGUER	
2 HELICO SAINIZADO		
3 DIPIRONA 1G+ABD EV 6/6H		#ORTOPEDIA
4 TRAMAL 100mg + STO,9% 100ml EV 8/8H		DESGESTIVEL
5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	SU	Sem intercorrências
6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JESUM	OF	Durese ENZUCCOES +
7 TITATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN	SU	FO 11-02-18-02
8 XARELTO 10MG 1CP VO DIA	18	
9 SSV + CCGG		
10		
11	Dr. Júlio Cesar Castro	
12	Ortopedista	Dr. Júlio Cesar Castro
13	Ortopedista	Dr. Júlio Cesar Castro
14		
15		

MOD. 045





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

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

400,035





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

MAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA BOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

DRTOP
EITI 9.1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

500,000



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Guilherme Guedes da Silveira Idade: 19
Convênio: S.A.S. Data: 27/08/12
Procedimento: LFT - silvite e rotura de pí + fixação
fratura - impulso.

Observações:

Realizado exame corporal, fono e revisão de exames com anomalias. Também feita gasonometria arterial e medicados C.P.M. solicitação laboratorial às 8:50h. Dérino
04/03/1975 72

548
After 50%
c. 1970-80

Assinatura Anestesista Circulante
Relatório de Operação MOD. 103

Relatório de Operação

1

MOD. 103





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

ORTOPEDIA 2
EXTRA 3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

PATIBIA D

Paciente SEVERINO CABRAL, 49

EXTRA 3

Prescrição Médica

卷之三

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:56:42
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106011056418120000041750987>
Número do documento: 2106011056418120000041750987

Núm. 43908275 - Pág. 26



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento
8391

Hospital: de la Encarnación e Instituto de E. Grande Cárdenas;

Procedimento: _____ **Cód. Procedimento:** _____

Paciente: 354100000000000000

Data da Cirurgia: / / Nº prontuário: Convênio:

Cirurgião: _____ Código: _____

DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

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

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTHÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

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



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

<http://pie.tiob.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110564181200000041750987>

Número do documento: 2106011056418120000041750987

Num. 43908275 - Pág. 27

Nome do Paciente <i>Sorenino CRB-MAZ.</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>04/01/18</i>	Enf. <i>016P-II</i>	Leito <i>00-3</i>
Operador <i>Dr. Edimilson</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Allison (mex)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Yury (mex)</i>	3º Auxiliar <i>-</i>	Instrumentador <i>Naema</i>
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>PA Tibia C</i>		
Tipo de Operação <i>Fixação óssea (fixation) + RMS.</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia <i>o</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>sim</i>	SIN-PREV PREVIDÊNCIA S.A. 14 JAN. 2013 PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA	
Acidente Durante a Operação <i>nao</i>		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

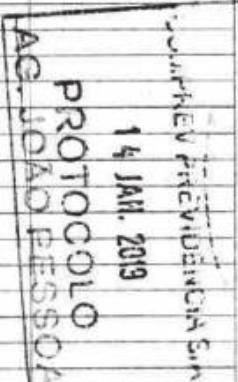
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em ORN sob anestesia. 2) Acessória + Antissepsia + Campo estéril. 3) Incisão em fixo anterior para C. 4) Dissecção per plena + Hemostasia. 5) RMS phca + perfusão. 6) Coleta de fragmentos ósseos na artrose. 7) Osteosíntese c/ fixo ótimo tipo Preston sob escopos. 8) Levantamento da c/ fixo. 9) Fechamento per plena. 10) Cerrado.
<i>Y. T. D. - 01/06/2021 10:56:42 Cadastrado em 16/07/2019</i>

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Severino Calval da Silva on 10/01/68					 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO		
	Sala 04	SUS	49	1339713		
CIRURGIA Trat. em Com abordagem ao Reparativo de Tibio Direito			CIRURGÃO Dr. Halisson + Dr. Eudílio			
ANESTESIA Dr. Isabelle		ANESTESIA Rágur				
INSTRUMENTADORA NORMA	DATA 04/01/18	INICIO 08:00	FIM 09:35			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
01	Adrenalina amp.	Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
05	Diazepan amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp.	Cotonoides		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenegam amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso		
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond		
01	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubathin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
05	Protigmine amp.	Eparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulupak		
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak		
05	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades	03	Fita cardíaca		
	Rapifen amp.	H ₂ O ml		Mononylon 2-0		
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Serfix		
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n° 23	 14 JAN. 2019		
04	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11			
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15			
02	Dipirona amp.	02	Luvas 7.0			
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5			
	Flebotortid amp.		Luvas 8.0			
	Geramicina amp.	05	Luvas 8.5 <i>Precid</i>			
	Glicose amp.	05	Oxigênio l/m			
	Glucos de Cálcio amp.		Polflix			
	Haemaccel ml.		PVPI Degemerante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	SOROS		
	Kanakion amp.	05	Sabão Antiséptico			
	Lesix amp.	06	Saco coletor <i>p/ luxo</i>			
	Medrotinazol.	01	Seringa desc. 10 ml			
	Piasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml			
01	Prolamina <i>ampuluzel</i>	01	Seringa desc. 05 ml			
02	Reveren amp. <i>n'ausidum</i>		Sonda	02		
01	Stipulan amp. <i>ampuluzel</i>		Sonda folley	05		
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica		ORTSESE E PROTESE	
01	<i>nyc a pesada</i>		Sonda Uretral n°			
01	<i>Scirum</i>		Steridrem ml			
02	<i>Tucan</i>		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	01	Vasolina ml <i>celan 20</i>	Material:		
01	Aguilha desc. 25 x 7 <i>10 x 12</i>	01	Gelcon 18	<i>Bis Implants</i>		
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4.5	05	<i>Aliba Tubular</i>	EQUIPAMENTOS		
02	Aguilha p/ raque n° 25	05	<i>elétrodes</i>	(<input checked="" type="checkbox"/>) Oxímetro de Pulso	(<input type="checkbox"/>) Foco Auxiliar	
05	Álcool de Enfermagem	04	<i>escorinhas</i>	(<input type="checkbox"/>) Serra	(<input type="checkbox"/>) Eletrocautério	
	Álcool Iodado ml			(<input type="checkbox"/>) Deslibrilador	(<input checked="" type="checkbox"/>) Oxicapiógrafo	
01	Ataduras de Crepon			(<input checked="" type="checkbox"/>) Foco Frenético	(<input checked="" type="checkbox"/>) Cardiomonitor	
	Ataduras de Gessada			(<input type="checkbox"/>) Fonte de Luz	(<input checked="" type="checkbox"/>) Perfurador Elétrico	
	Azul metílico amp.				Rosangela da C. Quintans	
	Benzina ml				Perf. e Enf. g	
					CIRCULANTE RESPONSABEIS 8.850	

MOD USE



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO		Ex-t. 03	PA-19667-Sub. A	Convenio:
cliente	Serviço:	Alojamento:	Leito	
GR VLR	Serviço Geral			

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES





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

CROTOPEIA 2
EXTRA 3

[Handwritten signature]
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

PATIBIA

Paciente **SEVERINO CABRAL, 49**

Alojamento _____ Leito _____ Convênio _____ EXTRA 3

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1/1/2018	1. DIETA LIVRE	CT	
	2. JELCO N° 18 - SALINIZADO	CT	
	3. DIPRONA 1G + ABD EV 6/6H	24/08	
	4. OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEJUM	08	
	5. DEAMBULAR COM MILFTAS	CT	<i>BEG. e estive bem intercorrente</i>
	6. MEDICAÇÕES DE USO CRÔMICO COM O PACIENTE	CT	
	7. CLIBATIVO 1X DIA	CT	
	8. SSVN + CCGG	26/08	
	9. <i>(Handwritten prescription)</i>	26/08	
10			
11			
12			
13			<i>Un. 100% / Vér. 100%</i>
14			<i>Observado / Vér. 100%</i>
15			<i>Vermelha</i>

COMPREV PREVIDÊNCIAS/A
14 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO FESSOA



Ficha de Acolhimento

Nome:	Suelio Moreira Torres	Bairro:	Al. Nova
End:	R. St. São José	Data de Nascimento:	10/04/1988
		Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. Auto	Data do Atend:	27/08/177 Hora: 20:18
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fáceis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:	16/Minuto						
Pressão arterial:	14 JAN. 2019						
Dosagem de HGT:	PROTOCOLO PESSOA						
Deambulação:	() Livre	() Gade	() de rodas	() Maca	Mucosas:	() Normocorada	() Pálida

Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

MOD. 110

Assinatura e carimbo do profissional





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Serena Cobos de Souza</i>		Nº Prontuário
Data da Operação 23/08/11.	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Carlos - Dr. João</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Gilberto Gonçalves</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia <i>Dr. Lucas</i>	Tipo de Anestesia <i>Geral</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Tumor cistoadenomatoso</i>		
Tipo de Operação <i>Cistotomia</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação <i>não houve.</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras	
① Pct em decúbito dorsal ② Abreque e antírgico ③ Incisão medianas ④ Interv. Preenchimento líquido livre inter-abdominal ⑤ Preenchimento líquido no córpus do seio ⑥ Sutura com crônico - O ⑦ Drenagem do córpus ⑧ Encharcamento das planas anteriores ⑨ Cintura	
COMPRAFÉV PREVIDÊNCIA S.A.	<i>Dr. João Moreira</i> 14/08/2019 Cirurgião-Dentista
14 JAH. 2019	
PROTÓCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Assinado

R. J. S. P. M.

58/02/2018

W. P. M.

RECIBIDO NO CORREIO 01/01/2018

LO

PARA SÉRGIO LIMA

58/02/2018

DE SUELIO MOREIRA TORRES

*SUELIO
MOREIRA
TORRES*

01/01/2018

<i>SUPLÍCIA PREVIDÊNCIA S. P.</i>
<i>14 JAN. 2019</i>
PROTOCOLO
AG. JUAN EBESOA





Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1ª Via Cliente / 2ª Via Empresa / 3ª Via Fixa

Nº 5087

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSAIS C DE INVEST
C. Grange

TEL / FAX / E-MAIL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

Deverino Agnelo da Silva

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

Nº DO PONTUÁRIO

1494332

Nº AI. H

PROCEDIMENTO REALIZADO

TAB. Placa de Fratura no Tíbia

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

Fixador Externo Ortopédico

01

DIA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

Ex. / Fixador Externo Ortopédico

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

SUELI MOREIRA TORRES
14 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

2020-06-01

realizadas das demandas

SECRETARIA

DATA: 2020

HORAS:

Bom dia + amanhecer + almoço no restaurante + intervalos + 3 horas
lanches de reuniões e reuniões + intervalos + 3 horas

ME

08.40

21/06/2020

Cumprido

.....

25

Hora excesso

10

gastos

10

10

21.00

FO

despesas ordinárias

10

50

100

100

50

COMPRA PREVISTAS SIM.

14 JUN. 2019

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

2020-06-17 08:42

— 01

21.00

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

Assinado +
cancelado

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Servino Cabral da Silva

DN: 20101168

QI	LEITE Sala 04	CONVÉNIO SUS	IDADE 19 anos	REGISTRO 1494332	GOVERNO DA PARAÍBA
CIRURGIA L6 + extomafia + sutura de ferida		CIRURGIÃO Dr. Carlos + Dr. Júlio + Dr. Brand			SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ANESTESIA Catapaxi epé + fixação General - sutura exposta do		ANESTESIA Dr. Sérgio Abreu + Dr. Rafael			Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
INSTRUMENTADORA Condutor	DATA 28/08/16	INÍCIO 08:30	FIM 3h		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalinamp.	Calef. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropinamp.	Catet. De Urinari Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepamamp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimoreamp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantinaamp.	Cotonoides		Catgut Simples Sertix	
	Eframe ml	Dreno Succos 6.4		Catgut Simples Sertix	
	Fenagamamp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanilml 200ug	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubatinamp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulonamp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmineamp.	Espadrapo Largo		Fio de Algodão Sutupak	
	Protocolo l/m	Furacan		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicinml	Gás Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifenamp.	H2O ml	06	Mononylon 2-0 ...	
01	Thiembutal ml Propofol	Intracath Adulto	03	Mononylon 3-0 ...	
01	Traçumamp Remifentan	Intracath Infantil	03	Prolene Serfix -1--	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23 - * *		Prolene Serfix	
04	Aqua Destiladaamp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
01	Decadronamp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
02	Dipironamp.	Luvias 7.0 procedimento		Vicryl Serfix	
	Flaxidolamp.	Luvias 7.5 -		Vicryl Serfix	
	Flebotortidamp.	Luvias 8.0 -		Vicryl Serfix	
	Geramicinamp.	Luvias 8.5 -		Vicryl Serfix	
	Glicoseamp.	Oxigênio l/m			
	Glucos de Cálcioamp.	Polifix			
	Haemacelml.	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.			
	Kanakionamp.	Sabão Antiséptico	10	SOROS	
	Lasixamp	Saco coletor		SG Normotérmico fr 500 ml SF 10 pt	
	Medrolinazol.	Seringa desc. 10 ml - *		SG Gelado fr 500 ml	
01	Plastiamp. novocain	Seringa desc. 20 ml - *	02	SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml - *	02	SG Ringr fr 500 ml -	
	Revivanamp.	Sonda		SG fr 500 ml SF -	
	Stupitanonamp.	Sonda Foley 220304162	Qtd.	ORTSESE E PRÓTESE	
	Cefalotina Ig	Sonda Nasogástrica			
02	Citrioxone	Sonda Uretal nº 20			
02	Filital	Styredrem ml			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Torreirinha			
02	Aguilhas desc. 25-7 40X12	Vaselina ml			
	Aguilhas desc. 28 x 28	Gelcon 18			
	Aguilhas desc. 3 x 4,5	Lates			
05	Aguilha p/ raque nº	BUTAFLIX			
01	Álcool de Enfermagem	TET 810		EQUIPAMENTOS	
01	Álcool Iodado ml	FUTR		(X) Oxímetro de Pulso	
01	Ataduras de Crepon	ELP condutor		() Foco	
01	Ataduras de Gessada	felce nº 14		(X) Serra	
01	Azul metílicoamp.	seringa 60 ml		() Desfibrilador	
	Benzina ml			(X) Foco Frontal	
				() Fonte de Luz	
				(X) Perfil	
				Circulante - Pneira + Sulcrina	

ORTOBINTEC IND. E COM. LTDA
Ref.: 5747009 Lote: 3601F17
FIXADOR LAY FIX CF BAIRRA 300
FIXADOR EXTERNO LAYFIX
Registro ANVISA: 18223719035
Responsible: CARLOS M. NAKAMURA/CREA N. 0801628873

Ref. 28/07/2022

28/07/2017

ESTERIL R

28/07/2017

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Mod. 006



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>José Geraldo da Silva</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>28.8.14</i>	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Breno Tomás</i>	1º Auxiliar <i>Pr. Nenhum</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia <i>Alcur</i>	Tipo de Anestesia <i>Alcur</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Faringe exposta com risco da ferida (1) com (3) A ; ferimento no (E) e ferida exposta aberta (2)</i>		
<u>Tipo de Operação</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato	<i>EXAME PREVIDÊNCIA S.A. 14 JAH. 2019 PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA</i>	
Acidente Durante a Operação		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<i>AD TOPO: anterolateral esquerda expondo os corpos vertebrais espessura de 14 a 18 mm. medidos medidas / orientações de ferida e ferido e fixador extremidade inferior ferida (1) ferida aberta orientações</i>
<i>2º topo: ferida fechamento parcial (2)</i>
<i>3º topo: ferida para alinhado do oláctimo (3) espessura de 14 a 18 mm. 5 mm orientações de corpos vertebrais orientações</i>

Mod. 01B

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Nome do Paciente <i>Rennos Cabral de Silveira</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>28/9/17</i>	Enf. <i>Drtbpt</i>	Leito 9.1
Operador <i>Dr Amaro José</i>	1º Auxiliar <i>Dr Hallisson</i>	
2º Auxiliar <i>Dr Wagner</i>	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Frx exposto ossos de perna D</i>		
Tipo de Operação <i>Osteossíntese iuxtaarticular</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia <i>d</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>Não</i>	<i>SOMPREV PREVIDÊNCIA S.A. 14 JAH. 2019 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</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 DPHT sob anestesia 2) Asepsia e antisepsia 3) Campos esterilizados 4) Incisões anteriores perna D por planos + hemostasia 5) Reduções correntes de fios de Fratura + fixações com placas OCP larga 8 furos + parafusos corticiais 6) Incisões quadril e per plaus + Hemostasia 7) Retirada de enxertos ósseos espinhosos. 8) Colocação de enxerto ósseo eponjado em fios de Fratura. 9) Sutura por planos 10) Curativos

Dr. João Cesar Gastro
 Ortopedia e Traumatologia
 Unimed PB - 1986

Mod. 01B

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento
8230

Hospital:	<i>Hospital do Rio</i>	Código:	
Procedimento:	<i>Ressecção de hérnia de Faidherbe</i>	Cód. Procedimento:	
Paciente:	<i>Silvana da Silva</i>		
Data da Cirurgia:	<i>22/01/2011</i>	Nº prontuário:	<i>9493556</i>
Cirurgião:	<i>Dr. Mariano</i>		Convênio:
	Código:	<input checked="" type="checkbox"/> Reposição <input type="checkbox"/> Caixa Pronta	

DESCRÍÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº	31	32	33				
Parafuso Cortical () mm	Qtd.	01	01	03				
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº						REV PREVIDÊNCIA S.,	14 JAH. 2019
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº						PROTÓCOLO	AG. JOÃO PESSOA
	Qtd.							
	Cód.							

OBS : O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodórico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.400/0001-10
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioplants.com.br



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Seirerino cabral da silva DN: 10/011 1969
QI LEITE CONVÉNIO IDADE REGISTRO
Sala 03 SOS 49 anos 1494332

QI LEITE Sela 03 CONVÉNIO SOS IDADE 49 anos REGISTRO 1494 333

CIRURGIA CIRURGIÃO

ANESTESIA *Ramírez* **ANESTESIA** *Pa - felix*

INSTRUMENTADORA Flávia **DATA** 28/09/2017 **INICIO** 12:00 **FIM** 18:50

GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTUARIES AND COASTAL SCIENCE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostomia	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
	Dimorfan 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 <i>necacina</i>	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar 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
	Protogmine amp.	(03) Espadrado Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Quelicin ml	(03) Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca
	Rapifen amp.	H ₂ O ml	03	Mononylon <i>M = 2.00</i>
	Thionembatal ml	Intracath Adulito	02	Mononylon <i>B = 00</i>
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES	01		
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
	Dipirona amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
	Flaxidol amp.	(02) Luvas 7.0		Vicryl Sertix <i>2.00</i>
	Flebocortid amp.	(02) Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.	(02) Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Glicose amp.	(04) Oxigênio l/m		
	Glucon de Calcio amp.	Poliflix		
	Haemacel ml.	PVPI Degemente ml.		
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanaktion amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lesix amp.	Saco coletor <i>plástico</i>		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipotérmico fr 500 ml
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.	Sonda		<i>JUVENTUD</i>
	Stupanon amp.	Sonda foley	Qtd.	ORTSESE E PRÓTESE
	Cefalolina 1g	Sonda Nasogástrica	03	<i>Funçao BCI INTENSIVA 084.</i>
		Sonda Uretral nº	06	<i>Funçao BCI INTENSIVA 085.</i>
		Steridrem ml		
		Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml		EQUIPAMENTOS
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18		<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso
	Agulha desc. 28 x 28	Latesse		<input checked="" type="checkbox"/> Foco Auxiliar
	Agulha desc. 3 x 4,5	05 <i>metrôdos</i>		<input checked="" type="checkbox"/> Serra
01	Aguilha p/ raque nº 25			<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério
	Álcool de Enfermagem			<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
	Álcool Iodado ml	1000 ml <i>PREVENÇÃO SIN</i>		<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal
	Aladuras de Crepon			<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
	Aladuras de Gessada	14 JAN. 2019		<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico
	Azul metileno amp.			
	Benzina ml	2000 ml		

EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
 - Serra
 - Desfibrilador
 - Foco Frontal
 - Fonte de Luz
 - Foco Auxiliar
 - Eletrocautério
 - Exciaciógrafo
 - Cardiomonitor
 - Purificador Elétrico

CÍRCULANTERESPONSÁVEL

Maria José de Almeida
TÉC. DE ENFERMAGEM
SCREN - 55-001-162-928

MOD 06





Diagnóstico

- xx "Deltatran" - lesão da cisterna da bexiga
- xx Do cisternofr. -
- xx FE EXOSTO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente José Luiz da Silva **Alojamento** SRA **Leito** _____ **Convênio** _____

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/08 4:30h	1) gfo, q.i. 1000mg EV aq/or 2) cl 1000ui EV aq/or a.i. 3) ht, droceril, parax 100mg EV.	2: 3: 8:30	Foi admitido a 2h da manha na epa vitima de acidente de moto com queimados de abdome agudo e intensos

Prescrição Médica

Evolução Médica

F

Paciente admitido as 2h da manhã na EPA vítima de acidente de moto com quadros de abdome agudo e lesão vesical, submetido a Lc + cistotrafice + fístula recto-uretral, com fixação repercutiu.

Elizabeth Dillip 10-17-1911

meu lempo: estavel s/ DVA, sedado
sem DTA - VNM

SSV: fcc: 100

-agente estúdios - nome: Isaque -
raios espontâneos com
veloc. de 3L/min, consciente /
orientado.

۱۷۰

~~Introducing the new
Sonic Sistem~~

CD: Hidrate

Hancock
Gaso artesia
Ex. laboratoriai
Agenda UTI

14 JAHN, 2019

**PROTÓCOLO
AC. CÂO PESSO**

CRM 90

Chm 905, p. 2

400



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente | SARAH VIVIAN | 07/07/07

MOO, 035





DIAGNÓSTICO

② ~~for all persons~~ - 4.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Seventeen Letters

Paciente	Seu mário Calero	Alojamento:	Leito	Convênio
	Prescrição Médica			Evolução Médica
01/09	1. Dieta leve. 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ml+ AD EV 06/06h 4. Tlath20mg + AD EV 12/12h Sup. 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Elektine 40mg SC/dia Xarope 10mg 0,168 vial x 10ml 9. SSW + CCGG	12/18 12/18 12/18 12/18 12/18 12/18 12/18 12/18 12/18	18 14/06 OK APNU sequencias (+) (+) CD: VPAU	REG e estáv. seu dia de mrs OK sequencias (+) Eletro (+)
	Ceftriaxone 1g EV 12/12h Cetazitro. 2x adje Gouten 240 mg EV 1xdia	12/18 12/18 12/18	16 16 16	Amostra coletada de cirurgia f
				Hallsson Larissa de Almeida Vispeira et al
				14 JAH. 2019 PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA



7.4

DIAGNÓSTICO

*Stenônd
Sx EPI
PMN (5) + Herida*

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Prescrição Médica			
Data			
1. Dieta	<i>HHC</i>	<i>11/00</i>	
2. SBE+500ml/24h			
3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/05h			
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	<i>3r</i>	<i>12/06</i>	<i>06/07</i>
5. Omeprazol 40mg EV/jejum			
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	<i>06</i>		<i>06</i>
7. Nauseodtron 01 FA + AD EV 8/8h SN			
8. Clexane 40mg SC/dia		<i>(10) 0</i>	
9. SSIV + CCGG			
10. TENS 0,03mT 1a 1v 12/12ms (30s/1)			
Evolução Médica			
Data			
11.00			
12.00			
13.00			
14.00			
15.00			
16.00			
17.00			
18.00			
19.00			
20.00			
21.00			
22.00			
23.00			
24.00			
25.00			
26.00			
27.00			
28.00			
29.00			
30.00			
31.00			
32.00			
33.00			
34.00			
35.00			
36.00			
37.00			
38.00			
39.00			
40.00			
41.00			
42.00			
43.00			
44.00			
45.00			
46.00			
47.00			
48.00			
49.00			
50.00			
51.00			
52.00			
53.00			
54.00			
55.00			
56.00			
57.00			
58.00			
59.00			
60.00			
61.00			
62.00			
63.00			
64.00			
65.00			
66.00			
67.00			
68.00			
69.00			
70.00			
71.00			
72.00			
73.00			
74.00			
75.00			
76.00			
77.00			
78.00			
79.00			
80.00			
81.00			
82.00			
83.00			
84.00			
85.00			
86.00			
87.00			
88.00			
89.00			
90.00			
91.00			
92.00			
93.00			
94.00			
95.00			
96.00			
97.00			
98.00			
99.00			
100.00			
101.00			
102.00			
103.00			
104.00			
105.00			
106.00			
107.00			
108.00			
109.00			
110.00			
111.00			
112.00			
113.00			
114.00			
115.00			
116.00			
117.00			
118.00			
119.00			
120.00			
121.00			
122.00			
123.00			
124.00			
125.00			
126.00			
127.00			
128.00			
129.00			
130.00			
131.00			
132.00			
133.00			
134.00			
135.00			
136.00			
137.00			
138.00			
139.00			
140.00			
141.00			
142.00			
143.00			
144.00			
145.00			
146.00			
147.00			
148.00			
149.00			
150.00			
151.00			
152.00			
153.00			
154.00			
155.00			
156.00			
157.00			
158.00			
159.00			
160.00			
161.00			
162.00			
163.00			
164.00			
165.00			
166.00			
167.00			
168.00			
169.00			
170.00			
171.00			
172.00			
173.00			
174.00			
175.00			
176.00			
177.00			
178.00			
179.00			
180.00			
181.00			
182.00			
183.00			
184.00			
185.00			
186.00			
187.00			
188.00			
189.00			
190.00			
191.00			
192.00			
193.00			
194.00			
195.00			
196.00			
197.00			
198.00			
199.00			
200.00			
201.00			
202.00			
203.00			
204.00			
205.00			
206.00			
207.00			
208.00			
209.00			
210.00			
211.00			
212.00			
213.00			
214.00			
215.00			
216.00			
217.00			
218.00			
219.00			
220.00			
221.00			
222.00			
223.00			
224.00			
225.00			
226.00			
227.00			
228.00			
229.00			
230.00			
231.00			
232.00			
233.00			
234.00			
235.00			
236.00			
237.00			
238.00			
239.00			
240.00			
241.00			
242.00			
243.00			
244.00			
245.00			
246.00			
247.00			
248.00			
249.00			
250.00			
251.00			
252.00			
253.00			
254.00			
255.00			
256.00			
257.00			
258.00			
259.00			
260.00			
261.00			
262.00			
263.00			
264.00			
265.00			
266.00			
267.00			
268.00			
269.00			
270.00			
271.00			
272.00			
273.00			
274.00			
275.00			
276.00			
277.00			
278.00			
279.00			
280.00			
281.00			
282.00			
283.00			
284.00			
285.00			
286.00			
287.00			
288.00			
289.00			
290.00			
291.00			
292.00			
293.00			
294.00			
295.00			
296.00			
297.00			
298.00			
299.00			
300.00			
301.00			
302.00			
303.00			
304.00			
305.00			
306.00			
307.00			
308.00			
309.00			
310.00			
311.00			
312.00			
313.00			
314.00			
315.00			
316.00			
317.00			
318.00			
319.00			
320.00			
321.00			
322.00			
323.00			
324.00			
325.00			
326.00			
327.00			
328.00			
329.00			
330.00			
331.00			
332.00			
333.00			
334.00			
335.00			
336.00			
337.00			
338.00			
339.00			
340.00			
341.00			
342.00			
343.00			
344.00			
345.00			
346.00			
347.00			
348.00			
349.00			
350.00			
351.00			
352.00			
353.00			
354.00			
355.00			
356.00			
357.00			
358.00			
359.00			
360.00			
361.00			
362.00			
363.00			
364.00			
365.00			
366.00			
367.00			
368.00			
369.00			
370.00			
371.00			
372.00			
373.00			
374.00			
375.00			
376.00			
377.00			
378.00			
379.00			
380.00			
381.00			
382.00			
383.00			
384.00			
385.00			



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico

ORTOPEDIA 1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49

LEITO 9-1

Prescrição Médica

Evolução Médica

104

Data	Prescrição Médica	Horário
10/01/2010	1 DIFERATIRE	
	2 JELCO SALTINIZADO	
	3 DIPIRONA 1G+ABD EV 6/6H	
	4 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H	
	5 NAUSEDODR 8mg/ml 1EA + ABD EV 8/8H	
	6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EX-EM-15ML	
	7 TITATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN	
	8 XARECETO 10MG 1 CP VO DIA	
	9 SSIV + CCGG	
10		
11	Dr. Júnior César Castro Ortopedista Traumatologista	
12		
13		
14		
15		
RESUMO PREVIDÊNCIAS/SAÚDE 14 JAN. 2010 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA		

WOD, 045





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
SEGUINCIANA DA SAÚDE

400,035





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

FERNANDES

Diagnóstico

FERNANDES

DRAFT TOPIC 9.1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP OR

EXP DIAF OSSOS PERNAS

Paciente

SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49

LEI 10.911

M00.025





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Guilherme Guedes da Silveira Idade: 19
Convênio: S.A.S. Data: 27/08/12
Procedimento: LFT - silvite e rotura de pí + fixação
fratura - impulso.

Observações:

Realizado exame corporal, farto e revisão de exames, sem anomalias. Também feita gasonometria arterial e medicados C.P.M. solicitação laboratorial de 8:00h. (leitura entre 10:00h-12:00h)

518
Aite Sera
c. 1911-1930

Assinatura Anestesista Circulante
Relatório de Operação MOD. 103

Relatório de Operação

Circulante

MOD. 103



11/12/2017



HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

DATA: 11/12/2017

PROVIDENCIA
EM FEVEREIRO
JAN 2018
HOSPITAL
DE EMERGÊNCIA
E TRAUMA
DOM LUIZ
GONZAGA
FERNANDES
ORTOPEDICO
PROFISSIONAL

R Telos R Dr.
3/1

ATENDIMENTO AMBULATORÍO

CLASS. DE RISCO: AZUL

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Hospital de Emergência (B.E) - Modelo 06

CEP: 58125000

Nascimento: 10/01/1968

Sexo: M

Telefone:

Bairro: ZONA RURAL

Idade: 049

RG:

Nº: 0

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: MARIA BELEMINA DA SILVA

CPF:

Responsável: GILVAN

Data de Atend: 11/12/2017

CONVÉNIO/SUS

Horá: 11:03:56

Especialidade: ORTOPEDISTA

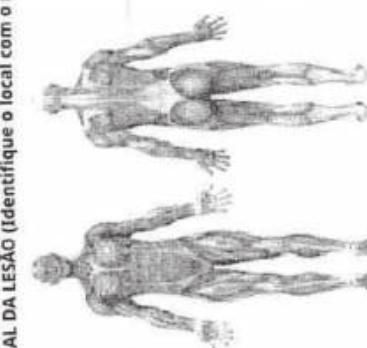
Motivo: RETORNO

CRM: 68117

Médico: ARISTOTELES CORREIA DE Q NETO

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitacão
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Estriamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. Fratura
15. F. Corante
16. F. Corante-contuso
17. F. Perfurador-contuso
18. Objeto Encaixado
19. Osteite
20. Fratura óssea aberta
21. Hemicrânia
22. Insurgulamento Vencido
23. Isqueração
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Nardadura
27. Movimento torácico para dorsal
28. Objeto Encaixado
29. Osteite
30. Paralisia
31. Paratia
32. Parestesia
33. Quemadura
34. Fendragão
35. Sinal de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ %
DIAGNÓSTICO / CID:

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGA
ORTOPEDICO E OTOVÔLEO
CIRURGIA DE CABO FRIO
CID 12637
TELEFONE 21 2263-1263

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





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

ORTOPEDIA 2
EXTRA 3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

PATIBIAD

Paciente SEVERINO CABRAL, 49

EXTRA 3

Prescrição Médica

Evolução Médica

Data	Prescrição Médica	Evolução Médica	
		Horário	
07/01/2018	1 DIETA LIVRE	Ct.	
	2 SF 0,9% 1500ML EV P/ 24H	14	24
	3 CLUNDAMICINA 600MG + SE EV 6/6H	12	24
	4 DIPRONA 1G + LABD. EV 6/6H	10	24
	5 OMIPRAZOI 20MG 1CP VO/EM JEJUM	08	
	6 DEAMBULAR COM MULETAS		
	7 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE		
	8 CURATIVO 1X DIA		
	9 SSAAV + CCGG		
10			
11			
12			
13			
14			
15			





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento
8391

Hospital: de la Encarnación e Instituto de E. Grande Cárdenas;

Procedimento: _____ **Cód. Procedimento:** _____

Paciente: 354100000000000000

Data da Cirurgia: / / Nº prontuário: Convênio:

Cirurgião: _____ Código: _____

DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

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

DBS : O PREENCHIMENTO DO BRONTIÁRIO É OBRIGATÓRIO

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: Total:

Cód. Instrumentador: _____

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodoro Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05

os Cirúrgicos Ltda. - Av. Teobaldo Teles, 2458 - São Miguel
Fone/Fax: (88) 3521-4801 * www.hipimplants.com.br



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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/08/2021 10:36:42
<http://pie.tibb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110564181200000041750987>

Número do documento: 21060110564181200000041750987

Núm. 43908275 - Pág. 55

Nome do Paciente <i>Sorenino CRB-MAZ.</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>04/01/18</i>	Enf. <i>016P-II</i>	Leito <i>00-3</i>
Operador <i>Dr. Edimilson</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Allison (mex)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Yury (mex)</i>	3º Auxiliar <i>-</i>	Instrumentador <i>Naema</i>
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>PA Tibia C</i>		
Tipo de Operação <i>Fixação óssea (fixation) + RMS.</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia <i>o</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>sim</i>	SIN-PREV PREVIDÊNCIA S/A 14 JAH. 2013 PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA	
Acidente Durante a Operação <i>nenhuma</i>		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

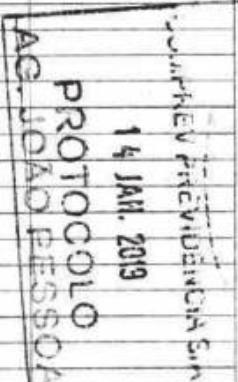
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em ORN sob anestesia. 2) Acessória + Antisseptica + Campo estéril. 3) Incisão em fixo anterior para C. 4) Dissecção per plena + Hemostasia. 5) RMS phca + perfusão. 6) Coleta de fragmentos ósseos no interior. 7) Osteosíntese c/ fixo externo tipo Preston sob escopos. 8) Levantamento da c/ fixo. 9) Fechamento per plena. 10) Cerramento.
<i>YAHU D. 016P-II 00-3 04/01/18 10:56:42 CRONOGRAMA 10007</i>

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Severino Calval da Silva on 10/01/68					 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO		
	Sala 04	SUS	49	1339713		
CIRURGIA Trat. em Com abordagem ao Reparativo de Tibio Direito			CIRURGÃO Dr. Halisson + Dr. Eudílio			
ANESTESIA Dr. Isabelle		ANESTESIA Rágur				
INSTRUMENTADORA NORMA	DATA 04/01/18	INICIO 08:00	FIM 09:35			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
01	Adrenalina amp.	Calef. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
05	Diazepan amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp.	Cotonoides		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenegam amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso		
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond		
01	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubathin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
05	Protigmine amp.	Eparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulupak		
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak		
05	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades	03	Fita cardíaca		
	Rapifen amp.	H ₂ O ml		Mononylon 2-0		
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Serfix		
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n° 23	 14 JAN. 2019		
04	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11			
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15			
02	Dipirona amp.	02	Luvas 7.0			
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5			
	Flebotortid amp.		Luvas 8.0			
05	Geramicina amp.	05	Luvas 8.5 <i>Precid</i>			
	Glicose amp.	05	Oxigênio l/m			
	Glucos de Cálcio amp.		Polfix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemerante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	SOROS 05 SF p/ limpeza ORTESE E PROTESE <i>Material:</i> <i>Bio Implants</i>		
05	Kanakion amp.	05	Sabão Antiséptico			
06	Lesix amp.	06	Saco coletor <i>p/ luxo</i>			
01	Medrotinazol.	01	Seringa desc. 10 ml			
01	Piasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml			
01	Prolamina <i>ampuluzel</i>	01	Seringa desc. 05 ml			
02	Revren amp. <i>Nasudin</i>	01	Sonda			
01	Stupanon amp. <i>ampuluzel</i>		Sonda folley			
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica			
01	<i>nyc a pesada</i>		Sonda Uretral n°			
01	<i>Scirum</i>		Steridrem ml	EQUIPAMENTOS () Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar () Serra () Eletrocautério () Deslibrador () Oxicapnôgrafo () Foco Frenético () Cardiomonitor () Fonte de Luz () Perfurador Elétrico <i>Rosangela da C. Quintans</i> <i>Perfusão e Enfemação</i> CIRCULANTE RESPONSABIL 8.850		
02	<i>Turcican</i>		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	01	Vaseline ml <i>Colano 20</i>			
01	Aguilha desc. 25 x 7 <i>10 x 12</i>	01	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Látex			
	Aguilha desc. 3 x 4.5	05	Alça Tubular			
02	Aguilha p/ raque n° 25	05	elástico			
05	Álcool de Enfermagem	04	escorpios			
	Álcool Iodado ml					
01	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metílico amp.					
	Benzina ml					

MOD USE



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO		Exf. 03	Leito	Convênio
cliente	serviço	total	Alojamento:	
02/05/2012	Serviço Social	R\$ 100,00		

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO					
Sousas (8)					
Paciente	Juliano Doylere	Alojamento	Leito	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
11/12	<i>Melhorando</i> <i>Depois de 6/6 dias</i>	<i>06:00</i>	<i>Pecúlio orto</i> <i>tabos</i>	<i>ap. fraturas</i>	<i>Novo Síndrome + ATB</i>
	<i>CCGom</i>	<i>20</i>	<i>Dr. Antônio Queiroz</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>Centro de Traumatologia</i> <i>Clínica São José</i> <i>Av. Presidente Vargas, 1000</i> <i>CEP 55010-000</i> <i>Fone: 3322-1019</i>	<i>14 JAN. 2019</i>	<i>Banda este-oeste</i> <i>Sanjoanense</i>
	<i>CONFIRA PREVIDÊNCIA SOCIAL</i>		<i>PROTÓCOLO</i> <i>1. G. JOÃO PESSOA</i>	<i>14 JAN. 2019</i>	<i>Dr. Julio César Castro</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM/PB-9865</i>
13/12	<i>Getúlio Vargas 6700</i>	<i>12:00</i>	<i>CCIH 15</i> <i>SD Pecúlio</i>	<i>06:00 - 06:00</i>	<i>Dr. Julio César Castro</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM/PB-9865</i>
	<i>Centro - 2</i>	<i>12:00</i>	<i>Co. V. P. 1</i>	<i>06:00 - 06:00</i>	<i>Dr. Julio César Castro</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM/PB-9865</i>





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

CROTOPEIA 2
EXTRA 3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

PATIBIA

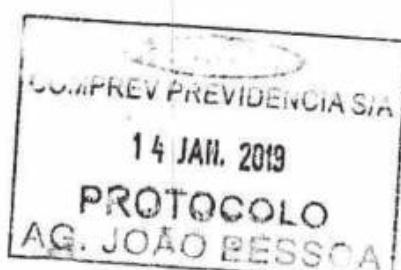
Paciente SEVERINO CABRAL, 49

Alojamento Leito Convênio EXTRA 3

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1/1/2018	1. DIETA LIVRE	CT	
	2. JELCO N° 18 - SALINIZADO	CT	
	3. DIPRONA 1G + ABD EV 6/6H	24/08	
	4. OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEJUM	08	
	5. DEAMBULAR COM MILFTAS	CT	BEG. e ESTV. e SEM INTERC. REN.
	6. MEDICAÇÕES DE USO CRÔMICO COM O PACIENTE	CT	
	7. CLIBATIVO 1X DIA	CT	
	8. SSVN + CCGG	18	
	9. () 1.000 ml de LVR 6/6H	18	
10		26/08 # CD: VTM	
11			
12			
13			
14			
15			

COMPREV PREVIDÊNCIAS/A
14 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO FESSOA

MOD. 035



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGUIMENTO DA CIDADANIA - SIC

REGISTRO DE PESSOAS CIVIS

REGISTRO DE IDENTIDADE

P-022





Não Alfabetizado(a)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 4.221.128 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2014

NOME: SEVERINO CABRAL DA SILVA

MÃE: MARIA GERALDO CABRAL DA SILVA
MARIA BELARMINA DA SILVA

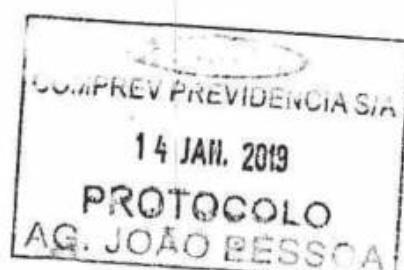
NATURALIDADE: ALAGOA NOVA-PB DATA DE NASCIMENTO: 10/01/1968

DOC. ORIGEM: NASC.N.3569 FLS.219 LIV.A4
CARTORIO ALAGOA NOVA PB

CNPJ: 056.227.304-22

SINCRONIZADA

LEI N° 7.116 DE 29/09/93



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. 62



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	DATA DE NASCIMENTO
ESPERANÇA-PB	17/02/1995
DOC ORIGEM	
NASC.N.22172 FLS.226 LIV.A24	
CARTORIO ALAGOA NOVA PB	
OPF	
121.140.534-66	
Assinatura do Diretor	
LEI Nº 7.116 DE 29/05/83	

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

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

SUELIO MOREIRA TORRES
14 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.221.118
NOME ANDREZA CABRAL DA SILVA	
FILIAÇÃO	SEVERINO CABRAL DA SILVA ELIANE EUCLIDES DA SILVA
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
ESPERANÇA-PB	17/02/1995
DOC ORIGEM	
NASC.N.22172 FLS.226 LIV.A24	
CARTORIO ALAGOA NOVA PB	
OPF	
121.140.534-66	
Assinatura do Diretor	
LEI Nº 7.116 DE 29/05/83	

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

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 09:04:04 do dia 08/05/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

SUELIO MOREIRA TORRES
14 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA



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. 64



JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
LOC ENGENHO OLHO D'AGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'AGUA
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58128000 (AD: 71)

Emissão: 10/12/2018 Referência: Dez / 2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br299, Km25 - Crato Reservado - João Pessoa / PB - CEP:58017-690
Roteiro: 5 - 77 - 614 - 290 N° medidor: 00008718751

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica N°018.803.026
Cód. para Dib. 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 083.510.654-85
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 Letura	Data Letura			
COI Descrição					
Quantidade Tarifas Válor Base Calc. Avc. Itens(R\$) Base Calc. Ptar(R\$) Celco(R\$) Tabelas Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS Ptar/Celco(R\$) (1,0045%) (1,9950%)					
0801	Consumo em kWh	151.000 0.654400	129,01	129,01 34,83 129,01 1,39 6,45	
0801	Adic. B Amarela	1,52	1,52 27	0,41 1,52 0,02 0,07	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0807	CONTRIBUICAO ILUM PÚBLICA	3,08	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	
0804	JUROS DE MORA 10/2018	0,66	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	
0805	MULTA 10/2018	2,33	0,00 0	0,05 0,00 0,00 0,00	
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018	0,98	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	

CCI Código de Classificação do item TOTAL 137,16 130,53 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 Feb/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/19

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

Indicadores de Qualidade 10/2018-Area

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Válor (R\$)	%
DIC MENSAL	6,47	0,00	Bemigos de Dist. da Energia(R\$)	31,00	23,81
DIC TRIMESTRAL	17,94		Cárregos de Energia	44,21	32,23
DISANUAL	25,89		Impêns de Transmissão	7,27	5,37
FIC MENSAL	3,48	0,00	Encargos Sistemas	7,33	5,34
FIC TRIMESTRAL	9,27	CONTRATAÇÃO LIMITESUPERIOR	Impêns Diretos e Encargos	49,80	36,31
FIC ANUAL	11,25	0,00	Custo Serviços	0,00	0,00
DMS	3,20		Total	137,16	100,00
DSCE	12,22				

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Leitura confirmada

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

PARAÍBA VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
11/01/2019 R\$ 137,16
838650000001-0 37160054000-4 17321512018-4 12900077019-5





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
PROÍSTRO DEPAF	3.668.818 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 21/07/2017
NOME: IZADORA DA SILVA DE SOUZA FARIA		
FILIAÇÃO: PAULO HONORATO DA SILVA ANA LUCIA CABOCLO DA SILVA		
NATURALIDADE: ESPERANÇA-PB	DATA DE NASCIMENTO: 21/02/1992	
DOC. ORIGEM: CARIM M. 969 FLS. 31 LIV. B 03 CARTÓRIO ALAGOA NOVA-PB	CPF: 017.073.724-11	
Assinatura: Izadora da Silva de Souza Faria		

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS SA
13 MAR. 2019
PROTOCOL
AG. JOÃO PES



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. 67

JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
LOC ENGENHO OLHO D'AGUA, 65 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'AGUA
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 / AG: 711

Emissão: 10/12/2018 Referência: Dez / 2018
Classe/Síntese: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25- Custo Redutor- João Pessoa / PB- CEP: 58071-880
Referência: 5 - 77 - 614 - 295 NPI medidor: 00008716751
Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N° 016.903.926
Cód. para Dib. Automatizado: 00017321514



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	093.610.564-65 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 Mídia.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
09/11/18 3204	10/12/18 3286	1	151	31
Demonstrativo				
CCI Descrição	Quantidade Tarifa/ Vlr Base Calc. Alq. Nro(R\$) Bem/Calc. Pef(R\$) - Cofre(R\$)	Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS_Frv/Cofre(R\$) I (1,045%) (0,955%)		
0801 - Consumo em kWh	151.000,054400 129,01 129,01 27 94,83 128,01 1,29 8,45			
0801 Adic B Amália	1,52 1,52 27 0,41 1,52 0,03 0,07			
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA	3,06 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0804 JUROS DE MORA 10/2018	0,66 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0805 MULTA 10/2018	2,33 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018	0,58 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	137,16	130,53	35,24	130,53	* 41	8,57
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					
109	11/01/2019	R\$ 137,16					
09 59 98 130 116 101 113 112 105 114 130 149	Histórico de Consumo (kWh)						

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIGMENSAL	8,47	0,00	Serviços de Dist. da Energia/PB	31,00	22,81
DIGTRIMESTRAL	12,94	NORMAL	Centro de Energia	44,21	32,23
DIGANUAL	25,69		Gerador de Energia Elétrica	4,22	3,15
FIC MENSAL	7,48	0,00	Energia Elétrica	7,33	5,24
FIC TRIMESTRAL	8,87	CONTRATADA	Intercômbinados e Encargos	49,62	36,34
FIC ANUAL	12,68	LIMITE INFERIOR	Cárter Serviços	1,00	0,00
DIGC	0,00	LIMITE SUPERIOR	Total	137,16	100,00
DIGR	12,22				

Valor do EUZO (Ref. 10/2018) R\$ 39,30

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

COMPREV
COMPRAV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARAIBA

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

11/01/2019 R\$ 137,16

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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.669.775	DATA DE EXPEDIÇÃO	17/06/2008
NAME	SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA		
FILIAÇÃO	ANTONIO COSMO PEREIRA DA SILVA ANA MARIA DA SILVA		
NATURALIDADE	ALAGOA NOVA-PB		
DOC. CIVICO	NASC.N.22802 FLS.83 LIV.A25		
CITY	CARTORIO ALAGOA NOVA-PB		
 ASSINATURA DO DIRETOR EPPN: PR10DE280088			



MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

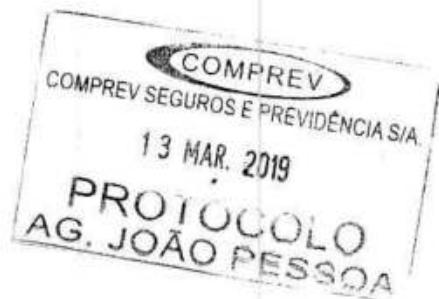
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
093.940.534-25

Nome
SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA

Nascimento
11/11/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



ANA MARIA DA SILVA
RUA MARIA DA COSTA LIMA, 55 - Nossa Aparecida
ALAGOA NOVA/PB CEP: 58125000 (AG 71)

Emissao: 09/02/2019 Referencia: Fev / 2019 ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Subs: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B120, Km 25, Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-690
Roteiro: 4 - 77 - 803 - 8530 NP medidor 69000115386 CNPJ: 08.095.103/0001-43 - INSC. FIS: 16.582.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°019726469
Cód. para DBs Automáticas: 00902419894

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2019	06/02/2019	08/03/2019	013.707.214-71 Pac. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/241088-4

Canal de contato

Ao perceber fuga de postes acesos durante o dia ou ruas escuras à noite, informe a prefeitura de sua cidade. Cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e de todos os cidadãos.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
08/01/19	15897	08/02/19	15912	28
Demonstrativo				
CCI Descrição Quantidade Total/ Valor Base Calc. Alm. Iota(RB) Base Calc. Pto(RB) 1 Custo(RB) Tributos Total(RB) CMB(RB) ICMS Pto/Custo(RB) (0,900%) (45,624%)				
0801 CUSTO DE DISCONTINUIDADE		24.69	24.69	25 6,17 24.69 0,24 1,12
0802 JUROS DE HORA 01/01/19		0,15	0,15	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0804 JUROS DE HORA 12/12/18		0,18	0,18	0 0,00 0,00 0,00 0,00
3895 MULTA 01/2/2019		0,83	0,83	0 0,00 0,00 0,00 0,00
3895 MULTA 12/2/2018		0,31	0,31	0 0,00 0,00 0,00 0,00
Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR				
45	13/02/2019		R\$ 26,00	
Histórico de Consumo (kWh)				
47 65 57 57 56 48 48 32 32 32 30 32				
Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19				

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

Indicadores de Qualidade

Límites de ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIS. MENSAL	0,37	100,00	Excedente de Tensão Exigida	0,73	13,14%
DIS. TRIMESTRAL	0,37	100,00	Excedente de Tensão Exigida	0,73	13,14%
DIS. ANUAL	0,37	100,00	Excedente de Tensão Exigida	0,73	13,14%
DIS. SEMANAL	0,00	100,00	Excedente de Tensão Exigida	0,00	0,00%
DIS. DIÁRIA	0,00	100,00	Excedente de Tensão Exigida	0,00	0,00%
DIS. HORÁRIA	0,00	100,00	Excedente de Tensão Exigida	0,00	0,00%
DIS. MINUTA	0,00	100,00	Excedente de Tensão Exigida	0,00	0,00%
DIS. SEGREDO	0,00	100,00	Excedente de Tensão Exigida	0,00	0,00%
DIS. SEMANAL	0,00	100,00	Excedente de Tensão Exigida	0,00	0,00%
DIS. TRIMESTRAL	0,00	100,00	Excedente de Tensão Exigida	0,00	0,00%
DIS. ANUAL	0,00	100,00	Excedente de Tensão Exigida	0,00	0,00%
Total				26,00	100,00

Valor do E-SOC Ref. 12/12/18 R\$ 0,07

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

PARAÍBA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
Roteiro: 4 - 77 - 803 - 8530	13/02/2019	R\$ 26,00
Métricas: 241088-2019-02-8		
836100000000-6 26000054000-5 02410882019-2 02800077019-9		





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	DATA DE NASCIMENTO
ESPERANÇA-PB	17/02/1995
DOC ORIGEM	
NASC.N.22172 FLS.226 LIV.A24	
CARTÓRIO ALAGOA NOVA PB	
CPF	
121.140.534-66	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83	

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

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



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

ABRÉ
ISRAEL DE SOUZA FARIA

INSCRIÇÃO
25670

FILIACÃO
PAULO MENINO DE FARIA
MARIA ROSA DE SOUZA FARIA

NATURALIDADE
ALAGOA NOVA-PB

RG
3406239 - 6SP/PB

DEPARTAMENTO DE PREGO E TECIDO
NÃO DECLARADO

PAULO ANTONIO RIBA E SILVA
IMPRESO

DATAS DE EMISSÃO
01/06/1989
SPP

082.917.124-00
VIA
EXPEDIDO EM
01 04/07/2018

LEIA O DOCUMENTO
IDENTIDADE CIVIL PARA TÉCNICOS NA JUSTIÇA
[Art. 13 da Lei nº 13.964]

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL **14930416**

OAB

OPERAÇÕES



JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
LOC ENGENHO OLHO D'AGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'AGUA
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58128000 (AD: 71)

Emissão: 10/12/2018 Referência: Dez / 2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br299, Km25 - Crato Reservado - João Pessoa / PB - CEP:58017-690
Roteiro: 5 - 77 - 614 - 290 N° medidor: 00008718751

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica N°018.803.126
Cód. para Dib. 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 083.510.654-85
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 Letura	Data Letura			
Descriptivo					
COI Descrição Quantidade Tarifas / Válor Base Calc. Avc. Itens(R\$) Base Calc. Ptar(R\$) Celco(R\$) Tabelas Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS Ptar/Celco(R\$) (1,0045%) (1,9950%)					
0801	Consumo em kWh	151.000 0.654400	129,01	129,01 34,83 129,01 1,39 6,45	
0801	Adic. B Amarela	1,52	1,52 27	0,41 1,52 0,02 0,07	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0807	CONTRIBUICAO ILUM PUBLICA	3,08	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	
0804	JUROS DE MORA 10/2018	0,66	0,00 0	0,00 0,00 0,00	
0805	MULTA 10/2018	2,33	0,00 0	0,00 0,00 0,00	
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018	0,98	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 6,53

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 Feb/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/19

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

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Aparado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Válor (R\$)	%
DIC MENSAL	6,47	0,00	Bemigos de Dist. da Energia(R\$)	31,00	23,81
DIC TRIMESTRAL	17,94		Cárregos de Energia	44,21	32,23
DISANUAL	25,89		Impêns de Transmissão	7,27	5,37
FIC MENSAL	3,48	0,00	Encargos Sistemas	7,33	5,34
FIC TRIMESTRAL	10,25		Impêns Diretos e Encargos	49,80	36,31
DISANUAL	12,25		Custo Serviços	0,00	0,00
DMS	3,20		Total	137,16	100,00
DSCE	12,22				

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Leitura confirmada

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

PARAÍBA VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
11/01/2019 R\$ 137,16
838650000001-0 37160054000-4 17321512018-4 12900077019-5





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
PROFISSÃO OPFA	3.668.818 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 21/07/2017
NOME IZAADORA DA SILVA DE SOUZA FARIA		
FILIAÇÃO PAULO HONORATO DA SILVA ANA LUCIA CABOCLO DA SILVA		
NATURALIDADE ESPERANÇA-PB	DATA DE NASCIMENTO 21/02/1992	
DOC. ORIGEM CARIM M. 969 FLS. 31 LIV. B 03 CARTÓRIO ALAGOA NOVA-PB	CPF 017.073.724-11	
Assinatura: [Signature]		
Márcia A. B. Lacerda Jr. Chefe do Núcleo de Identificação e Documentação		

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS SA
13 MAR. 2019
PROTOCOL
AG. JOÃO PES



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. 74

JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
LOC ENGENHO OLHO D'AGUA, 65 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'AGUA
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 / AG: 711

EMERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Industrial - João Pessoa / PB - CEP: 58071-880
CNPJ: 099.096.189/0001-46 - Inscrição Estadual: 16.016.223-0
Referência: 5-77-614-295 NPI medidor: 00008716751
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 216.903.926
Cód. para Dib. Automatizado: 00017321514

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	093.610.564-65 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
09/11/18 3204	10/12/18 3286	1	161	31
Demonstrativo				
CCI Descrição	Quantidade Tarifa/ Vlr Base Calc. Alq. Nro(R\$) Base Calc. Pef(R\$) - Cofre(R\$)	Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS Pef(Cofre(R\$)) (1,045%) (0,955%)		
0801 - Consumo em kWh	151.000,054400 129,01 129,01 27 94,83 128,01 1,29 8,45			
0801 Adic B Amanha	1,52 1,52 27 0,41 1,52 0,03 0,07			
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA	3,06 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0804 JUROS DE MORA 10/2018	0,66 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0805 MULTA 10/2018	2,33 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018	0,58 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL
Média últimos meses (kWh)	137,16 130,53 95,24 130,53 * 41 8,57
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
109 11/01/2019	R\$ 137,16

Histórico de Consumo (kWh)

09 | 59 | 98 | 130 | 116 | 101 | 113 | 112 | 103 | 114 | 130 | 149
Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade

10/2018-Área
Limites da ANEEL Apurado Limite de Tensão (V)

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	31,00	22,81
Centro de Energia	44,21	32,23
Centro de Distribuição	4,22	3,15
Energia Elétrica	7,33	5,24
Intercôns. Direta e Encargos	49,62	35,91
Outros Serviços	1,00	0,70
Total	137,16	100,00

Valor do EUZO (Ref. 10/2018) R\$ 9,30

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

PARAIBA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

11/01/2019 R\$ 137,16

Rowafo: 5-77-614-290
Metriquia: 1732151-2018-12-6
83650000001-0-37160054000-4 17321512018-4 12900077019-5



COMPREV
COMPRA, SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.669.775	DATA DE EXPEDIÇÃO	17/06/2008
NAME	SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA		
FILIAÇÃO	ANTONIO COSMO PEREIRA DA SILVA ANA MARIA DA SILVA		
NATURALIDADE	ALAGOA NOVA-PB		
DOC. CIVICO	NASC.N.22802 FLS.83 LIV.A25		
CITY	CARTORIO ALAGOA NOVA-PB		
 ASSINATURA DO DIRETOR EPPN: PR10DE280988			



MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

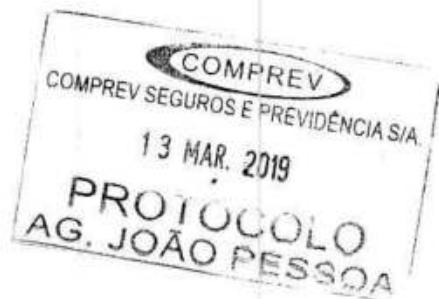
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
093.940.534-25

Nome
SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA

Nascimento
11/11/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





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	DATA DE NASCIMENTO
ESPERANÇA-PB	17/02/1995
DOC ORIGEM	
NASC.N.22172 FLS.226 LIV.A24	
CARTÓRIO ALAGOA NOVA PB	
CPF	
121.140.534-66	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83	

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

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:04:04 do dia 09/05/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

COMPREV
COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA SA
13 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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



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. 81

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





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



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 Dezessete (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
JUÍZ DE PREGOERIA SIN

Rua Clementino Leite, 131 - Fone: (83) 3365-1066 - Alagoa Nova - PB
CNPJ 09.358.291/0001-40



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. 83



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



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 Dezessete (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
JUÍZ DE PREGOERIA SIN

Rua Clementino Leite, 131 - Fone: (83) 3365-1066 - Alagoa Nova - PB
CNPJ 09.358.291/0001-40



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. 84

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Serenino Calnel da Silveira

Nacionalidade: Brasileiro

Est. Civil: Sotero

Profissão: Agricultor

Identidade: 4.223.328

CPF: 056.227.304-22

Endereço: Sítio São José, S/N - JD CID UNIV - Alagoa Nova - PB - CEP: 58125000

OUTORGADO:

Nome: Andrade Calnel da Silveira

Nacionalidade: Brasileiro

Est. Civil: Sotero

Profissão: Agricultor

Identidade: 4.223.338

CPF: 323.140.534-66

Endereço: Sítio São José, S/N - JD CID UNIV - Alagoa Nova - PB - CEP: 58125000

A ROGO

Nome: Israel de Souza Farias

Nacionalidade: Brasileiro

Est. Civil: Casado

Profissão: Advogado

Identidade: 3406.239

CPF: 082.917.124-03

Endereço: Rua Engenho D'água, 671, Centro, Rio das Ostras - Rio das Ostras - RJ - CEP: 26125-000

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

Serenino Calnel da Silveira

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

TESTEMUNHA (1)



RG

3668818

CPF: 017073724-11

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

13 MAR. 2019

ASSINATURA: Andrade da Silveira da Souza Farias

PROTOCOLO
AG. JOÃO PES



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

TESTEMUNHA (2)



RG 3.663.775

CPF: 093.940.534-25

ASSINATURA:

Silvana Campelo da Silva

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Pereira de Mello
R. Clemente Lobo, 131 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (83) 3365-1066
TABELIÃO PÚBLICO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA
Dou fô. Alagoa Nova/PB - 27/02/2019
Escrivente: FAGNER RODRIGUES SOARES
Selos Digitais: ALG30113-4C0A
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$9,91 Farpen R\$0,29 MP R\$0,16 Fepj R\$1,82

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

Alagoa Nova - PB - 27/02/2019

Local e data



Israel de Souza Farias

Assinatura do Argo

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Pereira de Mello
R. Clemente Lobo, 131 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (83) 3365-1066
TABELIÃO PÚBLICO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
ISRAEL DE SOUZA FARIA
Dou fô. Alagoa Nova/PB - 27/02/2019
Escrivente: FAGNER RODRIGUES SOARES
Selos Digitais: ALG30116-PD057
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$9,91 Farpen R\$0,29 MP R\$0,16 Fepj R\$1,82

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Serenino Calnel da Silveira

Nacionalidade: Brasileiro

Est. Civil: Sotero

Profissão: Agricultor

Identidade: 4.223.328

CPF: 056.227.304-22

Endereço: Sítio São José, S/N - JD CID UNIV - Alagoa Nova - PB - CEP: 58125000

OUTORGADO:

Nome: Andrade Calnel da Silveira

Nacionalidade: Brasileiro

Est. Civil: Sotero

Profissão: Agricultor

Identidade: 4.223.338

CPF: 323.140.534-66

Endereço: Sítio São José, S/N - JD CID UNIV - Alagoa Nova - PB - CEP: 58125000

A ROGO

Nome: Israel de Souza Farias

Nacionalidade: Brasileiro

Est. Civil: Casado

Profissão: Advogado

Identidade: 3406.239

CPF: 082.917.124-03

Endereço: Rua Engenho D'água, 671, Centro, Rio das Ostras - Rio das Ostras - RJ - CEP: 26123-000

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

Serenino Calnel da Silveira

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

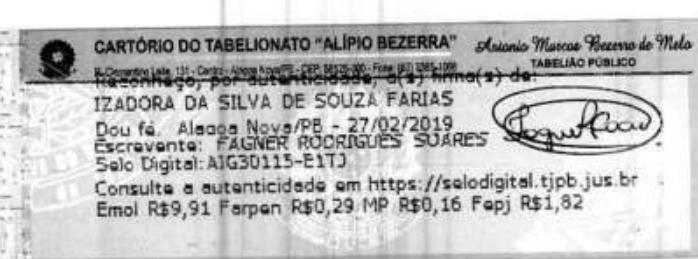
TESTEMUNHA (1)

 RG 3668818 CPF: 017073724-11

ASSINATURA: Andrade da Silveira da Souza Farias

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

 PROTOCOLO
AG. JOÃO PES




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

TESTEMUNHA (2)



RG 3.663.775

CPF: 093.940.534-25

ASSINATURA:

Silvana Campelo da Silva

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Pereira de Mello
R. Clemente Lobo, 31 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (83) 3365-1066
TABELIÃO PÚBLICO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA
Dou fô. Alagoa Nova/PB - 27/02/2019
Escrivente: FAGNER RODRIGUES SOARES
Selos Digitais: ALG30113-4C0A
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$9,91 Farpen R\$0,29 MP R\$0,16 Fepj R\$1,82

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

Alagoa Nova - PB - 27/02/2019

Local e data



Israel de Souza Farias

Assinatura do Argo

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Pereira de Mello
R. Clemente Lobo, 31 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (83) 3365-1066
TABELIÃO PÚBLICO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
ISRAEL DE SOUZA FARIA
Dou fô. Alagoa Nova/PB - 27/02/2019
Escrivente: FAGNER RODRIGUES SOARES
Selos Digitais: ALG30116-PD057
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$9,91 Farpen R\$0,29 MP R\$0,16 Fepj R\$1,82

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013953/19

Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA

CPF: 056.227.304-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/08/2017

Titular do CPF: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDREZA CABRAL DA SILVA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



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. 89

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013953/19

Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA

CPF: 056.227.304-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/08/2017

Titular do CPF: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDREZA CABRAL DA SILVA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



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. 90

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

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 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

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 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. 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, contados 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. 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, contados 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. 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



Carta nº 13816318





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Carta nº 13816318



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. 96



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190031062 Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Data do Acidente: 27/08/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDREZA CABRAL DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO CABRAL DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização

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 avançada, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190031062 Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Data do Acidente: 27/08/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDREZA CABRAL DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO CABRAL DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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 **Senerino Colenel da Silva**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Senerino Colenel da Silva	CPF titular da conta 056 227 304 22	Profissão Agricultor
Endereço Sítio São José - ZD CID UNIV	Número 3/N	Complemento
Bairro Área Rural	Cidade Mangabeira	Estado PI
Email 	CEP 58125 000	Telefone (DDD) (83) 983167743

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **3854** D/V **8** CONTA NRO. **59869** D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(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.

Mangabeira-PB, 08 de 03 de 2019
Local e Data

Andrade Colenel da Silva

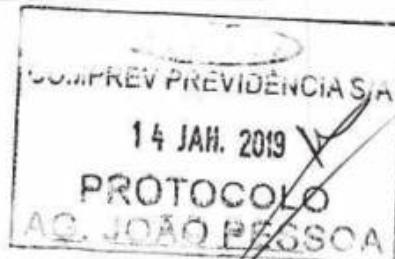
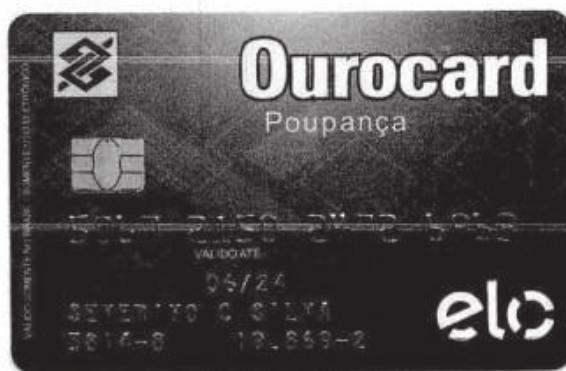
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Num. 43908275 - Pág. 99





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. 100



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 **Senerino Colenel da Silva**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Senerino Colenel da Silva	CPF titular da conta 056 227 304 22	Profissão Agricultor
Endereço Sítio São José - ZD CID UNIV	Número 3/N	Complemento
Bairro Área Rural	Cidade Mangabeira	Estado PI
Email 	CEP 58125 000	Telefone (DDD) (83) 983167743

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **3854** D/V **8** CONTA NRO. **59869** D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(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.

Mangabeira-PB, 08 de 03 de 2019
Local e Data

Andrade Colenel da Silva

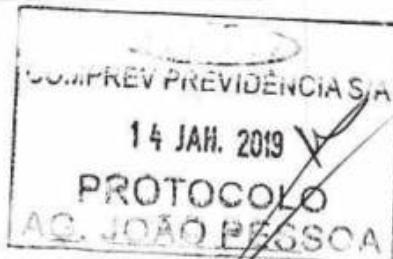
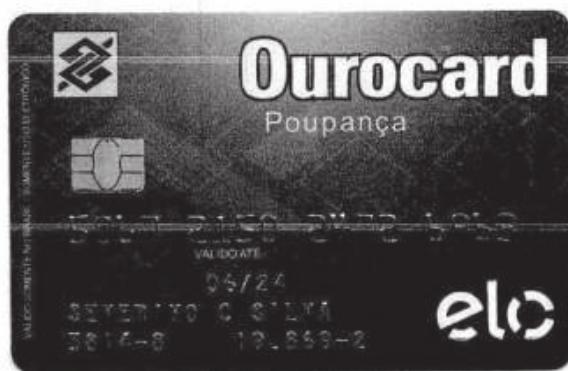
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Num. 43908275 - Pág. 101





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. 102



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:	Nome completo da vítima:
	05622730422	Sereno Colval da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SJSEP N° 445/2012		
Nome completo:		
Profissão:	Endereço:	CPF:
Agricultor	Sítio São José	05622730422
Bairro:	Cidade:	Número:
Área Rural - ZD CID URNU	Alagoa Nova	S/N
E-mail:	Estado:	Complemento:
	PB	CEP: 58325000
		Tel.(DDD): (83) 333032780

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3834 CONTA: 38869 Dígito: 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 e reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, o meu total 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 aquisição da indenização por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: 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 áqueles 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: Alagoa Nova - PB - 27/02/2019
 Nome: Sereno Colval da Silva
 CPF: 056.227.304-22
 Israel de 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:
 1º | Nome: Isolda da Silva de Souza Farias,
 CPF: 017073724-11

Isolda da Silva de Souza Farias
 Assinatura

2º | Nome: Silvana Primo Pereira da Silva
 CPF: 093.940.534-25

Silvana Primo 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 RODO, 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:	Nome completo da vítima:
	05622730422	Sereno Colval da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SJSEP N° 445/2012		
Nome completo:		
Profissão:	Endereço:	CPF:
Agricultor	Sítio São José	05622730422
Bairro:	Cidade:	Número:
Área Rural - ZD CID URNU	Alagoa Nova	S/N
E-mail:	Estado:	Complemento:
	PB	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<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 type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 3834 CONTA: 18869	(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 e reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, o meu total e pleno 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 aequiamento da indenização, do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: 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 áqueles 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: Alagoa Nova - PB - 27/02/2019 Nome: Sereno Colval da Silva CPF: 056.227.304-22 Assinatura: Israel de Souza Farias	TESTEMUNHAS: 1º Nome: Isadora da Silva de Souza Farias CPF: 017073724-11 Assinatura: Isadora da Silva de 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: 2º Nome: Silvana Primo Pereira da Silva CPF: 093.940.534-25 Assinatura: Silvana Primo 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 RODO, 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.



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Superintendência Regional de Polícia
12ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia da Comarca de ALAGOA NOVA



GOVERNO DA PARAÍBA



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 Belarmino 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 deserdado; QUE foi socorrido por uma equipe do SAMU, sendo encaminhado para o hospital de Trauma e ali ficou constatado fratura na perna direita e escoriações pelo corpo; QUE ficou internado por cerca de um mês e 03 dias, sendo realizado procedimento cirúrgico; QUE não sabe informar as características da moto, tais como placa e cor; QUE também não viu quem era o motorista atropelador; QUE cita como testemunhas do sinistro, as pessoas de: **ISRAEL DE SOUZA FARIAS E ISADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS**, ambos residentes na RUA PROJETADA, LOTEAMENTO REJANE LIMA, OLHO D'ÁGUA, nesta cidade. Nada mais havendo a relatar, ciente o(a) requerente das implicações contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado, expeço a referida Certidão. O referido é verdade e dou fé.

Alagoa Nova/PB, 26 de MARÇO de 2018.

NOTIFICANTE: _____

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

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



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Superintendência Regional de Polícia
12ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia da Comarca de ALAGOA NOVA



GOVERNO DA PARAÍBA



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 Belarmino 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 deserdado; QUE foi socorrido por uma equipe do SAMU, sendo encaminhado para o hospital de Trauma e ali ficou constatado fratura na perna direita e escoriações pelo corpo; QUE ficou internado por cerca de um mês e 03 dias, sendo realizado procedimento cirúrgico; QUE não sabe informar as características da moto, tais como placa e cor; QUE também não viu quem era o motorista atropelador; QUE cita como testemunhas do sinistro, as pessoas de: **ISRAEL DE SOUZA FARIAS E ISADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS**, ambos residentes na RUA PROJETADA, LOTEAMENTO REJANE LIMA, OLHO D'ÁGUA, nesta cidade. Nada mais havendo a relatar, ciente o(a) requerente das implicações contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado, expeço a referida Certidão. O referido é verdade e dou fé.

Alagoa Nova/PB, 26 de MARÇO de 2018.

NOTIFICANTE: _____

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

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





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 <i>Senerino Calend de Silveira</i>	CPF da Vítima 05622730422	Data do Acidente 27/08/2017
---	------------------------------	--------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Andréza Calend de Silveira</i>	CPF do Representante legal 32334053466
Email <i></i>	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 previsão de cobertura de lesão, ou lesões, médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

14 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA

Florianópolis - PR, 08 de 03 de 2019
Local e Data

Andréza Calend de Silveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 <i>Senerino Calend de Silveira</i>	CPF da Vítima 05622730422	Data do Acidente 27/08/2017
---	------------------------------	--------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Andréza Calend de Silveira</i>	CPF do Representante legal 32334053466
Email <i></i>	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 previsão de cobertura de lesão, ou lesões, médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

14 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA

Florianópolis - PR, 08 de 03 de 2019
Local e Data

Andréza Calend de Silveira

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:	Nome completo da vítima:
	05622730422	Sereno Colval da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SJSEP N° 445/2012		
Nome completo:		
Profissão:	Endereço:	CPF:
Agricultor	Sítio São José	05622730422
Bairro:	Cidade:	Número:
Área Rural - ZD CID URNU	Alagoa Nova	S/N
E-mail:	Estado:	Complemento:
	PB	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<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 type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 3834 CONTA: 38869	(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 e reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, o meu total e pleno 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 aequiamento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: 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 áqueles 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: Alagoa Nova - PB - 27/02/2019 Nome: Sereno Colval da Silva CPF: 056.227.304-22 Assinatura: Israel de Souza Farias	TESTEMUNHAS: 1º Nome: Isolda da Silva de Souza Farias CPF: 017073724-11 Assinatura: Isolda da Silva de Souza Farias
--	--

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da Procurador (se houver)

Assinatura

2º Nome: Silvana Primo Pereira da Silva CPF: 093.940.534-25 Assinatura: Silvana Primo Pereira da Silva
--

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO,

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:	Nome completo da vítima:
	05622730422	Sereno Colval da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SJSEP N° 445/2012		
Nome completo:		
Profissão:	Endereço:	CPF:
Agricultor	Sítio São José	05622730422
Bairro:	Cidade:	Número:
Área Rural - ZD CID URNU	Alagoa Nova	S/N
E-mail:	Estado:	Complemento:
	PB	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		

RENDIMENTO 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

<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 type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 3834 CONTA: 18869	(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 e reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, o meu total 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 aequiamento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: 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 áqueles 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: Alagoa Nova - PB - 27/02/2019 Nome: Sereno Colval da Silva CPF: 056.227.304-22 Assinatura: Israel de Souza Farias	TESTEMUNHAS: 1º Nome: Isolda da Silva de Souza Farias CPF: 017073724-11 Assinatura: Isolda da Silva de 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:
1º | Nome: Suelio Moreira Torres
CPF: 093.940.534-25
Assinatura: Suelio Moreira Torres

2º | Nome: Silvana Ferreira da Silva
CPF: 093.940.534-25
Assinatura: Silvana Ferreira da Silva

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.





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



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

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



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. 113

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



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. 114

SEVERINO CABRAL DA SILVA
SIT SAO JOSE, S/N - JO CIO UNIV
ALAGOA NOVA/PB CEP 58125000 (AD. 71)

Emissão: 19/11/2018 Referência Nov/2018
Classe/Suporte: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Rôteiro: 10-77-694-7460 NFM/medidor: 00008576384

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B1200, Km25 - Crato Resende - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.096.192/0001-40 - Ins Est 16.016.823-0

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N°015.715.554
Cód. para Déb. Automático: 00014998942

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

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

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

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 17/10/18	Leratura 5228	Data 19/11/18	Leratura 8426	
177				
33				
CCI Descrição	Quantidade	Tensão	Valor Base Calc. Aq. Icms(R\$) Icms Pef/KWh(R\$) (0,0440%) (4,3482%)	Cofins(R\$)
0801 Consumo em kWh	177.000 0,422698	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 Subíndice		32,06	0,00 0 0,00 32,06 0,30 1,39	
0808 Devolução Subíndice		-30,35	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				

CCI Código de Classificação do Item: TOTAL 81,51 0,00 0,00 111,87 1,05 4,68
Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 145 26/11/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 81,51
Histórico de Consumo (kWh)
140 | 141 | 133 | 138 | 133 | 158 | 142 | 147 | 149 | 155 | 160 | 144
Nov/18 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 8/2018-Area

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrições	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	11,94	0,00	Serviços de Distribuição de Energia/FPS	28,98	33,34
DIC TRIMESTRAL	23,89		Compra de Energia	38,80	47,72
DIGANUAL	47,78	NOMINAL	Simples de Transmissão	4,10	5,03
FIC MENSAL	7,82	0,00	Encargos Sistemas	0,24	7,68
FIC TRIMESTRAL	15,64	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	5,81	7,25
FIC ANUAL	31,26	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DAMC	6,59	0,00	Total	81,51	100,00
DICRI	16,80	LIMITE SUPERIOR			

Valor da EU/SD (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 devida suspensão do fornecimento caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento. Sobrevenção DEC 7 BB1/13 R\$ 30,30.
- Leitura confirmada
Isento ICMS

Faturas em atraso

Out/18 70,80



SEVERINO CABRAL DA SILVA
SIT SAO JOSE, S/N - JO CIO UNIV
ALAGOA NOVA/PB CEP 58125000 (AD. 71)

Emissão: 19/11/2018 Referência Nov/2018
Classe/Suporte: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Rôteiro: 10-77-694-7460 NFM/medidor: 00008576384

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B1200, Km25 - Crato Resende - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.096.192/0001-40 - Ins Est 16.016.823-0

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N°015.715.554
Cód. para Déb. Automático: 00014998942

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

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

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

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 17/10/18	Leratura 5228	Data 19/11/18	Leratura 8426	
177				
33				
CCI Descrição	Quantidade	Tensão	Valor Base Calc. Aq. Icms(R\$) ICMS Pef/KWh(R\$) (0,0440%) (4,3482%) Cofins(R\$)	
0801 Consumo em kWh	177.000 0,422698	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		32,06	0,00 0 0,00 32,06 0,30 1,39	
0808 Devolução Subsídio		-30,35	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				

CCI Código de Classificação do Item: TOTAL 81,51 0,00 0,00 111,87 1,05 4,68
Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 145 26/11/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 81,51
Histórico de Consumo (kWh)
140 | 141 | 133 | 138 | 133 | 158 | 142 | 147 | 149 | 155 | 160 | 144
Nov/18 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 8/2018-Area

Limite da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	11,94	0,00	Serviços de Distribuição de Energia Elétrica	28,98	33,34
DIC TRIMESTRAL	23,89		Compra de Energia	38,80	47,72
DIGANUAL	47,78	NOMINAL	Simples de Transmissão	4,10	5,03
FIC MENSAL	7,82	0,00	Encargos Sistemas	0,24	7,68
FIC TRIMESTRAL	15,64	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	5,81	7,25
FIC ANUAL	31,26	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DAMC	6,59	0,00	Total	81,51	100,00
DICRI	16,80	LIMITE SUPERIOR	Valor da Fatura (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 devida suspensão do fornecimento caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento. Suficiência DEC 7 BB1/13 R\$ 30,36
- Leitura 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:56:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110564250100000041750988>
Número do documento: 21060110564250100000041750988

Num. 43908276 - Pág. 1

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 Excelênci, 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

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.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=21060110564250100000041750988>
Número do documento: 21060110564250100000041750988

Num. 43908276 - Pág. 2