



Ligação: MONOFÁSICO
 Car/Sbc: RES-MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
 Rua: 1 - 101-10 - 1880
 Medidor: 0000807322

Referência: Jun / 2019
 Emissão: 03/06/2019

ENERGIA PARAIBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-200, km 25 - Creta Residencial - Cx. Postal 118 - CEP 58071-480
Campina Grande - PB - Fone: (31) 3333-4000 - Fax: (31) 3333-4000

Note Fiscal/Carta de Energia Elétrica nº025 783 907
Cód. para Débito Automático: 06000230-43

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

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

UC (Unidade Consumidora): 5/29049-4

Canal de contacto

Ante-se ao MOVIMENTO VACA BRASA. Saiba mais em saude.gov.br/vaca-brasa

Anterior		Atual		Constantes		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
03/02/19	14534	03/02/19	14645	1		111		31	
Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Valor	Serie	Causa	Alg	Import	Base	Causa
		Trabalho	Total	TRAB	CRAS	SRG	ICMS	Por	Consumo
								(1,00%)	(1,00%)
0021	Consumo em 19/05	111,000	8,854400	84,59	84,59	27	25,00	84,53	1,23
0021	Adic. B. Amarela			1,58	1,58	27	0,42	1,58	0,22
LANÇAMENTOS DE SERVIÇOS									
0007	CONTRIB LUM PUBLICA		11,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 03/2019		3,55	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 04/2019		0,93	0,00	0	0,00	3,00	3,00	0,00
0005	MULTA 5/9/2018		3,81	0,00	0	0,00	1,00	0,00	0,00
0005	MULTA 04/2018		2,67	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018		3,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2018		0,89	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	121,82	88,39	28,02	96,39	1,04	4,81
Tarifa/Tributos:	0,571770						

ANGLIA QUIZMAS RUSSES (2017)	VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR
------------------------------	-------------	---------------

154

10/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 121,62

Histórico de Consumo (kWh)

109	85	481	88	228	196	286	218	97	223	121	123
Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18	Oct/18	Nov/18	Dec/18	Jan/19	Feb/19	Mar/19	Apr/19	Mar/19

RESERVATION ACT 1950

33f9.4539.9d6d.7ba0.b864.d3f3.e8f3.ce57.

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

Indicadores de Qualidade - 4/2018, 10/2018, 12/2018

	Limites da ANEL	Aparente	Limite de Tensão (V)		Discriminativa	(R\$)	%
DC MENSAI	8,77	0,00	NORMAL	220	Serviços de Orla de Empacotado	22,86	18,52
DC TRIMESTRAL	17,54				Camisa de Proteção	21,88	17,68
DC ANUAL	34,08				Serviço de Limpeza	3,98	3,18
PIC MENSAI	3,38	0,00	CONTRATAÇÃO	300	Encargos Sociais	8,41	6,73
PIC TRIMESTRAL	8,72		LIMITE INFERIOR	321	Impostos Diretos e Encargos	57,10	45,95
PIC ANUAL	17,45		LIMITE SUPERIOR	321	Diversos Demais	0,00	0,00
DIAG.	3,71	0,00					
	12,22				Total	121,82	100,00

Valores em R\$ (Ref. 4/2019) R\$ 36,50

Valor de E-200 (Ref. 4/2019) R\$ 36,54

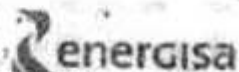
ATENÇÃO

- Leisure confirmed

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

DANIEL RODRIGUES DOS SANTOS
R. A. MANOEL PEREIRA CADA 66 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP 58700-000

Emprego: 13/04/2018 Referência: Abr/2018
Cidade: BARRA RESCENDIAL - RESCENDIAL, MONTEBAS DO BIZCARRAS - Cota Rescendial - João Pessoa / PB - CEP 58079-800
Roteiro 7 - 154 - 25 - 3880 Nº Medidor 0000000001



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.056.100/000140 - RUA DA LUTA 14015-000

Endereço: Cordeiro Gonçalves 110 - 430
Cidade: João Pessoa, Paraíba 58007-000

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0186 www.energisa.com.br

Conta referência a	Apresentação	Data prevista de próxima leitura	CNPJ / Cód. / RAB
Abr/2018	13/04/2018	15/05/2018	3924708408

UC (Unidade Consumidora) 5/27683-4

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.037 de 26 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos serviços regulados de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações das faturas anteriores remetidas aos débitos de sua fatura referente a 033 anos anteriores.
Viu um fôto com o cliente? Não toque mais a mão. Logo imediatamente para a Energisa e seja feliz por estar aqui.

Anterior		Atual		Consumo		Dígitos	
Data	Leitura	Data	Leitura				
14/03/18	10032	13/04/18	10300	1	26	25	

Consumo		Tarifas		Tributos		Outros	
Quantidade	Valor	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor
0001 Consumo em kWh	38.000 2.179.800	41.08	41.08 22	0.25	41.08	2.37	1.72
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007 CONTRIBUIÇÃO ALUGUEL PUBLICA	1.90	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0008 JUROS DE MORA 13/03/18	0.20	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0009 MULTA 03/03/18	0.18	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0010 ATUALIZAÇÃO MONETARIA 03/03/18	0.28	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FRANCISCO JOAO DA SILVA
RUA SOLOM DE LUCENA, 452 - CENTRO
CONCEICAO / PB CEP: 59670000 (AO: 181)

Ligação: MONOFÁSICO
Car/Soc: RES-MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 1 - 181 - 10 - 7880 Referência: Jun / 2019
Medidor: 00008671322 Emissão: 03/06/2019

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-230, km 25 - Centro Residencial - Curitiba Paraná P.B. - CEP: 84071-400
CNPJ: 08.025.103/0001-40 Insc. Est. 18.016.925-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 025 763.903
Cód. para Sisa: 40100000000000000000000000000000

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

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

UC (Unidade Consumidora): 6/29049-4

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinebrasil

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
03/05/19	14534	03/05/19	14645			111		31	
Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base
0001	Consumo em kWh	111,000	0,854400	94,83	94,83	27	25,00	94,83	1,22 4,73
0801	Adic. E. Amarela			1,58	1,58	27	0,42	1,58	0,32 0,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB. LUM. PÚBLICA			11,01	0,00	0	0,00	0,00	0,30 0,00
0804	JUROS DE MORA 03/2019			9,55	0,00	0	0,00	0,00	0,30 0,00
0804	JUROS DE MORA 04/2019			0,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0805	MULTA 03/2019			3,81	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0805	MULTA 04/2019			2,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019			3,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2019			0,83	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL 121,62 98,39 28,02 96,39 1,04 4,81
Tarifa/Tributo: 0,571770

AVISO: O prazo para o pagamento é de 10 dias.
VENCIMENTO 10/06/2019 **TOTAL A PAGAR** R\$ 121,62

Histórico de Consumo (kWh)
106 | 82 | 481 | 88 | 228 | 196 | 205 | 218 | 97 | 223 | 121 | 133
Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/20 Fev/20 Mar/20 Abr/20 Mai/20

RESERVAÇÃO ANTI-FISCO
33f9.4539.9d6d.7ba0.b864.d3f3.e8f3.ce57.

Indicadores de Qualidade - 4/2019 - Data				Campos de Qualidade	
Limites da ANEL	Apostado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (%)
DC MENOR	8,27	0,00	NORMAL	Serviço de O&M da Energia	22,89
DC TRIMESTRAL	17,34			Compra de Energia	23,89
DC ANUAL	35,09			Serviço de Transmissão	3,56
FC MENOR	3,38	0,00	CONTRATADA	Encargos de Operação	9,41
FC TRIMESTRAL	8,72		LMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	37,10
FC ANUAL	13,46		LMITE SUPERIOR	Outros Serviços	6,00
OMC	9,71	0,00			
OCB	12,22				
				Total	121,62 100,00

Valores E-60 (Ref. 4/2019) R\$ 28,58
ATENÇÃO Faturas em atraso

- Leitura confirmada

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Wilson Rodrigues dos Santos Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manuel Juscicleidey Soares Távora inscrito
(a) no CPF sob o Nº 071.532.024 / 63, do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima
Manuel Juscicleidey Soares Távora 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
Rua Manoel Pereira Caiana		58	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Itaporanga	PB	58.780-000
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
seatac.assessoria@hotmail.com	83/999471520		83/996978811

Apucaranga, 13 de Julho de 2018.

X 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 Manuel Jacicleide Soares Brito inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.532.024 / 63 do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da vítima Manuel Jacicleide Soares Brito 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 <u>Rua Manoel Pereira Carana</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itaperanga</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.780-000</u>
Email <u>sertao.assessoria@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>831999471520</u>	Telefone celular (DDD) <u>831996978811</u>

Itaperanga 13 de Julho de 2018.
Local e Data

X Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante



Nome: Natally Caroline de Jesus

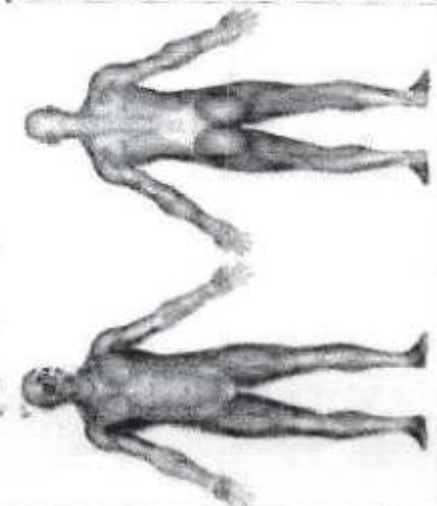
GOVERNO SECRETARIA DE SAÚDE
DA PARAIBA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM Z GONZAGA FERNANDES

SUS FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO
Código da Unidade: 00023671 CNPJ: 08-778.268/0001-60
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25

DADOS DO PACIENTE
Nome: EMANUEL YARLEI DE LARCEDA SOARES Sexo: MASCULINO Idade: 585004810030522
Profissão: MENOR (ISC) Documento: SAO GERALDO
End.: RUA JOSE ANTONIO DE GOIS 495 Bairro: CEP: 250440
Município: CONCEIÇÃO PB Código do Município:
Data Atendimento: 01/01/2017 04:23h 250440
Cartão do SUS: DIA NASCIMENTO: 20/02/2016 CUSIAS: ATRÓFIA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Coctusão | 22. Incurtamento venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendínea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Entesmo subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Enxameamento | 28. Objeto encaixado |
| 11. Equimose | 29. Oturragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma do fogo | 31. Paralisia |
| 14. F. Contuso | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rhinorréia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sínus de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = %

DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ULTRASSONOGRAFIA

Realizada em 01/01/17

CAMPREV PREVIDENCIA S/A

09 AOUT. 2018

PROTÓCOLO
EXAME FÍSICO:
PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow: PA: HGT: SatO2:

EXAMES SOLICITADOS:
() Laboratoriais () Ultrassonografias:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: S. PLASTICA / ASA As 07:20 hs Dia / /
Especialista: BMF As 08:30 hs Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUZAS:

HORÁRIO REALIZADO

1	5 F242 - 5mm ex. abd. 6.01.
2	5.6 576 - 400ml
3	5.6 11202 - 36ml
4	5.6 11202 - 36ml
5	5.6 11202 - 36ml
6	5.6 11202 - 36ml

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ULTRASSONOGRAFIA

LA-51860-03
Situada em 571, No 141 São P



GOVERNO
DA PARÁ

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	SANTANA, YANLEY JOSE		
End:	Bairro: SANTANA		
Data de Nascimento:	20/02/2015	Documento de Identificação:	445555
Queixa:	Data do Atend.: 01-01-77 Hora: 4:15 Documento: 445555		
Acidente de trabalho?	() Sim	(X) Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fácis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:	09 AGU. 2018						
Pressão arterial:	PROTOCOLO						
Dosagem de HGT:	AG. JOÃO PESSOA						
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca	Frequência cardíaca:			
				Temperatura axilar:			
				Mucosas:	() Normocorada	() Pálida	
					8.14.80		

Estratificação

- (X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

ENFERMEIRA

COREN-PA: 223.352

Assinatura e carimbo do profissional

	Sistema União 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 - CIES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CIES

Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Ademir Gomes Vieira</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO <i>1368405</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> 1 Fm <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CDD. SIGE MUNICÍPIO	15 - UF
	16 - CEP	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR	19 - CDD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL <i>Tumor Exógeno</i>	23 - CID 10 PRINCIPAL <i>C61.9</i>
24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

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

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

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Ademir F. Pereira</i>	40 - DATA DE SOLICITAÇÃO <i>18/01/12</i>
41 - DOCUMENTO RG <i>227510323000</i>	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>00000000000</i>
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Ademir F. Pereira</i> <i>Registro Intermédico</i> <i>CRP 6520</i>	

AUTORIZAÇÃO	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	45 - CDD. CDDAO EMISSOR
46 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
47 - DOCUMENTO RG <i>174612</i>	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>00000000000</i>
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Ademir F. Pereira</i> <i>Registro Intermédico</i> <i>CRP 6520</i>	

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

QI *Comanuel Yastei de Lacerda Soares* DR=20/02/15
LEITE *Sala 06* CONVÊNIO *SUS* IDADE *1,9 meses* REGISTRO *1360482*

CIRURGIA *Rotação de Testículo*

CIRURGIÃO *D^r Diniz*

ANESTESIA

ANESTESIA *D^r Imbebe*

INSTRUMENTADORA

DATA

INICIO

FIM

11/01/17

09:00

10:30

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp		Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp	<i>10</i>	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp		Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
<i>20</i>	<i>Etomidato - Surzane ml</i>		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	<i>01</i>	Dreno Penrose n°	<i>01</i>	Cera plástica	
	Insola ml		Dreno Pezzar n°		Ethibond	
	Ketalar ml	<i>01</i>	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Lorazepam % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Proclonina amp	<i>85</i>	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
<i>01</i>	<i>Propofol - Propofol</i>		Furacin ml		Fio de Algodão Sutupak	
<i>01</i>	Quelicin ml	<i>04</i>	Gase Pacote cl 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp		H.O. ml	<i>03</i>	Mononylon	<i>2-0</i>
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	<i>01</i>	Mononylon	<i>4-0</i>
	Tetracium amp		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi n° <i>24</i>		Prolene Sertix	
	Agua Gessada amp.	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi n° <i>12</i>		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° <i>13</i>		Prolene Sertix	
<i>01</i>	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flanidol amp.	<i>01</i>	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramcino amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	<i>85</i>	Oxigênio lm			
	Glucos de Calcio amp.		Polidix			
	Haemacel ml		PVPI Degemanto ml			
	Heparina ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
<i>01</i>	<i>Lidocaína - Lidocaína</i>	<i>04</i>	Saco coletor <i>liso/ufpa</i>		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotilnazol.	<i>02</i>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
<i>01</i>	<i>Nausea - Nausea</i>		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Proclonina	<i>02</i>	Seringa desc. 05 ml	<i>02</i>	SG fr 500 ml	
	Revivan amp	<i>01</i>	Sonda T.O.T n° <i>4.5</i>	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Stupanon amp.		Sonda Foley			
<i>01</i>	<i>Sulfato de Iodazolina</i>		Sonda Nasogástrica			
		<i>01</i>	Sonda Uretral n° <i>10</i>			
			Sternydren ml			
			Tomazinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	<i>01</i>	Gelcon <i>22</i>			
	Agulha desc. 28 x 28		Latese			
	Agulha desc. 3 x 4.5	<i>05</i>	<i>Colétores</i>			
	Agulha p/ raque n°	<i>85</i>	<i>Microscópio</i>			
	Alcool de Enfiagem	<i>85</i>	<i>Guia Condutor</i>			
	Alcool Iodado ml	<i>01</i>	<i>Filtro</i>			
<i>02</i>	Ataduras de Crepon <i>10 cm</i>	<i>03</i>	<i>Guia n° 24</i>			
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL



Nome do Paciente <i>Ernani Lencake</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>11.07.2017</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>D. D. D. D.</i>		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia <i>Local</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Painel de síndrome refer. capitel</i>			
Tipo de Operação <i>Redução do defeito</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O. M. M. M.</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

- Anestesia local
- Corte da pele incisionado (Escomma)
- Corte de tecido subcutâneo.
- Redução do defeito
- Sutura com nylon 2-0 a p.i.
- Corte de pele e sutura.
- Curativo seco

[Assinatura]

Dr. Dirceu M. Carvalho
Cirurgia Plástica
CRM - 4872

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
09 ABO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Manoel Yastai da Lencina</i>		Nº Prontuário <i>1350467</i>	
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Flaviano Falcão</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Sérgio Chaves</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Dr. Falcão</i>	Tipo de Anestesia <i>Local</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Furto de mandíbula</i>			
Tipo de Operação <i>Redução + fixação</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>N houve</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>N houve</i>			
Acidente Durante a Operação <i>N houve</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1. <i>Expor o osso</i>
2. <i>Expor o osso</i>
3. <i>Expor o osso</i>
4. <i>Expor o osso</i>
5. <i>Expor o osso</i>
6. <i>Expor o osso</i>
7. <i>Expor o osso</i>
8. <i>Expor o osso</i>
9. <i>Expor o osso</i>
10. <i>Expor o osso</i>
11. <i>Expor o osso</i>
12. <i>Expor o osso</i>
13. <i>Expor o osso</i>
14. <i>Expor o osso</i>
15. <i>Expor o osso</i>
16. <i>Expor o osso</i>
17. <i>Expor o osso</i>
18. <i>Expor o osso</i>
19. <i>Expor o osso</i>
20. <i>Expor o osso</i>
21. <i>Expor o osso</i>
22. <i>Expor o osso</i>
23. <i>Expor o osso</i>
24. <i>Expor o osso</i>
25. <i>Expor o osso</i>
26. <i>Expor o osso</i>
27. <i>Expor o osso</i>
28. <i>Expor o osso</i>
29. <i>Expor o osso</i>
30. <i>Expor o osso</i>
31. <i>Expor o osso</i>
32. <i>Expor o osso</i>
33. <i>Expor o osso</i>
34. <i>Expor o osso</i>
35. <i>Expor o osso</i>
36. <i>Expor o osso</i>
37. <i>Expor o osso</i>
38. <i>Expor o osso</i>
39. <i>Expor o osso</i>
40. <i>Expor o osso</i>
41. <i>Expor o osso</i>
42. <i>Expor o osso</i>
43. <i>Expor o osso</i>
44. <i>Expor o osso</i>
45. <i>Expor o osso</i>
46. <i>Expor o osso</i>
47. <i>Expor o osso</i>
48. <i>Expor o osso</i>
49. <i>Expor o osso</i>
50. <i>Expor o osso</i>
51. <i>Expor o osso</i>
52. <i>Expor o osso</i>
53. <i>Expor o osso</i>
54. <i>Expor o osso</i>
55. <i>Expor o osso</i>
56. <i>Expor o osso</i>
57. <i>Expor o osso</i>
58. <i>Expor o osso</i>
59. <i>Expor o osso</i>
60. <i>Expor o osso</i>
61. <i>Expor o osso</i>
62. <i>Expor o osso</i>
63. <i>Expor o osso</i>
64. <i>Expor o osso</i>
65. <i>Expor o osso</i>
66. <i>Expor o osso</i>
67. <i>Expor o osso</i>
68. <i>Expor o osso</i>
69. <i>Expor o osso</i>
70. <i>Expor o osso</i>
71. <i>Expor o osso</i>
72. <i>Expor o osso</i>
73. <i>Expor o osso</i>
74. <i>Expor o osso</i>
75. <i>Expor o osso</i>
76. <i>Expor o osso</i>
77. <i>Expor o osso</i>
78. <i>Expor o osso</i>
79. <i>Expor o osso</i>
80. <i>Expor o osso</i>
81. <i>Expor o osso</i>
82. <i>Expor o osso</i>
83. <i>Expor o osso</i>
84. <i>Expor o osso</i>
85. <i>Expor o osso</i>
86. <i>Expor o osso</i>
87. <i>Expor o osso</i>
88. <i>Expor o osso</i>
89. <i>Expor o osso</i>
90. <i>Expor o osso</i>
91. <i>Expor o osso</i>
92. <i>Expor o osso</i>
93. <i>Expor o osso</i>
94. <i>Expor o osso</i>
95. <i>Expor o osso</i>
96. <i>Expor o osso</i>
97. <i>Expor o osso</i>
98. <i>Expor o osso</i>
99. <i>Expor o osso</i>
100. <i>Expor o osso</i>

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2013

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Flaviano Falcão de Araújo
Cirurgião Dentista
CRC-316573-38491RN

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA

LEITO

Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME

Emanuel Yaceli de Lacerda Soares

IDADE

SEXO

COR

1 ano 4 m male

DATA 04/01/2017

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

PESO

ALTURA

14 kg

TIPO SANGÜÍNEO

HEMÁCIAS

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

GLICERIA

URÉIA

OUTROS

URINA

História de atropelamento DIA 01.01

AP. RESPIRATÓRIO

Jejum desde 00:00h

Frat. DE CRÂNIO:

AP. CIRCULATÓRIO

S/ história de alergia

ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO

Edema de face acentuado

AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL

Hematoma orbital E

CORTICOIDES

ALERGIA

HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

⇒ Frat. exposta LATERAL E DE MANDÍBULA

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Bromoprid 2mg EV

APLICADA

em Sala

EFEITO

ANESTESIA-SCIOS

LÍQUIDOS

CÓDIGOS
KTERIAL: 0 - PULSO: 0 - RESPIRAÇÃO
AX - ANESTESIA: 0 - OPERAÇÃOSÍMBOLOS
E
ANOTAÇÕES

POSICÃO

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES

INDUÇÃO

Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____

Laringo espasmo: _____ Lenta: _____

Náuseas: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

MANUTENÇÃO

1) Fenotroque 30ml

2) Propofol 50mg

3) Quelicim 20mg

4) Atropina 0,1mg

5) Cefazolin 300mg

6) Hidrocort. 100mg

7) fentanyl 30ug

ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____

Não, por quê? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO: _____

Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____

Náuseas: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

Com cânula: _____

Para o Leito Sim _____ Não _____

CONDIÇÕES:

b. dorsal

VIDE LATERAL

SEAL com indução inalatória sob máscara 4,5 g/uff.

Tratamento com placa de Frat. de mandíbula -

Dr. Fabiano

dra. Isobelke Dini

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E
POB-OPERATÓRIAS.

Isobelke Dini

CRM 9001 PERDA SANGÜÍNEA

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 Ritmo de Base: Regular e simétrico.

Conclusão: EEG Digital normal



Olá, meu nome é.
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. Wryell Jones Muniz
Médico
01/08/2019 11:00



GOV. Nivaldo Corrêa de Azevedo

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



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

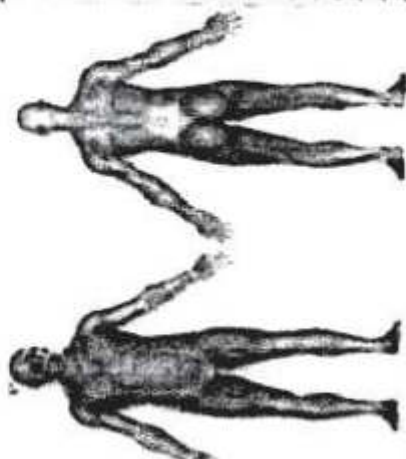
Código da Unidade: 00023671 CNPJ: 08-778.268/0001-60
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25

DADOS DO PACIENTE

Nome: DANIEL MARLENE LOPES SOARES Idade: 30 anos
Profissão: MEIOM (2017) Sexo: MASCULINO
End.: RUA JOSE ANTONIO DE GODOI 495 Documento: 4800481003022
Município: CONCEICAÓ Estado: SÃO GERALDO CEP: 250440
Data Atendimento: 01/01/2017 Código do Município: 250440
Cartão do SUS DATA NASCIMENTO: 20/03/2016

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura de ossos fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura de ossos aberta |
| 3. Anelido | 21. Hematoma |
| 4. Coelusão | 22. Injeção de medicamento venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendínea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalramento | 26. Mordedura |
| 9. Entorse subcutânea | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Estrangulamento | 28. Objeto encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorrágia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Pericúria |
| 14. F. Contusão | 32. Pericúria |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corta-contuso | 34. Rinite aguda |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinal de equimose |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

9887

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada: % Grau: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA: PROTÓCOLO
MEDICAMENTOS: PROTÓCOLO
PROTÓTIPIAS: PROTÓCOLO
EXAME FÍSICO: PROTÓCOLO

PUPILAS () Fotomométricas () Isocóricas ()
Glasgow: PA: HGT: PROTÓCOLO

COMPREV PREVIDENCIA S/A
Anisocóricas
Data: 01/01/2017

PROTÓCOLO
AG. JOÃO F.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratorial () Ultrassonografia
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: S. PLACENTINO Ass: 20 hs Dia: 1
Especialista: PAIF Ass: 30 hs Dia: 1

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E COMUTAR:

HORÁRIO REALIZADO

1. S. F. 12:42 Tratamento de 1º grau
2. 15:05 Tratamento de 1º grau
3. 15:11:20 Tratamento de 1º grau
4. 15:19:41 Tratamento de 1º grau
5. 15:20 Tratamento de 1º grau
6. 15:20 Tratamento de 1º grau

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

PROTÓCOLO

15/01/2017 14:17



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Vagner		
End:	Bairro: Fátima		
Data de Nascimento:	22-05-2013	Documento de Identificação:	000000000000000000
Queixa:	Trauma		
Acidente de trabalho?	() Sim	(X) Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Agitado	() Facies de dor	() Satisfeito
Frequência respiratória:								
Pressão arterial:								
Dosagem de HGT:								
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca	Frequência cardíaca:				
				Temperatura axilar:				
				Mucosas:	() Normocorada	() Pálida		

Estratificação

MOD. 110

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

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

ENFERMEIRA
COREN-PA 223.352

Assinatura e carimbo do profissional



SUS

Sistema
União de
Saúde
Ministério
da
SaúdeLAUDO 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 - CUES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE DESTINO

4 - CUES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Ademir da Silva Vieira

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - Nº DO PROTOCOLO

1368405

9 - SEXO

Masc

Fem

1

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - CID 10

13 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

14 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

15 - CID 10 SECUNDÁRIO

16 - UF

17 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fator Crônico

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 DO PROCEDIMENTO ANTERIOR

23 - CID 10 DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Fator Crônico Exigência

27 - CID 10 DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CID 10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CID 10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CID 10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

- Peto a necessidade de cuidados intensivos.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

41 - Nº DOCUMENTO (ENC. CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA

22750323000

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

44 - DATA DE SOLICITAÇÃO

18/01/12

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (ENC. CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

48 - DATA

49 - CID 10 ORÇÃO ANTERIOR

50 - DATA DE SOLICITAÇÃO


51 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

52 - DATA DE SOLICITAÇÃO

53 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

54 - DATA DE SOLICITAÇÃO

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Comunidade Yacobi de Igarassu</i> <i>Dr = 20/02/15</i>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<i>Sutur 06</i>	<i>SUS</i>	<i>1,9 anos</i>	<i>1360482</i>		
CIRURGIA		CIRURGIÃO				
<i>Botão de Petalho</i>		<i>Dr. J. J. J. J.</i>				
ANESTESIA		ANESTESIA				
<i>Genal</i>		<i>Dr. J. J. J. J.</i>				
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
		<i>11/02/17</i>	<i>09:00</i>	<i>10:30</i>		
Qtd	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd	FIOS	
	Atropina amp		Cat. pi Oxi		Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp		Cat. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp	<i>10</i>	Compressa Grande		Catgut cromado Serlix	
	Dilore amp		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolanina amp		Colonóide		Catgut Simples Serlix	
<i>21</i>	<i>Eleonora Sumane ml</i>		Dreno		Catgut Simples Serlix	
	Fenogam amp		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Serlix	
	Fentani ml	<i>01</i>	Dreno Perrose n°		Cera plástica	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	<i>01</i>	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Lercaina % m		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mubolin amp		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
	Probumine amp	<i>85</i>	Espiradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutapak	
<i>01</i>	<i>Resuscitador Propofol</i>		Foracin ml		Fio de Algodão Sutapak	
<i>01</i>	Quocin ml	<i>04</i>	Gase Pacote c. 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapilun amp		H.O. ml	<i>03</i>	Mononylon	
	Thiorenbutal ml		Intracath Adulto	<i>01</i>	Mononylon	
	Tractum amp		Intracath Infantil		Prolene Serlix	
Qtd	MEDICAÇÕES	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi n° 24		Prolene Serlix	
	Água Cistrida amp	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi n° 12		Prolene Serlix	
	Decadron amp		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serlix	
<i>01</i>	Dipirona amp		Luvax 7.0		Vicryl Serlix	
	Flaxidol amp	<i>01</i>	Luvax 7.5		Vicryl Serlix	
	Flebocortid amp		Luvax 8.0		Vicryl Serlix	
	Geramcitra amp		Luvax 8.5			
	Glucose amp	<i>85</i>	Oxigênio lit			
	Glucose de Cálcio amp		Poiflux			
	Haemace ml		PVPi Degemante ml			
	Heparina ml		PVPi Tópico ml	Qtd	SOROS	
	Kantrion amp		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
<i>01</i>	<i>Levofloxacina</i>	<i>04</i>	Saco coletor <i>lixo/infuso</i>		SG Gelado fr 500 ml	
	Medroliazol	<i>02</i>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
<i>01</i>	<i>Ranitidina</i>		Seringa desc. 20 ml		SG Ring fr 500 ml	
	Protamina	<i>01</i>	Seringa desc. 05 ml	<i>02</i>	SB fr 500 ml	
	Revivan amp	<i>01</i>	Sonda TOT n° 4.5			
	Stupitoron amp	<i>01</i>	Sonda Foley	Qtd	ORTESE E PRÓTESE	
<i>01</i>	<i>Galactina 1g lactofagolico</i>		Sonda Nasogástrica			
		<i>01</i>	Sonda Uretral n° 10			
			Sternostrum ml			
			Tomeirinha			
Qtd	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaseline ml			
	Agulha desc. 25 x 7	<i>01</i>	Gelcon 22			
	Agulha desc. 28 x 28		Látex			
	Agulha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>	<i>Colétydos</i>			
	Agulha p. raque n°	<i>05</i>	<i>Micropore</i>			
	Alcool de Enxermagem	<i>05</i>	<i>Gel Bandagem</i>			
	Alcool iodado ml	<i>01</i>	<i>Gel</i>			
<i>02</i>	Ataduras de Crepon	<i>10</i>	<i>Gel n° 24</i>			
	Ataduras de Gessada					
	Agul metileno amp					
	Benzina ml					
EQUIPAMENTOS						
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautêro <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico						
CIRCULANTE RESPONSÁVEL <i>estela</i>						



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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



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

Nome do Paciente <i>Leandro Gomes da Silva</i>		Nº Prontuário <i>36062</i>	
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador <i>L. Floriano Faleiro</i>	1º Auxiliar <i>S. Silva Chameka</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>W. F. Faleiro</i>	Tipo de Anestesia <i>Genl</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fístula de mandíbula</i>			
Tipo de Operação <i>Exat. e fixação</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>N. leve</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>N. leve</i>			
Acidente Durante a Operação <i>N. leve</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1) - Exame de inspeção
2) - Inspeção da cavidade bucal e da cavidade da 2ª e 3ª do dente
3) - Inspeção da cavidade bucal e da cavidade da 2ª e 3ª do dente
4) - Inspeção da cavidade bucal e da cavidade da 2ª e 3ª do dente
5) - Inspeção da cavidade bucal e da cavidade da 2ª e 3ª do dente
6) - Inspeção da cavidade bucal e da cavidade da 2ª e 3ª do dente
7) - Inspeção da cavidade bucal e da cavidade da 2ª e 3ª do dente
8) - Inspeção da cavidade bucal e da cavidade da 2ª e 3ª do dente

COMPREV PREVIDENCIA S/A

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Flavio A. Araújo
Cirurgião Dentista
CRC - 3349/RN

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Manoel Porlei Leonardo Santos DV 20/02/2015

QI

LEITE

CONVENIO

IDADE

REGISTRO

GOVERNO

DA PARAIBA

CIRURGIA

TTO. cir. com Plac

CIRURGIA

de Estado de mandibula

ANESTESIA

geral

ANESTESIA

Dr. Trabello

INSTRUMENTADORA

DATA

INICIO

FIM

Regina

04/01/14

08:00

09:50

Hospital de
Esperanza e Trama Dom
Luiz Gonzaga Paranaíba

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Catet. pl. Oxy.		Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.	Catet. De Uriner Stat. Fech.		Catgut cromado Serlix	
	Propofol 1% 30mg	Compressa Grande		Catgut cromado Serlix	
	Dimora amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Colonoide		Catgut Simples Serlix	
	Propofol 1% 30mg	Dreno		Catgut Simples Serlix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Serlix	
	Fentanil ml 30mg	Dreno Penrose n°		Catgut Simples Serlix	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Cere pl. osso	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubehin amp.	Equipo de Sangue		Ethibond	
	Propofol 1% 30mg	Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
	Proglumina amp.	Esparadrapo Lerco cm		Fio de Algodão Serlix	
	Protóxido 1m	Furacim ml		Fio de Algodão Serlix	
	Quelcin 30mg	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fio de Algodão Serlix	
	Rapifen amp.	H ₂ O ml		Fila cardica	
	Thionembul ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Mononylon	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 20		Prolene Serlix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 12		Prolene Serlix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serlix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Prolene Serlix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Serlix	
	Fliebocontid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serlix	
	Geramicina amp.	Medicamento		Vicryl Serlix 4-0	
	Glicose amp.	Oxigênio 1m			
	Glucon de Cálcio amp.	Polist			
	Hemacel ml.	Polist			
	Heparema ml.	PVPi Tópico ml.			
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico			
	Leak amp.	Seco coletor			
	Medrolinazol	Seringa desc. 10 ml			
	Plesi amp.	Seringa desc. 20 ml			
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml			
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuplanon amp.	Sonda Foley			
	Cefazolin 500mg	Sonda Nasogátrica			
	Hydrocot 100mg	Sonda Uretral n°			
		Siardrem ml			
		Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gaicon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5	Eletródio			
	Agulha pl. raque n°	Agulha			
	Alcool de Enfermagem	Agulha			
	Alcool Iodado ml	Agulha			
	Ataduras de Crepon	Agulha			
	Ataduras de Gessade	Agulha			
	Azul metileno emp.	Agulha			
	Benzina ml	Agulha			

GOVERNO

DA PARAIBA

Hospital de
Esperanza e Trama Dom
Luiz Gonzaga Paranaíba

CÓDIGO

SOROS

ORTOSE E PRÓTESE

EQUIPAMENTOS

() Oxímetro de Pulso
() Serra
() Desfibrilador
() Foco de Luz
() Foco Auxiliar
() Eletrocautério
() Ortoplasta
() Cardiomonitor
() Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Silvânia

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Emmanuel Yaceli de Lacerda Soares</u>				IDADE: <u>1 ano 4 m</u>	SEXO: <u>masculino</u>	COR: <u></u>
DATA: <u>04/01/2017</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO: <u>14 kg</u>	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCOSE	URÉIA	OUTROS		
URINA								
História de atropelamento DIA 01.01								
AR RESPIRATÓRIO				Jejum desde 00:00h		FRAT. DE CRÂNIO		
AR CIRCULATÓRIO				S/ história de alergia		ELETROCARDIOGRAMA		
AR DIGESTIVO				Edema de face acentuado		AR URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				Hematoma orbital E		ALERGIA		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				⇒ FRAT. EXOSTA LATERAL E DE MANDÍBULA		ESTADO FÍSICO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				Bromuquid 2mg EV		APLICADA em Sala		
EFETO								
<div> <div> <div>PORTES ANEST. DEVE</div> <div> <div>Ar</div> <div>Pulso</div> </div> </div> <div> <div>10ml</div> <div>20ml</div> </div> </div>				<div> <div>INDUÇÃO</div> <div> Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ </div> </div> <div> <div>MANUTENÇÃO</div> <div> 1) fentanyl 30ml 2) propofol 30mg 3) Galicim 20mg 4) Atropina 0,1 mg 5) cefazolin 500mg 6) Hidrocort. 100mg 7) fentanyl 30mg </div> </div> <div> <div>ANESTESIA SATISF.</div> <div> Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____ </div> </div> <div> <div>DESPERTAR</div> <div> Referência na SO: _____ Obst.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ </div> </div> <div> <div>Com cânula:</div> <div> Para o Leito Sim _____ Não _____ </div> </div> <div> <div>CONDIÇÕES:</div> </div>				
BRIDLOS E ANCIÇÕES				<div> <div>0</div> <div>0</div> </div>				
POSICÃO				b. dorsal				
ALIMENTOS				VIDE LATERAL				
TÉCNICA				GECAL com indução inalatória sob máscara 4,5 %/v.				
OPERAÇÃO				Tratamento com placa de fr. de mandíbula -				
CIRURGIÃO				Dr. Fabiano				
ANESTESISTA				Dra. Ivelise				
OBSERVAÇÕES				<div> <div>PR</div> <div>Idelle Dine</div> <div>CRM 400</div> <div>PERDA SANGÜINEA</div> </div>				
ANOTAÇÃO, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.								

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 Ritmo de Base: Regular e simétrico.

Conclusão: EEG Digital normal



Cláudia B. Gonçalves
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
Oficiala

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala

DATA DE NASCIMENTO(POR EXTENSO) 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 ; MATERNOS(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 EXTENSO) vinte e seis de fevereiro de dois mil e quinze (26/02/2015).	DNV (DEC. NASC. VIVO) 30646353316 COMPREV PREVIDENCIA S/A 09 ABO. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Registro lavrado em 26/02/2015, no livro A-00015, Nº 26459, folha 188-V	

NOME DO OFÍCIO Cartório de Registro Civil de Conceição
OFICIAL REGISTRADOR Maria das Graças Braga Rangel
MUNICÍPIO/UF CONCEIÇÃO-PB
ENDEREÇO Centro Administrativo Governador Wilson Leite Braga CONCEIÇÃO-PB - CEP 56970000 Fone:

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

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala do Registro Civil

Selo Digital: **AAI27609-PF0E**

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

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-159



Manoel Juscelide Soares Ribeiro

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.778.762 -2 VIA DATA DE SUPEDIÇÃO 26/10/2017

NOME MANOEL JUSCELIDE SOARES RIBEIRO

PLAÇÃO JULIO SOARES DE OLIVEIRA
BENEDITA FRANCO RIBEIRO

NATURALIDADE CONCEIÇÃO-PB DATA DE NASCIMENTO 04/03/1986

DOO ORIGEM NASC.N.5837 FLS.453 LIV.A10
CANTORIO CONCEIÇÃO-PB

071.532.024-53

Manoel A. B. Soares Jr.

0 +

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2013

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSTITUCIONAL DE 1988
 SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO E TÍTULOS
 SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO E TÍTULOS

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOB. ENTIDADE / END. ENTIDADE / UF
 5432161 SEP PE

CPF
 039.247.066-89

DATA DE NASCIMENTO
 13/06/1978

ADILSON DOS SANTOS
 ODETE RODRIGUES DA SILVA

P. N. 19870
 04119219971

VALIDEZ
 20/06/2023

CAT. 2007
 14/06/2007

OBSERVAÇÕES

1424948517

PROVEDOR PASTORAL

LOCAL
 CERRA VALADA, PE

DATA EMISSÃO
 21/06/2007

20044500707
 00079761100

PERNAMBUCO

DEMATRAM CONTRAM

COMPREV
 COMPREV PREVIDENCIA S/A
 09 APO. 2013
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
108.691.215-29

Nome
EMANUEL VARLEI DE LACERDA SOARES

Nascimento
20/02/2015

CÓDIGO DE CONTROLE

3954.1058.5381.8591



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 09:30:54 do dia 12/12/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 80

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





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
Oficiata

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiata

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) 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

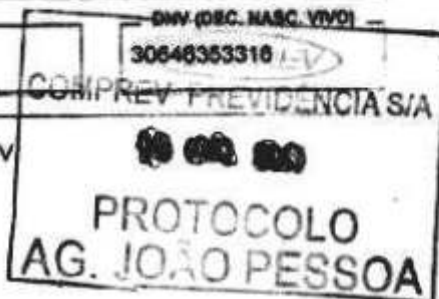
FILIAÇÃO MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO e NATHALY SAMARA DE LACERDA

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 EXTENSO) 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



NOME DO OFÍCIO Centro de Registro Civil de Conceição

OFICIAL REGISTRADOR Maria das Graças Braga Rangel

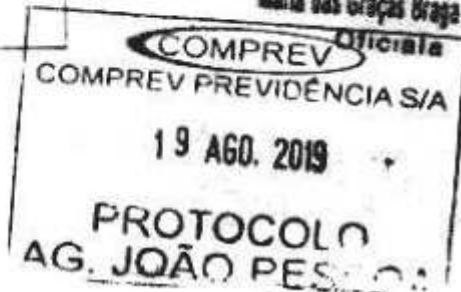
MUNICÍPIO/UF CONCEIÇÃO-PB

ENDEREÇO Centro Administrativo Governador Wilson Leite Braga CONCEIÇÃO-PB - CEP 55670000 Fone:

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fe
CONCEIÇÃO-PB, 26 de Fevereiro de 2015
Maria das Graças Braga Rangel
Oficiata do Registro Civil

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

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiata





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
108.691.215-29

Nome
EMANUEL VARLEI DE LACERDA SOARES

Nascimento
20/02/2015

CÓDIGO DE CONTROLE

3954.1058.5381.8591



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 09:30:54 do dia 12/12/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 80

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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



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
Oficiata

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiata

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) 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

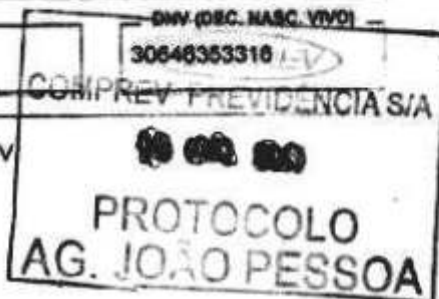
FILIAÇÃO MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO e NATHALY SAMARA DE LACERDA

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 EXTENSO) 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



NOME DO OFÍCIO Centro de Registro Civil de Conceição

OFICIAL REGISTRADOR Maria das Graças Braga Rangel

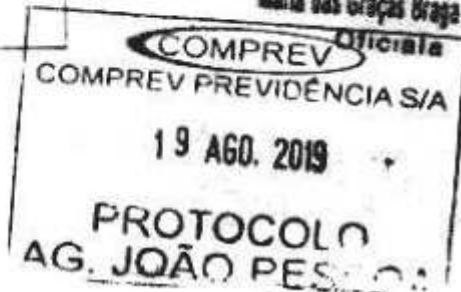
MUNICÍPIO/UF CONCEIÇÃO-PB

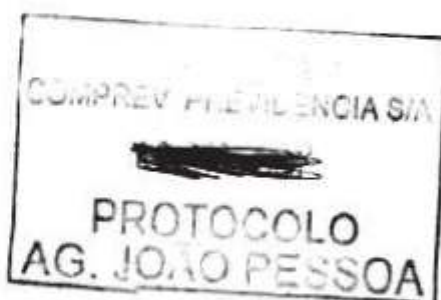
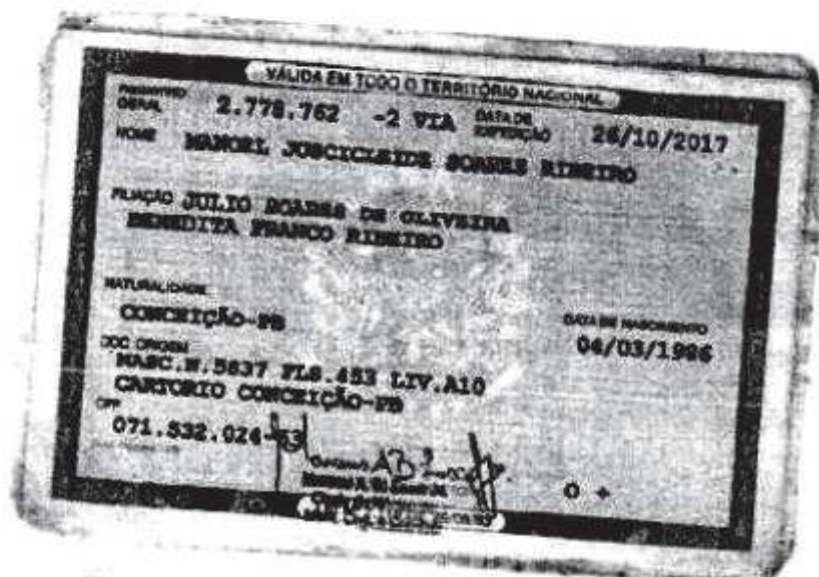
ENDEREÇO Centro Administrativo Governador Wilson Leite Braga CONCEIÇÃO-PB - CEP 55670000 Fone:

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fe
CONCEIÇÃO-PB, 26 de Fevereiro de 2015
Maria das Graças Braga Rangel
Oficiata do Registro Civil

Selo Digital: AA127609-PF0E
Consulte a autenticidade em: <https://sctodigital.tpb.jus.br>

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiata





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.384.421	DATA DE EXPEDIÇÃO	29/01/2016
NOME	MATEUS PEDRO DA SILVA		
RELACÃO	MARCOS PEDRO DA SILVA JUCIVANIA FERREIRA DA SILVA		
NATURALIDADE	ITAPORANGA-PB	DATA DE NASCIMENTO	01/06/1999
DOC ORIGEM	CERT. NASC. Nº5.051 - LIV.A-07 - FLS.118 - CARTORIO BOA VENTURA PB		
	705.478.524-57		

Assinatura: [Assinatura]

Carimbo: [Carimbo]

TESTEMUNHA

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-238

[Imagem de uma mão]

[Imagem de um rosto]

Mateus Pedro da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LUGAR MONOFÁSICO
CLASSE RES MTC BT / RESIDENCIAL - BARRA REINHA
Roteiro 12-154-85-4280 Referência JUL/2019
Módulo 00000305252 Emissão 19/07/2019

ENERGISA PARQUE - DISTRIBUCION DE ENERGIA S.A.
B-230, Km.25 - Cristo Redentor - Jose Paredes Pp. CEP 5907-480
CNPJ 08.396.583/0001-40. Tel: 015 823-0

Nota Fiscal/Código de Energia Elétrica: 00028267 299
Cód. para Dct. Automática: 00002847972

www.america.com.br

Atendimento ao Cliente ENERDISA

Data prevista da próxima leitura
20/08/2018

CPH/CHP/ RANJ

Conta referente a
Jul / 2019

Apresentação
19/07/2019

04-427 QRS-40

04-427 QRS-40

UC (Unidade Consumidora):

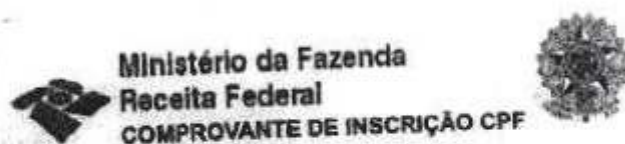
51264797-2

Canal de contato

-Tenda Social de Energia Solar - TSEE 191/0105-0001
 P-10-438, de 25 de abril de 2007.
 Junta de Movimento VACINA BRASIL. Selo mais em
 saúde com vacina solar

[illegible]

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 AGO. 2019
PROTOCOLO
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.84C7



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:51:22 do dia 21/03/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

TESTEMUNHA



CLAUDECI VICENTE DE SILVA
RUA SAC FERRAS 291 - ALTO DAS NEVES
ITAPERUNA/PB CEP: 58780000 (AO 154)

Ligação MONOFÁSICO
CIN/SEC RES NT C B1 / RESIDENCIAL - BARRA RENDA
Referência Jul / 2019
Roteiro 12 - 154 - 85 - 4280
Medidor 0000380552

Energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R 230, km 25 - Caixa Postal - João Pessoa/PB CEP: 50071-400
CNPJ 09.046.180/0001-40 Tel. Ext. 18 018 6230

100% Fornecedor de Energia Elétrica Nº 28.207.200
Cód. para Dica. Atendimento: 1000064797

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAN
Jul / 2019	19/07/2019	20/08/2019	066.980.724-40
			5/264797-2

UC (Unidade Consumidora)

Canal de contato
Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE forçada pela Lei
19.194/98 de 28 de abril de 2003.
Juros de 12% AO ANO (MONTANTE) VACINA BRASIL. Solicite mais em
80008 000 0000000000

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
19/06/19	9107	19/07/19	9905			
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor	Valor	Valor
0001	Consumo até 25kVA-BR	30.000	0,378530	11.355,90	11.355,90	0,41
0001	Consumo - 25 a 100kVA-BR	69.000	0,476220	32.851,38	32.851,38	1,03
0001	Adic. B. Amarela	0,68	0,28	0,19	0,19	0,01
0010	Subida	97,97	0,27	26,47	26,47	0,01
LIGAMENTOS E SERVIÇOS						
0001	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	0,43	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	Desconto Suficiente	26,17	0,00	0,00	0,00	0,00

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 A60. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CARTA A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

Itaporanga/PB, 01 de Agosto de 20 19.

BENEFICIÁRIO: Emanuel Zorley de Macedo 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 Zorley de Macedo 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



A SEGURADORA LÍDER DE CONCONSÓRCIO DPVAT:

Eu Emmanuel Yonlei de Macedo Soares sinistro 31904872 93, inscrito no CPF de nº 1086912 15 29, 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

Edison 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

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: 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

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: 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: Servidor público

Identidade: 2.778.762-2ª via / CPF: 071.932.024-63

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

OUTORGADO:

Nome: 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, Itaporanga / 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: Emanuel Joslei de Paes da Soares

Local e Data: Itaporanga / PB, 23 de julho de 2018.

Manoel Juscicleide Soares Ribeiro

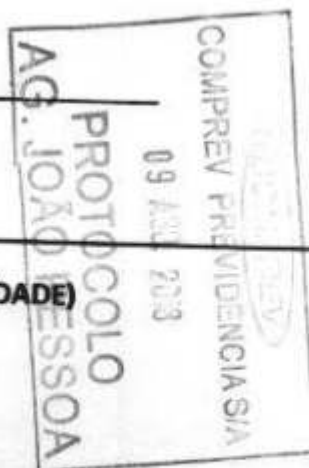
ASSINATURA DO OUTORGANTE (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO JOSÉ BARROS SOBRINHO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL 1º OFÍCIO DE NOTAS
Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO.

ITAPORANGA/PB, 23 de julho de 2018.
Em test. Edilson da verdade

Mº do 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
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OUTORGANTE:

Nome: MANUEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO

Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Solteiro

Profissão: Servidor público

Identidade: 2.778.762-2ª via / CPF: 071.932.024-63

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

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos

Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado

Profissão: Autônomo

Identidade: 5.652.761 / CPF: 039.247.064-09

Endereço: Rua Manoel Pereira Caiado, 58, Centro, Itaporanga/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: Emanuel Joslei de Paes da Soares

Local e Data: Itaporanga/PB, 23 de julho de 2018

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASSINATURA DO OUTORGANTE (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARIMBO JOSÉ BARTOS SOARES
Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO.

ITAPORANGA/PB, 23 de julho de 2018
Em test. Edilson da verdade
Mº do Socorro Costa Barros (Tab. Substituto)

Selo Digital - AHF20381-0XHD
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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 31/12/2016

Titular do CPF: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

CPF de: Próprio

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

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

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

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



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



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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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



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

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

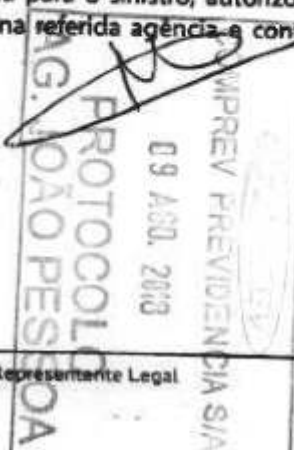
BANCO Nome NRO
Banco do Brasil *001*
 AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV
2176 *8* *26233* *1*
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Taparanga 13 de *Julho* de 2018.
 Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

108 691 215 29 Imanuel Karlei de Lucena Soares

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Imanuel Karlei de Lucena Soares 108 691 215 29
estudante Rua Solon de Lucena 462 Centro
Centro Camocim PI 53050000
soares.imanuel@gmail.com 83 982816835 99912152074

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

Imanuel Karlei de Lucena Soares Ribeiro 071 532 024 63 Senar. publico

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Analise uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: do Brasil
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 3426 8 CONTA: 26.273 1
(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

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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esta declaração 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 o cliente, 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
COMPRESSÃO DE RENDIMENTO SIA

19 AGO. 2019

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

PROTOCOLO

37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

JOÃO PESSOA

38 - 1ª Nome: Matheus Pedro da Silva
CPF: 405 429 524 52

Matheus Pedro da Silva
Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: João Vicente de Souza
CPF: 113 751 084 16

João Vicente de Souza
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Tapoanga 01/08/2019

X Imanuel Karlei de Lucena Soares Ribeiro 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Imanuel Karlei de Lucena Soares
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 JUSCILEIDE SOARES RIBEIRO, natural de Condeição/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 Condeição/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado (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 'Joan 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 Juscelino Soares Ribeiro
NOTIFICANTE/VÍTIMA

ESCRIVÃO PLANTONISTA:

Fco. Silva Rodrigues
Esc. Policia / Det. Sec. de
Guerra de Campina



BOLETIM DE Ocorrência Policial

Nº. 485 / 2018.

NATUREZA DA Ocorrência: Acidente de Trânsito (Atropelamento)

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

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

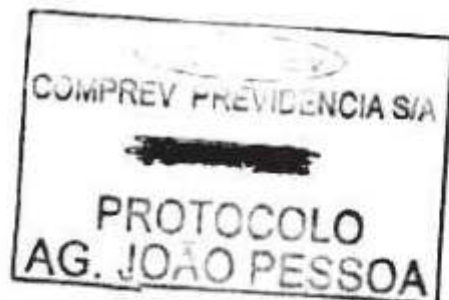
Notificante/Vítima:

MANOEL JUSTO-LEIDE 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 Góis - Nº. 495 Bairro São Geraldo Conceição/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado (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 'Joan 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.

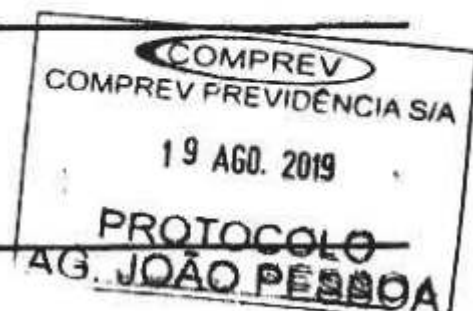


ITAPORANGA/PB, 13 DE Julho DE 2018.

Manoel Justo-Leide Soares Ribeiro
NOTIFICANTE/VÍTIMA

ESCRIVÃO PLANTONISTA:

Ped. Silva Rodrigues
ESCRIVÃO PLANTONISTA
Grupos de Cartões



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

Emmanuel Jaciele de Paes da Silva

CPF da Vítima

Data do Acidente

31/08/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Manoel Jacicleide Soares Rodrigues Ribeiro

CPF do Representante legal

071.532.024-63

E-mail

sentosaassessoria@hotmail.com

Telefone (DDD)

83 999441520/996978811

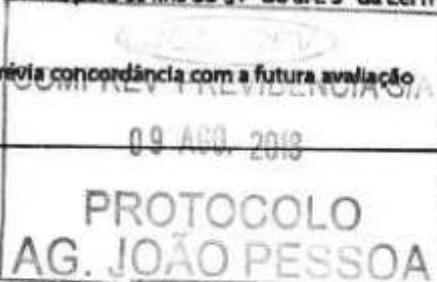
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



Itaporanga, 13 de Julho de 2018.

Local e Data

X Manoel Jacicleide 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: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

108 691 215 29 Imanuel Karlei de Lucena Soares

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

5 - Nome completo: Imanuel Karlei de Lucena Soares 6 - CPF: 108 691 215 29
7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: Rua Solon de Lucena 9 - Número: 462 10 - Complemento: centro
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Camocim 13 - Estado: PI 14 - CEP: 53050000
15 - E-mail: soares.imanuel@gmail.com 16 - Tel/(DDD): 99912152074

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

17 - Nome completo do Representante Legal: Imanuel Karlei de Lucena Soares Ribeiro 19 - Profissão do Representante Legal: serv. publico
18 - CPF do Representante Legal: 071 532 024 63

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Analise uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: do Brasil
AGÊNCIA: 3126 8 CONTA: 26.273 1
(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

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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esta declaração 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 o cliente, 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
COMPROMISSO DE RESCISÃO DO SEGURO

19 AGO. 2019
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

PROTOCOLO
37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: Matheus Pedro da Silva
CPF: 405 429 524 52
Matheus Pedro da Silva
Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: João Vicente de Souza
CPF: 113 751 084 16
João Vicente de Souza
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Tapoanga 01/08/2019

X Imanuel Karlei de Lucena Soares Ribeiro
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Imanuel Karlei de Lucena Soares
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA DE
Conceição
Uma nova cidade

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 Garlei de Moura Soares		
Endereço: Rua do José Antônio de Góis	Nº:	
Cidade: Conceição	Bairro: São Geraldo	Estado: PB
Nome da Mãe: Nataly Semara de Moura		
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: 898004810030522		
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)

Menor Vital, de
interrogatório, após
análise de um exame
físico e exames de
laboratório + exames de
imagem de musculatura
+ exames de
com resultado

PROCEDIMENTOS

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

SINAIS VITAIS

Temp:	
Pressão:	
Glicose:	
BIOTIPO:	
Idade: 1 ano	
Altura:	
Peso: Kg	

Médico:

Hipótese Diagnóstica

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Médico



PREFEITURA DA
Conceição
Uma nova cidade

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: _____
 N° do Prontuário: _____ Data: 31/12/16 Hora: 21:25
 Nome do Paciente: Emanuel Garlei de Moura Soares
 Endereço: Prefeitura Antônio de Góis N°:
 Cidade: Conceição Bairro: São Geraldo Estado: PB
 Nome da Mãe: Nataly Semara de Moura
 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: 898.0048.1003.0522
 Ass. Responsável: Jorgi de Oliveira Leite Fone: 99987-1432
 (83)

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

Menor Vital, de
 ultra-qualidade, após
 análise de urina, exames
 de sangue e outros, com
 todos os exames, para
 fazer o diagnóstico
 e fazer o tratamento.

PROCEDIMENTOS

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

SINAIS VITAIS

Temp: _____
 Pressão: _____
 Glicose: _____
 BIOTIPO: _____
 Idade: 1 ano
 Altura: _____
 Peso: Kg _____

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

19 AGO. 2019

PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

Médico: _____

Hipótese Diagnóstica

+CE?
 Fome e sede

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA
 Médico: _____

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: 000000026233-1

Nr. da Autenticação 1B6CB1F9B1640439



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.894/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

31422500

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
E79.004.015.0144.000	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
IST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.				
JUN/2018	20	17	PARÂMETROS EXIG.	ANÁLIS. 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	COR	0 0 0
JAN/2018	20	17	COL. TOTAIS	0 0 0
MEDIA(M)	20		DADOS REFERENTES A: MAI/2018	

DATA DA IMPRESSÃO: 05/07/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 07:19:05

DESCRIÇÃO
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

10 M3 37,91
10 M3 48,90

ESGOTO

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

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
09 AGO. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA