



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)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31072435	28/05/2020 12:16	Contestação	Contestação
31073133	28/05/2020 12:16	2721478_CONTESTACAO_Anexo_021	Outros Documentos
31073136	28/05/2020 12:16	2721478_CONTESTACAO_Anexo_022	Outros Documentos

EM ANEXO



SEVERINO CABRAL DA SILVA
R. S. JOSE, S/N - JD. CIVIL
ALAGOANOVIA/PB CEP 58125000 (AG 71)

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

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, km 26 - Costa Rica - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.085.182/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-6

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

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Nov/2018 19/11/2018 17/12/2018 056.227.304-22
Insc. Est.

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

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 17/10/18	Leitura 6228	Data 18/11/18	Leitura 6408	
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq. (R\$) Base Calc. Pag(R\$) Cálculo(R\$)
0801	Consumo em kWh	177,000	0,422580	74,80 0,00 0 0,00 74,80 0,70 3,26
0801	Adic. B Vermelha			3,95 0,00 0 0,00 3,95 0,04 0,17
0801	Adic. B Amarela			1,07 0,00 0 0,00 1,07 0,01 0,05
0810	Subsídio			32,05 0,00 0 0,00 32,05 0,30 1,39
0808	Devolução Subsídio			-30,36 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
TOTAL				

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

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

Histórico de Consumo (kWh)
140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 | 467 | 468 | 469 | 470 | 471 | 472 | 473 | 474 | 475 | 476 | 477 | 478 | 479 | 480 | 481 | 482 | 483 | 484 | 485 | 486 | 487 | 488 | 489 | 490 | 491 | 492 | 493 | 494 | 495 | 496 | 497 | 498 | 499 | 500 | 501 | 502 | 503 | 504 | 505 | 506 | 507 | 508 | 509 | 510 | 511 | 512 | 513 | 514 | 515 | 516 | 517 | 518 | 519 | 520 | 521 | 522 | 523 | 524 | 525 | 526 | 527 | 528 | 529 | 530 | 531 | 532 | 533 | 534 | 535 | 536 | 537 | 538 | 539 | 540 | 541 | 542 | 543 | 544 | 545 | 546 | 547 | 548 | 549 | 550 | 551 | 552 | 553 | 554 | 555 | 556 | 557 | 558 | 559 | 560 | 561 | 562 | 563 | 564 | 565 | 566 | 567 | 568 | 569 | 570 | 571 | 572 | 573 | 574 | 575 | 576 | 577 | 578 | 579 | 580 | 581 | 582 | 583 | 584 | 585 | 586 | 587 | 588 | 589 | 590 | 591 | 592 | 593 | 594 | 595 | 596 | 597 | 598 | 599 | 600 | 601 | 602 | 603 | 604 | 605 | 606 | 607 | 608 | 609 | 610 | 611 | 612 | 613 | 614 | 615 | 616 | 617 | 618 | 619 | 620 | 621 | 622 | 623 | 624 | 625 | 626 | 627 | 628 | 629 | 630 | 631 | 632 | 633 | 634 | 635 | 636 | 637 | 638 | 639 | 640 | 641 | 642 | 643 | 644 | 645 | 646 | 647 | 648 | 649 | 650 | 651 | 652 | 653 | 654 | 655 | 656 | 657 | 658 | 659 | 660 | 661 | 662 | 663 | 664 | 665 | 666 | 667 | 668 | 669 | 670 | 671 | 672 | 673 | 674 | 675 | 676 | 677 | 678 | 679 | 680 | 681 | 682 | 683 | 684 | 685 | 686 | 687 | 688 | 689 | 690 | 691 | 692 | 693 | 694 | 695 | 696 | 697 | 698 | 699 | 700 | 701 | 702 | 703 | 704 | 705 | 706 | 707 | 708 | 709 | 710 | 711 | 712 | 713 | 714 | 715 | 716 | 717 | 718 | 719 | 720 | 721 | 722 | 723 | 724 | 725 | 726 | 727 | 728 | 729 | 730 | 731 | 732 | 733 | 734 | 735 | 736 | 737 | 738 | 739 | 740 | 741 | 742 | 743 | 744 | 745 | 746 | 747 | 748 | 749 | 750 | 751 | 752 | 753 | 754 | 755 | 756 | 757 | 758 | 759 | 760 | 761 | 762 | 763 | 764 | 765 | 766 | 767 | 768 | 769 | 770 | 771 | 772 | 773 | 774 | 775 | 776 | 777 | 778 | 779 | 780 | 781 | 782 | 783 | 784 | 785 | 786 | 787 | 788 | 789 | 790 | 791 | 792 | 793 | 794 | 795 | 796 | 797 | 798 | 799 | 800 | 801 | 802 | 803 | 804 | 805 | 806 | 807 | 808 | 809 | 810 | 811 | 812 | 813 | 814 | 815 | 816 | 817 | 818 | 819 | 820 | 821 | 822 | 823 | 824 | 825 | 826 | 827 | 828 | 829 | 830 | 831 | 832 | 833 | 834 | 835 | 836 | 837 | 838 | 839 | 840 | 841 | 842 | 843 | 844 | 845 | 846 | 847 | 848 | 849 | 850 | 851 | 852 | 853 | 854 | 855 | 856 | 857 | 858 | 859 | 860 | 861 | 862 | 863 | 864 | 865 | 866 | 867 | 868 | 869 | 870 | 871 | 872 | 873 | 874 | 875 | 876 | 877 | 878 | 879 | 880 | 881 | 882 | 883 | 884 | 885 | 886 | 887 | 888 | 889 | 890 | 891 | 892 | 893 | 894 | 895 | 896 | 897 | 898 | 899 | 900 | 901 | 902 | 903 | 904 | 905 | 906 | 907 | 908 | 909 | 910 | 911 | 912 | 913 | 914 | 915 | 916 | 917 | 918 | 919 | 920 | 921 | 922 | 923 | 924 | 925 | 926 | 927 | 928 | 929 | 930 | 931 | 932 | 933 | 934 | 935 | 936 | 937 | 938 | 939 | 940 | 941 | 942 | 943 | 944 | 945 | 946 | 947 | 948 | 949 | 950 | 951 | 952 | 953 | 954 | 955 | 956 | 957 | 958 | 959 | 960 | 961 | 962 | 963 | 964 | 965 | 966 | 967 | 968 | 969 | 970 | 971 | 972 | 973 | 974 | 975 | 976 | 977 | 978 | 979 | 980 | 981 | 982 | 983 | 984 | 985 | 986 | 987 | 988 | 989 | 990 | 991 | 992 | 993 | 994 | 995 | 996 | 997 | 998 | 999 | 1000

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

Indicadores de Qualidade 9/2019 - Anu

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL 11,94	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. de Energia PB	28,36	32,34
DIC TRIMESTRAL 23,89			Compra de Energia	38,80	47,72
DIC ANUAL 47,79			Serviço de Transmissão	4,10	5,03
FIC MENSAL 7,82	0,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	5,34	7,66
FIC TRIMESTRAL 15,64		LIMITE INFERIOR 202	Impostos Cíveis e Encargos	5,81	7,24
FIC ANUAL 31,28		LIMITE SUPERIOR 231	Outros Serviços	0,00	0,00
DIC 15,64	0,00		TOTAL	81,51	100,00

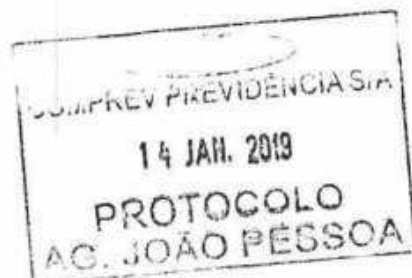
Valor do EUSD (Ref 9/2018): R\$ 32,27

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Out/18 70,80

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao lado mencionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/12/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade de devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em dígitos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Subvenção DEC 7 881/13 R\$ 30,26. - Leitura confirmada. - Invento ICMS.



SEVERINO CABRAL DA SILVA
R. S. JOSE, S/N - JD. CIVIL
ALAGOANOVIA/PB CEP 58125000 (AG 71)

Emissão 19/11/2018 Referência: Nov/2018
Classe: SUJEITO RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 10-77-884-7480 Nº Medidor: 0000575524

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, km 26 - Costa Rica - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.085.182/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-6

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

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Nov/2018 19/11/2018 17/12/2018 056.227.304-22
Insc. Est.

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

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 17/10/18	Letura 6228	Data 18/11/18	Letura 6405	
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq. (R\$) Base Calc. Pag(R\$) Cálculo(R\$)
0801	Consumo em kWh	177,000	0,422580	74,80 0,00 0 0,00 74,80 0,70 3,26
0801	Adic. B Vermelha			3,95 0,00 0 0,00 3,95 0,04 0,17
0801	Adic. B Amarela			1,07 0,00 0 0,00 1,07 0,01 0,05
0810	Subsídio			32,05 0,00 0 0,00 32,05 0,30 1,39
0808	Devolução Subsídio			-30,36 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

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

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

Histórico de Consumo (kWh)
140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 | 467 | 468 | 469 | 470 | 471 | 472 | 473 | 474 | 475 | 476 | 477 | 478 | 479 | 480 | 481 | 482 | 483 | 484 | 485 | 486 | 487 | 488 | 489 | 490 | 491 | 492 | 493 | 494 | 495 | 496 | 497 | 498 | 499 | 500 | 501 | 502 | 503 | 504 | 505 | 506 | 507 | 508 | 509 | 510 | 511 | 512 | 513 | 514 | 515 | 516 | 517 | 518 | 519 | 520 | 521 | 522 | 523 | 524 | 525 | 526 | 527 | 528 | 529 | 530 | 531 | 532 | 533 | 534 | 535 | 536 | 537 | 538 | 539 | 540 | 541 | 542 | 543 | 544 | 545 | 546 | 547 | 548 | 549 | 550 | 551 | 552 | 553 | 554 | 555 | 556 | 557 | 558 | 559 | 560 | 561 | 562 | 563 | 564 | 565 | 566 | 567 | 568 | 569 | 570 | 571 | 572 | 573 | 574 | 575 | 576 | 577 | 578 | 579 | 580 | 581 | 582 | 583 | 584 | 585 | 586 | 587 | 588 | 589 | 590 | 591 | 592 | 593 | 594 | 595 | 596 | 597 | 598 | 599 | 600 | 601 | 602 | 603 | 604 | 605 | 606 | 607 | 608 | 609 | 610 | 611 | 612 | 613 | 614 | 615 | 616 | 617 | 618 | 619 | 620 | 621 | 622 | 623 | 624 | 625 | 626 | 627 | 628 | 629 | 630 | 631 | 632 | 633 | 634 | 635 | 636 | 637 | 638 | 639 | 640 | 641 | 642 | 643 | 644 | 645 | 646 | 647 | 648 | 649 | 650 | 651 | 652 | 653 | 654 | 655 | 656 | 657 | 658 | 659 | 660 | 661 | 662 | 663 | 664 | 665 | 666 | 667 | 668 | 669 | 670 | 671 | 672 | 673 | 674 | 675 | 676 | 677 | 678 | 679 | 680 | 681 | 682 | 683 | 684 | 685 | 686 | 687 | 688 | 689 | 690 | 691 | 692 | 693 | 694 | 695 | 696 | 697 | 698 | 699 | 700 | 701 | 702 | 703 | 704 | 705 | 706 | 707 | 708 | 709 | 710 | 711 | 712 | 713 | 714 | 715 | 716 | 717 | 718 | 719 | 720 | 721 | 722 | 723 | 724 | 725 | 726 | 727 | 728 | 729 | 730 | 731 | 732 | 733 | 734 | 735 | 736 | 737 | 738 | 739 | 740 | 741 | 742 | 743 | 744 | 745 | 746 | 747 | 748 | 749 | 750 | 751 | 752 | 753 | 754 | 755 | 756 | 757 | 758 | 759 | 760 | 761 | 762 | 763 | 764 | 765 | 766 | 767 | 768 | 769 | 770 | 771 | 772 | 773 | 774 | 775 | 776 | 777 | 778 | 779 | 780 | 781 | 782 | 783 | 784 | 785 | 786 | 787 | 788 | 789 | 790 | 791 | 792 | 793 | 794 | 795 | 796 | 797 | 798 | 799 | 800 | 801 | 802 | 803 | 804 | 805 | 806 | 807 | 808 | 809 | 810 | 811 | 812 | 813 | 814 | 815 | 816 | 817 | 818 | 819 | 820 | 821 | 822 | 823 | 824 | 825 | 826 | 827 | 828 | 829 | 830 | 831 | 832 | 833 | 834 | 835 | 836 | 837 | 838 | 839 | 840 | 841 | 842 | 843 | 844 | 845 | 846 | 847 | 848 | 849 | 850 | 851 | 852 | 853 | 854 | 855 | 856 | 857 | 858 | 859 | 860 | 861 | 862 | 863 | 864 | 865 | 866 | 867 | 868 | 869 | 870 | 871 | 872 | 873 | 874 | 875 | 876 | 877 | 878 | 879 | 880 | 881 | 882 | 883 | 884 | 885 | 886 | 887 | 888 | 889 | 890 | 891 | 892 | 893 | 894 | 895 | 896 | 897 | 898 | 899 | 900 | 901 | 902 | 903 | 904 | 905 | 906 | 907 | 908 | 909 | 910 | 911 | 912 | 913 | 914 | 915 | 916 | 917 | 918 | 919 | 920 | 921 | 922 | 923 | 924 | 925 | 926 | 927 | 928 | 929 | 930 | 931 | 932 | 933 | 934 | 935 | 936 | 937 | 938 | 939 | 940 | 941 | 942 | 943 | 944 | 945 | 946 | 947 | 948 | 949 | 950 | 951 | 952 | 953 | 954 | 955 | 956 | 957 | 958 | 959 | 960 | 961 | 962 | 963 | 964 | 965 | 966 | 967 | 968 | 969 | 970 | 971 | 972 | 973 | 974 | 975 | 976 | 977 | 978 | 979 | 980 | 981 | 982 | 983 | 984 | 985 | 986 | 987 | 988 | 989 | 990 | 991 | 992 | 993 | 994 | 995 | 996 | 997 | 998 | 999 | 1000

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

Indicadores de Qualidade 9/2019 - Anu

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL 11,94	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. de Energia PB	28,36	32,34
DIC TRIMESTRAL 23,89			Compra de Energia	38,80	47,72
DIC ANUAL 47,79			Serviço de Transmissão	4,10	5,03
FIC MENSAL 7,82	0,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	5,34	7,68
FIC TRIMESTRAL 15,64		LIMITE INFERIOR 202	Impostos Cíveis e Encargos	5,81	7,24
FIC ANUAL 31,28		LIMITE SUPERIOR 231	Outros Serviços	0,00	0,00
DIC 18,50	0,00		Total	81,51	100,00

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

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Out/18 70,80

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao lado mencionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/12/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade de devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em dígitos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Subvenção DEC 7 881/13 R\$ 30,26. - Letura confirmada. - Item ICMS.

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



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

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

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

☒ Recuso informar

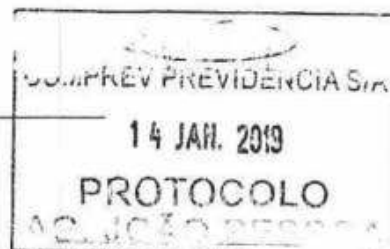
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Sítio São José</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento -
Bairro <u>Área Rural</u>	Cidade <u>Alagoa Nova</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58525000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>(83) 98367743</u> <u>(33) 996338673</u>

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

Anderson Calval da Silva
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

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

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

☒ Recuso informar

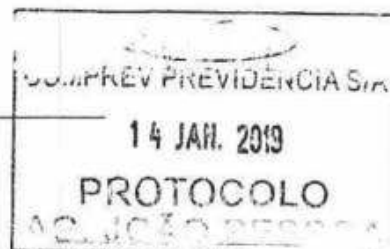
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Sítio São José</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento -
Bairro <u>Área Rural</u>	Cidade <u>Alagoa Nova</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58525000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>(83) 98367743</u> <u>(33) 996338673</u>

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

Anderson Calval da Silva
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017



27/08/2017



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

HU:

PROJETO PREVIDÊNCIA SIA
LUIZ GONZAGA FERNANDES

14 JAN. 2019



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº 1494332

CLASS. DE RISCO: RISCO ALTO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

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

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Endereço: SÍTIO SÃO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BE LARMINA DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abordagem

2. Análise

3. Avaliação

4. Contusão

5. Craniotomia

6. Dor

7. Edema

8. Empalme

9. Erisão subcutânea

10. Enfiamento

11. Equimose

12. F. Arma branca

13. F. Arma de fogo

14. F. Contusão

15. F. Contusão

16. F. Contusão

17. F. Ferimento contuso

18. F. Ferimento contuso

19. Ferimento contuso

20. Ferimento contuso

21. Ferimento contuso

22. Ferimento contuso

23. Ferimento contuso

24. Ferimento contuso

25. Ferimento contuso

26. Ferimento contuso

27. Ferimento contuso

28. Ferimento contuso

29. Ferimento contuso

30. Ferimento contuso

31. Ferimento contuso

32. Ferimento contuso

33. Ferimento contuso

34. Ferimento contuso

35. Ferimento contuso

36. Ferimento contuso

37. Ferimento contuso

38. Ferimento contuso

39. Ferimento contuso

40. Ferimento contuso



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

SPW

Ficha de Acolhimento

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

ATROPELAMENTO

Classificação de Risco

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

MOD. 110

Estratificação

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

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



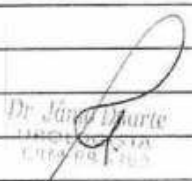


**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
① <i>pt em decúbito dorsal</i>
② <i>propriedade e antissepsia</i>
③ <i>incisão mediana</i>
④ <i>Inspeção: Presença de líquido livre intra-abdominal</i>
⑤ <i>Presença de lesões no cáculo da bexiga</i>
⑥ <i>Sutura com crômulo - 0</i>
⑦ <i>Drenagem do conteúdo</i>
⑧ <i>Exatidão dos planos anteriores</i>
⑨ <i>Curativo</i>
COMPREV PREVIDENCIARIA 14 JAN. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA  Dr. João Parte

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



[Handwritten signature]

[Handwritten text: 14/01/2019]

[Handwritten text: 58/10/2018]

[Handwritten text: Mr. Pires]

[Handwritten text: 14/01/2019]

[Handwritten text: 14/01/2019]

[Handwritten text: 14/01/2019]

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



N° 5087

PEDIDO DE FATURAMENTO

Nome do Hospital	
------------------	--

HOSATIL DE TINSWAT

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

E. Grosse

NOME DO PACIENTE

SEVERINO CARACI DI SILVA

Nº DO PROMTUÁRIO

Nº AJ. H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

1494332

PROCEDIMIENTO REALIZADO

REALIZADO
14.01.2014

PRODUTO

REF.

GIANT

COD. ROMP.

rengon externo Orto sintese

01

DATA DE UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

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



38/08/17
 04.30
 38
 38/08/17
 04.30
 38

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

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

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Severino Calvado da Silva

DN: 20/01/68

QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO

Salv04

SUS

49 anos

4494332

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA

1.6 + estomago + sutura de Dr. Canales + Dr. Jansen + Dr. Brand

ANESTESIA

catapalpa + fixação Dr. Severino Abreu + Dr. Rafael

INSTRUMENTADORA

Conduz

DATA 28/08/16

INICIO

08:30

FIM

3h

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS Qtd. FIOS CÓDIGO

Adrenalina amp. Catet. pl. Oxy. Catgut cromado Sertix

Atropina amp. Catet. De Urinar Sist. Fech. Catgut cromado Sertix

Diazepam amp. 25 Compressa Grande Catgut cromado Sertix

Dimore amp. Compressa Pequena Catgut Simples

Dolantina amp. Colonoide Catgut Simples Sertix

Efrane ml 01 Dreno Succo 6.4 Catgut Simples Sertix

Fenagam amp. Dreno Kerr n° Catgut Simples Sertix

01 Fentanil ml 200mg Dreno Penrose n° Cera pl. osso

Inova ml Dreno Pezzer n° Ethibond

Ketalar ml 01 Equip. de Macrogotas Ethibond

Mercaína % ml Equip. de Macrogotas Ethibond

Nubalin amp. Equip. de Sangue Fio de Agodão Sertix

Pavulon amp. Equip. de PVC Fio de Agodão Sertix

Protigmine amp. 015 Esparadrapo Latex Fio de Agodão Sutapak

Protóxido l/m Furacilina ml Fio de Agodão Sutapak

Quelcin ml 07 Gata Pacote c/ 10 unidades Fila cardaca

Rapifen amp. H.O. ml 06 Mononylon 2-0-...

01 Thionembul ml Propofol Intracath Adulto 03 Mononylon 3-0-...

01 Tracrium amp. Remifentanyl Intracath Infantil 03 Prolene Sertix -1-...

Qtd. MEDICAÇÕES 03 Lâmina de Bisturi n° 23 Prolene Sertix

04 Agua Destilada amp. Lâmina de Bisturi n° 11 Prolene Sertix

01 Decadron amp. Lâmina de Bisturi n° 15 Prolene Sertix

02 Dipirona amp. 08 Luvas 7.5 Vicryl Sertix

Flaxidol amp. 02 Luvas 8.0 Vicryl Sertix

Flebocortid amp. 01 Luvas 8.5 Vicryl Sertix

Geramicina amp. 01 Oxigênio l/m

Glicose amp. Polifix

Glucon de Cálcio amp. 015 PVPI Degemante ml

Haemacel ml. 015 PVPI Tópico ml.

Heparema ml. 015 Sabão Antisséptico

Kanakion amp. 04 Saco coletor

Lasix amp. 03 Seringa desc. 10 ml

Medrolinazol. 03 Seringa desc. 20 ml

01 Plasimp amp. 03 Seringa desc. 05 ml

Prolamina 02 Sonda

Revivan amp. 01 Sonda folley 22/03/16

Stuption amp. 01 Sonda Nasogálica

Cefalotina Ig 02 Sonda Uretral n° 20

02 Ceftriaxona 01 Sterydrem ml

02 Tetracil 01 Tomeirinha

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES 01 Vaselina ml

02 Agulha desc. 25 x 28 01 Gelcon

Agulha desc. 28 x 28 02 Latesa

Agulha desc. 3 x 4,5 05 Bula

Agulha pl. raque n° 01 TET 8,0

03 Álcool de Enfermagem 01 Furo

Álcool Iodado ml 05 Gel condutor

Ataduras de Crepon 01 fêlce n° 14

Ataduras de Gessada 01 Siringa 60 ml

Azul metileno amp.

Benzina ml

EQUIPAMENTOS

X Oxímetro de Pulso

() Serra

() Desfibrilador

X Foco Frontal

() Fonte de Luz

() Foco

X Eletro

() Oxíc

X Carc

() Peri

Circulante Responsável

ORTODONTESIMO E COM. LTDA
Rua 471702 Lata 360/F 17
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300
FIXADOR EXTERNO LAYFIX
Registro ANVISA: 1023371995

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

1ml 28/07/2022

ESTERIL R
28/07/2017

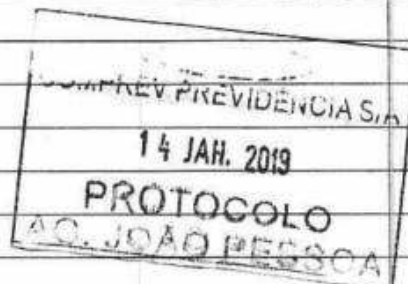
MOD 005



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Jesusma Gabriel da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28.8.14</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Sano Tomaz</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Sano</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Local</i>	Tipo de Anestesia <i>Local</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fratura exposta do 3º d. da perna (E)</i> <i>em (3) A ; fratura no (E) e fratura exposta do 3º d. da perna (E)</i>			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1º tipo: <i>anestesia local</i>
<i>aprox. do corpo do 3º d. da perna</i>
<i>ligadura de 1x0,8% 5 pontos</i>
<i>redução / alinhamento da fratura e fixação da fratura</i>
<i>exame único para (E)</i>
<i>fratura no</i>
<i>anestesia</i>
2º tipo: <i>anestesia local</i>
<i>aprox. do corpo do 3º d. da perna</i>
<i>ligadura de 1x0,8% 5 pontos</i>
<i>redução / alinhamento da fratura e fixação da fratura</i>
<i>exame único para (E)</i>
<i>fratura no</i>
<i>anestesia</i>

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

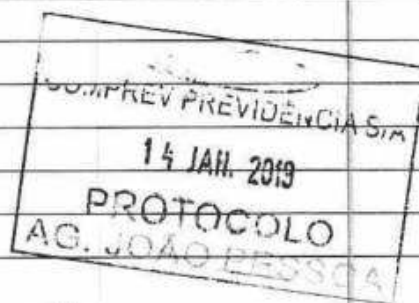




**GOVERNO
DA PARÁIBA**

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

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



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DP4 sob anestesia
2) ASSEP e antissepsia
3) Campos estéril
4) Incisão anterior perna D por plano + hemostase
5) Redução correta de fco de fratura + fixação com placa OCP larga 8 furros + parafusos corticais
6) Incisão quadril e por plano + hemostase
7) Retirada de enxerto ósseo esponjoso
8) Colocação de enxerto ósseo esponjoso em fco de fratura
9) Sutura por plano
10) Curativo

Dr. João Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9865

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

8230

Hospital: Hospital de São Paulo Código: _____Procedimento: Artroscopia de joelho Cód. Procedimento: _____Paciente: Suelio da SilvaData da Cirurgia: 28/09/2019 Nº prontuário: 4495356 Convênio: _____Cirurgião: Dr. Amaro Código: _____ ☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa longa de 15 cm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº	2	32	32			
	Qtd.	01	02	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.						

REV. PREVIDÊNCIA S.M.
14 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.111/0001-00
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Sereirino Cabral da Silva DN= 10/01/1969</u>					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
	<u>Sala 03</u>	<u>SOS</u>	<u>49 anos</u>	<u>1494332</u>	
CIRURGIA			CIRURGIÃO		
ANESTESIA			ANESTESIA		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
<u>Rosqui</u>		<u>28/04/2017</u>	<u>17:00</u>	<u>18:50</u>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
			Calel. p/ OXg.		Catgut cromado Sertix
			Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
			Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
21			Compressa Pequena		Catgut Simples
			Colonoide		Catgut Simples Sertix
			Dreno		Catgut Simples Sertix
			Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
01	<u>neocaina</u>		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
			Dreno Pezzer nº		Ethibond
			Equipo de Macrogotas		Ethibond
			Equipo de Macrogotas		Ethibond
			Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
			Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
			Espadrado Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
			Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
			Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
			H ₂ O ml	03	Mononylon
			Intracath Adulto	02	Mononylon
			Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
			Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
			Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
			Luvas 7.0		Vicryl Sertix
			Luvas 7.5		Vicryl Sertix
			Luvas 8.0		Vicryl Sertix
			Luvas 8.5		
			Oxigênio l/m		
			Poliflix		
			PVPI Degemante ml		
			PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
			Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
			Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
			Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
			Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
			Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
			Sonda		
			Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
			Sonda Nasogátrica	03	
			Sonda Uretral nº	06	
			Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
			Gelcon 18		
			Latex		
01					

CÓDIGO
121017 01
280917 02
0802 01

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

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Mário José de Almeida
Téc. de Enfermagem
COREN-PA 001.162.920





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	SARVIA CARVALHO	Alojamento	7	Leito	4	Convênio	
----------	-----------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/8	1 - Dieta livre		DIG. GASTRIT.
	2 - S.R.L 500 ml I.V. 12/12h. 6166	12/3/4	PRON. SARVIA
	3 - Dipirona 02 mL + S.F 10mL I.V 8/8 h (lentamente)	14/2/06	TRIA AP.
	4 - Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F 0,9% 100mL	(24)	PRON. SARVIA
	I.V 12/12 h. (correr em 20 min.)	(24)	PRON. SARVIA
	5 - Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente).	28/08/2019	PRON. SARVIA
	6 - C. C. Gerais	28/08/2019	PRON. SARVIA
	7 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	8 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	1x dia	28/08/2019	PRON. SARVIA
	9 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	10 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	11 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	12 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	13 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	14 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	15 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	16 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	17 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	18 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	19 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	20 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	21 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	22 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	23 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	24 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	25 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	26 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	27 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	28 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	29 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	30 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	31 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	32 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	33 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	34 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	35 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	36 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	37 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	38 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	39 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	40 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	41 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	42 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	43 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	44 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	45 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	46 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	47 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	48 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	49 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	50 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	51 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	52 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	53 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	54 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	55 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	56 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	57 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	58 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	59 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	60 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	61 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	62 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	63 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	64 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	65 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	66 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	67 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	68 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	69 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	70 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	71 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	72 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	73 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	74 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	75 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	76 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	77 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	78 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	79 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	80 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	81 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	82 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	83 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	84 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	85 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	86 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	87 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	88 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	89 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	90 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	91 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	92 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	93 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	94 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	95 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	96 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	97 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	98 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	99 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA
	100 - Omeprazol 40mg I.V	28/08/2019	PRON. SARVIA

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Servino Cabral			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
09/09	Dieta livre 2.SRL 1500ml EV/24h 3.Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4.Tiludil 20mg + AD EV 12/12h sup. 5.Omeprazol 40mg EV/jelum 6.Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7.Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8.Ceftriaxone 1g EV 12/12h 9.SSVV + CCGG	12-18 h 12-18 h 04	RGB está em seu dia de ms APNU OK Sensação (+) Eólicas (+) CD: VAVU Amanda condutora de grupo HMG.
	Ceftriaxone 1g EV 12/12h Chloruro 2 x dose Ceveter 240 mg EV 1x/die	18-06 18-06 18	Hallison Barros Almeida Médico Residente

FARMÁCIA PREVIDÊNCIA S/A

14 JAN. 2019

PROTOCOLO

M.C. JOÃO PESSOA



七

Quint

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

$$\sqrt{2} \text{ (1st Quad)} + \text{Arcsin} \text{ (2)}$$

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
B	1. Dieta 2. Sólidos + Líquidos 24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/05h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/Jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN 7. Nauseudron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	12h 18h 24h	17. DM
G	10. Paracetamol 1g IV 12/12h (SUSP)	06h 18h 24h	18. DM
		18h 24h	19. DM
		24h	20. DM
			21. DM
			22. DM
			23. DM
			24. DM
			25. DM
			26. DM
			27. DM
			28. DM
			29. DM
			30. DM
			31. DM
			Remover pontos

0106-8-17-1988
0106-8-17-1988
0106-8-17-1988

14 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA





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

Diagnóstico

ORTOPEDIA 1
LEITO 9-1

~~FX EXP DIAFISE OSSOS PERNA D~~

PRE-OP: C

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

~~SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49~~

LEITO 9-1

Convênio

Leito

Alojamento

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/01	1 DIETA LIVRE		
	2 JEICO SALINIZADO		
	3 DIPIRONA 1G+ABD EV 6/6H	12/13/14/15	
	4 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H	14/15/16/17	
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	18/19/20/21	
	6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV-EM-JEJUM	22/23/24/25	
	7 TILATIL 20MG +ABD EV 12/12H SN	26/27/28/29	
	8 XARELTO 10MG 1 CP VO DIA	30/31/01/02	
	9 SSVV + CCGG		
	10		
	11		
	12		
	13		
	14		
	15		

UFPR - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

14 JAN. 2019

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035





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

Diagnóstico

ORTOP
LETO 9.1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP *OK*

SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49

Paciente

Alojan

08

Leito

Convênio

EXP DIA F OSSOS PERNA D

1-601137

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
24/01	1 DIETA LIVRE	At		
	2 JEICO SALINIZADO	At		
	3-DIPIRONA-1G+ABD-EV-6/6H	12/15	21/08	
	4 TRAMAL 100mg + SFO, 9% 100ml EV-8/8H-5/N			28- DIH #ORTOPEDIA
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN			BEG, estável sem intercorrências D, urese + EVACUAÇÕES +
	6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM	06		
	7 TILATIL 20MG +ABD EV 12/12H SN	20		#(D: VPM
	8 XARELTO 10MG 1 CP VO DIA Dig 15 mg	At		
	9 SSW + CCGG			

Dr. Julio Cesar C
Ortopedia e Trauma
CRM 13.444

COMPREV PREVIDENCIA S/A

14 JAN. 2019

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA

MOD. 035



Diagnóstico

ORTOPI
LEITO 9.1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

EXP DIAF OSSOS PERNA D

SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49

~~T-601137~~

[illegible]

MOD. 035



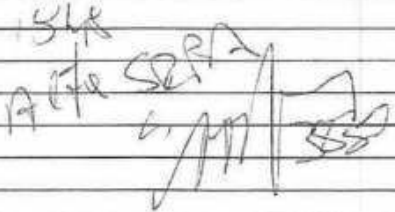


Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Sumiões Gabriel do Silva	Idade:	49
Convênio:	305	Data:	27/08/22
Procedimento:	1. Exatadura de catumb e p. + fixação fratura exposta.		
Cirurgião:	Dr. Carlos José	Auxiliar:	Dr. Bruno
		Anestesista:	Dr. S. S. S.
Início:	08:30	Término:	10:30 horas
		Anestesia:	Local

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
04:00	152 x 66	92	100%	Juliana	-	Sedado
05:30	138 x 64	89 bpm	100%	Juliana	-	Sedado
07:30	141 x 68	103	100%	Juliana		Sedado
08:30	131 x 62	100	100%	Juliana		
09:40	143 x 78	100	100%			
13:35	175 x 88	86	100%			
15:00	174 x 86	87	100%			
15:30	179 x 91	93	97%	Kethleen	+	consciente

[illegible]

Observações:	
Realizado anestesia torporal, troca e revisões de curativos sem anormalidades. Também feita gasometria arterial e medicado C.P.M. Solicitado laboratório às 8:00h. <i>Adm. capon 197</i>	
	
Assinatura Anestesista	Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103





11/12/2017



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

PROTÓCOLO 194 JAN 2019
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO AMBULATORIO

PRONTUÁRIO Nº: 1559713

CLASS. DE RISCO: AZUL

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

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

CEP: 58125000

Nascimento: 10/01/1968

Sexo: M

Telefone:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Idade: 049

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Alagoa Nova

RG:

Nº 0

Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DA SILVA

Profissão: AGRICULTOR

CNS: 898000530474591

Responsável: GILVAN

Data de Atend: 11/12/2017

CONVÊNIO: SUS

Estado Civil: Casado(a)

Hora: 11:03:56

Especialidade: ORTOPEDISTA

Motivo: RETORNO

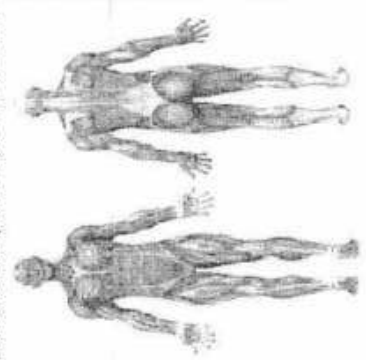
CRM: 6817

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



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

%

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

R Tubo 3H

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow

PA

HGT:

Sat02

CCIH
Data 25/01/18
Responsável: Romualdo

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Dia

às

Especialista:

Dia

às

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

Dr. Aristoteles Queiroz Neto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CIP: OMBRO E COTOVELO
CRM 0817 TEOT 12637

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

ORTOPEDIA 2

EXTRA 3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PA TÍBIA D

Paciente	SEVERINO CABRAL, 49	Alojamento	Leito	Convênio	EXTRA 3
Data	07/01/2018				
Prescrição Médica	1 DIETA LIVRE 2 SE 0.9% 1500ML EV P/ 24H 3 CLINDAMICINA 600MG + SE EV 6/6H 4 DIBIRONA 1G + ARD EV 6/6H 5 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM 6 DEAMBULAR COM MULETAS 7 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE 8 CURATIVO 1X DIA 9 SSVV + CCGG				
Horário	cto 14 12 12 12 12				
Evolução Médica	27 = DIN / 3 = DP - PO: OK BEB, estável, s/ dispnéia e s/ gatilhos. Po: boa evolução. Dinam (+) evacuações (+) cl: VPM Mantida. 08/01/8 - fratura unilocal - fratura (PIS) (O) - curativo diário - não pode para o - cl: fratura - Oref. Dr. Eduardo Braga Moraes Ortopedia - Traumatologia CRM - PB 6588				

14 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

8391

Hospital: de Referência e Trauma de C. Grande Código: _____Procedimento: Trat. cir. com fixação de Tala Cód. Procedimento: _____Paciente: Suelio Moreira Calvo da SilvaData da Cirurgia: 28/05/18 Nº prontuário: 3539433 Convênio: _____Cirurgião: Dr. Robinson Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
03	Parafuso Biotin			
1	Imola Tipo			
	PRESTON			
	Para Fêmur R. 50mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

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

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

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:16:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812160895900000029824020>

Número do documento: 20052812160895900000029824020

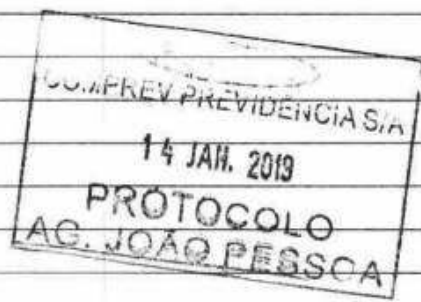
Num. 31073133 - Pág. 27



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Souvenir Cabral</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>04/01/18</i>	Enf. <i>0142-II</i>	Leito <i>Ep. 3</i>	
Operador <i>Dr. Edimilson</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Allison (mez)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Yung (mez)</i>	3º Auxiliar <i>-</i>	Instrumentador <i>Norma</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>PA Tibia (D)</i>			
Tipo de Operação <i>Fixação externa (Draision) + Rms</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>D. mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>D</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DDM sob anestesia.
2) Acesso + Antissepsia + Campos Estereis.
3) Incisão em pele anterior para (D).
4) Dissecção por planos + Hemostasia.
5) Rms phca + perfusões.
6) Colata de fragmento ósseo no culture.
7) Osteossíntese el tipo Externa tipo Draision sob escopo.
8) Lavagem de fô 1/1 (12.7).
9) Fechamento por planos.
10) Curativo

Visto Dr. Edimilson Cabral
Dr. Allison (mez)
Cirurgião 10307

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

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

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calef. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Calef. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	05	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fontanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Proglumina amp.	0.5	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quetlicin ml	0.5	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ml	03	Mononylon 2-0	
	Thionembul ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
04	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	02	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.5		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	0.5	Luvas 9.5			
	Glicose amp.	0.5	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	0.5	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	06	Saco coletor p/ lixo		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
01	Proclama <i>amp. nautidun</i>	01	Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml	
02	Reviven <i>amp. nautidun</i>		Sonda	05	SF p/ limpeza	
01	Suclatone <i>amp. nautidun</i>		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PROTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica		Material: <i>Bis Implants</i>	
01	micropesada		Sonda Uretral n°			
01	Penicilina		Sterydrem ml			
02	Tracrium		Tornetinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	01	Vaselina ml			
01	Aguilha desc. 25 x 7	01	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4.5	0.5	<i>Alta Tubular</i>		EQUIPAMENTOS	
02	Aguilha p/ raque n° 25	05	<i>Alta de 07</i>		(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
05	Álcool de Enfermagem	04	<i>escovinhas</i>		() Serra	() Eletrocautério
	Álcool Iodado ml				() Destilador	(X) Oxímetro
01	Ataduras de Crepon				(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
	Ataduras de Gessada				() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

14 JAN. 2019

PROTÓCOLO

AC. JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA S/A

Rosângela da C. Quintans

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex-03

Paciente	Data	Prescrição Médica	Alojamento:	Horário	Leito	Convênio	Evolução Médica
Durano Abail	27/12	1. Dieta Livre 2. SRC-1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tiliatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal-100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN 7. Nauseidron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Glaxene 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	12/12	18h-21h			Pré-história anexada - na - unipco.
	28/12	10. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 11. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 12. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 13. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 14. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 15. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 16. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 17. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 18. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 19. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 20. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 21. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 22. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 23. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 24. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 25. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 26. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 27. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 28. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 29. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 30. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 31. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 32. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 33. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 34. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 35. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 36. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 37. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 38. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 39. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 40. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 41. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 42. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 43. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 44. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 45. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 46. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 47. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 48. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 49. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 50. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 51. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 52. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 53. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 54. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 55. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 56. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 57. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 58. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 59. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 60. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 61. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 62. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 63. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 64. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 65. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 66. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 67. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 68. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 69. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 70. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 71. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 72. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 73. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 74. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 75. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 76. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 77. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 78. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 79. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 80. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 81. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 82. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 83. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 84. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 85. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 86. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 87. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 88. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 89. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 90. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 91. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 92. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 93. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 94. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 95. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 96. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 97. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 98. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 99. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 100. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 101. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 102. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 103. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 104. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 105. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 106. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 107. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 108. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 109. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 110. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 111. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 112. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 113. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 114. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 115. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 116. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 117. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 118. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 119. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 120. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 121. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 122. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 123. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 124. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 125. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 126. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 127. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 128. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 129. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 130. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 131. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 132. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 133. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 134. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 135. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 136. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 137. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 138. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 139. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 140. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 141. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 142. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 143. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 144. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 145. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 146. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 147. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 148. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 149. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 150. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 151. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 152. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 153. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 154. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 155. Unicefona 600mg + AD EV 12h-18h 156. Unicefona 600mg + AD EV 18h-06h 157. Unicefona 600mg + AD EV 06h-12h 158.					

...PREVIDÊNCIA S/A

~~14 JAN. 2019~~

PROTOCOL

AC. JOJO PRESSO



Diagnóstico

CA tab 2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Guarano (8)

Paciente: Paulo Daplen Alojamento: 8 Leito: 8 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/12	pele sad Depura 1x/dia unho 1x/dia CCG 500mg Dr. Arimides (Queluz Nery) ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM 58117-5 14 JAN. 2019 PROTÓCOLO C. JOÃO PESSOA	8h	pele otho pele cf. integro Pauco Sente 1 x 13
12/12	pele sad Depura 1x/dia unho 1x/dia CCG 500mg Dr. Arimides (Queluz Nery) ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM 58117-5 14 JAN. 2019 PROTÓCOLO C. JOÃO PESSOA	8h	pele otho pele cf. integro Pauco Sente 1 x 13
13/12	pele sad Depura 1x/dia unho 1x/dia CCG 500mg Dr. Arimides (Queluz Nery) ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM 58117-5 14 JAN. 2019 PROTÓCOLO C. JOÃO PESSOA	8h	pele otho pele cf. integro Pauco Sente 1 x 13
14/12	pele sad Depura 1x/dia unho 1x/dia CCG 500mg Dr. Arimides (Queluz Nery) ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM 58117-5 14 JAN. 2019 PROTÓCOLO C. JOÃO PESSOA	8h	pele otho pele cf. integro Pauco Sente 1 x 13

Resposta: 13/12
CGH

Dr. Julio César Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 128-9865



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

Diagnóstico

ORTOPEDIA 2
EXTRA 3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PA TIBIA

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

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

SEP 00 1995



27/08/2017



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

HU:

PROJETO PREVIDÊNCIA SIA
HEV PREVIDÊNCIA SIA
14 JAN. 2019

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº 1494332
CLASS. DE RISCO: RISCO ALTO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - FHS
Av. Mai, Floriano Pekoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Endereço: SÍTIO SÃO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BE LARMINA DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Hora: 20:13:43

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = 10%

DIAGNÓSTICO / CID:

1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

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

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Exame físico: *Exame físico normal*
Pulso: *100 bpm*
Frequência cardíaca: *100 bpm*
Pressão arterial: *120/80 mmHg*
Temperatura: *36,5°C*
Saturação de oxigênio: *98%*
Estado de consciência: *Alerta*
Orientação: *Tempo, Espaço, Pessoa*

ALERGIA:

Data: 27/08/2017

MEDICAMENTOS:

FARMACOLOGIA:

EXAME FÍSICO

Pulso: *100 bpm*
Frequência cardíaca: *100 bpm*
Pressão arterial: *120/80 mmHg*
Temperatura: *36,5°C*
Saturação de oxigênio: *98%*
Estado de consciência: *Alerta*
Orientação: *Tempo, Espaço, Pessoa*

HGT:

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:
21/08/17

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARER MÉRICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

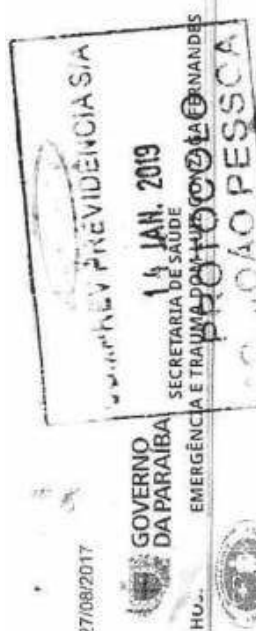
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	590,9% EL Prescrição	
2	Prescrição de analgésico	
3	Prescrição de analgésico	
4	Prescrição de analgésico	
5	Prescrição de analgésico	
6	Prescrição de analgésico	

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura do médico
HGT: *Exame físico normal*
Prescrição: *590,9% EL Prescrição*
Prescrição: *Prescrição de analgésico*
Prescrição: *Prescrição de analgésico*
Prescrição: *Prescrição de analgésico*
Prescrição: *Prescrição de analgésico*

12



27/08/2017

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE

EMERGÊNCIA E TRAUMA

ATENDIMENTO-URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1494332

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Endereço: SÍTIO SÃO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estatado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

Sexo: M

Idade: 049

RG:

CPF:

Data de Atendimento: 27/08/2017

Hora: 20:13:43

CRM:

Nascimento: 10/01/1968

Telefone:

Bairro: ZONA RURAL

Nº 0

Profissão: AGRICULTOR

CNS: 898000530474591

CONVÊNIO: SUS

Especialidade:

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARER MÉRICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CASSINO DO MÉDICO:

ASSINATURA E CASSINO DO MÉDICO:

ASSINATURA E CASSINO DO MÉDICO:

ASSINATURA E CASSINO DO MÉDICO:

ASSINATURA E CASSINO DO MÉDICO:

ASSINATURA E CASSINO DO MÉDICO:

ASSINATURA E CASSINO DO MÉDICO:

ASSINATURA E CASSINO DO MÉDICO:

ASSINATURA E CASSINO DO MÉDICO:

ASSINATURA E CASSINO DO MÉDICO:

ASSINATURA E CASSINO DO MÉDICO:

ASSINATURA E CASSINO DO MÉDICO:

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = 10%

DIAGNÓSTICO / CID:

http://170.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?conlar=1494332

1/2



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

SPW

Ficha de Acolhimento

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

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

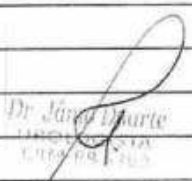


**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
① <i>pt em decúbito dorsal</i>
② <i>propriedade e antissepsia</i>
③ <i>incisão mediana</i>
④ <i>Inspeção: Presença de líquido livre intra-abdominal</i>
⑤ <i>Presença de lesão no cáculo da bexiga</i>
⑥ <i>Sutura com crômulo - 0</i>
⑦ <i>Drenagem do conteúdo</i>
⑧ <i>Exame dos planos anteriores</i>
⑨ <i>Curativo</i>
COMPREV PREVIDENCIAS S/A 14 JAN. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA  Dr. João Parte

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



[Handwritten signature]

[Handwritten text: 14/01/2019]

[Handwritten text: 58/10/2018]

[Handwritten text: Mr. Pires]

[Handwritten text: 14/01/2019]

[Handwritten text: 14/01/2019]

[Handwritten text: 14/01/2019]

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



N° 5087

PEDIDO DE FATURAMENTO

Nome do Hospital	
------------------	--

HOSATIL DE TINSWAT

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

E. Grosse

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

Severino Casale di Silva

Nº DO PROMTUÁRIO

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVENIO

1494332

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

115-2
Nº REALIZADO
Tus. 1.º de 115-2 de 115-2

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

Exterior Temperature

01

DATA DE UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

DATA DE UTILIZAÇÃO
28/05/2017

MEDICO RESPONSÁVEL - CRM

Q. / FIXA POL CATENO CRISTALINESS

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

150

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



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Severino Calvado da Silva

DN: 20/01/68

QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO

Salv04

SUS

49 anos

4494332

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA

1.6 + estomago + sutura de Dr. Canales + Dr. Jansen + Dr. Brand

ANESTESIA

catapalpa + fixação Geral - fístula exposta de Dr. S. Carlos Abreu - Dr. Rafael

INSTRUMENTADORA

Conduz

DATA 28/08/16

INICIO

0h30

FIM

3h

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS Qtd. FIOS CÓDIGO

Adrenalina amp. Catet. pl. Oxy. Catgut cromado Sertix

Atropina amp. Catet. De Urinar Sist. Fech. Catgut cromado Sertix

Diazepam amp. 25 Compressa Grande Catgut cromado Sertix

Dimore amp. Compressa Pequena Catgut Simples

Dolantina amp. Colonoide Catgut Simples Sertix

Efrane ml 01 Dreno Succo 6.4 Catgut Simples Sertix

Fenagam amp. Dreno Kerr n° Catgut Simples Sertix

01 Fentanil ml 200mg Dreno Penrose n° Cera pl. osso

Inova ml Dreno Pezzar n° Ethibond

Ketalar ml 01 Equip. de Macrogotas Ethibond

Mercaína % ml Equip. de Macrogotas Ethibond

Nubalin amp. Equip. de Sangue Fio de Agodão Sertix

Pavulon amp. Equip. de PVC Fio de Agodão Sertix

Protigmine amp. 015 Esparadrapo Fio de Agodão Sutapak

Protóxido l/m Furacilina ml Fio de Agodão Sutapak

Quelcin ml 07 Gata Pacote c/ 10 unidades Fila cardaca

Rapifen amp. H.O. ml 06 Mononylon 2-0-...

01 Thionembul ml 03 Intracath Adulto Mononylon 3-0-...

01 Tracium amp. 03 Intracath Infantil Prolene Sertix -1-...

Qtd. MEDICAÇÕES 03 Lâmina de Bisturi n° 23 Prolene Sertix

04 Agua Destilada amp. Lâmina de Bisturi n° 11 Prolene Sertix

01 Decadron amp. Lâmina de Bisturi n° 15 Prolene Sertix

02 Dipirona amp. 08 Luvas 7.5 Vicryl Sertix

Flaxidol amp. 02 Luvas 8.0 Vicryl Sertix

Flebocortid amp. 01 Luvas 8.5 Vicryl Sertix

Geramicina amp. 01 Oxigênio l/m

Glicose amp. Poliflix

Glucon de Cálcio amp. 015 PVPI Degemante ml

Haemacel ml. 015 PVPI Tópico ml.

Heparema ml. 015 Sabão Antisséptico

Kanakion amp. 04 Saco coletor

Lasix amp. 03 Seringa desc. 10 ml

Medrothinazol. 03 Seringa desc. 20 ml

01 Plasil amp. 03 Seringa desc. 05 ml

Prolamina 02 Sonda

Revivan amp. Sonda folley 22/03/16

Suptanon amp. 01 Sonda Nasogálica

Cefalotina Ig 02 Sonda Uretral n° 20

02 Ceftriaxona 01 Sterydrem ml

02 Tetracil 01 Tomeirinha

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES Vaseline ml

02 Agulha desc. 25 x 28 01 Gelcon

Agulha desc. 28 x 28 02 Latesa

Agulha desc. 3 x 4,5 05 Bupivacaína

Agulha pl. raque n° 01 Tot 8,0

03 Álcool de Enfermagem 01 Fútil

Álcool Iodado ml 05 Gel condutor

Ataduras de Crepon 01 fútil n° 14

Ataduras de Gessada 01 Siringa 60 ml

Azul metileno amp.

Benzina ml

EQUIPAMENTOS

X Oxímetro de Pulso () Foco
() Serra (X) Eletro
() Desfibrilador (X) Oxíc
(X) Foco Frontal (X) Carc
() Fonte de Luz (X) Peri

Cirurgião: Pires + Salgueiro

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

ORTODONTISTAS IND. E COM. LTDA
Rua 471702 Lata 360/F 17
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300
FIXADOR EXTERNO LAYFIX
Registro ANVISA: 1023371995

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

1ml 28/07/2022

ESTERIL R
28/07/2017

MOD 006



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:16:09

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812160895900000029824020

Número do documento: 20052812160895900000029824020

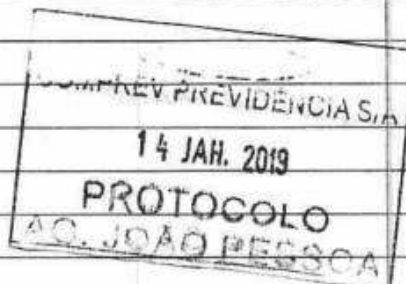
Num. 31073133 - Pág. 40



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Jesusma Cabral da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28.8.14</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Sano Tomaz</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Sano</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Local</i>	Tipo de Anestesia <i>Local</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fratura exposta do 3º d. da perna (E)</i> <i>em (3) A ; fratura de (E) e fratura exposta do 3º d. da perna (E)</i>			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1º tipo: antebraço esquerdo aprox. do corpo do 3º d. da perna ligadura de 1x0,8% 5 pontos redução / alinhamento da fratura e fixação de fixador externo único para (E) sutura do cicatriz
2º tipo: 1.º d. da perna esquerda (E)
3º tipo: fratura para alveolar do 3º d. da perna (E) ligadura de 1x0,8% 5 pontos aprox. do corpo do 3º d. da perna sutura cicatriz

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

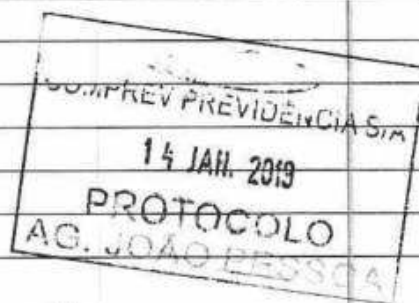




**GOVERNO
DA PARÁIBA**

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

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



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DP4 sob anestesia
2) ASSEP e antisepsia
3) Campos estéreis
4) Incisão anterior perna D por plano + hemostase
5) Redução correta de fco de fratura + fixação com placa OCP larga 8 furos + parafusos corticais
6) Incisão quadril e por plano + hemostase
7) Retirada de enxerto ósseo esponjoso
8) Colocação de enxerto ósseo esponjoso em fco de fratura
9) Sutura por plano
10) Curativo

Dr. João Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9865

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

8230

Hospital: Hospital de São Paulo Código: _____Procedimento: Artroscopia de joelho Cód. Procedimento: _____Paciente: Suelio da SilvaData da Cirurgia: 28/09/2019 Nº prontuário: 4495356 Convênio: _____Cirurgião: Dr. Amaro Código: _____ ☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa longa de 15 cm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº	2	32	32			
	Qtd.	01	02	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.						

REV. PREVIDÊNCIA S.M.
14 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.111/0001-01
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Sereirino Cabral da Silva DN= 10/01/1969</u>					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
	<u>Sala 03</u>	<u>SOS</u>	<u>49 anos</u>	<u>1494332</u>	
CIRURGIA			CIRURGIÃO		
ANESTESIA			ANESTESIA		
<u>Rogério</u>			<u>Dr. Felix</u>		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
<u>Flavio</u>		<u>28/04/2017</u>	<u>17:00</u>	<u>18:50</u>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Oxg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
21	Dimorfo amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
01	<u>neocaina</u>		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketsar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H ₂ O ml	03	Mononylon
	Thionembatal ml		Intracath Adulto	02	Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Fiebo cortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.		Oxigênio l/m		
	Glucon de Calcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml		
	Heparina ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrolinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Sliptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica	03	
			Sonda Uretral nº	06	
			Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Aguilha desc. 28 x 28		Latex		
	Aguilha desc. 3 x 4.5				
01	Aguilha p/ raque nº 25				
	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

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

CÓDIGO
121017 01
280917 02
0802 31

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Mário José de Almeida
Téc. de Enfermagem
COREN-PA 001.162.920

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





Diagnóstico

五

11 Politraxim
12 lesão da cápsula da bexiga
13 DO CISTONAF
14 PE EXOSH

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Data	Prescrição Médica	Horário	Leito	Convênio
Guerrero Roberto da Silva	28.08	1) 80,9% 100mg EV agora 2) EL 1000mg EV agora 3) Hidrocodiona 100mg EV	2 ^h 3 ^h 4 ^h		
	29.08	Paciente entubado, estavel, respi- rando espontaneamente com volumes de 3l/min, consciente e orientado.			
	30.08				
	31.08				
	01.09				
	02.09				
	03.09				
	04.09				
	05.09				
	06.09				
	07.09				
	08.09				
	09.09				
	10.09				
	11.09				
	12.09				
	13.09				
	14.09				
	15.09				
	16.09				
	17.09				
	18.09				
	19.09				
	20.09				
	21.09				
	22.09				
	23.09				
	24.09				
	25.09				
	26.09				
	27.09				
	28.09				
	29.09				
	30.09				
	01.10				
	02.10				
	03.10				
	04.10				
	05.10				
	06.10				
	07.10				
	08.10				
	09.10				
	10.10				
	11.10				
	12.10				
	13.10				
	14.10				
	15.10				
	16.10				
	17.10				
	18.10				
	19.10				
	20.10				
	21.10				
	22.10				
	23.10				
	24.10				
	25.10				
	26.10				
	27.10				
	28.10				
	29.10				
	30.10				
	31.10				
	01.11				
	02.11				
	03.11				
	04.11				
	05.11				
	06.11				
	07.11				
	08.11				
	09.11				
	10.11				
	11.11				
	12.11				
	13.11				
	14.11				
	15.11				
	16.11				
	17.11				
	18.11				
	19.11				
	20.11				
	21.11				
	22.11				
	23.11				
	24.11				
	25.11				
	26.11				
	27.11				
	28.11				
	29.11				
	30.11				
	01.12				
	02.12				
	03.12				
	04.12				
	05.12				
	06.12				
	07.12				
	08.12				
	09.12				
	10.12				
	11.12				
	12.12				
	13.12				
	14.12				



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20.8	1 - Dieta livre		dieta livre
	2 - SRL 500 ml I.V. 12h	12h	SRL 500 ml I.V. 12h
	3 - Dipirona 02 ml + S.F. 10ml I.V. 8/8 h (lentamente)	14h	Dipirona 02 ml + S.F. 10ml I.V. 8/8 h (lentamente)
	4 - Cetoprofeno 100 mg I.V. + S.F. 0,9% 100ml I.V. 12/12 h. (correr em 20 min.)	12h	Cetoprofeno 100 mg I.V. + S.F. 0,9% 100ml I.V. 12/12 h. (correr em 20 min.)
	5 - Omeprazol 40 mg I.V. pela manhã (lentamente).	08h	Omeprazol 40 mg I.V. pela manhã (lentamente).
	6 - C. C. Gerais		C. C. Gerais
	7 - acetaminofeno 1000	18h	acetaminofeno 1000
	8 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	9 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	10 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	11 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	12 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	13 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	14 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	15 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	16 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	17 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	18 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	19 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	20 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	21 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	22 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	23 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	24 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	25 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	26 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	27 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	28 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	29 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.
	30 - Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.		Clorure de NaCl 0,9% 400ml sp.

7-4. Counsel clearly

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Severino Cabral			

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/09	1. Dieta <i>lune</i>		
	2. SRL 1500ml EV/24h	12:18	
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	12:18	REB e estáuf sem dor em m.
	4. Tilid 20mg + AD EV 12/12h <i>Sup</i>	04	APNU OK
	5. Omeprazol 40mg EV/jelum		sem calos (+) Eoleus (+)
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN		CD: VNU
	7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clorfen 40mg SC/dia Xarelto 10mg o/c p/v Indie	18	
	9. SSW + CCGG		
	Ceftriaxone 1g EV 12/12h	18	
	Cubativo 2x/die	18	
	Centar 240 mg EV Indie	18	
		16	
			Amenda conduta de cirurgia
			HMG

UNIFESP-REV PREVIDENCIA S/A

14 JAN. 2019

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA



七

Quint

DIAGNÓSTICO

$$\rightarrow x \text{ full para } \textcircled{4} + \text{para } \textcircled{4}$$

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
B	1. Dieta 2. Sólidos + Líquidos 24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/05h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/Jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN 7. Nauseudron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG		17. DM
G	10. Paracetamol 1g q 12/12h (SUSP)	12h 18h 24h	OK
		06	DM -
		18	F.V.E.
			N.A.C.
			F.O. OK
			Remover pontos

RECIBO DE PAGAMENTO
Nº 123456789
DATA: 14/01/2019
VALOR: R\$ 100,00
BANCO: ABC BANK

VIA PREVIDÊNCIA SA
14 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

01-17-89
01-17-89
01-17-89

14 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA





GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

ORTOPEDIA 1

LEITO 9-1

PRÉ-OP: C

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX EXP DIAFISE OSSOS PERNA D

SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49

LEITO 9-1

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio	Evolução Médica
Data 10/07				
1 DIETA LIVRE				
2 JEICO SALINIZADO				
3 DIFIRONA 1G+ABD EV 6/6H	12/13 24 06			° DIH #ORTOPEDIA
4 TRAMAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8H	14/22 06			BEG, ESTÁVEL
5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN	SN			SEM INTERCORRENCIAS
6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM	06			DIVULGUE EVOLUCOES +
7 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN	SN			FO 1-2-2 e 2-2-2
8 XARECTO 10MG 1 CP VO DIA	18			#UD: VPM
9 SSVV + CCGG				Galvão Henriquez
10				
11				
12				
13				
14				
15				
LUMAFREV PREVIDÊNCIA S/A				
14 JAN. 2019				
PROTOCOLO				
AG. JOÃO PESSOA				
Dr. Julio Cesar Castro				
Ortopedia e Traumatologia				
CRM 13.395				

MOD. 005



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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49

Convênio

Leito

09

Alojan

1999

100

Paciente

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
29/08	1 DIETA LIVRE	AH		
	2 JELCO SALINIZADO	AH		
	3-DIPIRONA-1G+ABD EV-6/6H	JZ 15 7/108		
	4-TIRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H S/N			
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN			
	6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM			
	7 TILATIL 20MG +ABD EV 12/12H SN			
	8 XARELTO 10MG 1 CP VO DIA Dig 15 mg			
	9 SSIV + CCGG			
				H(D): VPM
				Dr. Julio Cesar C Ortopedia e Trauma CRM 13.211

COMPREV PREVIDENCIA S/A

14-JAN-2019

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA

MOD. 035





GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

ORTOPT
LEITO 9.1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ORTOPTICA

PRE OP

EXP DIAE OSSOS PERNA D

SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49

LEITO 9-1

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Evolução Médica			
Prescrição Médica			
27/01			
1 DIETA LIVRE			
2 JELCO SALINIZADO			
3 DIPIRONA 1G+ABD EV 6/6H			
4 TRAMAL 100mg + SFQ 9% 100ml EV 8/8H S/N			
5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H S/N			
6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM			
7 TILATIL 20MG +ABD EV 12/12H S/N			
8 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA SVP			
9 SSW + CCGG			
M. DIH #ORTOPTICA			
BEG, ESTÁVEL			
SEM INTERCORRÊNCIAS			
DUREZA E EVOLUÇÃO +			
#CD: VPM			
Cirurgia			
Dr. LUIZ GONZAGA FERNANDES			
CRM: 110.000.000-08			
CNPJ: 09.000.000-00			
14 JAN. 2019			
PROTOCOLO			
AG. JOAO PESSOA			

MOD. 025



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

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

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
07:00	137 x 66	92	100%	[assinatura]	-	Sedado
08:30	138 x 64	89 bpm	100%	[assinatura]	-	Sedado
09:00	141 x 68	103	100%	Jubianeira		Sedado
09:30	131 x 62	100	100%	Jubianeira		
09:40	143 x 78	100	100%			
13:35	125 x 88	86	100%			
15:00	174 x 86	87	100%			
15:30	179 x 91	93	97%	Kethleen	+	consciente

[illegible]

Observações:

Realizado aspiração torácica, troca e revisões de curativos sem anormalidades. Também feita gasometria arterial e medicado C.P.M. Solicitado laboratório às 8:00h. *assin*
08/02/1975/2

SLR
A. F. A. S. R. A.
6.11.75

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103





GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
11/12/2017

ATENDIMENTO AMBULATORIO
CLASS. DE RISCO: AZUL
PRONTUÁRIO. Nº: 1559713
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - Cnpj: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 11/12/2017
Boletim de Emergência (B-E) - Modelo 06 Atendente: Melissa Wanessa Da Silva Pereira
Nascimento: 10/01/1968

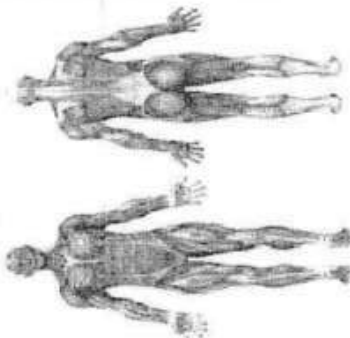
PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA
CEP: 58125000

PROTÓCOLO 194 JAN 2019
CÓDIGO PESSOA

ENDEREÇO: SITIO SAO JOSE
CIDADE: Alagoa Nova
RG:
Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DA SILVA
CPF:
Data de Atend: 11/12/2017
Hora: 11:03:56
Motivo: RETORNO
Médico: ARISTOTELES CORREIA DE Q NETO
CRM: 6817

SEXO: M
Idade: 049
Endereço: ZONA RURAL
Nº 0:
Profissão: AGRICULTOR
CNS: 898000530474591
CONVÊNIO: SUS
Especialidade: ORTOPEDISTA

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



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

OBS:
QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = %
Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:
MEDICAMENTOS:
PATOLOGIAS:
EXAME FÍSICO
PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow PA HGT: Sat02
CCIH
Data: 25/01/18
Responsável: Romualdo

EXAMES SOLICITADOS:
() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada
() Ultrassonografia:
() Radiografia:
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: / às : Dia / /
Especialista: / às : Dia / /
MÉDICO SOLICITANTE
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Dr. Aristoteles Queiroz Neto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
C/Ombro e Cotovelo
CRM 6817 TEOT 12637



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

ORTOPEDIA 2
EXTRA 3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PA TÍBIA D

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

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/01/2018	1 DIETA LIVRE	cto	27 = DIN / 3 = 1773 PO: OK
	2 SE 0.9% 1500ML EV P/ 24H	14h	
	3 CLINDAMICINA 600MG + SE EV 6/6H	12h	
	4 DAPIRONA 1G + ARD EV 6/6H	15h	
	5 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM	cto	BEB, Estável, s/ dispnéia e s/ gatilhos. PO: boa evolução.
	6 DEAMBULAR COM MULETAS		Durante (+) evacuações (+)
	7 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE		CD: 1207
	8 CURATIVO 1X DIA		Manhã
	9 SSVV + CCGG		
10			
11			
12			
13			
14			
15			
			08/01/8 - fratura ulna - fratura rádio (C)
			- curativo diário
			- Não pode para (+)
			- 12h. 12h. 12h.
			Dr. Eduardo Braga Moraes Ortopedia - Traumatologia CRM - PB 6588

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



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

8391

Hospital: de Emergência e Trauma de C. Grande Código: _____Procedimento: Trat. cir. com fixação de Tala Cód. Procedimento: _____Paciente: Suelio Moreira Calvo da SilvaData da Cirurgia: 28/05/18 Nº prontuário: 3559433 Convênio: _____Cirurgião: Dr. Robinson Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
03	Parafuso Cortical			
11	Parafuso Esponjoso			
	PRESTON			
	Para Tala com 50mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

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

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

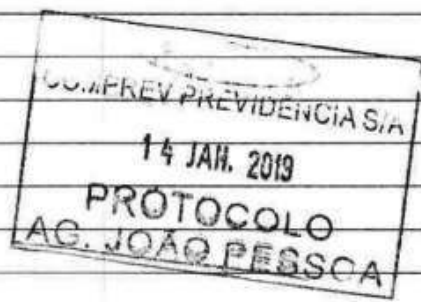
Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Souza Carlos</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>04/01/18</i>	Enf. <i>0147-II</i>	Leito <i>Ep. 3</i>	
Operador <i>Dr. Edimar</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Allison (mez)</i>		
2º Auxiliar <i>Dr. Yung (mez)</i>	3º Auxiliar <i>-</i>	Instrumentador <i>Norma</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>PA T.B.4 (D)</i>			
Tipo de Operação <i>Fixação externa (Draison) + Rms</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>o mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>D</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>NE</i>			



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DDM sob anestesia.
2) Acesso + Antissepsia + Campos Estere.
3) Incisão em pele anterior para (D).
4) Dissecção por planos + Hemostasia.
5) Rms phca + perfusões.
6) Coleta de fragmento ósseo na cultura.
7) Osteossíntese cf tipo Externo tipo Draison sob escop.
8) Lavagem de fô cf (K2.9).
9) Fechamento por planos.
10) Curativo

Yuri D. Silva
Cirurgião
16907

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

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

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calel. p/ OXg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Calel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	05	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fontani ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubatin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	0.5	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quetlicin ml	0.5	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml	03	Mononylon 2-0	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
04	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	02	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.5		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	0.5	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	0.5	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliifix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	0.5	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	06	Saco coletor p/ lixo		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
01	Proclama ampuazol	01	Seringa desc. 05 ml	02	SE fr 500 ml	
02	Reviven amp.		Sonda	05	SF p/ limpeza	
01	Suption amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PROTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica			
01	micropesada		Sonda Uretral n°			
01	Penicilina		Sterydrem ml			
02	Furacina		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	01	Vaselina ml			
01	Agulha desc. 25x7 40x12	01	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latex			
	Agulha desc. 3 x 4.5	0.5	Malha Tubular			
02	Agulha p/ raque n° 2.5	05	Metilclor			
05	Álcool de Enfermagem	04	escarinhos			
	Álcool Iodado ml					
01	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

14 JAN. 2019

PROTÓCOLO

AC. JOAO PESSOA

14 JAN. 2019

PROTÓCOLO

AC. JOAO PESSOA

EQUIPAMENTOS

(X) Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar

() Serra () Eletrocautério

() Destilador (X) Oxímetro

(X) Foco Frontal (X) Cardiomonitor

() Fonte de Luz (X) Perfurador Elétrico

Rosângela da C. Quintans

CIRCULANTE RESPONSÁVEL



DA PARAIBA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

6x4-03

[illegible]

Dr. Eduardo Diego Marais
Oncopelle, Traumatology
Clim. 18-6586-2012



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

CA TB12

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

8

Paciente: Luiz Gonzaga Aposentado: 8 Leito: 8 Convênio: 8

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/12	<u>Presc. med</u> <u>Depura. intravenosa</u> <u>analgesia</u> <u>CCG</u>	<u>8h</u>	<u>Presc. med</u> <u>analgesia</u> <u>ef. fúlgido</u> <u>Presc. med</u>
12/12	<u>Depura. intravenosa</u> <u>analgesia</u> <u>CCG</u>	<u>8h</u>	<u>Presc. med</u> <u>analgesia</u> <u>Presc. med</u>
13/12	<u>Depura. intravenosa</u> <u>analgesia</u> <u>CCG</u>	<u>8h</u>	<u>Presc. med</u> <u>analgesia</u> <u>Presc. med</u>
14/12	<u>Depura. intravenosa</u> <u>analgesia</u> <u>CCG</u>	<u>8h</u>	<u>Presc. med</u> <u>analgesia</u> <u>Presc. med</u>

Dr. Arlindo (Queloz Neto)
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 10.111-1

PROTÓCOLO
14 JAN. 2019
C. JOÃO PESSOA

Dr. Julio Cesar Castro
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 10.111-1

Dr. Julio Cesar Castro
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 10.111-1

MOD. 035



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

ORTOPEDIA 2
EXTRA 3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PA TIBIA

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

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1/1/2018	1. DIETA LIVRE		
	2. JELCO Nº 18 - SALINIZADO		
	3. DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	18	13
	4. OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM	24	06
	5. DEAMBILAR COM MUIETAS		
	6. MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE		
	7. CLORATO 1X DIA		
	8. SSW + CCGG		
	9. Cloro de 1000 - 1 V 6/6h	18	24
10			# CD: VPM
11			
12			
13			
14			
15			

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

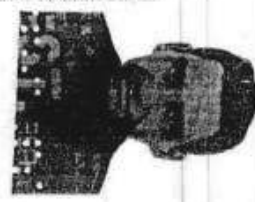
MOD. 035

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PARAIBA		REGISTRO GERAL	4.221.128
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA CIVIL		DATA DE EXPEDIÇÃO	23/01/2014
INSTITUTO DE TERCIA DA CIDADANIA		NOME	SEVERINO CABRAL DA SILVA
TERCIA DA CIDADANIA		FILIAÇÃO	GERALDO CABRAL DA SILVA MARIA BELARMINA DA SILVA
P-022		NATURALIDADE	ALAGOA NOVA-PB
DATA DE NASCIMENTO		10/01/1968	
DOC ORIGEM		NASC.N.3569 FLS.219 LIV.A4	
CARTÓRIO ALAGOA NOVA PB			
CPF		056.227.304-22	
ASSINATURA DO TITULAR			
CARTÃO DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

Não Alfabetizado(s)

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



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

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



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

Andreza Cabral da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.221.118 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2014

NOME **ANDREZA CABRAL DA SILVA**

FILIAÇÃO **SEVERINO CABRAL DA SILVA
ELIANE EUCLIDES DA SILVA**

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

DOC ORIGEM
NASC. N. 22172 FLS. 226 LIV. A24
CARTÓRIO ALAGOA NOVA PB

121.140.534-66

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

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

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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

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

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

COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

14 JAN. 2019

PROTÓCOLO
AQ. JOÃO PESSOA



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

Andreza Cabral da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.221.118 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2014

NOME ANDREZA CABRAL DA SILVA

FILIAÇÃO SEVERINO CABRAL DA SILVA
ELIANE EUCLIDES DA SILVA

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

DOC ORIGEM
NASC. N. 22172 FLS. 226 LIV. A24
CARTÓRIO ALAGOA NOVA PB

121.140.534-66

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
121.140.534-66

Nome
ANDREZA CABRAL DA SILVA

Nascimento
17/02/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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

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

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

COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

14 JAN. 2019

PROTÓCOLO
AQ. JOÃO PESSOA





JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
 LOC ENGENHO OLHO D'ÁGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'ÁGUA
 ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 (A-71)
 Emissão: 10/12/2018 Referência: Dez/2018
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B220, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-690
 Rotômetro: 5-77-614-290 Nº medidor: 00008718753
 ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ: 08.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.016.523-0
 Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 018.805.036
 Cód. para Dct. Automático: 80017321514

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

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

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

Canal de contato

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

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 09/11/18	Leitura 3204	Data 10/12/18	Leitura 3255	
Demonstrativo				
CCI Descrição	Quantidade	Taxa	Valor Base Calc	Atq. Item (R\$)
				Base Calc
				Pre/Calor (R\$)
				Calor (R\$)
0801 Consumo em kWh	151,000	0,654400	128,01	128,01 27 94,93 128,01 1,39 0,45
0801 Adc. B Amarela			1,52	1,52 27 0,41 1,52 0,02 0,07
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO ILLUM 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 0,00
0805 MULTA 10/2018			2,33	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			0,68	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação de Item TOTAL 137,16 130,53 35,34 130,53 41 6,52

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

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

Histórico de Consumo (kWh)

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

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

Indicadores de Qualidade 10/2018 - Anual

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL 6,47	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Distribuição Energia	31,00	22,81
DIC TRIMESTRAL 12,94			Condição de Energia	44,21	32,23
DIC ANUAL 25,89			Serviços de Transmissão	4,82	3,51
FIC MENSAL 3,48	0,30		Encargos Setoriais	7,33	5,34
FIC TRIMESTRAL 6,97		CONTRATAÇÃO LIMITE INFERIOR 202	Impostos Diretos e Encargos	48,50	35,31
FIC ANUAL 13,95		LIMITE SUPERIOR 231	Outros Serviços	0,00	0,00
DIC 12,94	0,00		Total	137,16	100,00
DIC 12,94			Valor de EUS (Ref. 10/2018) R\$ 28,30		

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Leitura confirmada

PARAIBA **VENCIMENTO TOTAL A PAGAR**
 Rotômetro: 5-77-614-290 **11/01/2019 R\$ 137,16**
 Matrícula: 1732151-2018-12-9
 83650000001-0 37160054000-4 17321512018-4 12900077019-5



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





1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CULTURAL
QUADRO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-022

Izadora da Silva de Souza Farias

CARTILHA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME IZADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS

FILIAÇÃO PAULO HONORATO DA SILVA
ANA LUCIA CABOCIA DA SILVA

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

DOC. ORIGINAL CASAM N. 969 FLS. 31 LIV. B 03
CARTORIO ALAGOA NOVA-PB

CPF 017.073.724-11

[Signature]
MARCIA A. B. LIMA JR.
Chefe do Núcleo de Registro Civil

0 +

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
13 MAR. 2019
PROTOCOL
AG. JOÃO PESS



JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
 LOC ENGENHO OLHO D'ÁGUA, 88 / LOTSAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'ÁGUA
 ALAGOA NOVA / PE CEP: 56125000 (AG: 71)
 Brasília 10/12/2018 Referência: Dez/2018
 Classe/Sigla: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br200, Km25 - Distrito Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-800
 Retiro: 5 - 77 - 614 - 290 N° medidor: 00006716751

energisa
 ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ 09.095.189/0001-40 Ins. Est. 16.015.022-0
 Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica Nº 16.803.036
 Cód. para Dta. Automática: 0001732151-4

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

Conta referente a **Dez/2018** Apresentação **10/12/2018** Data prevista da próxima leitura **10/01/2019** CPF/ CNPJ/ RANI **093.810.664-66**
 Inc. 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: Mizar.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
09/11/18	3254	10/12/18	3256		151	31
Demonstrativo						
CCI Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aiq. Juros(R\$)	Base Calc. Fix(R\$)	Cotum(R\$)
		Tributos Totais(R\$): ICMS(R\$) ICMS		Fix/Cotum(R\$) (1,0945%) (4,9955%)		
0601	Consumo em kWh	151,000	0,594400	129,01	129,01	27
0601	Adic. B. Amarela	1,52	1,52	27	0,41	1,52
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0607	CONTRIBUIÇÃO ILLUM PUBLICA	3,06	0,00	0	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORIA 10/2018	0,68	0,00	0	0,00	0,00
0605	MULTA 10/2018	2,33	0,00	0	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018	0,68	0,00	0	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 137,16 130,53 35,24 130,53 41 6,52

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

109 **11/01/2019 R\$ 137,16**

Histórico de Consumo (kWh)

93 | 98 | 103 | 108 | 113 | 118 | 123 | 128 | 133 | 138 | 143
 Dez/17 Jan/18 Feb/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVA DO FISCO

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

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,47	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	17,94		
DIC ANUAL	25,89		
FIC MENSAL	9,45	0,00	CONTRATAÇÃO LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	18,91		
FIC ANUAL	28,36		
DMC	3,80	0,00	
DICI	12,22		

Composição da Conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia PE	31,00	22,61
Contribuição de Energia	44,31	32,29
Serviço de Transmissão	4,00	2,92
Encargos Setoriais	7,38	5,34
Impostos Diretos e Encargos	49,90	36,31
Outros Serviços	1,00	0,73
Total	137,16	100,00

Valor de R\$ 0,00 (Ref. 10/2018) R\$ 39,30

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

ENERGISA PARAIBA

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Retiro: 5 - 77 - 614 - 290 **11/01/2019 R\$ 137,16**
 Matrícula: 1732151-2018-12-8

83850000001-0 37160054000-4 17321512018-4 12900077019-5



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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.669.775 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/06/2008

NOME SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO COSMO PEREIRA DA SILVA
ANA MARIA DA SILVA

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

DOU CÍVIL NASC.N.22802 FLS.83 LIV.A25

CIT. CARTORIO ALAGOA NOVA-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

EPN 7416 DE 26/08/83

P.917

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 093.940.534-25

Nome SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA

Nascimento 11/11/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

13 MAR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



ANA MARIA DA SILVA
RUA HILARIA DA COSTA LUNA, 88 - N. SRA APARECIDA
ALAGOIA NOVA / PB CEP: 58125-000 (AG 71)

Emissão: 06/02/2019 Referência: Fev / 2019
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B1230, Km25 - Círculo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
Roteiro: 4 - 77 - 803 - 8630 AP medidor: 00000115359

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 08.065.109/0001-43 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Eletrônica Nº 19.726.463
Cód. para Débito Automático: 00002419881

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
Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/241088-4

Canal de contato

Apresentar luzes dos postes acesas durante o dia ou ruído excessivo à noite, informe à prefeitura de sua cidade, ou à iluminação pública e responsabilidade do município e de todo o bairro.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
09/01/19	15897	06/02/19	15912		15	29
Demonstrativo						
C3 Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq. Ictm (R\$)	Base Calc. Pot (R\$)	Cobrança (R\$)
				Taxa de Transm. (R\$)	For. (R\$)	For. (R\$)
0001 Custo de Disponibilidade		24.69	24.69	25	6.17	24.69 0.24 1.12
0804 JUROS DE MORA 01/2019		0.12	0.12	0.00	0.00	0.12
0804 JUROS DE MORA 12/2018		0.12	0.12	0.00	0.00	0.12
0805 MULTA 01/2019		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0805 MULTA 12/2018		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

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

Histórico de Consumo (kWh)

47	65	57	57	58	48	48	32	32	30	30	30
Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Agosto/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19

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

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DE MÊS				Serviços de Dist. de Energia	0.00	0.00
DE TRIMESTRE				Serviços de Energia	0.00	0.00
DE ANO				Serviços de Transmissão	0.00	0.00
DE MÊS				Serviços de Distribuição	0.00	0.00
DE TRIMESTRE				Serviços de Energia	0.00	0.00
DE ANO				Serviços de Energia	0.00	0.00
Total					26.00	100.00

ATENÇÃO

- Letura confirmada

PARAIBA **VENCIMENTO** 13/02/2019 **TOTAL A PAGAR** R\$ 26,00
Roteiro: 4 - 77 - 803 - 8600
Metrômetro: 241088-2019-02-8
83610000000-6 26000054000-5 02410882019-2 02800077019-9



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

Andreza Cabral da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.221.118 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2014

NOME ANDREZA CABRAL DA SILVA

FILIAÇÃO SEVERINO CABRAL DA SILVA
ELIANE EUCLIDES DA SILVA

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

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

121.140.534-66

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
121.140.534-66

Nome
ANDREZA CABRAL DA SILVA

Nascimento
17/02/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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

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

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





JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
 LOC ENGENHO OLHO D'ÁGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'ÁGUA
 ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 (A-71)
 Emissão: 10/12/2018 Referência: Dez/2018
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B220, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-690
 Rotômetro: 5-77-614-290 Nº medidor: 00008718753
 ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ: 08.955.183/0001-40 Inscrição: 16.016.523-0
 Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 018.805.036
 Cód. para Débito Automático: 80017321514

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
 Dez/2018 10/12/2018 10/01/2019 083.610.654-86
 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

Canal de contato

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

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 09/11/18	Leitura 3204	Data 10/12/18	Leitura 3255	
Demonstrativo				
CCI Descrição	Quantidade	Taxa	Valor Base Calc	Atq. Item (R\$)
				Base Calc
				Pre/Calcula (R\$)
				Calcula (R\$)
0801 Consumo em kWh	151,000	0,654400	128,01	128,01 27 94,93 128,01 1,39 0,45
0801 Adc. B Amarela			1,52	1,52 27 0,41 1,52 0,02 0,07
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO ILM 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 0,00 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 de Item TOTAL 137,16 130,53 35,24 130,53 41 6,52

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

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

Histórico de Consumo (kWh)

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

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

Indicadores de Qualidade 10/2018 - Anual

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL 6,47	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Distribuição Energia	31,00	22,81
DIC TRIMESTRAL 12,94			Contribuição de Energia	44,21	32,23
DIC ANUAL 25,89			Serviços de Transmissão	4,82	3,51
FIC MENSAL 3,48	0,30		Encargos Setoriais	7,33	5,34
FIC TRIMESTRAL 6,97		CONTRATAÇÃO LIMITE INFERIOR 202	Impostos Diretos e Encargos	48,50	35,31
FIC ANUAL 13,95		LIMITE SUPERIOR 231	Outros Serviços	0,00	0,00
DMS 2,60	0,00		Total	137,16	100,00
OKR 12,22					

Valor de EUS (Ref. 10/2018) R\$ 28,39

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Leitura confirmada

PARAIBA

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Roteiro: 5-77-614-290 11/01/2019 R\$ 137,16
 Matrícula: 1732151-2018-12-9
 83650000001-0 37160054000-4 17321512018-4 12900077019-5



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



1

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLICIA CULTURAL
QUANTIFICADOR DE IDENTIFICACAO

V-02
P-022

Izadora da Silva de Souza Farias

CARTILHA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

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

NOME IZADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS

FILIAÇÃO PAULO HONORATO DA SILVA
ANA LUCIA CABOCIA DA SILVA

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

DOC. ORIGINAL CASAM N. 969 FLS. 31 LIV. B 03
CARTORIO ALAGOA NOVA-PB

CPF 017.073.724-11

[Signature]
MARCIA A. B. LIMA JR.
Chefe do Departamento de Registro e Identificação

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
13 MAR. 2019
PROTOCOL
AG. JOAO PES



JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
LOC ENGENHO OLHO D'ÁGUA, 88 / LOT 5 ANTONIO REJANE LIMA - OLHO D'ÁGUA
ALAGOA NOVA / PE CEP: 56125000 (AG: 71)
Brasão 10/12/2018 Referência: Dez/2018
Classe/Sigla: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br200, Km25 - Distrito Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-800
Roteiro 5 - 77 - 514 - 290 NP medidor: 00006716751

energisa
ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.189/0001-40 Insc. Est. 16.015.222-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica Nº 16.803.036
Cód. para Dta. Automática: 0001732151-4

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 093.810.564-66
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: Mizar.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
09/11/18	3254	10/12/18	3256	1	151	31	
Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aiq. (unidade)	Base Calc. Fixa (R\$)	Cóforo (R\$)
				Taxa Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)
0601	Consumo em kWh	151,000	0,594400	129,01	129,01	27	34,83
0601	Adic. B. Amarela			1,52	1,52	27	0,41
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0607	CONTRIBUIÇÃO ILLUM PUBLICA			3,06	0,00	0	0,00
0604	JUROS DE MORIA 10/2018			0,68	0,00	0	0,00
0605	MULTA 10/2018			2,33	0,00	0	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			0,68	0,00	0	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 137,16 130,53 35,24 130,53 41 6,52

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

109 11/01/2019 R\$ 137,16

Histórico de Consumo (kWh)

93 | 98 | 103 | 108 | 113 | 118 | 123 | 128 | 133 | 138 | 143
Dez/17 Jan/18 Feb/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVA DO FISCO

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

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,47	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	17,94		
DIC ANUAL	25,89		
FIC MENSAL	9,45	0,00	CONTRATAÇÃO LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	18,91		
FIC ANUAL	28,36		
DMC	3,80	0,00	
DICI	12,22		

Composição da Conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PE	31,00	22,61
Contribuição de Energia	44,31	32,29
Serviço de Transmissão	4,00	2,92
Encargos Sociais	7,38	5,38
Impostos Diretos e Encargos	49,90	36,31
Custos Serviços	1,00	0,73
Total	137,16	100,00

Valor de R\$ 50 (Ref. 10/2018) R\$ 39,30

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

ENERGISA PARAIBA

Roteiro: 5 - 77 - 514 - 290
Matrícula: 1732151-2018-12-8

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

11/01/2019 R\$ 137,16

83850000001-0 37160054000-4 17321512018-4 12900077019-5



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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.669.775 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/06/2008

NOME SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO COSMO PEREIRA DA SILVA
ANA MARIA DA SILVA

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

DOU CÍVIL N. 22802 FLS. 83 LIV. A25

CARTÓRIO ALAGOA NOVA-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

EPN 7416 DE 26/08/83

P.917

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 093.940.534-25

Nome SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA

Nascimento 11/11/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

13 MAR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



ANA MARIA DA SILVA
RUA HILARIA DA COSTA LUNA, 88 - N. SRA APARECIDA
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125-000 (AG 71)

Emissão: 06/02/2019 Referência: Fev / 2019
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B1230, Km 25 - Cinto Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
Roteiro: 4 - 77 - 803 - 8630 AP medidor: 00000115359

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 08.065.109/0001-43 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 19.726.461
Cód. para Débito Automático: 00002419881

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
Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/241088-4

Canal de contato

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

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
06/01/19	15897	06/02/19	15912		15	29
Demonstrativo						
C3 Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq. Ictm (R\$)	Base Calc. Pto (R\$)	Cobrança (R\$)
		Taxa de Transm. (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	Pto Cobrança (R\$) (0,9905%)	(R\$62494)
0001 Custo de Disponibilidade		24,69	24,69	25	6,17	24,69 0,24 1,12
0804 JUROS DE MORA 01/2019		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 12/2018		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 01/2019		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 12/2018		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

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

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

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DE MÊS				Serviços de Dist. de Energia	0,00	0,00
DE TRIMESTRE				Serviços de Energia	0,00	0,00
DE ANO				Serviços de Transmissão	0,00	0,00
DE MÊS				Serviços de Distribuição	0,00	0,00
DE TRIMESTRE				Serviços de Energia	0,00	0,00
DE ANO				Serviços de Energia	0,00	0,00
Total					26,00	100,00

ATENÇÃO

- Letura confirmada

PARAIBA **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
Roteiro: 4 - 77 - 803 - 8600 **13/02/2019** **R\$ 26,00**
Metrômetro: 241088-2019-02-8
83610000000-6 26000054000-5 02410882019-2 02800077019-9



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

Andreza Cabral da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.221.118 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2014

NOME ANDREZA CABRAL DA SILVA

FILIAÇÃO SEVERINO CABRAL DA SILVA
ELIANE EUCLIDES DA SILVA

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

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

121.140.534-66

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
121.140.534-66

Nome
ANDREZA CABRAL DA SILVA

Nascimento
17/02/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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

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

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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





PROCURAÇÃO PÚBLICA QUE FAZ (EM)

Livro: 111
Folha(s): 74 à 74v

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

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: SEVERINO CABRAL DA SILVA.

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

PROTÓCOLO

14 JAN. 2019

COPIA PREVIDÊNCIA SIM





PROCURAÇÃO PÚBLICA QUE FAZ (EM)

Livro: 111
Folha(s): 74 à 74v

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

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: SEVERINO CABRAL DA SILVA.

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

PROTÓCOLO

14 JAN. 2019

COPIA PREVIDÊNCIA SIM



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

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

OUTORGADO:

Nome: Andrezza Cabral da Silva
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Agricultor
Identidade: 4.223.328 CPF: 323.140.534-66
Endereço: Sítio São José, S/N - JD CID VENEZ - Alagoa Nova - PB - Cp: 58125000

A ROGO

Nome: Israel de Souza Farias
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Advogado
Identidade: 3406.239 CPF: 082.912.124-08
Endereço: Rua Engenheiro Olho D'Água, 67 - Instrumentos Pujari Lima - Olho D'Água - Alagoa Nova - PB - Cp: 58125000

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 Cabral da Silva

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

TESTEMUNHA (1)



RG 3668818 CPF: 01707372411

ASSINATURA: Isadora da Silva de Souza Farias



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

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

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TESTEMUNHA (2)

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

ASSINATURA: Silvana Cosmo Pereira da Silva

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Fagundes de Melo
TABELÃO PÚBLICO
R. Osmarino Leite, 131 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-200 - Fone: (31) 3365-1996

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

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

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

Cartório "Alípio Bezerra"

Israel de Souza Farias

Assinatura do A rogo

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Fagundes de Melo
TABELÃO PÚBLICO
R. Osmarino Leite, 131 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-200 - Fone: (31) 3365-1996

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

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

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

OUTORGADO:

Nome: Andrezza Cabral da Silva
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Agricultor
Identidade: 4.223.328 CPF: 323.140.534-66
Endereço: Sítio São José, S/N - JD CID VENEZ - Alagoa Nova - PB - Cp: 58125000

A ROGO

Nome: Israel de Souza Farias
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Advogado
Identidade: 3406239 CPF: 082.912.124-09
Endereço: Rua Engenheiro Olho D'Água, 67 - Instrumentos Pujari Lima - Olho D'Água - Alagoa Nova - PB - Cp: 58125000

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 Cabral da Silva

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

TESTEMUNHA (1)



RG 3668818 CPF: 01707372411

ASSINATURA: Isadora da Silva de Souza Farias



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

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

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TESTEMUNHA (2)

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

ASSINATURA: Silvana Cosmo Pereira da Silva

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Fagundes de Melo
TABELÃO PÚBLICO
R. Osmarino Leite, 131 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-200 - Fone: (31) 3365-1996

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

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

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

Cartório "Alípio Bezerra"

Israel de Souza Farias

Assinatura do A rogo

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Fagundes de Melo
TABELÃO PÚBLICO
R. Osmarino Leite, 131 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-200 - Fone: (31) 3365-1996

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

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 27/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO CABRAL DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANDREZA CABRAL DA SILVA : 121.140.534-66

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

SEVERINO CABRAL DA SILVA : 056.227.304-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

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

ANDREZA CABRAL DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013953/19

Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA

CPF: 056.227.304-22

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 27/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO CABRAL DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANDREZA CABRAL DA SILVA : 121.140.534-66

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

SEVERINO CABRAL DA SILVA : 056.227.304-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

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

ANDREZA CABRAL DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCÍLIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013953/19

Número do Sinistro: 3190031062

Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA

CPF: 056.227.304-22

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 27/08/2017

Titular do CPF: SEVERINO CABRAL DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

ANDREZA CABRAL DA SILVA : 121.140.534-66

Procuração

SEVERINO CABRAL DA SILVA : 056.227.304-22

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

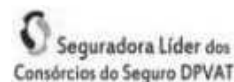
Data do cadastramento: 13/03/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

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

CPF de: Próprio

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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13814013





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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13814013





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

00050065



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

00050065



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, 31 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190031062

Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Data do Acidente: 27/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDREZA CABRAL DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO CABRAL DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000003814-8

Conta: 000010019869-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190031062

Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Data do Acidente: 27/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDREZA CABRAL DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO CABRAL DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000003814-8

Conta: 000010019869-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

056.227.304-22

Serenino Calnel da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Serenino Calnel da Silva		CPF titular da conta 056.227.304.22	Profissão Agricultor
Endereço Sítio São José - 8º CD UNIV		Número 311	Complemento
Bairro Área Rural	Cidade Mogiana Nova	Estado PE	CEP 58325000
Email		Telefone (DDD) (83) 98336774	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 3834 D/V 8 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 33869 D/V 2 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO.		AGÊNCIA NRO. D/V	
				CONTA NRO. D/V			

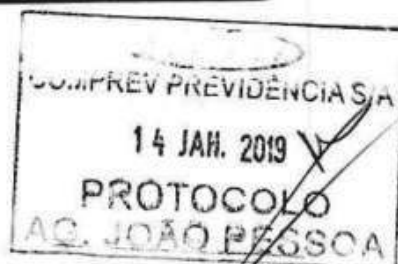
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

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

Andreza Calnel da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

056.227.304-22

Serenino Calnel da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Serenino Calnel da Silva		CPF titular da conta 056.227.304-22	Profissão Agricultor
Endereço Sítio São José - 8º CD UNIV		Número 311	Complemento
Bairro Área Rural	Cidade Mogiana Nova	Estado PE	CEP 58325000
Email		Telefone (DDD) (83) 983367743	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ 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)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 3834		BANCO NRO. 001	
D/V 8		D/V 2	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Mogiana Nova - PE, 08 de 03 de 2019

Local e Data

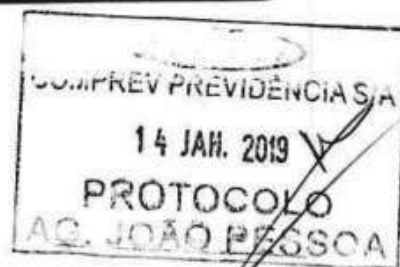
Andreza Calnel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

056.227.304-22

Nome completo da vítima:

Serenino Cabral da Silva

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

Nome completo:

Serenino Cabral da Silva

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Sítio São José

CPF:

056.227.304-22

Número:

S/N

Complemento:

Bairro:

Alto Rural - 30 CIO VRSV

Cidade:

Alagoinha

Estado:

PB

CEP:

58325000

E-mail:

Tel.(DDD):

(83) 983032790

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

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR



ATÉ R\$1.000,00



R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00



R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00



R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00



ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3834

8

CONTA:

38868

2

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, o recebimento do 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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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



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



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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorçado



Separado Judicialmente



Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?



Sim



Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nasôituro (vai nascer)?



Sim



Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?



Sim



Não

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

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

Nome: Serenino Cabral da Silva

CPF: 056.227.304-22

Serenino Cabral da Silva

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Serenino Cabral da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS:

1ª | Nome: Isadora da Silva de Souza Jansen

CPF: 017.073.724-11

Isadora da Silva de Souza Jansen

Assinatura

2ª | Nome: Silvana Gomes Pereira da Silva

CPF: 083.940.534-25

Silvana Gomes Pereira da Silva

Assinatura

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

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:16:09

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812160961900000029824023

Número do documento: 20052812160961900000029824023

Num. 31073136 - Pág. 53

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 056.227.304-22 Nome completo da vítima: Senerino Colnol da Silva

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

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

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

Bairro: Área Rural - 30 CIO VRSV Cidade: Alagoinha Nova Estado: PB CEP: 58325000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (83) 983032790

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3834 8 CONTA: 38869 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

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

Nome: Senerino Colnol da Silva

CPF: 056.227.304-22

Senerino Colnol da Silva

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS:

1ª Nome: Isadora da Silva de Souza Jansen

CPF: 017073724-11

Isadora da Silva de Souza Jansen

Assinatura

2ª Nome: Silvana Gomes Pereira da Silva

CPF: 083.940.534-25

Silvana Gomes Pereira da Silva

Assinatura

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

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

FPS.001 V001/2018





CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

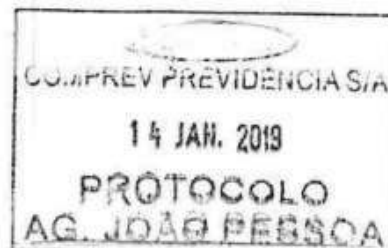
VERSANDO SOBRE: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

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

Alagoa Nova/PB, 26 de MARÇO de 2018.

NOTIFICANTE: 

SAULO RAMOS SILVA
Escrivão de Polícia Civil
Mat.: 166.434-5





CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

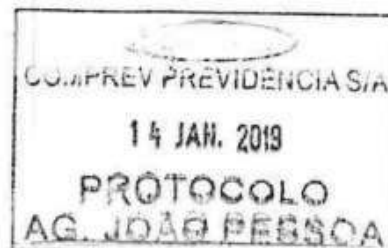
VERSANDO SOBRE: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

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

Alagoa Nova/PB, 26 de MARÇO de 2018.

NOTIFICANTE: 

SAULO RAMOS SILVA
Escrivão de Polícia Civil
Mat.: 166.434-5



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Senerino Cabral da Silva

CPF da Vítima

05622730422

Data do Acidente

27/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Andrezza Cabral da Silva

CPF do Representante legal

32334053466

Email

Telefone (DDD)

(83) 98336743

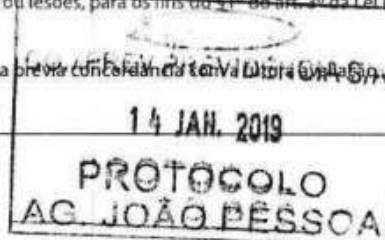
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa breve concessão de invalidez ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Alagoas - PB, 08 de 03 de 2019

Local e Data

Andrezza Cabral da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Senerino Cabral da Silva

CPF da Vítima

05622730422

Data do Acidente

27/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Andrezza Cabral da Silva

CPF do Representante legal

32334053466

Email

Telefone (DDD)

(83) 983367743

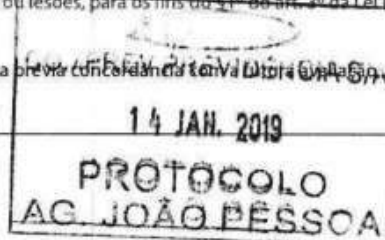
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa breve concessão de invalidez ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Alagoas - PB, 08 de 03 de 2019

Local e Data

Andrezza Cabral da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

056.227.304-22

Nome completo da vítima:

Serenino Cabral da Silva

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

Nome completo:

Serenino Cabral da Silva

CPF:

056.227.304-22

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Sítio São José

Número:

S/N

Complemento:

Bairro:

Alto Rural - 30 CIO VRSV

Cidade:

Alagoinha

Estado:

PB

CEP:

58125000

E-mail:

Tel. (DDD):

(83) 981032790

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR



ATÉ R\$1.000,00



R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00



R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00



R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00



ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3834

8

CONTA:

38868

2

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

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

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

Nome: Serenino Cabral da Silva

CPF: 056.227.304-22

Serenino Cabral da Silva

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS:

1ª Nome: Isadora da Silva de Souza Jansen

CPF: 017073724-11

Isadora da Silva de Souza Jansen

Assinatura

2ª Nome: Silvana Gomes Pereira da Silva

CPF: 083.940.534-25

Silvana Gomes Pereira da Silva

Assinatura

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

FPS.001 V001/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 056.227.304-22 Nome completo da vítima: Senerino Colnol da Silva

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

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

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

Bairro: Área Rural - 30 C/D VRSV Cidade: Alagoinha Nova Estado: PB CEP: 58325000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (83) 983032790

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3834 8 CONTA: 38869 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítiima 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: _____ Vítiima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítiima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

Nome: Senerino Colnol da Silva

CPF: 056.227.304-22

Senerino Colnol da Silva

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS:

1ª Nome: Isadora da Silva de Souza Jansen

CPF: 017073724-11

Isadora da Silva de Souza Jansen

Assinatura

2ª Nome: Silvana Gomes Pereira da Silva

CPF: 083.940.534-25

Silvana Gomes Pereira da Silva

Assinatura

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

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

FPS.001 V001/2018





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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	25/03/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03814-8

CONTA: 000010019869-4

Nr. da Autenticação 0AE84266F41EC409



SEVERINO CABRAL DA SILVA
SIT SÃO JOSÉ, S/N - JO CCI UNIV
ALAGOANOVA/PB CEP: 58125000 (AQ: 71)

Emissão: 19/11/2018 Referência: Nov/2018
Classe/Usuário: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 10-77-694-7460 Nº medidor: 00008575364

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 25 - Crista Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 08-096 183/0001-40 Insc. Est: 16.015.923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015 715.554
Cód. para Dig. Automática: 00614998942

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

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

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

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 17/10/18 Leitura: 6226	Data: 19/11/18 Leitura: 8406		177	33
Demonstrativo				
CCI Descrição	Quantidade	Valor Base Calc. Atq.	Valor Base Calc. Pou(R\$)	Valor Base Calc. Pou(R\$)
		Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS(R\$)
0601 Consumo em kWh	177,000	0,422690	74,80	0,00
0601 Adic. B. Vermelha		3,95	0,00	0,00
0601 Adic. B. Amarela		1,07	0,00	0,00
0610 Subsidio		32,06	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0608 Devolução Subsidio		-30,36	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item: TOTAL 81,51 0,00 0,00 111,97 1,05 4,66

Média últimos meses (kWh): **146** **VENCIMENTO 26/11/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 81,51**

Histórico de Consumo (kWh)

140 | 141 | 143 | 139 | 133 | 156 | 142 | 147 | 149 | 155 | 160 | 144
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

eeef9.8090.f6b6.cc8e.bdd1.3661.eef9.c86a

Indicadores de Qualidade 9/2018 - Área

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,84	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	23,69		
DIC ANUAL	47,38		
FC MENSAL	7,82	0,00	CONTRATADA 202
FC TRIMESTRAL	15,64		LIMITE INFERIOR 221
FC ANUAL	31,28		LIMITE SUPERIOR 221
DMC	6,59	0,00	
DICI	16,60		

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

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

ATENÇÃO

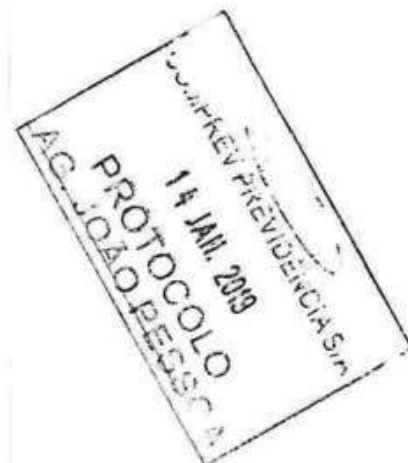
- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao lado relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/12/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da dívida suspender o fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, considere esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Subvenção DEC 7 B21/13 R\$ 30,36

- Letura confirmada

- Isento ICMS

Faturas em atraso

Out/18 70,80



SEVERINO CABRAL DA SILVA
SIT SÃO JOSÉ, S/N - JO CO UNIV
ALAGOANOVA/PB CEP 58125000 (AQ 71)

Emissão: 19/11/2018 Referência: Nov/2018
Classe/Serviço: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 10-77-694-7460 Nº medidor: 00008575364

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 25 - Crista Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ: 08-096 183/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015 715.554
Cód. para Dig. Automática: 00614998942

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

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

UC (Unidade Consumidora): 5/1499894-2

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 17/10/18	Leitura 6228	Data 19/11/18	Leitura 6406	
Demonstrativo				
CCI Descrição	Quantidade	Valor Base Calc. Atq.	Valor Base Calc. Ant.	Valor Base Calc. Ant.
		177,000 0,422690	74,80 0,00 0	0,00 74,80 0,70 3,26
0601 Consumo em kWh				
0601 Adic. B. Vermelha		3,95 0,00 0	0,00 3,85 0,04 0,17	
0601 Adic. B. Amarela		1,07 0,00 0	0,00 1,07 0,01 0,05	
0610 Subsidio		32,06 0,00 0	0,00 32,06 0,30 1,39	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0608 Devolução Subsidio		-30,36 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	

CCI Código de Classificação do Item: TOTAL 81,51 0,00 0,00 111,97 1,05 4,66

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

Histórico de Consumo (kWh)
140 | 141 | 143 | 139 | 133 | 156 | 142 | 147 | 149 | 155 | 160 | 144
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

eeef9.8090.f6b6.cc8e.bdd1.3661.eef9.c86a

Indicadores de Qualidade 9/2018 - Área

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,84	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	23,69		
DIC ANUAL	47,38		
FC MENSAL	7,82	0,00	CONTRATADA 202
FC TRIMESTRAL	15,64		LIMITE INFERIOR 221
FC ANUAL	31,28		LIMITE SUPERIOR 221
DMC	6,59	0,00	
DMC	16,60		

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

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

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Out/18 70,80

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao lado relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/12/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da dívida suspender o fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, considere esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Subvenção DEC 7 B21/13 R\$ 30,36
- Letura confirmada
Isento ICMS

