

FRANCISCO JOAO DA SILVA
RUA SOUZA DE LUCENA, 452 - CENTRO
CONCEICAO / PB CEP: 58670000 (AO: 181)

União: MONOFÁSICO
Car/Sec: RES-MTC B11 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rótulo: 1-181-10-7882 Referência: Jun/2019
Medidor: 00008617322 Emissor: 03/06/2019

energisa
ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br-220, S/n 25 - Centro Residencial Centro - CEP: 58071-400
CNPJ:09.025.101/0001-40 - Ins. Est: 15.916.320-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N° 025 783-00
Cadastral para Data Automação: 00008617322

Atendimento ao Cliente Energisa 0800 083 0196

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAM
Jun / 2019	03/06/2019	04/07/2019	146.618.744-67 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/29049-4

Canal de contato:

Junto-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinas/

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias			
	Data	Litura	Data	Litura				
Consumo								
03/06/19 14534 03/06/19 14645								
03/06/19	14534	03/06/19	14645		31			
Desenvolvimento								
CCN - Descrição								
	Quantidade	Tarifa	Valor Serv. Dir.	ABC	Imp/IB	Base Cac. Pef/IB	Consumo	
0021 Consulta em IRHVA	111.000,00	0,400	44,80	27	29,00	94,83	1,02	4,73
0001 Adic. B. Amanhã		1,98	1,98	27	0,42	1,58	0,02	0,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0007 CONTRIBUÍM PÚBLICA	11,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004 JUROS DE MOFA 03/2019	0,55	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004 JUROS DE MOFA 04/2019	0,63	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005 MULTAS/2018	3,81	0,00	0	0,05	0,02	0,00	0,00	0,00
0005 MULTA 04/2019	2,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019	3,29	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2019	0,69	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCN - Código de Classificação do Item TOTAL: 131,82 R\$ 0,29 28/02 96,26 1,04 4,81
Tarifa/Impostos: 0,571780

VENCIMENTO: 10/06/2019 TOTAL A PAGAR: R\$ 121,62

RESUMO DE CONSUMO (03/2019)
100 | 82 | 461 | 88 | 208 | 198 | 206 | 218 | 87 | 233 | 121 | 139
Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19

RECEBIMENTO AO PIS/COFINS			DESPESAS DE CONSUMO		
3319.4538.9d6d.7ba0.b864.d3f3.e8f3.ce57.			Consumo (R\$)		
Indicadores de Qualidade - 4/2019 - Bacia			Despesas		
Límites	Apurado	Límite de Tensão (V)	Despesas	Valor (R\$)	%
de ANEEL			Sumário de Despesas	22,82	18,92
DI MENSAL	5,27	0,00	Impostos de Energia	22,82	18,92
DI TRIMESTRAL	12,54	NOMINAL	Serviço de Iluminação	1,58	1,32
DI ANUAL	25,08	CONTRATADA	Encargos Sociais	5,41	4,45
PI MENSAL	3,98	LÍMITE MÍNIMO	Impostos Diretos e Encargos Sociais	57,19	48,95
PI TRIMESTRAL	8,72	LÍMITE MÍNIMO	Outras Despesas	0,00	0,00
PI ANUAL	19,45	LÍMITE SUPERIOR	Total	121,62	100,00
DAC	3,71	0,00	Valor do Emissor (Rel. 4/2019) R\$ 121,62		
DIC	12,22				

ATENÇÃO:
- Leitura confirmada

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 AGO. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PES

EDUARDO RODRIGUES DOS SANTOS
ESTADISTA, PESQUERIA CASA, 66 - CENTRO
TAUBATÉ/SP CEP 12590-000, tel: 324-1541

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
LAMAS - Centro Administrativo da Paraíba / PE - CEP 50000-000
CNPJ 00.000.000/0001-00 - Inscrição 10.000.000

Introducing the new *Journal of Clinical Psychology*—a quarterly publication of the American Psychological Association.

Alquiler de casas y apartamentos. 0800 083 0196. www.alquileres.com.ar

Conta referente a:	Apresentação:	Período de referência:	CRM CRM BASE
Abr / 2018	13/04/2018	15/05/2018	3924708409

UC (Unidad Conservadora) 1977-1983

www.english-test.net

Declaração de Citação Aruá e Cia Sistech
Conforme previsão da L. 12.010 de 26 de junho de 2009, informando a quem de direito seu devido intuito de "informar" o responsável por esse endereço, que é o "Consumidor", respeitado o prazo estabelecido para a realização de consumidoras vendidas no ano de 2011 e nos anos anteriores. Dessa forma, o autor, para a comprovação do conhecimento do destinatário do comunicado, os fatos que são relevantes mencionados nessa declaração de citação, bem como a data e hora de seu acerto com o destinatário.

Anterior		Actual		Comparativo		Cotizaciones			
Datos	Lectura	Datos	Lectura	Var.	Var.	Var.	Var.		
14/03/16	10022	1206/11	10320		1	36	3%		
Desempenho									
Ganancia teórica: 100% - 100% = 0% - 0% = 0% - 0% = 0% - 0%									
TIRAS TRASFERENCIA: 100% - 0% = 0% - 0% = 0% - 0% = 0% - 0%									
0001 Consumo de agua	96.000	97.000	+1.00	41.25	26	0.25	41.00	2.27	72
LIVELAMENTS E SERVITS									
0007 CONTRIBUCIÓ A LA PÚBLICA	1.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0004 JUROS DE MORA ED.2016	0.25	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0006 MALLA ED.2016	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0005 ATUALIZACIÓ MONETÀRIA ED.2016	0.25	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

COMPRA PREVILENCIA S/A

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FRANCISCO JOAO DA SILVA
RUA SOUZA DE LUCENA, 452 - CENTRO
CONCEICAO / PB CEP: 58670000 (AO: 181)

União: MONOFÁSICO
Car/Sec: RES-MTC B11 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rótulo: 1-181-10-7882 Referência: Jun/2019
Medidor: 00008617322 Emissor: 03/06/2019

energisa
ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br-220, S/n 25 - Centro Residencial Centro - CEP 58071-400
CNPJ 08.025.101/0001-40 - Ins. Est. 15.916.320-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N° 025 783-00
Cada. para Data. Automação: 00008617322

Atendimento ao Cliente Energisa 0800 083 0196

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAM
Jun / 2019	03/06/2019	04/07/2019	146.618.744-67 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/29049-4

Canal de contato:

Junto-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinas/

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias				
	Data	Litura	Data	Litura					
Consumo									
03/06/19 14534 03/06/19 14645									
03/06/19	14534	03/06/19	14645		31				
Desenvolvimento									
CCN - Descrição									
	Quantidade	Tarifa	Valor Serv. Dir.	ABC	Imposto	Base Cac. Pefor.	Consumo		
0821	Consumo kWh/mês	111.000,00	94,83	94,83	27	29,00	94,83	1,02	4,73
0801	Adic. B. Amanhã		1,98	1,98	27	0,42	1,98	0,02	0,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUÍMOS PÚBLICA	11,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MOFA 03/2019	3,55	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MOFA 04/2019	0,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 03/2019	3,81	0,00	0	0,05	1,02	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 04/2019	2,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019	3,29	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2019	0,89	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCN - Código de Classificação do Item TOTAL: 121,62 IVA: 38,29 IPI: 96,26 ICMS: 1,04 ICMS ST: 4,81
Tarifa/Impostos: 0,571770

VENCIMENTO: 10/06/2019 TOTAL A PAGAR: R\$ 121,62

RESUMO DE CONSUMO (03/06)
100 | 82 | 481 | 88 | 288 | 198 | 286 | 218 | 87 | 233 | 121 | 129
Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19

RECEBIMENTO AO PIS/COFINS			DESPESAS DE CONSUMO		
3319.4538.9d6d.7ba0.b864.d3f3.e8f3.ce57.			Consumo (R\$)		
Indicadores de Qualidade - 4/2019 - Bacia			Despesas (R\$)		
Límites	Apurado	Límite de Tensão (V)	Despesas	Valor (R\$)	%
de ANEEL			Serviços de Dist. da Energia	27,86	18,92
DI MENSAL	9,27	9,20	Compre de energia	23,92	16,94
DI TRIMESTRAL	27,54	NOMINAL	Serviço de Transmissão	1,58	1,20
DI ANUAL	28,08	220	Exercício Serviços	3,41	4,45
PIC MENSAL	3,98	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	57,10	46,95
PIC TRIMESTRAL	8,72	LÍMITE INFERIOR	Outras Despesas	0,00	0,00
PIC ANUAL	12,45	LÍMITE SUPERIOR	Total	121,62	100,00
DAC	3,71	9,00	Valor do Emissor (Rel. 4/2019) R\$ 36,56		
DIC	12,22				

ATENÇÃO:
- Leitura confirmada

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PES

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manoel Juscicleide Soares Lopes inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.532.024 / 63 do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima Manoel Zarllo de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Rua Manoel Pereira Caiana</u>	<u>Itaperanga</u>	<u>58</u>	<u>Casa</u>
<u>Centro</u>	<u>Itaperanga</u>	<u>PB</u>	<u>58.780-000</u>

sentao.assessoria@hotmail.com 831999471520 831996978811

Itaperanga, 13 de Julho de 2018.
 Local e Data

Edilson Rodrigues dos Santos
 Assinatura do Declarante

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manoel Jucicleide Souza Lira inscrito (a) no CPF sob o No 071.532.024 / 63, do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Manoel Jucicleide Souza inscrito (a) no CPF sob o No _____, 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	Número	Complemento
<u>Rua Manoel Lira da Cunha</u>	<u>58</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>PB</u>	<u>58.780-000</u>
Cidade	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>Itaperana</u>	<u>831999471520</u>	<u>831996978811</u>
<u>sentos.assessoria@hetmail.com</u>		

Itaperana 13 de Julho de 2018.
 Local e Data

X Edilson Rodrigues dos Santos
 Assinatura do Declarante

19 AGO. 2019
 COMPREV PREVIDENCIA PESSOA
 19 AGO. 2019
 PROTOCOLO PESSOA
 COMPREV PREVIDENCIA PESSOA



Ficha de Acolhimento

Nome:	João Pedro
End:	Av. 20 de Julho, 2015
Data de Nascimento:	20/02/2015
Queixa:	Dores
Acidente de trabalho?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Classificação de Risco

Nível de consciência:	<input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto:	<input type="checkbox"/> Calmo <input checked="" type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Geralmente
Frequência respiratória:	09 ABU. 2013		
Pressão arterial:	PROTÓCOLO		
Dosagem de HGT:	AG. JOÃO PESSOA		
Deambulação:	<input type="checkbox"/> Normocorada <input checked="" type="checkbox"/> Pálida		

Estratificação

MOD. 110

Q: 14 808

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

CORRETTO: 223.252

Assinatura e carimbo do profissional



SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
------------	------------------------	---------------------	---	-----------

Identificação do Estabelecimento de Saúde	1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES	

Identificação do Paciente	5 - N.º DO PRONTUÁRIO <i>Ademir das Vizinh</i>		
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	7 - DATA DE NASCIMENTO <i>1/1/1980</i>		
8 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fam <input type="checkbox"/>	9 - TELEFONE DE CONTATO Nr. DE TELEFONE		
10 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)	11 - END		
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	13 - CÓD. SIGE MUNICÍPIO	14 - UF	15 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR <i>COMPREV PREVIDÊNCIAS</i>	19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR <i>09 AGO 2010</i>
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA <i>Fatores Exig</i>	21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA <i>PROTÓCOLO</i>
22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL <i>Fatores Exig</i>	23 - CID 10 PRINCIPAL <i>ESOA</i>
24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Fatores Exig</i>	27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>ESOA</i>
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	29 - DIÁRIA DE UTI TIPO I <input checked="" type="checkbox"/>
30 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/>	31 - DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/>
32 - DIÁRIA DE UTI TIPO III <input type="checkbox"/>	33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>18/01/12</i>
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>18/01/12</i>
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>18/01/12</i>

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
<i>- Peço a necessidade de cuidados intensivos.</i>	

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Ademir das Vizinh</i>	41 - DATA DE SOLICITAÇÃO <i>18/01/12</i>
42 - N.º DOCUMENTO (CRF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>22750323800</i>	43 - ASSINATURA E CARREFOUR DO REGISTRO DO CONSELHO <i>Ademir das Vizinh</i>
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO <i>Ademir das Vizinh</i>	45 - CÓD. CIRGÃO EMISSOR <i>17-101-2</i>
46 - DATA DE SOLICITAÇÃO <i>18/01/12</i>	47 - N.º DOCUMENTO (CRF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>22750323800</i>
48 - ASSINATURA E CARREFOUR DO REGISTRO DO CONSELHO <i>Ademir das Vizinh</i>	49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO <i>Ademir das Vizinh</i>

Nome do Paciente <i>Enomar Leônida</i>		Nº Prontuário
Data da Operação 11.07.2017		Enf. Leito
Operador <i>D. Direceu</i>	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia <i>Oral</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Pálio de sub-estômico p/ferir o cíngulo</i>		
Tipo de Operação <i>Rectoexpl. c/ retofero</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O milho</i>		
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

*Anorectal l. direita
operada pelos mesmos (esconder)
após a rectoexpl. biliarizada.
Anorectal l. leftello
Sutura é anelar 2-0 e 0,0
Ciclos de 2 cm de ferro.
Ciclos de 2 cm*

*Dr. Direceu M. Carvalho
CIRURGIA PLÁSTICA
CRM - 4878*

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Nome do Paciente	Cesar L. Ferreira da Cunha		Nº Prontuário	1360487
Data da Operação	Enf.	Leito		
Operador	Dr. Flávio Faleiros	1º Auxiliar	Dr. Sócio Cláudio	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador		
Anestesia	W. Stobello	Geral		
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura da mandíbula			
Tipo de Operação	Redução + fixação			
Diagnóstico Pós-Operatório	Ótimo			
Relatório Imediato da Patologia	Nenhuma			
Exame Radiológico no Ato	Nenhuma			
Acidente Durante a Operação	Nenhum			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Abordagem da mandíbula
2. Incisão T-teto - bico + elevadores em aderida
3. Cessar a fer. papilar da região mandibular (C)
4. Reduzir a fratura
5. Fixar cf as placas 1,5 mm + os parafusos (monocortical)
6. Curafer
7. Ligadura abordante cf 54.019%
8. Sutura T-teto-papilar cf vicryl 4-0

COMPREV PREVIDÊNCIA S/IN
09 AGO. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Flávio L. Cunha Almeida
CIRURGIANO E ENFERMEIRO
CRM - 31573-3849/RN

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Emmanuel Yorlei Soaneela Soaneela DV 20/02/2015
QI LEITE CONVÉNIO IDADE REGISTRO
Sala 01 30s 1,9 1360484

CIRURGIA TTO. cir. com placas de fratura de crista de mandíbula

CIRURGIAO

Dr. Glávio

ANESTESIA

ANESTESIA

Geral

Dr. Isabelle

INSTRUMENTADORA

Regina

DATA

04/04/14

INICIO

08:00

FIM

09:50

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Adrenalina amp.
Alropina amp.
Bicarbonato 800g
Dimore amp.
Dolantina amp.
Etoradol 800mg
Fenegam amp.
Fenilnil 800mg
Inova ml
Ketalar ml
Mercaina % ml
Nubehin amp.
01 Paracetamol 1000mg
Protigmine amp.
Protóxido l/m
Quelicin 800mg
Rapifen amp.
Thionembatal ml
Tracrium amp.

Qtd. MEDICAÇÕES

Agua Destilada amp.
Decadron amp.
Dipirona amp.
Flaxidol amp.
Flebocortid amp.
Geramicina amp.
Glicose amp.
Glucon de Cálcio amp.
Haemacel ml.
Heparema ml.
Kanakion amp.
Lasix amp.
Medrolinazol.
Piasil amp.
Prolamina
Revivan amp.
Stupitanon amp.
Cefazolin 500mg
Hidroxicort 100mg

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

Aguilha desc. 25 x 7
Aguilha desc. 26 x 28
Aguilha desc. 3 x 4,5
Aguilha p/ raque n°
Álcool de Enfermagem
Álcool iodado ml
Ataduras de Crepon
Ataduras de Gessada
Azul metílico amp.
Benzina ml.

Bolsa Colostoma

Calef. p/ Óxg.

Calef. De Urinar Sist. Fech.

Compressa Grande

Compressa Pequena

Colonoide

Dreno

Dreno Kerr n°

Dreno Penrose n°

Dreno Pezzer n°

Equipo de Macrogotas

Equipo de Macrogotas

Equipo de Sangue

Equipo de PVC

Espadrapo Largo cm

Furacim ml

Gase Pacote c/ 10 unidades

H₂O, ml

Intracath Adulto

Intracath Infantil

Lâmina de Bisturi n° 20

Lâmina de Bisturi n° 15

Lâmina de Bisturi n° 10

Luvas 7,0

Luvas 7,5

Luvas 8,0

Oxigênio l/m

Polifix

PVPI Tópico ml.

Sabão Antiséptico

Saco coletor

Seringa desc. 10 ml

Seringa desc. 20 ml

Seringa desc. 05 ml

Sonda

Sonda Foley

Sonda Nasogástrica

Sonda Uretral n°

Steridrem ml

Tomeirinha

Vaselina ml

Gelcon 18

Lalese

Eletrudo

gel condutor

Julgo

01 tubo

Qty. FIOS

Catgut cromado Sertix

Catgut cromado Sertix

Catgut cromado Sertix

Catgut Simples

Catgut Simples Sertix

Catgut Simples Sertix

Catgut Simples Sertix

Cera p/ osso

Ethibond

Ethibond

Ethibond

Fio de Algodão Sertix

Fio de Algodão Sertix

Fio de Algodão Sulupak

Fio de Algodão Sulupak

Fila cardíaca

Mononylon

Mononylon

Prolene Sertix

Prolene Sertix

Prolene Sertix

Vicryl Sertix

Vicryl Sertix

Vicryl Sertix 4-0

SOROS

SG Normotérmico fr 500 ml

SG Gelado fr 500 ml

SG Hipertérmico fr 500 ml

SG Ringr fr 500 ml

SG 500 ml

ORTSESE E PRÓTESE

Materiais usados
da Quality

EQUIPAMENTOS

Oxímetro de Pulso

Serra

Desfibrilador

Foco Frio

() Foco Auxiliar

() Eletrocautério

() Oxiapôgrafo

() Cardiomonitor

() Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Silvana

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMAGEM		LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME Emanuel Yarlei de Lacerda Soares				IDADE 1ano 4m Mase	SEXO	COR	
DATA 04/01/2012		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO 14kg	ALTURA		
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAIS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
URINA		História de atropelamento dia 01.01							
AP. RESPIRATÓRIO		Tetrau desde 00:00h			FEAT. DE CRÂNIO:		INDUÇÃO:		
AP. CIRCULATÓRIO		S/ história de alguma			ELETROCARDIOGRAMA		SUCURSO:		
AP. DIGESTIVO		Edema de face acentuado			AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL		Hematoma orbital E			CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		⇒ FEAT. EXPOSTA LATERAL E DE MANDÍBULA ASSESSADA							
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		Bromogrid 2mg EV			APLICADA em Saia	EFEITO			
LÍQUIDOS	ANESTÉSICOS	500	100	100	100	100	INDUÇÃO		
		500	500	500	500	500	Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____
LÍQUIDOS		500	100	100	100	100	Laringo espasmo: _____	Lenta: _____	
		500	500	500	500	500	Náuseas: _____	Vômitos: _____	
CÓDIGOS	ATERRAL: O PULSO: O - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO	260	240	220	200	180	Outros: _____	MANUTENÇÃO	
		260	240	220	200	180		1) Seuque 30ml	
CÓDIGOS	ATERRAL: O PULSO: O - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO	260	240	220	200	180		2) Propofol 50mg	
		260	240	220	200	180		3) Quelicim 20mg	
CÓDIGOS	ATERRAL: O PULSO: O - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO	260	240	220	200	180		4) Atropina 0,1mg	
		260	240	220	200	180		5) Cefazolim 500mg	
CÓDIGOS	ATERRAL: O PULSO: O - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO	260	240	220	200	180		6) Hidrocor. 100mg	
		260	240	220	200	180		7) fentanil 30ug	
CÓDIGOS	ATERRAL: O PULSO: O - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO	260	240	220	200	180		ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____	
		260	240	220	200	180		Não, por quê? _____	
CÓDIGOS	ATERRAL: O PULSO: O - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO	260	240	220	200	180		DESPERTAR	
		260	240	220	200	180		Reflexos na SO: _____	
CÓDIGOS	ATERRAL: O PULSO: O - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO	260	240	220	200	180		Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____	
		260	240	220	200	180		Náuseas: _____ Vômitos: _____	
CÓDIGOS	ATERRAL: O PULSO: O - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO	260	240	220	200	180		Outros: _____	
		260	240	220	200	180		Com cânula: _____	
CÓDIGOS	ATERRAL: O PULSO: O - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO	260	240	220	200	180		Para o Leito: Sim _____ Não _____	
		260	240	220	200	180		CONDICÕES:	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	POSIÇÃO	b. Cefal							
	AGENTES	VIDE LATERAL							
TÉCNICA	CECAL com indução inabólica sob máscara nasais 45 cmH ₂ O.								
OPERAÇÃO	Tratamento com placa de fract. de mandíbula -								
CIRURGIOES	Dr. Fabiano /								
ANESTESISTAS	Ira. Isobelle Diniz								
OBSERVAÇÕES									
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PO-OPERATÓRIAS.									
CRM 9001 PERDA SANGUÍNEA									

NOME: EMANUEL YARLEI DE L. SOARES
SEXO: MASCULINO
IDADE: 02 ANOS
DATA: 19/07/2017

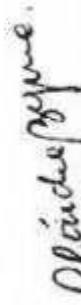
A) ESPECIFICAÇÃO TÉCNICAS
Constante de Tempo: 0.1 s
Frequência de amostragem: 256 / amostra / canal / segundo
Método de Interpolação Quadrática

B) CARACTERÍSTICAS DO EXAME
Condições Técnicas do Exame: Satisfatórias
Colaboração do Paciente: Boa
Exame Realizado em sono

C) RESULTADOS OBTIDOS:

EEG Digital com Rítmico de Base: Regular e simétrico.

Conclusão: EEG Digital normal



DR. CLÁUDIA B. GONÇALVES CUNHA
CRM: 3771

Relatório Médico

Emanuel Iarley de Lacerda Soares

Paciente vítima de acidente de trânsito no dia , Apresentou como lesão trauma crânio-encefálico com ferimento de corto-contuso de aproximadamente quinze centímetros e fratura bilateral de mandíbula. Realizou limpeza, desbridamento e sutura em couro cabeludo, e imobilização cruenta em mandíbula. Apresenta como sequelas desalinhamento de arcada dentária, com dificuldade de mastigação. Apresenta mudança de comportamento, cefaleia recorrente. Alta médica à partir desta data.

01/08/2019

Dr. Wnelli Lemes Muniz
CRM 28.1100



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 000223671

CNPJ: 08-778-268/0001-69

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAÍBA

UF:25

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARCOS VARELA SOUZA

Profissão: MÉDICO

End.: Rua 25 de Julho, nº 05

Município: CONCEIÇÃO

Estado: PB

Cidade: Município

Código do Município: 250440

Data Atendimento: 01/01/2017

Círculo do SUS: 04-237

Data suscíntrito: 2017-01-01

MECANISMOS DO TRAUMA: QUEDA DE ALTO

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

- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 18. Fratura de ossos fechada |
| 2. Amputação | 19. Fratura de ossos aberta |
| 3. Ausência | 20. Hematoma |
| 4. Coagulação | 21. Hiperplasiam venosa |
| 5. Crenitação | 22. Lacerção |
| 6. Dor | 23. Lesão tendínea |
| 7. Edema | 24. Lesão tendínea |
| 8. Enfaltamento | 25. Luxação |
| 9. Enfimose subcutânea | 26. Mordedura |
| 10. Enxugamento | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 11. Equimose | 28. Objeto encravado |
| 12. F. Areia branca | 29. Parafilia |
| 13. F. Areia de lopé | 30. Paralisia |
| 14. F. Coaguloso | 31. Paralisia |
| 15. F. Contusão | 32. Paralisia |
| 16. F. Coxa-estufosa | 33. Quemadura |
| 17. F. Peritroco-estufosa | 34. Rictus |
| 18. F. Peritroco-contusão | 35. Síndrome de Squeimis |

obs: _____

QUADRA:

Superfície corporal lesada = %

Grau: 1º grau () 2º grau () 3º grau ()

DIAGNÓSTICO / CID:

ASSINATURA E CARMÍO DO MÉDICO

LUIZ GONZAGA FERNANDES

09/01/2017

LUIZ GONZAGA FERNANDES
09/01/2017

Documento: 100048-0030022

Bairro: SÃO GERALDO

CEP: 58040-000

Especialista: C. P. V. T. T. C. / ASA

Especialista: B. B. F.

Médico solicitante:

Procedimentos realizados:

Prescrições e condutas:

Horário realizado:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

11. _____

12. _____

13. _____

14. _____

15. _____

16. _____

17. _____

18. _____

19. _____

20. _____

21. _____

22. _____

23. _____

24. _____

25. _____

26. _____

27. _____

28. _____

29. _____

30. _____

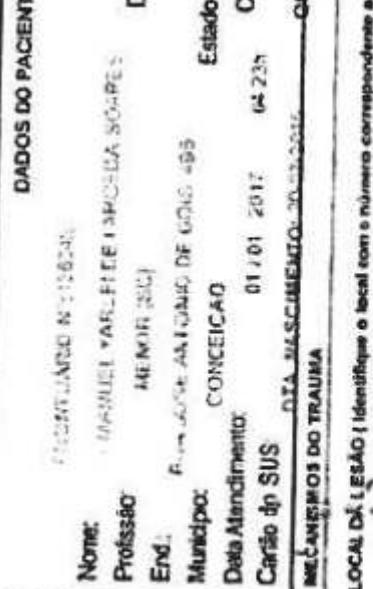
31. _____

32. _____

33. _____

34. _____

35. _____





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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Bairro:
End:	Documento de Identificação:
Data de Nascimento:	Data do Atendimento:
Queixa:	Hora:
Acidente de trabalho?	Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Agressivo
Frequência respiratória:	
Pressão arterial:	PROTOCOLO AG. JO. O PESSOA
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	Q. 14.00

MOD. 110

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Branca - monitoramento ambulatorial
() Verde - atendimento até 4 horas

ENFERMEIRA
COREN-PB 2233362

Assinatura e carimbo do profissional



<input type="checkbox"/> SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
------------------------------	------------------------	---------------------	--	-----------

Identificação do Estabelecimento de Saúde		1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	

Identificação do Paciente		5 - NOME DO PACIENTE	6 - N.º DO PRONTUÁRIO
		<i>Ademir de Souza Vaz</i>	<i>1368405</i>
		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
		9 - NOME DA MÃE OU REFERENCIANTE	10 - SEXO
			Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
		11 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)	12 - TELEFONE DE CONTATO
			13 - DELEGADO DE POLÍCIA
		14 - INSCRIÇÃO DE PRONTUÁRIO	15 - CÓD. DO PRONTUÁRIO
			16 - M.F.
			17 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR	19 - COD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR
<i>COMPLEXO DE VENENOSAS</i>	<i>094-300</i>
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
<i>Protocolo</i>	<i>094-300</i>
22 - ENDEREÇO FISCAL	23 - COD. PRINCIPAL
<i>Fazenda Córrego</i>	<i>094-300</i>
24 - COD. DE SECUNDÁRIO	25 - COD. DE CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL (AIS)	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
<i>Intoxicação Exógena</i>	<i>094-300</i>
28 - DESCRIÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPAHANTES	29 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	DIÁRIA DE UTI TIPO I
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Pela necessidade de cuidados intensivos.

PROFISSIONAL SOLICITANTE		39 - DATA DE SOLICITAÇÃO
40 - DOCUMENTO	41 - N.º DOCUMENTO (CRÉDITO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	42 - ASSINATURA E CARTEIRA DE CONSELHO DO CONSELHO
43 - N.º	<i>227150323800</i>	<i>19/01/17</i>
44 - N.º DOCUMENTO	45 - N.º DOCUMENTO (CRÉDITO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	46 - N.º DOCUMENTO (CRÉDITO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
47 - DOCUMENTO		48 - DATA DE SOLICITAÇÃO
49 - N.º DOCUMENTO		

AUTORIZAÇÃO

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Camilo Yuste de Oliveira Souza

DR = 20/02/15

QI

LEITE

CONVENIO

IDADE

REGISTRO

Série 06

SUS

1,9 meses

1360482

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA

Retirada de Tumor

CIRURGÃO

Dra. Júlia

ANESTESIA

General

ANESTESIA

Dra. Isabela

INSTRUMENTADORA

DATA

11/02/17

INÍCIO

09:00

FIM

10:30

Qtd MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostoma

Qtd.

FIOS

CÓDIGO

Adrenalin amp

Caigut cromado Sertix

Atropina amp

Caigut cromado Sertix

Diazepam amp

Compressa Grande

Dimorfo amp

Compressa Pequena

Dolantina amp

Coloide

212 Seringa ml

Dreno

Fenegam amp

Dreno Kerr nº

Fenol ml

01

Dreno Penrose nº 01

Inoxia ml

Dreno Pezzer nº

Ketalar ml

01

Equipo de Macrogolas

Mercina % ml

Equipo de Macrogolas

Urbolini amp

Equipo de Sangue

Pavulox amp

Equipo de PVC

Prostigmine amp

05

Espadrado Largo cm

01 Propofol

04

Furacim ml

01 Quelicin ml

04

Gasa Pacote c/ 10 unidades

Rapilox amp

01

H.O. ml

Thiromentol ml

01

Intracath Adulto

Trachum amp

01

Intracath infantil

Qtd MEDICAÇÕES

01

Lâmina de Bisturi nº 23 24

Agua Destilada amp

01

Lâmina de Bisturi nº 11 12

Detadron amp

01

Lâmina de Bisturi nº 15

01 Dipirona amp

01

Luvas 7.0

Flaxidol amp

01

Luvas 7.5

Fliebocortid amp

01

Luvas 8.0

Geramidina amp

01

Luvas 8.5

Glicose amp

05

Oxigênio l/m

Glucos de Calcio amp

01

Pofix

Haemoco m

01

PVPI Degemanto ml

Heparana ml

01

PVPI Tópico ml

01 Kambion amp

01

Sabão Antisséptico

01 Líder Histerofixina

04

Saco coletor Líder/retífica

Medrotinazol

02

Seringa desc. 10 ml

01 Ringer amp

01

Seringa desc. 20 ml

01 Procainina

01

Seringa desc. 05 ml

Revivan amp

01

Sonda TOT 11 4.5

Stipatran amp

01

Sonda Foley

01 Salicilato 1g

01

Sonda Nasogástrica

01 Vaseline ml

01

Vaseline ml

01 Tormeinha

01

Tormeinha

Qtd MATERIAIS / SOLUÇÕES

01

Vaseline ml

Agu. Ida desc. 25 x 7

01

Gelcon 11 22

Agu. Ida desc. 25 x 25

01

Látese

Agu. Ida desc. 3 x 4.5

05

Colatudos

Agu. Ida p. rágue n°

03

Macapá

Alcool de Enfarragem

05

Kit de Condutor

Alcool Iodado ml

01

Filtas

01 Alodias de Crepon

01

globo n. 14

Ataduras de Gessada

01

globo n. 14

Azul metileno amp

01

globo n. 14

Benzina ml

01

globo n. 14

EQUIPAMENTOS

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

ST/6

Nome do Paciente <i>Edmundo Lacerda</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>11.07.2017</i>	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Lacerda</i>	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia <i>General</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Tumor de suprarrenais retoxin</i>		
Tipo de Operação <i>Ressecção retoxin</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O. Necessário</i>		
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

- Abordagem 1º Retação
- Operação: parceria Mecanicos (esconder)
- Operação de resecção endobiliar.
- Ressecção do testículo
- Sutura é feita com 2.0 a 4.0
- Glándula de maior tamanho.
- Cerrado Saco

DR. DIRceu M. Correia
CIRURGIA PEDIATRICA
CRM - 4078

COMPRAV. PREVIDENCIA S/A
<i>[Assinatura]</i>
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESCRICAO DA OPERACAO

		Neto Júnior, Lívio de Araújo CRN 00000000000000000000 CRO 1103-3849/RN
COMPREV - PROVINCIA S/N		
		
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA		

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Conanuel Farlei Soarela Soares DV 2010219065
QD LEITE Sala 01 Gua CONVÉNIO IDADE 1,9 REGISTRO 1360484

GOVERNO
ESTADO DA PARAÍBA

CIRURGIA TTO. cir. com placa de fixo de mandíbula CIRURGIA Dr. Flávio

ANESTESIA Geral ANESTESIA Dr. Isabelle

Setor de Cirurgia da Maternidade

Hospital de
Cirurgia e Trauma Dr.
Luiz Gonzaga Ferreira

INSTUMENTADORA Regana DATA 04/01/14 INICIO 08:00 FIM 09:50

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOIS	CÓDIGO
	Adrenalin amp.	Catet. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. Da Uriner Slat. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Dimora amp.	Compreesa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dolantina amp.	Compreesa Pequena		Catgut Simples	
	Eprocine. Dexametasona	Cotonolide		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Inova ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Ketalar ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubeshin amp.	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	07 Prolignine	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Prolignine amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protóxido Nm	Espadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Quetocin 0,005	Funcion ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Rapilien amp	Gasa Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Thionembutal ml	H2O ml		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Adulto		Mononylon	
		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	07 Lâmina de Blaturi n° 20		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.	01 Lâmina de Blaturi n° 10		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Blaturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	04 Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flexidol amp.	02 Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebotortil amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix 4-0	
	Geramicina amp.	005 procedimento			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliés			
	Haemacel ml.	005 procedimento			
	Heparina ml.	PVP Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakin amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotármico fr 500 ml	
	Laxix amp.	05 Seco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	05 Seringa desc. 10 ml		SG Hipertármico fr 500 ml	
	Plaesi amp.	05 Seringa desc. 20 ml		SG Ringer fr 500 ml	
	Prolamina	05 Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stupanon amp.	Sonda foley	Qtd.	ORTSESE E PRÓTESE	
	Cefalosporina 500mg	Sonda Nasogástrica		material para da anestesia	
	Hidroxicet 1000mg	Sonda Urétral n°			
		Styocream ml			
		Tomeirinha			

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

	Aguilha desc. 25 x 7	Vaseline ml		EQUIPAMENTOS
	Aguilha desc. 26 x 28	Gelcon 18		
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05 Látex		
	Aguilha p/ reque n°	05 eletrudo		
	Alcool de Entremagem	05 Sutura		
	Alcool Iodado ml	01 Sutura		
	Ataduras de Crepon			
	Ataduras de Gessada			
	Azul metílico emp.			
	Benzina ml			

- Oxímetro de Pulso Foco Auditivo
 Serra Eletrocautério
 Desfibrilador Oxícapnógrafo
 Foco Sustent. Fijo Cardiomonitor
 Fonte de Luz Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Silvana

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO			
FOLHA DE ANESTESIA		NOME Emanuel Yacki de Lacerda Soares		IDADE	SEXO	COR			
DATA 04/01/2017		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESSO	ALTURA		
TIPO BANQUINHO		HEMOCRITOS	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLUCOSA	UREIA	OUTROS		
		URINA	História de atropelamento dia 01.01						
AP. RESPIRATÓRIO		Jejum desde 00:00h				APENAS DE CRANIO	BRONQUIOS		
AP. CIRCULATÓRIO		S/ história de alguma				ELETROCARDIOGRAMA SILENCIOSO			
AP. DE GESTO		Edema de face acentuado				AP. URINARIO			
ESTADO MENTAL		Hematoma orbitário E	TRAMADOL	CORTICOIDES	ALERTA	HYPOTENSORES			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		⇒ Frat. exposta LATERAL E de MANDÍBULA				ESTADO FÍSICO	ESTADO MÍSTICO		
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		Bromogrid 2mg EV		APLICADA	em Sala	SPETO			
SINTOMAS RESPIRATÓRIOS	Ar Snuo	Sintomas				INDUÇÃO			
	Liquidos	100%	10ml	—	20ml	Satisf.	Excit.	Tosse:	
ODONTOG INTERNO PULSO O. ANESTÉSICO AX. ANESTÉSICO OPERATÓRIO	Sintomas				Laringo espasmo:		Lenta:		
	Sintomas				Náuseas:		Vômitos:		
Sintomas						Outros:		MANUTENÇÃO	
Sintomas		1) Sufotique 30ml 2) Protopol 30mg 3) Quelicim 20mg 4) A tropine 0,1mg 5) Cefazolin 500mg 6) Hidrocort 100mg 7) fentanil 30ug				ANESTESIA SATISF.		Sim _____ Não _____	
Sintomas		Sintomas				Náuseas:		Náuseas por quê?	
Sintomas		Sintomas				Outros:		DESPERTAR	
Sintomas		Sintomas				Reflexos na SO:		Reflexos na SO:	
Sintomas		Sintomas				Obstr.:		Obstr.:	
Sintomas		Sintomas				Náuseas:		Náuseas:	
Sintomas		Sintomas				Outros:		Outros:	
Sintomas		Sintomas				Com cianose:		Com cianose:	
Sintomas		Sintomas				Para o Leito:		Para o Leito:	
Sintomas		Sintomas				CONDIÇÕES:		CONDIÇÕES:	
POSIÇÃO	b. Olhos								
ALIMENTOS	VIDE ANEXO								
TIPOLOGIA	GENERAL com indução inabitual sob manequim 4,5 g/ouff.								
OPERAÇÃO	Tratamento com placa de frat. de mandíbula								
OPERADORES	Dr. Fabiano /								
ANESTESISTA	Ira. Isobelle Pinho								
OBSEVAÇÕES	Indolete disulf.								
ANESTESIA, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS								CRM 900 PERDA BANQUINHA	

NOME: EMANUEL YARLEI DEL SOARES
SEXO: MASCULINO
IDADE: 02 ANOS
DATA: 19/07/2017

A) ESPECIFICAÇÃO TÉCNICAS
Constante de Tempo: 0,1 s
Frequência de amostragem: 256 / amostra / canal / segundo
Método de Interpolação Quadrática

B) CARACTERÍSTICAS DO EXAME
Condições Técnicas do Exame: Satisfatórias
Colaboração do Paciente: Boa
Exame Realizado em sono

C) RESULTADOS OBTIDOS:

EEG Digital com Rítmico de Base: Regular e simétrico.

Conclusão: EEG Digital normal

Olaúde B. Gómez
DR. CLÁUDIA B. GONÇALVES CUNHA
CRM: 3771



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME

EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

MATRÍCULA

0706150155 2015 1 00015 188 0026459 83

Maria das Graças Braga Rangel

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala

Oficiala

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO)
vinte de fevereiro de dois mil e quinze

DIA
20
MÊS
02
ANO
2015

HORA DE NASCIMENTO
17:50

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
CONCEIÇÃO-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF
CONCEIÇÃO-PB

LOCAL DE NASCIMENTO
Hospital e Maternidade Caçula Leite -
CONCEIÇÃO-PB

SEXO
masculino

FILIAÇÃO
MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO e NATHALY SAMARA DE LACERDA

AVOS

PATERNO(S): JÚLIO SOARES DE OLIVEIRA e BENEDITA FRANCO RIBEIRO

MATERO(S): JOSÉ GONÇALO DE LACERDA e MÁRCIA CRISTINA DE LACERDA.

GÊMEOS
NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENO)
vinte e seis de fevereiro de dois mil e quinze (26/02/2015).

DNV (DEC. NASC. VIVO)
30646353316

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Registro lavrado em 26/02/2015, no livro A-00015, Nº 26459, folha 188-V

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NOME DO OFÍCIO
Cantoria de Registro Civil de Conceição

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé
CONCEIÇÃO-PB, 26 de Fevereiro de 2015

OFICIAL REGISTRADOR
Maria das Graças Braga Rangel

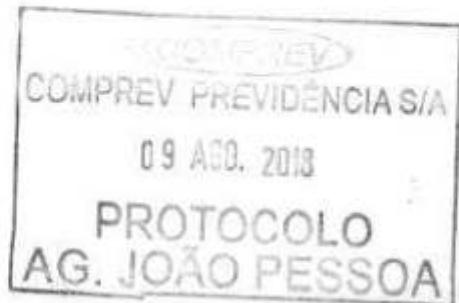
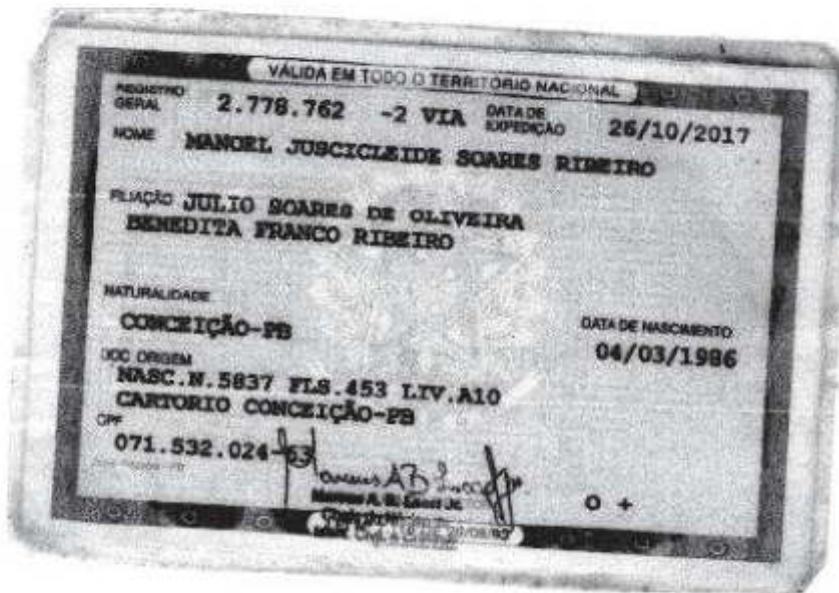
Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala do Registro Civil

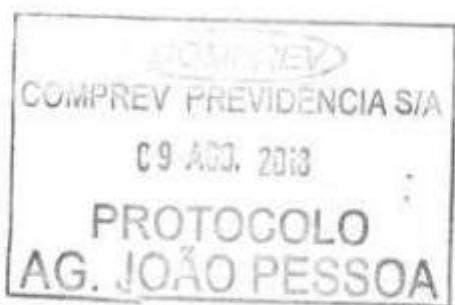
MUNICÍPIO/UF
CONCEIÇÃO-PB

ENDERECO
Centro Administrativo Governador Wilson Leite Braga
CONCEIÇÃO-PB - CEP 58970000 Fone:

Selo Digital: AAI27609-PF0E
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala







Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
108.691.215-29

Nome
EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

Nascimento
20/02/2015

CÓDIGO DE CONTROLE
3984.1C5B.5361.8591



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 09:30:54 do dia 12/12/2018 (horas e data de Brasília)

dígito verificador: 80

VALOR SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME
EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

MATRÍCULA

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala

0706150155 2015 1 00015 188 0026459 83

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO) vinte de fevereiro de dois mil e quinze

DIA **20** MÊS **02** ANO **2015**

HORA DE NASCIMENTO **17:50** MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO **CONCEIÇÃO-PB**

MUNICÍPIO DE REGISTRO (UF) **CONCEIÇÃO-PB** LOCAL DE NASCIMENTO **Hospital e Maternidade Caçula Leite - CONCEIÇÃO-PB** SEXO **MASCULINO**

PAI(AÇÃO) **MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO e NATHALY SAMARA DE LACERDA**

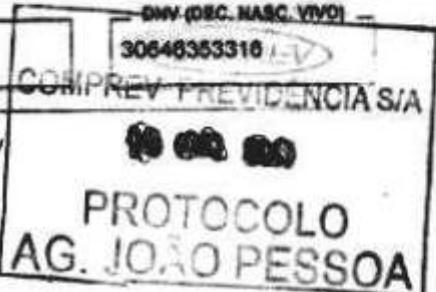
AVÓS

PATERNO(S): JÚLIO SOARES DE OLIVEIRA e BENEDITA FRANCO RIBEIRO.
MATERNO(S): JOSÉ GONÇALO DE LACERDA e MÁRCIA CRISTINA DE LACERDA.

GÊMEOS **NÃO** NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) **NÃO POSSUI**

DATA DO REGISTRO (POR EXTENO) vinte e seis de fevereiro de dois mil e quinze (26/02/2015). CNH (DEC. NASC. VIVO) **30646363316**

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES **Registro lavrado em 26/02/2015, no livro A-00015, Nº 26459, folha 188-V**



NOME DO OFÍCIO **Centro de Registro Civil de Conceição**

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé

OFICIAL REGISTRADOR **Maria das Graças Braga Rangel**

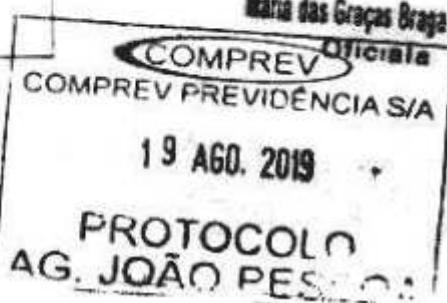
CONCEIÇÃO-PB, 26 de Fevereiro de 2015

MUNICÍPIO/UF **CONCEIÇÃO-PB**

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala do Registro Civil

ENDERECO **Centro Administrativo Governador Wilson Leite Braga
CONCEIÇÃO-PB - CEP 58670000 Fone**

Selo Digital: AAI27609-PF0E
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>





Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
108.691.215-29

Nome
EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

Nascimento
20/02/2015

CÓDIGO DE CONTROLE
3984.1C5B.5361.8591



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

h. 09:30:54 do dia 12/12/2018 (horas e data de Brasília)

dígito verificador: 80

VALOR SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME
EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

MATRÍCULA

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala

0706150155 2015 1 00015 188 0026459 83

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO) vinte de fevereiro de dois mil e quinze

DIA **20** MÊS **02** ANO **2015**

HORA DE NASCIMENTO **17:50** MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO **CONCEIÇÃO-PB**

MUNICÍPIO DE REGISTRO (UF) **CONCEIÇÃO-PB** LOCAL DE NASCIMENTO **Hospital e Maternidade Caçula Leite - CONCEIÇÃO-PB** SEXO **MASCULINO**

PAI(AÇÃO) **MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO e NATHALY SAMARA DE LACERDA**

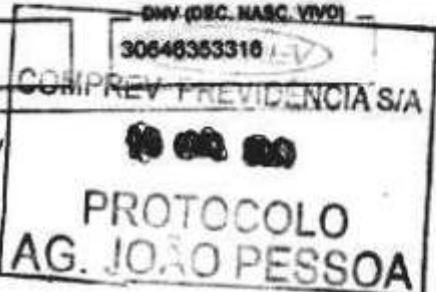
AVÓS

PATERNO(S): JÚLIO SOARES DE OLIVEIRA e BENEDITA FRANCO RIBEIRO.
MATERNO(S): JOSÉ GONÇALO DE LACERDA e MÁRCIA CRISTINA DE LACERDA.

GÊMEOS **NÃO** NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) **NÃO POSSUI**

DATA DO REGISTRO (POR EXTENO) vinte e seis de fevereiro de dois mil e quinze (26/02/2015). CNH (DEC. NASC. VIVO) **30646363316**

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES **Registro lavrado em 26/02/2015, no livro A-00015, Nº 26459, folha 188-V**



NOME DO OFÍCIO **Centro de Registro Civil de Conceição**

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé

OFICIAL REGISTRADOR **Maria das Graças Braga Rangel**

CONCEIÇÃO-PB, 26 de Fevereiro de 2015

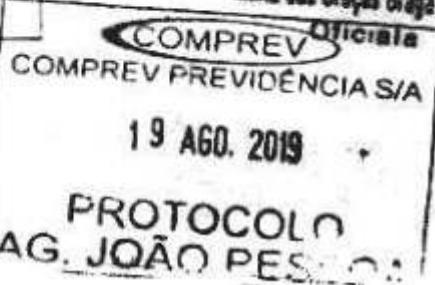
MUNICÍPIO/UF **CONCEIÇÃO-PB**

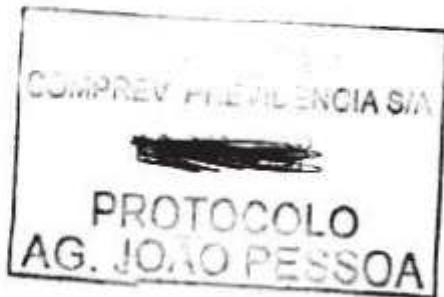
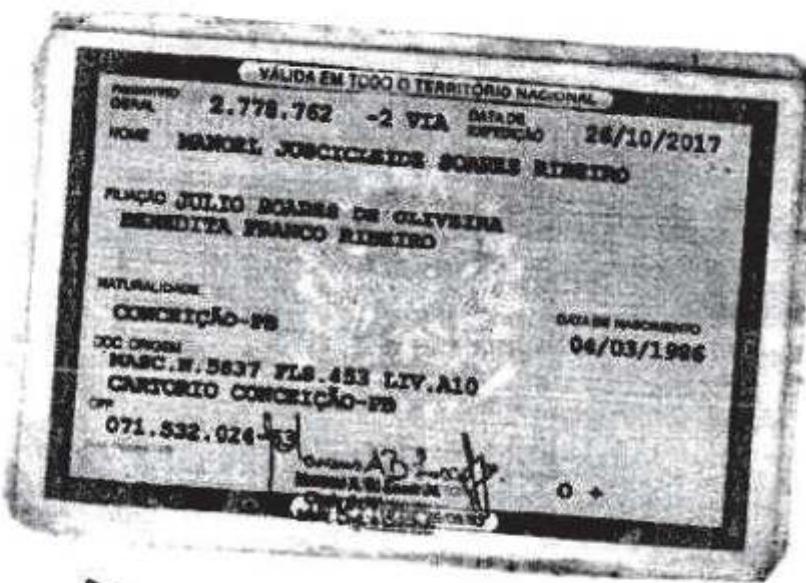
Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala do Registro Civil

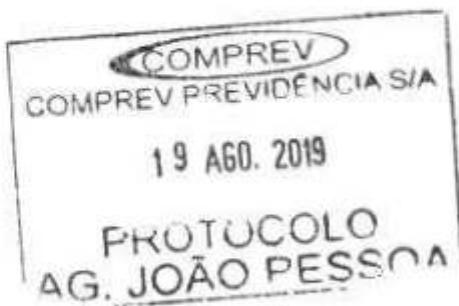
ENDERECO **Centro Administrativo Governador Wilson Leite Braga
CONCEIÇÃO-PB - CEP 58670000 Fone**

Selo Digital: AAI27609-PF0E
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Maria das Graças Braga Rangel







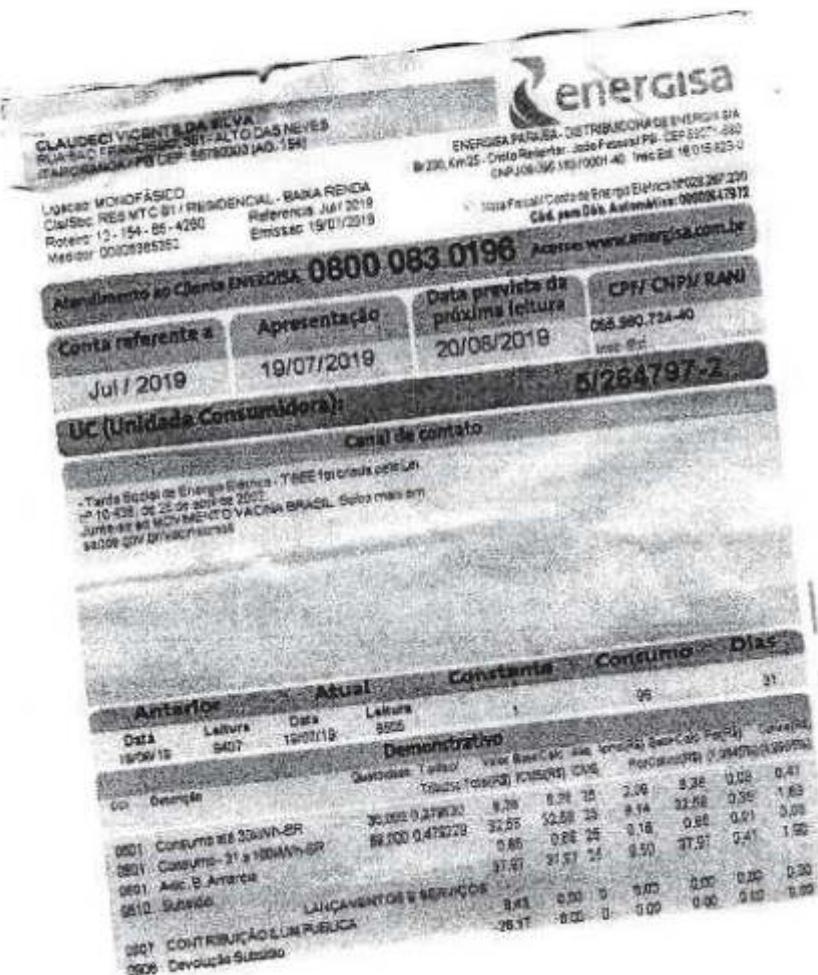
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.384.421	DATA DE EXPEDIÇÃO	29/01/2016
NAME	MATHEUS PEDRO DA SILVA		
RESIDÊNCIA	MARCOS PEDRO DA SILVA JUCIVANIA FERREIRA DA SILVA		
NATURALIDADE	ITAPORANGA-PB		
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. Nº5.051 - LIV.A-07 - FLS.118 - CARTÓRIO BOA VENTURA PB		
705.479.524-57	29/01/2016		
CARTEIRA DE IDENTIDADE ESTADO DA PARAÍBA LICENÇA N.º 29105833			

TESTEMUNHA

COMPREV
COMPREV EVIDÊNCIA S/A
19 AGO. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA







Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
113.351.084-16

Nome
LUAN VICENTE DE SOUSA

Nascimento
12/05/1993

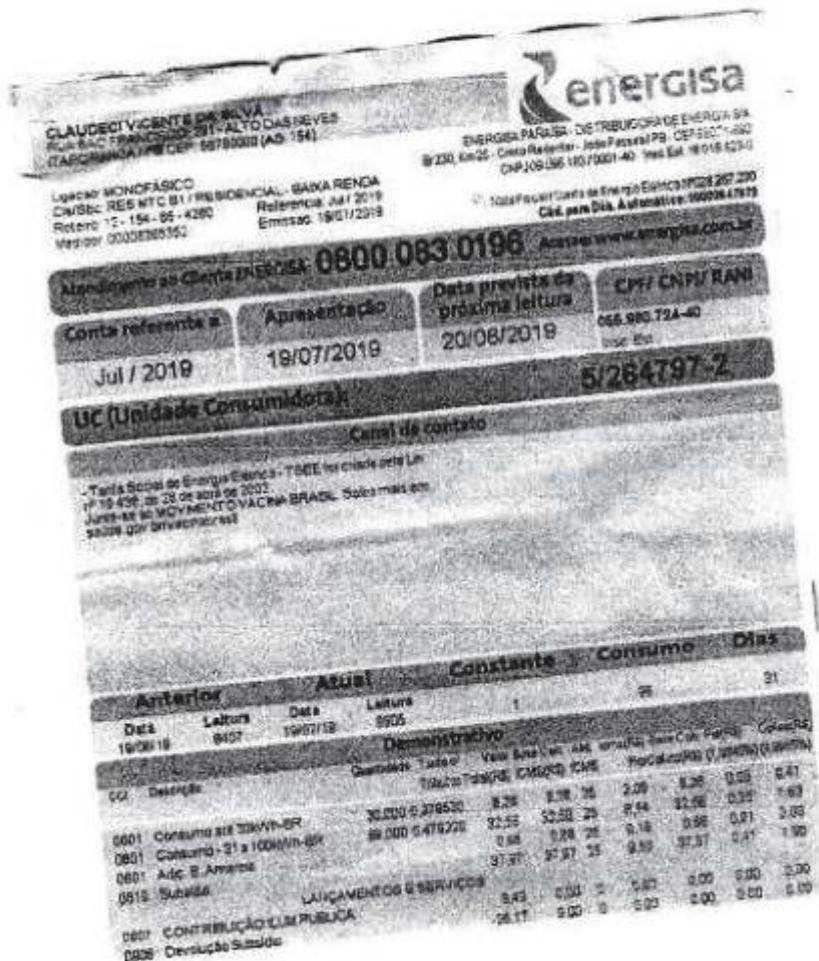
CÓDIGO DE CONTROLE
FE39.66FD.A89C.84CT



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 10:51:22 do dia 21/03/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

TESTEMUNHA





CARTA A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

Itaporanga/PB, 01 de Agosto de 2019.

BENEFICIÁRIO: Emanuel Ferley de Souza Soares

CPF: 071 532 024 63

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSEP nº 332 de 09/12/2015, § 4º (O procurador a que se refere o parágrafo anterior deve ter poderes específicos reclamar o DPVAT, inclusive para apresentar e firmar documentos, direito que lhe é assegurado pela legislação).

Eu: Edilson Rodrigues dos Santos, brasileiro, casado, autônomo, portador do CPF: 039.247.064-09, podendo ser localizado na Rua: Euvídio Figueiredo, nº 22, Centro, Itaporanga/PB, bem como ser contratado pelo telefone (83) 999471520 e/ou endereço eletrônico sertão.assessoria@hotmail.com, atuando como bom e fiel Procurador do beneficiário: Emanuel Ferley de Souza Soares, portador do CPF: 071 532 024 63.

Senhor Analista, venho respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria, com base no Art: 92 e 94, do Código de Ética Médica (Art. 92: assinalar laudos periciais, auditorias ou verificação médico-legal quando não tenha realizado o exame pessoalmente. Art 94: intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado reservando suas observações para relatório), que o beneficiário acima identificado seja encaminhado ao setor de perícia e que o parecer relativo as suas seqüelas não sejam classificadas, apenas por médicos que não o examinem-no pessoalmente, por isso, ratifico meu pedido com respaldo no Art. 5º da Lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974 (Art. 5º o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado), a fim de garantir um direito ao qual se faz jus.

O documento segue assinado por mim, EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS.

O referido é verdade. Dou fé.

Certo de atendido, agradeço antecipadamente.

Edilson Rodrigues dos Santos

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

COMPREV
COMPROVANTE DE EVIDÊNCIA S/A
19 AGO. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSO

A SEGURADORA LÍDER DE CONCONSÓRCIO DPVAT:

Eu Emmanuel Yarlei de Souza sinistro 3190487293, inscrito no CPF de nº 10869121529, venho respeitosamente a vossa senhoria solicitar o seguinte:

A priori informo a Seguradora Líder que não posso aceitar o indeferimento da minha indenização, razão pela qual, me encontro com sequelas graves em decorrência do acidente.

Informo ainda que a meu ver, não fui bem avaliado pelo médico do setor, e não passei por nenhum médico cadastrado na Seguradora Líder.

Informo que me encontro à disposição de auditoria caso achem necessário.

Por ter ciência que cabe recurso judicial para tal esta carta tem apenas uma finalidade: que haja nova reanálise no meu processo para que um médico perito possa analisar minhas lesões.

Diante de todo exposto, solicito-lhes, que me encaminhe o mais breve possível para perícia médica, onde de fato, poderei comprovar definitivamente minhas sequelas, objetivando receber a indenização devida à qual tenho direito, conforme preceitua a **Lei nº 6.194 de 19 de dezembro de 1974**.

Certo de vossa atenção antecipo-lhes meus sinceros agradecimentos.

Itaporanga/PB 29 de 10 de 2019

Edilson Rodrigues dos Santos

PROCURADOR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190487293 **Cidade:** Conceição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES **Data do acidente:** 31/12/2016 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA MANDÍBULA ESQUERDA.. PG1,8 ,9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190487293 **Cidade:** Conceição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES **Data do acidente:** 31/12/2016 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA MANDÍBULA ESQUERDA.. PG1,8 ,9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190487293 **Cidade:** Conceição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES **Data do acidente:** 31/12/2016 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA MANDÍBULA ESQUERDA.. PG1,8 ,9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190487293 **Cidade:** Conceição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES **Data do acidente:** 31/12/2016 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA MANDÍBULA ESQUERDA.. PG1,8 ,9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO
Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Solteiro
Profissão: Funcionário público
Identidade: 2.778.762-29 / CPF: 071.932.024-63
Endereço: Rua José Antônio de Góes, 495, São Geraldo, Conquista/PB.

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado
Profissão: Autônomo
Identidade: 5.652.161 / CPF: 039.247.064-09
Endereço: Rua Manoel Pereira Caiana, 58, Centro, Itaperanga/PB.

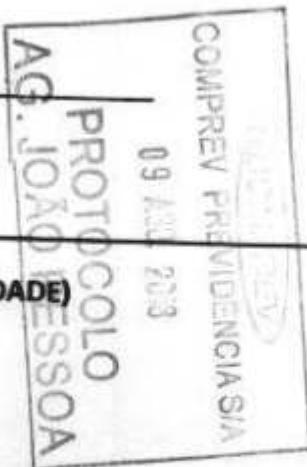
Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: Manoel Jusceli de Souza Ribeiro

Local e Data: Itaperanga/PB, 231 julho 2018

ASSINATURA DO OUTORGANTE (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO JOSE BARROS SOBRINHO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL / OFÍCIO DE NOTAS
Av. Rui Barbosa, 1000 - Centro - 58030-000 - João Pessoa - PB - CEP: 58030-000
Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de MANOEL JUSCICLEIDE
SOARES RIBEIRO.
ITAPERANGA/PB, 23 de julho de 2018.
Em test^o autentico da verdade
M^o de Socorro Costa Barros (Tab. Substituto)
Selo Digital - AHF20381-GXHD
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROCURAÇÃO PARTICULAR

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 AGO. 2019

19 AGO. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
2. BEIPO

OUTORGANTE:

Nome: MANUEL JUSCICIEIDE SOARES RIBEIRO N.º de Colégio: AG. JOÃO PESSOA
Nacionalidade: Portuguese

Nacionalidade: Brasileiro

/ Estado Civil:

Solteiro

Profissão: Advogado público

Identidade: 2.778.162 - 22 330

Endereço: $\vec{r} = \vec{r}^* = \vec{A} + \vec{a}$

CPF: 071.932.024-63

Endereço: Rua José Antônio de Góes, 495, São Geraldo, Conciégio/PB.

OUTORGADO:

Name: Edilson Rodrigues dos Santos

Nacionalidade: Brasileiro

/ Estado Civil: Casado

Profissão: Autônomo

Identidade: 5.652 761

CPF: 039.247.064-09

Endereço: Rua Manoel Pereira Caiana, 58, Centro, Itaperuna/PB

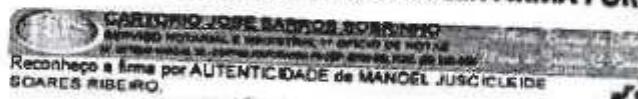
Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a Indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato.

da vítima: Ernesto Gómez de Paiva Soares

Local e Data: Hyperangel PB, 131 Julho 2018

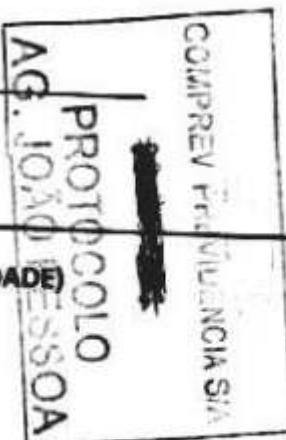
~~Local jurisdiction seems ridiculous~~

ASSINATURA DO OUTORGANTE (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



M^o do Socorro Costa Bento (Tab. Substituto)

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0284574/19

Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

CPF: 108.691.215-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/12/2016

Titular do CPF: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

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

MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO : 071.532.024-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 19/08/2019
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

RENATO LUNA DIAS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0284574/19

Número do Sinistro: 3190487293

Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

CPF: 108.691.215-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/12/2016

Titular do CPF: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO : 071.532.024-63

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/10/2019
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

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, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190487293

Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

Data do Acidente: 31/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO

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



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, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190487293

Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

Data do Acidente: 31/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
----------------------------------	---

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



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, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190487293

Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

Data do Acidente: 31/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

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, 01 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190487293**

Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

Data do Acidente: 31/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =

R\$ 1.350,00

Recebedor: **MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **001**

Agência: **000002176-8**

Conta: **0000026233-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,



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, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190487293

Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

Data do Acidente: 31/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 05/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 15074189

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

6

Emanuel Zanetti de Freitas Soares

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta		Profissão
Manoel Juscicleide Soares Ribeiro	071.532.024-63		Serv. público
Endereço	Número	Complemento	
Rua José Antônio de Góes	495	Casa	
Barro	Estado	CEP	
São Geraldo	PB	58.970-000	
Email	Telefone (DDD)		
avtoe.assessoria@hotmail.com	83 999471520/996978811		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Name	NRO		
Banco do Brasil 001			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
2176	8	26233	1
(Informar digito se existir) (Informar digito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

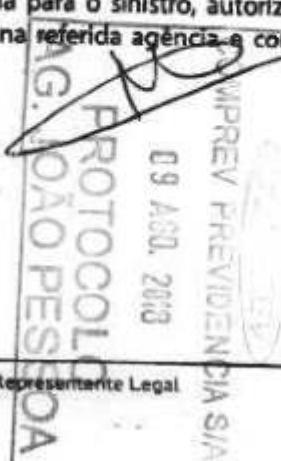
Haporanga, 23 de Julho de 2018.

Local e Data

X Emanuel Juscicleide Soares Ribeiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	108.691.215.29	Manuel Ribeiro de Souza	

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Manuel Ribeiro de Souza			108.691.215.29
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Estudante	Rua Silveira de Souza	402	Centro
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Centro	Conceição	RS	93070-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		
manuel.ribeiro.souza@hotmail.com	99917352024		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:			19 - Profissão do Representante Legal:
Manuel Ribeiro de Souza	076.532.024.63			Professor público
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Comente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: da Brasil		
AGÊNCIA: <input type="text"/> 0126	CONTA: <input type="text"/> 8	AGÊNCIA: <input type="text"/> 0126	CONTA: <input type="text"/> 26.273	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)				

Autorizo a Seguradora Lider 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 total do valor recebido.

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

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):				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.					

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiro (filhinho): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34	COMPREV COMPROVADA POR MEIO DE ASSINATURA	38 - 1º Nome: <u>Anderson Pedro da Silva</u> CPF: <u>705.479.524.57</u> <u>Anderson Pedro da Silva</u> Assinatura da testemunha
19 AGO 2019		39 - 2º Nome: <u>Ruan Vicente de Souza</u> CPF: <u>113.751.024.16</u> <u>Ruan Vicente de Souza</u> Assinatura da testemunha
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido		40 - Local e Data, <u>Toporanga</u> 01/08/2019
37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)

X Manoel Ribeiro de Souza 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 485 / 2018.

MATRIZ DA OCORRÊNCIA: Acidente de Transito (Atropelamento)

DATA DO FATO: 31 / Dezembro / 2016 HORAS: 21h20min.

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL. POL. Ivaldo Pedro de Araujo Dias

Notificante/Vítima:

MANOEL JUSCILÉIDE SOARES RIBEIRO, natural de Conceição/PB, Solteiro, Servidor Público, nascido no dia 04/03/86, filho de Julio Soares de Oliveira e Benedita Franco Ribeiro, RG 2.778.762 SSP/PB e CPF 071.532.024-63, residente na R. José Antonio de Gois - Nº. 495 Bairro São Geraldo Conceição/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após científicado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o Seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, seu filho "EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES", nascido no dia 20/Fevereiro/2015, ao atravessar a Rua onde reside, foi atropelado por um veículo tipo GOL, conduzido por alguém que não lhes prestou socorro, sendo a vítima socorrida por seu familiar de nome 'João Soares Ribeiro', para o Hospital e Maternidade Gaúla Leite, onde recebeu atendimento Médico, em seguida removido para o Hospital de Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em Campina Grande/PB.



ITAPORANGA/PB, 13 DE Julho DE 2018.

Manoel Juscelide Soares Ribeiro

NOTIFICANTE/VÍTIMA

ESCRIVÃO PLANTONISTA:

FEO. Silva Rodrigues
Escr. Policia Civil - 17ª DCA
Chefe do Cartório



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 485 / 2018.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Transito (Atropelamento)

DATA DO FATO: 31 / Dezembro / 2016 HORAS: 21h20min.

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL. Ivaldo Pedro de Araujo Dias

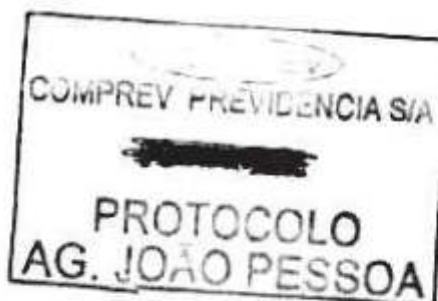
Notificante/Vítima:

MANOEL JUSCILÉIDE SOARES RIBEIRO, natural de Conceição/PB, Solteiro, Servidor Público, nascido no dia 04/03/86, filho de Julio Soares de Oliveira e Benedita Franco Ribeiro, RG 2.778.762 SSP/PB e CPF 071.532.024-63, residente na R. José Antonio de Gois - Nº. 495 Bairro São Geraldo Conceição/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após científicado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o Seguinte:

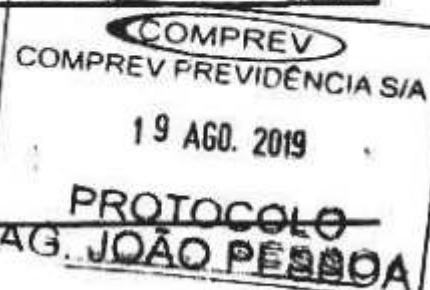
Que no dia e horas acima citadas, seu filho "EMANUEL VARLEI DE LACERDA SOARES", nascido no dia 20/Fevereiro/2015, ao atravessar a Rua onde reside, foi atropelado por um veículo tipo GOL, conduzido por alguém que não lhes prestou socorro, sendo a vítima socorrida por seu familiar de nome 'João Soares Ribeiro', para o Hospital e Maternidade Caçula Leite, onde recebeu atendimento Médico, em seguida removido para o Hospital de Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em Campina Grande/PB.



ITAPORANGA/PB, 13 DE Julho DE 2018.

Manoel Juscelide Soares Ribeiro
NOTIFICANTE/VÍTIMA

ESCRIVÃO PLANTONISTA:



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

Emanuel Jucicleide Soares Rodrigues Filho

CPF da Vítima

Data do Acidente

31/01/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Manoel Jucicleide Soares Rodrigues Filho

CPF do Representante legal

071.532.024-63

Email

setor.assessoria@hotmail.com

Telefone (DDD)

83 999471520/99697881

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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

09 AGO. 2018

 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

 Itaperanga, 13 de Julho de 2018.
 Local e Data

X Manoel Jucicleide Soares Rodrigues

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	108.691.215.29	Manuel Ribeiro de Souza	

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Manuel Ribeiro de Souza			108.691.215.29
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Estudante	Rua Silveira de Souza	402	Centro
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Centro	Conceição	RS	93070-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		
manuel.ribeiro.souza@hotmail.com	99917352024		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:			19 - Profissão do Representante Legal:
Manuel Ribeiro de Souza	076.532.024.63			Professor público
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Comente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: da Brasil		
AGÊNCIA: <input type="text"/> 0126	CONTA: <input type="text"/> 8	AGÊNCIA: <input type="text"/> 0126	CONTA: <input type="text"/> 26.273	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)				

Autorizo a Seguradora Lider 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 total do valor recebido.

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

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):				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.					

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiro (filhinho): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34	COMPREV COMPROVADA POR MEIO DE ASSINATURA	38 - 1º Nome: <u>Anderson Pedro da Silva</u> CPF: <u>705.479.524.57</u> <u>Anderson Pedro da Silva</u> Assinatura da testemunha
19 AGO 2019		39 - 2º Nome: <u>Ruan Vicente de Souza</u> CPF: <u>113.751.024.16</u> <u>Ruan Vicente de Souza</u> Assinatura da testemunha
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido		40 - Local e Data, <u>Toporanga</u> 01/08/2019
37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)

X Manoel Ribeiro de Souza 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



1

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO
SECRETARIA DE SAÚDE
CNPJ: 08.943.227/0001-82

HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE CAÇULA LEITE

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE

Nome do Paciente:

Nº do Prontuário:

Data: 31/12/16 Hora: 21:25

Nome do Paciente: *Emanuel Góes de Souza Soares*

Endereço: *Projeto José Antônio de Góis* Nº.

Cidade: *Conceição*

Bairro: *São Geraldo* Estado: PB

Nome da Mãe: *Nataly Souza de Souza*

Documento Rg:

CPF:

Estado Civil: menor

Data Nasc: 20/02/2015

Sexo: () F (X) M

Data da Saída: / /

Raça Cor: () Branca (X) Parda Profissão: menor

Cartão SIS Pré-Natal: Religião menor

Cartão Nacional de Saúde: 898 0048 10030522

Ass. Responsável: *Jorge de Oliveira Leite* Fone: 99987-1432
(83)

HISTÓRIA CLÍNICA: (Registre as palavras do doente e de todos achados do exame a que foi submetido)

*Recebi visita de
um agente da apos-
toli da União
foi s. com pass-
ado t. provavel
ter ser maledo
+ Feriu a
em c. belo*

PROCEDIMENTOS

- () Consulta Clínica
- () Medicção
- () Observação
- () Internamento
- () Peq. Cirurgias
- () Drenagens
- () Ret. Corpo Est.
- () Consulta Especializada
- () Parto Normal
- () Parto Cesária
- () Cirurgias
- () Outros

SINAIS VITAIS

Temp: _____

Pressão: _____

Glicose: _____

BIOTIPO: _____

Idade: *1ano*

Altura: _____

Peso: Kg _____

Médico:

Dr. Erico L. de Souza
CRM: PB 8747
CNPJ: 710.659.000-17

Hipótese Diagnóstica

+ C.E.?
Ferido a Fase 9

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Médico

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02176-8

CONTA: 00000026233-1

Nr. da Autenticação 1B6CB1F9B1640439



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 229 - Jequaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-07

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

31422560

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JUL/2018

ENEDITA FRANCO RIBEIRO
RUA JOSE ANTONIO DE GOES, 495 - SAO GERALDO
CONCEICAO PB 58970-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Residencial	
079.004.015.0144.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
01A428822	04/04/2002	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NÚM. DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA

3936 20 29 04/08/2018

1. ST. CONS./ANOR. LEIT. I. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.
JUN/2018 20 17 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
MAI/2018 20 17 TURBIDEZ 0 0 0
ABR/2018 20 17 CLORO 0 0 0
MAR/2018 20 17 COL. TERHOT 0 0 0
FEV/2018 20 17 CDR 0 0 0
JAN/2018 20 17 COL. TOTAIS 0 0 0
MEDIA(m³) 20 DADOS REFERENTES A: MAI/2018

DATA DA IMPRESSÃO: 05/07/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 07:19:05

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL I UNIDADE(S)		
ATE 10 m ³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 m ³	37,91
11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 4,89 POR m ³	10 m ³	48,90
ESGOTO		

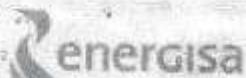


BOLSON RODRIGUES DUB SANTOS
RUA VANDEL PEREIRA CABRA, 56 - CENTRO
TAPOPARANGA / PB CEP: 58700000 (AG. 154)

Emissa 13/04/2018 Referência: Abr/2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Br200, Km:05 - Chão Revestido: Jogo Piso/por: PB-CEP: 58700740

Ruteiro: 7 - 154 - 25 - 3880 Nif: medidor: 00000209901



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.056.102/0014-49 - INSC. EST: 14.018.024-0

Nota Fiscal/Orçamento Energia Edifício: N/14/024-49
Cód. para DAB. Automático: 9992276134

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAM
Abr / 2018	13/04/2018	15/05/2018	3924706409 Nef Est

UC (Unidade Consumidora): 5/27663-4

Canal de contato

Declaração de Ocorrência Anual de Debêts

Contém o previsto na Lei 12.807 de 29 de Julho de 2013, informando a existência de débitos referentes aos abastecimentos regulares de energia elétrica de sua unidade consumidora vencidos no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração serve para o cumprimento do cumprimento das obrigações do consumidor, as quais são das faturamento monetário dos débitos de ano-base anterior e dos anos anteriores.

Viu um fio caído no chão? Não tem que só se aproximar. Ligue imediatamente para a Energisa e peça auxílio para isolar o local.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 14/03/18	Lectura: 10022	Data: 13/04/18	Lectura: 10280	1
Demonstrativo				
001 Descrição Quantidade Tarifa: 10- Bas. Dec. Ato: Unif. P.R.E. Subsídiado: P.R.E. C.R.E/2018 Tributos: ICM/2018 ICM/2018 Padrão: ICM/2018/421/2018				
001 Consumo em kWh	66.000 0.707930	41,00 41,00 26 10,23 41,00 0,27 1,73		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0001 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	0,00 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0004 JUROS DE MORA 03/2018	0,20 0,00 0 0,00 0,20 0,00 0,00			
0005 MULTA 03/2018	0,38 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0006 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018	0,09 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			

