Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180278739**
Vitima: **MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA**
Data do Acidente: **04/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ISRAEL DE SOUZA FARIAS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180278739.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01645/01646 - carta_01 - INVALIDEZ
00020823
Carta nº 12986892

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2018

Carta n°: 13037070

A/C: MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA

Nº Sinistro:	**3180278739**
Vitima:	**MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA**
Data do Acidente:	**04/03/2018**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**ISRAEL DE SOUZA FARIAS**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **237**
Agência: **000000493-6**
Conta: **000001028890-8**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**1.687,50**

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R$	**1.687,50**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01897/01898 - carta_15R - INVALIDEZ
00020949

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	056 825 558-68	Maria do Socorro Mendonça da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Maria do Socorro Mendonça da Silva		056825558 68	Agricultora
Endereço: Rua Presidente João Pessoa		Número: 353	Complemento
Bairro: Centro	Cidade: Alagoa Nova	Estado: Paraíba	CEP: 58325000
Email			Telefone (DDD): (83) 981549376

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

- [x] 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)
- [x] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
0493	6	3028 830	8
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- [ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: _____ NRO: _____

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
(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.

Alagoa Nova-PB, 03 de 05 de 2018
Local e Data

COMPREV PRESIDÊNCIA S/A
13 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Maria do Socorro Mendonça da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS -
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9819

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

OCORRÊNCIA Nº 000412/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada,que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000412/18 registrada em 12/04/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos doze dias do mês de abril do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - CG, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 09:26 horas, compareceu a Sra. MARIA DO SOCORRO MENDONÇA DA SILVA, com 54 anos de idade, filha de EDGAR AQUINO MENDONÇA e SEVERINA GENEROSA DE MENDONÇA, de nacionalidade BRASILEIRA,natural de ALAGOA NOVA - PB, Casada, escolaridade Fundamental Incomple, profissão AGRICULTORA, portadora da Cédula de Identidade Nº 4162776, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 05682551869, residindo à rua PRESIDENTE JOÃO PESSOA, 353, bairro CENTRO, na cidade de ALAGOA NOVA - PB.

Declarou que:

Informa a declarante, que no final da tarde do dia 04.03.2018, estava trafegando pela Rua Presidente João Pessoa, na área central de Alagoa Nova/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/POP100, ano/modelo 2009/2010, de cor vermelha, chassi nº 9C2HB0210AR505307, de placa NQA-7180/PB, licenciada em nome de João Rodrigues Martins, quando realizou uma frenagem brusca ao se aproximar da sua casa e acabou perdendo o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, foi submetida a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares do BPtran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se a declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 12 de Abril de 2018

Maria do Socorro Mendonça da Silva
MARIA DO SOCORRO MENDONÇA DA SILVA
Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO
Escrivão

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Maria do Socorro Mendonça da Silva	056825558-68	04/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Mogeu Nova-PB, 09 de 05 de 2018
Local e Data

Maria do Socorro Mendonça da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

...NCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

...ENDIMENTO URGÊNCIA

...N°:1609228 **CLASS. DE RISCO: AMARELO**

...MERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

...nio Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 04/03/2018

Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Arthur Matheus Almeida Mendonca

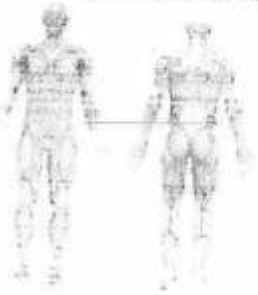
...NTE: MARIA DO SOCORRO ...DONCA DA SILVA

...ereço:JOAO PESSOA	CEP:58125000	Nascimento:07/01/1964
Sexo:F		Telefone:
Cidade: Alagoa Nova	Idade:054	Bairro:CENTRO
Nome da Mãe: SEVERINA GENEROSA DE MENDONCA	RG:	N°:353
Responsável:	CPF:	Profissão:AGRICULTORA
Estado Civil:Casado(a)	Data de Atend:04/03/2018	CNS:704009123509470
Motivo: ACIDENTE DE MOTO	Hora: 18:03:21	CONVÊNIO:SUS
Médico:	CRM:	Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Arranhão
2. Amputação
3. Fratura
4. Contusão
5. Queimadura
6. Ou
7. Esmagamento
8. Afundamento crânio-encefálico
9. Empalamento
10. Esquartejamento
11. Evisceração
12. Arma branca
13. Arma de fogo
14. Choque
15. Torniquete
16. Choque elétrico
17. Perfuração cervical
18. Perfuração torácica
19. Fratura crânio fechado
20. Fratura crânio aberto
21. Hemorragia
22. Impalamento cervical
23. Laceração
24. Lesão medular
25. Ulcera
26. Ferimento
27. Movimento anormal do tórax
28. Choque hemorrágico
29. Choque
30. Hipotensão
31. Parada cardíaca
32. Hemorragia
33. Hematoma
34. Pneumotórax
35. Pneumomediastino
36. Pneumoperitônio
37. Pneumotórax hipertensivo
38. Pneumotórax aberto
39. Hemotórax
40. Tamponamento cardíaco

...S:

...IMADURA:

...erfície corporal lesada = _____% Grau ( ) 1° Grau ( ) 2° Grau ( ) 3° Grau

...NOSTICO / CID: Fp TNZ (E)

...10.1.1.158/projetofulltog/trapreurgencia.php?combar=1609228

TNZ (E) após tirar

ALERGIA: Neg

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS: Negr.

EXAME FÍSICO

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

Glasgow _____ **PA** _____ **HGT:** _____ **Sat02** _____

EXAMES SOLICITADOS:

( )Laboratoriais ( )Ultrassonografia: _____

( )Gasometria arterial ( )Radiografias: _____

( )Tomografia Computadorizada ( ) _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____ às ___:___ Dia ___/___/___

Especialista: _____ / _____ às ___:___ Dia ___/___/___

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00493-6

CONTA: 000001028890-8

Nr. Autenticação
BRADESCO280620180500000000002370049300000102889016875 0 PAGO

VALOIR DA COSTA SILVA
RUA PRESIDENTE PESSOA, 353 - CENTRO
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58120000 (MG 71)

Emissão: 12/03/2018 Referência: Mar / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 9-77-800-1933 Nº medidor: 0000181157

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	12/03/2018	11/04/2018	4464889840

UC (Unidade Consumidora): 5/240217-0

Canal de contato

- Taxa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Furto de energia é muito perigoso. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica a todos quem não faz. O furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao motoqueiro transmissor do dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
07/02/18	11726	12/03/18	11890	1	164	33

Demonstrativo

CÓD	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos	ICMS	PIS	COFINS	Valor(R$)
0801	Consumo ate 30kWh-BR	30,000	0,24640	7,39	7,39	1,66	7,14	1,65	0,22
0801	Consumo - 101 a 100kWh-BR	70,000	0,41900	29,33	29,33	1,33	28,35	6,20	0,92
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	84,000	0,52940	44,51	44,51	10,89	43,01	9,37	1,26
0810	Subsídio			40,17	40,17	10,84	40,17	9,27	1,25
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			1,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio			27,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CC: Código de Classificação da em		TOTAL		81,28	121,41	21,84	119,21	26,19	3,65

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
120	19/03/2018	R$ 91,28

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18
88	74	78	97	124	143	[illegible]	33	65	143	164	149

RESERVADO AO FISCO
6835.6a2f.3823.a1d6.c202.1dc3.415c.0385

Indicadores de Qualidade 1.2018 Anos

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	0,00	0,00		
DIC TRIMESTRAL	12,94		NOMINAL	220
DIC ANUAL	16,66			
FIC MENSAL	2,46	0,00	CONTRATADA	
FIC TRIMESTRAL	6,67		LIMITE INFERIOR	201
FIC ANUAL	13,86		LIMITE SUPERIOR	2[illegible]
DMIC	3,00	0,00		
DICRI	12,22			

Discriminação	Valor (R$)	%
[illegible]	20,42	22,30
[illegible]	24,13	26,44
[illegible]	3,13	3,43
[illegible]	6,16	6,75
[illegible]	37,64	41,26
[illegible]	0,00	0,00
Total	91,28	100,00

ATENÇÃO

- Sua unidade consumidora com baixa renda tem um desconto de R$ 27,60
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
13 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
LOC ENGENHO OLHO D'AGUA, 86 / LOTEAMENTO ESTANE LIMA - OLHO D'AGUA
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58120000 (AS 7/)

energisa

Emissão: 12/03/2018 Referência: Mar/2018
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 5-17-010-0400 Nº medidor: 0000811975

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.907/0001-40 Insc.Est. 16.015.502-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 002.304.494
Cód. para Débito Automático: 00017321514

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	12/03/2018	11/04/2018	9351056465

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

Canal de contato

- Furto de energia: a maior roubo. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime de danos. E também injusta ao quem não faz. Furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre em contato se encontrar transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
07/02/18	2141	12/03/18	2271	1	130	33

Demonstrativo

COD	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos	Valor (R$)	Base Cálculo (R$)	Aliq. ICMS	ICMS (R$)	Base Cálc. PIS/Cofins (R$)	PIS (R$) (0,67%)	Cofins (R$) (3,1214%)
0801	Consumo em kWh	130,000	0,714120	92,81	92,81	27	25,06	92,81	0,62	2,90
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PÚBLICA	3,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 12/2017	0,65	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2017	1,29	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0835	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2017	0,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
COD: Código de classificação de item		TOTAL		97,82	92,81		25,06	92,81	0,62	2,90

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
96	11/04/2018	R$ 97,52

Histórico de Consumo (kWh)

108	106	114	125	102	95	91	93	89	90	59	98
Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18

RESERVADO AO FISCO
554b 17b3 54d1 0b3b 210c cb3a ecc1 efc7

Indicadores de Qualidade 1/2018-Atual

	Limites da ANEEL	Apurado
DEC MENSAL	8,47	0,00
DEC TRIMESTRAL	17,94	
DEC ANUAL	26,93	
FEC MENSAL	3,48	0,00
FEC TRIMESTRAL	6,97	
FEC ANUAL	12,55	
DMIC	2,00	0,00
DIC RI	14,22	

Limite de Tensão (V)		
NOMINAL		220
CONTRATADA		
LIMITE INFERIOR		202
LIMITE SUPERIOR		231

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Distribuição da Energia(R$)	24,45	25,00
Compra de Energia	28,10	28,80
Serviço de Transmissão	3,39	3,47
Encargos Setoriais	8,62	8,82
Impostos Diretos e Encargos	33,24	34,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	97,82	100,00

Valor da ELSO (Ref. 1/2018) R$ 1,537

ATENÇÃO

AVISO DE VENCIMENTO: Caso esta fatura / parcela seja não quitada e permanecer em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 27/03/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não garante a continuidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se tenha pagado não estando na unidade consumidora para comprovação. Caso tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esse informação.
Fatura sujeita a inclusão energética de geração de crédito no caso de inadimplemento
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

Jan/18	45,85

PARAÍBA
Roteiro: 5-17-010-0400
Matrícula: 17321512018-03-8

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11/04/2018	R$ 97,52

83610000000-6 97520054000-6 17321512018-4 03800077019-8

COMPREV/PRESIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER

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 SUSEP[1] 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 Israel de Souza Farias inscrito (a) no CPF/CNPJ 082397124 / 03, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria do Socorro Mendonça da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 056825538 / 63, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria do Socorro Mendonça da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 056825538 / 63, 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
IOC Engenho Velho Dagua / Loteamento Rejane Lima		65	–
Bairro: Velho Dagua	Cidade: Alagoa Nova	Estado: PB	CEP: 58125000
Email:	Telefone comercial(DDD):	Telefone celular (DDD): (83) 981167741	

Alagoa Nova-PB, 09 de 05 de 2018
Local e Data

Israel de Souza Farias
Assinatura do Declarante

COMPREV PREVIDENCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DLDRL001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Rodrigues martins,

RG nº 1101328, data de expedição 17/01/85, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 498733854 87, com domicílio na cidade de Alagoa Nova, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. Sebastião Fernandes Leite - Mario Lima, nº 363, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima maria do Socorro Mendonça da Silva cujo o condutor era maria do Socorro Mendonça da Silva.

Veículo: motocicleta
Modelo: HONDA/POP 100
Ano: 2003/2010
Placa: NGA 7380/PB
Chassi: 9C2HB0210AR505307
Data do Acidente: 04/03/2018
Local e Data: Alagoa Nova - PB 09/05/2018

Cartório "Alípio Bezerra"

João Rodrigues Martins
Assinatura do Declarante

_____

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA"
R. Demétrio Leite, 131 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (083)385-1008
Antonio Marcos Bezerra de Melo
TABELIÃO PÚBLICO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOÃO RODRIGUES MARTINS
Dou fé. Alagoa Nova/PB - 09/05/2018
Escrevente: ANTONIO GERALDO DE ATAIDE NETO
Selo Digital: AGU10753-6X1Q
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Emol R$9,48 Fempen R$0,28 MP R$0,15 Fepj R$1,74

CARTÓRIO "ALÍPIO BEZERRA"
ALAGOA NOVA-PB.
Antonio Geraldo de A. Neto
ESCREVENTE

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 10/03/2018
HORA: 09:25:00

2279804

Prontuário	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
819172	MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA	07/01/1964	54	F	PARDO	ALAGOA NOVA	1-CATOLICA

Estado Civil	CPF	RG	Grau de instrução	Profissão
2-CASADO	56.825.518-69	290001617 SSP PB	-	

Filiação
Mãe: SEVERINA GENEROSA DE MENDONCA Pai: EDGAR AQUINO MENDOCA

Fone Residencial Fone Trabalho

Endereço
R.PRES JOAO PESSOA,353 - CENTRO, ALAGOA NOVA-PB CEP: CEP 58125000

Complemento Endereço

Atendimento	Data	Hora	Setor
2279804	10/03/2018	09:22	3008-SECRETARIA CONVENIOS

Tipo Atendimento: 5-INTERNACAO CIRURGICA

Médico Atendente: 1716-LUCIANO GUEDES BORGES

Motivo Atendimento: 4-INTERNACAO/URGENCIA

Plano / Convênio	Nº Carteira	Validade	Nº CNS
37-PACOTE/1-PACOTE			163602212600002

Posto	Acomodação	Leito
ALA LUCIANO LOBO	203005 APARTAMENTO 60	AP60-2

Guia	Procedimento
INTERNACAO	99999999 INTERNACAO

819172

COMPREV PREVIDENCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RX DE CONTROLE
REALIZADO EM

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável). Sr(a) MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA , aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente _____, CRM _____, Estado do(a) PB para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestesias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.
Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

1) _____
2) _____
3) _____

Responsável: MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA
Endereço: R PRES JOAO PESSOA, 353 Bairro CENTRO, ALAGOA NOVA-PB
Telefone: 87135361

CAMPINA GRANDE , 10 de Março de 2018

Lucélia
LUCELIA LIRA
Responsável pelo Atendimento

MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA
Responsável pelo Paciente

R43101

HAT HOSPITAL ANTONIO TARGINO

BOLETIM DE ANESTESIA

1ª Via Branca - Hospital
2ª Via Amarela - Anestesiologia
3ª Via Rosa - Faturamento
4ª Via Azul - Cirurgião

NOME:
CONVÊNIO:
IDADE:
SEXO: M F
NÚMERO DA CARTEIRA:
GUIA DE INTERNAÇÃO:
SENHA:
DATA DE NASCIMENTO:
INÍCIO:
TÉRMINO:
HORÁRIO ESPECIAL: SIM NÃO

CIRURGIA

ELETIVA URGÊNCIA
AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA): I II III IV V

DATA: 10.03.17

Diagnóstico Pré-Operatório:

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

Equipe Anestesiologos

Instrumentador(a)

Procedimentos Realizados:

Códigos

Horário

AGENTES: OXIGÊNIO, N_2O / AR

LÍQUIDOS VENOSOS: SOL. FISIOLÓGICA, SOL. DE RINGER, CONC. HEMÁCIAS

MONITORES: ECG, SpO_2, $EtCO_2$, DIURESE

TOURNIQUETE Tempo
LOCAL

Pulso
PA V A
PA T
TEM
PVC

180
150
120

AGENTES	QTDE.
Adrenalina	
Atropina	
Dextra	
Bupivocaina Isobarica	
Bupivocaina Hiperbarica	
Bupivacaina % /adr	
Cipro	
Clexane	
Decadron	
Dipirona	
Diprivan	
Diprivan PFS	
Dobutrex	
Dormonid 15mg	
Efedrina	
Esmeron	
Fentanil	
Flagyl	
Forane	
Halotano	
Hidrocortisona	
Hypnomidate	
Kefazol	
Kefizi	
Ketalar	
Lasix	
Lidocaina	
Methergin	
Morfina mg	
Narcan	
Naporin	
Nimbium	
Nipride	
Noradrenalina	
Norcuron	
Ocitocina	
Pavulon	
Plasil	
Profenid	
Prostigmina	
Quelicin	
Rapten	
Revivan	
Sevorane	
Sulfato	
Tiletil	
Tracrium (Atracúrio)	
Ultiva	
Valium	
Xylocaina	
Xylocaina Hiperbarica	
Xylocaina Spray	
Zofran	
Água Destilada - 250ml	
Água Destilada - 10ml	
S. Fisiológico	

COMPREV / PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
Nº. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Maria do Socorro Mendonça IDADE: 34a

ALA: Pelvico LEITO: 602 MÉDICO: Luciano Guedes

DATA: 10/3/18

MANHÃ

COMPREV PREVIDENCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TARDE Paciente estável, consciente, orientado por da Tecnologia, feito Rx de controle.

NOITE

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Mª do Socorro | IDADE:

ALA: L2 | LEITO: 602 | MÉDICO:

DATA: 11 / 03 / 18

MANHÃ

Paciente consciente orientada eupnéica segue em observação até o momento durante presente

Cicera Almeida S. Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 412951-TE

TARDE

paciente evolui estável, consciente, orientada, verbaliza eupneica, afebril, aceitação bom dieta, diurese espontânea, sem queixas no momento, dos cuidados da enfermagem.

Cicera Almeida S. Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 412951

NOITE

Paciente evolui estável, consciente orientado verbaliza eupneico afebril aceita Dieta oral sem queixas no momento segue dos cuidados da Enfermagem.

Marcília de Souza Pereira
TÉCNICO EM ENFERMAGEM
COREN 53130

COMPREV PREVIDÊNCIA
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Mª do Socorro | IDADE:

ALA: | LEITO: | MÉDICO:

DATA: 10 / 03 / 18

MANHÃ

Paciente admitida vesta de vindo do CC.

TARDE

Paciente sem estenose, consciente, orientado, afebril, em uso de AVP de prótese de tornozelo, direito, pós, em anestesia medular com e ou ausência de espasmo

Paciente apresentou vômito

Arantcha Queiroz B. Coelho
TEC. ENFERMAGEM
COREN-PB 331.180

NOITE

Pós-op. de P.O. de Tornozelo segue em C.R. em jejum SSVV, aceitando dieta, segue com queixas no pós-op.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Maria do Socorro

ALA: | LEITO: | CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO: Crise de TM

DATA: 11/03/18

MEDICAMENTOS	HORÁRIO					
1) Gelo local						
2) Fenobarbital 100 mg EV 12/12	16		06			
3) Difenidramina 20 mg EV 8/8	14	20	06			
4) Carbamazepina 10 mg/kg EV 12/12	16		04			
5) Dipirona 2 ml EV 6/6	17	17	23	05		
6) Clorpromazina 20 mg EV 12/12	18		06			
7) Clexane 8 SC 12/12						
8) Dexametasona 4 mg						
9) Fisioterapia respiratória IV 8/8h SN						

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente evoluindo bem vivo e assintomático

Dr. Carlos Souza Borges
Médico Clínico Geral
CRM 2621/PB

12/03/18 Alta hospitalar

COMPARECIMENTO PRONTO ATENDIMENTO
18 JUN. 2018
PROTOCOLO

HAT HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Mª do Socorro | IDADE:

ALA: DR. Luciano | LEITO: 002 | MÉDICO: DR. Luciano G.

DATA: 12/03/18

MANHÃ

Paciente em PO de Joanglelo, consciente, orientada, eupneica, a deambular contactuando, aceita dieta, realizado SSVV, diurese presente, espontânea, sem C.P, aos cuidados.

Bianca Hiuston A. Santos
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 1176.602

TARDE

COMPREV PREVIDENCIA S/A
13 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NOITE

FORMOSANTE: Nome
LOCAL:

Pulso ●
PA V ^
PA T
TEM ▲
PVC △
Início Anest. X
Início Cirur. ○
Término Cirur. ⊗

190 150 120 90 60 30

RESP O
LSP ASE CONT.

INTERCORRÊNCIA

TÉCNICA ANESTÉSICA

INDUÇÃO — INTUBAÇÃO TUBO Nº ____
☐ Inalatória ☐ Venosa
MANUTENÇÃO
☐ Inalatória ☐ Venosa ☐ Sob Máscara ☐ Máscara Laríngea
☐ Oral ☐ Nasal ☐ Cilíndro ☐ Silício ☐ Armado ☐ Duplo Lúmen ☐ Traqueostomia

☐ ANESTESIA REGIONAL
☐ Peridural ☐ Raquianestesia ☐ Epidural Sacra ☐ N. Periférica ☐ Simples ☐ Contínua
Cateter nº ____

☐ ANESTESIA REGIONAL — PUNÇÃO ☐ Mediana ☐ Paramediana
☐ P Braq/Cervical ☐ Supraclavicular ☐ Interescalênico ☐ Axilar ☐ Venosa Regional ☐ Infiltração ☐ Sedação
☐ Sentada
☐ DL ☐ D ☐ E
LOCAL ____
CALIBRE ____
TIPO ____

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS
☐ Aspirador ☐ Fenda
☐ ECG ☐ Sn
☐ Oxímetro ☐ Pulmonar
☐ VM ☐ Capnógrafo
☐ Bomba de infusão
☐ Ventilação Mecânica

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA ANESTÉSICA / INTERCORRÊNCIAS TRANSOPERATÓRIA

Difícil acesso venoso: ☐ SIM ☐ NÃO
Difícil Entubação: ☐ SIM ☐ NÃO
Difícil Acesso Agulhas Raqui ou Peridural ☐ SIM ☐ NÃO

ENCAMINHADO PARA: ☐ UTI ☐ SRPA ☐ Sonolento ☐ Inconsciente ☐ Acordado O_2 NA SRPA: SIM ____ L/min
TOT: ☐ SIM ☐ NÃO DESTINO: ☐ APT* ☐ ALTA HOSPITALAR Alta do SRPA: ____ Hora: ____ : ____
Assinatura e Carimbo

Sevorane	
Sufenta	
Tiletil	
Tramum (Anestesia)	
Ultiva	
Valium	
Xylocaine	
Xylocaine Hiperbarica	
Xylocaine Spray	
Zofran	
Água Destilada - 250ml	
Água Destilada - 10ml	
S. Fisiológico	
S. Glicosado	
S. de Ringer	
C. Hemacie	
Plasma	
Oxigênio (L/MIN)	
N_2O (L/MIN)	
Ar Medicinal (L/MIN)	
Co_2 (L/MIN)	
MATERIAL DESCARTÁVEL	
Aquecedor RANGER	
Agulha Peridural 17 ou 18g	
Agulha Raqui Ponta de Lápis	
Agulha Stimuplex a50, a100	
Cal Sodada p/gr	
Cateter Epidural 16a 18g	
Cateter Nasal tipo Óculos	
Cateter Venoso	
Eletrodo ECG	
Equipo de Soro	
Equipo Perfusor SET	
Filtro Higrobakc	
Guedel	
Manta Térmica	
Equipo bomba de infusão M	
Equipo bomba de infusão FS	
Máscara Laríngea	
Tubo Aramado	
Sistema Respiratório Lisbo	
Equipo de Ar	

COMPRESVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. PRC PRESCO

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Maria do Socorro Hendrezo da Silva
ALA: LEITO: CONVÊNIO: Facet

DIAGNÓSTICO: Apt. Bl. marcolar TM 888 DATA: 10/08/18

MEDICAMENTOS	HORÁRIO					
1) Dipirona p/17.18						
2) Ril 1000 ml EV		18	06			
3) Metoclopramida - 8/8 EV		14	22	06		
4) Cibalgil 40 - 8/8 EV 12/12		16	04			
5) Tipirona - 6/6 EV	11	17	23	05		
6) Omeprazol 40 - 8/8 EV 12/12			18	06		
7) Clexane 40 SC						

Dr. Luciano Guedes Br
CRM PB 12371

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente internado para cirurgia. Sol. exames.

COMPREV / PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

NOTA DE SALA

№ 043854

PACIENTE: MARIA DO SOCORRO MANDONÇA DA SILVA

CONVÊNIO: PACIFE SUS ☐ PRONTUÁRIO: 819172/227804 DATA: 20.03.18

CIRURGIA: TRAT. CIR. FRATURA DE TORNOZELO

CIRURGIÃO: DR. LUCIANO GUEDES AUXILIAR:

AUXILIAR: ANESTESISTA: DRª SIMONE

CIRCULANTE: VERONIANE SALA: 04 HORÁRIO: INÍCIO: 11 : 00 FINAL: 11 : 20

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1572	ADRENALINA	
1860	ÁGUA DESTILADA	04
1899	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROPINA	
265799	BEXTRA	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	
122709	CEFAZOLINA 1g	
1767	CEFTRIAXONA	02
154666	CETROPROFENO IV	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	01
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	02
5673	DOPAMINA	
32150	EFEDRINA	01
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	
2046	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5398	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2062	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 6mg	01
69906	OMEPRAZOL 40mg	
70181	PROSTIGMINE	
70238	QUELICIM	
28619	RANITIDINA	01
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70672	TILATIL 40mg	01

COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
8585	DIEMPAX 10mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF C 2mg	01
125149	DIMORF 10mg	
69655	DORMONID	01
69639	DORMONID COMP.	
46850	FENOBARBITAL	
6869	HIDANTAL	
9962	KETALAR	
69620	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
146832	ULTIVA	

COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	
128233	CISATRACURIO	
9091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	2cc
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2810	LIDOCAINA GELEIA	
2160	NEOCAINA 0,5% C/V	
70750	NEOCAINA 0,5% S/V	
1996	NEOCAINA PESADA	01
3212	NILPERIDOL	
142364	NOVAPUPI C/V	
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA	
284580	NOVAPUPI S/V	
2215	PANCURÔNIO	
82031	PROPOFOL	
142451	ROCURÔNIO	
24678	SEVORANE	
1945	XYLESTESIN SPRAY	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR P/ SORO	01
110089	AG. RAQUI 27BD	
120089	AG. RAQUI 25BD	
161281	AG. RAQUI P/ OBESO BD	
40X12	AGULHA DESCARTÁVEL Nº	03
	AGULHA PERIDURAL Nº	
	AGULHA RAQUI Nº 25	01
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	36
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	02
	ATADURA CREPON Nº 15	04
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CATETER OXIGÊNIO	01
27880	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	30
142341	COMPRESSAS 25X28	
	DRENO PENROSE Nº	
	DRENO SUCÇÃO Nº	
	DRENO TÓRAX Nº	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
287393	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	10cm
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5X7,5	50UN
	GAZES	
3425	GELFOAM	
60917	GILETE	
	GUENDEL Nº	
3468	INTRA-CATH	
	JELCO Nº 18	01
	LÂMINA BISTURI Nº 24	01
132709	LUVAS 6.5	
111209	LUVAS 7.0	
40126	LUVAS 7.5	02
3522	LUVAS 8.0	03
149870	LUVAS 8.5	
69752	MICROPORE LARGO	
	SCALPS Nº	
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	02
3689	SERINGA DE 10cc	02
3697	SERINGA DE 20cc	02
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	
	SONDA FOLEY Nº	
	SONDA NELATON	
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	
53937	SURGICEL	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	01
	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	

COD.	FIOS	QUANT
	ACIFLEX Nº	
	ALGODÃO C/A Nº	
	ALGODÃO S/A Nº	
	CROMADO C/A Nº 1	01
	CROMADO S/A Nº	
	ETHIBOND Nº	
	FITA CARDÍACA	
	MONOCRYL Nº	
	MONONYLON Nº 2-0	02
	PROLENE Nº	
	VICRYL Nº	

COD.	SOLUÇÕES	QUANT
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ÁLCOOL	40ml
304000	CLOREXIDINA	
2631	ÉTER	20ml
3603	PVPI DEGERMANTE	20ml
3611	PVPI TÓPICO	
4111	VASELINA	

COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	T-C
	CAPNOGRAFO	
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	
	MICROSCÓPICO CIRUR.	
	MONITOR CARDÍACO	T-C
	NITROGÊNIO	
	ÓXIDO NITROSO	
	OXIGÊNIO 2L/MIN	
	OXÍMETRO DE PULSO	T-C
	VÁCUO	

COD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	03
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	03
184489	VOLUMEN 6%	

COD	OUTROS	QUANT.
	PARAFUSO CORTICAL 4,5 x 16	06
	PLACA TUBULAR 07 FUROS	01
	PARAFUSO ESPONJOSO 3,5 x 40	02

CONFERE COM PRESCRIÇÃO MÉDICA

18 JUN. 2018

PROTOCOLO

REALSET: 98650 4583 / 98807 634

HOSPITAL
ANTONIO PARDINO

PACIENTE: Mª do Socorro da Silva
Nº DO PRONTUÁRIO: Nº DO ATENDIMENTO:
DATA DA OPERAÇÃO: 10.03.18 ENFERMARIA: LEITO:
OPERADOR: Dr Luciano Antonio
1º AUXILIAR: 2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: Drª Solange TIPO DE ANESTESIA: RAQUE
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Gast. Biliar crônica TA BB
TIPO DE OPERAÇÃO: Colecistectomia de TA BB

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO:

RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO-TÁTICA E TÉCNICA-LIGADURAS-DRENAGEM-SUTURA-MAT. EMPREGADO-ASPECTO - VÍSCERAS

1) Anestesia + Antissepsia TA BB
2) Colocação dos campos
3) Incisão no TA BB
4) Retirada cirúrgica c/ pinça
5) Sutura por planos
6) Curativo

Dr. Luciano Antonio
Cirurgião Geral
CRM-PB 3486 CPF 134.188.214-34

Maria Do Socorro DA SILVA
819172
07/01/1964
54 YEAR
F

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN

10/03/2018 09:44:48

S: 728
C: 512
W: 1024
IM: 1

Page 1 of 1

cm

Maria Do Socorro DA SILVA
819172
07/01/1964
54 YEAR
F

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN

10/03/2018 09:46:27

E

S: 1419
C: 512
W: 1024
IM: 2

Page 1 of 1

cm

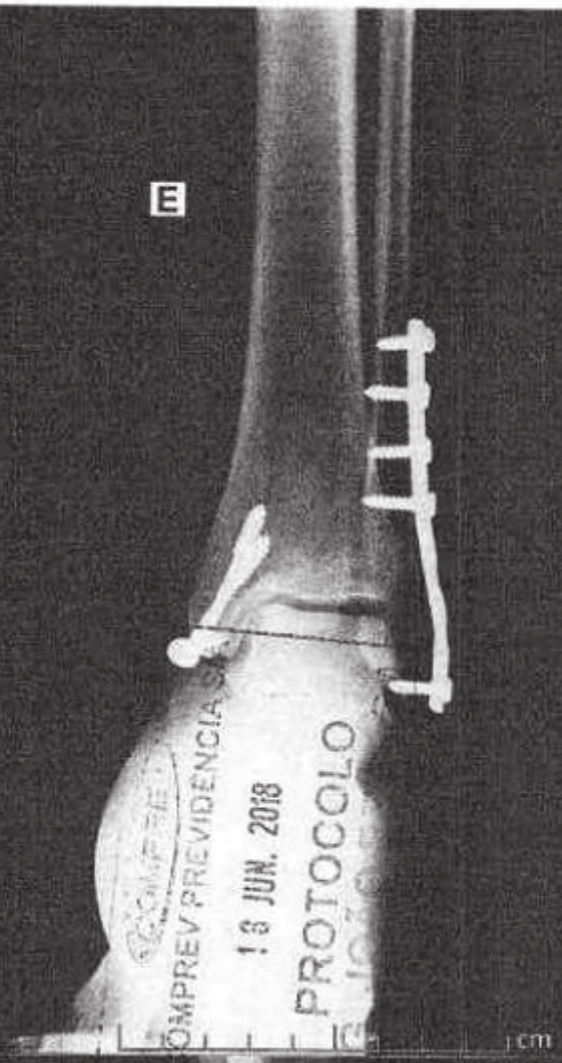
CO PREV PREVIDE
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
JOÃO P

Maria, Do Socorro DA SILVA
819172
07/01/1964
54 YEAR
F

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN

10/03/2018 12:07:26

E



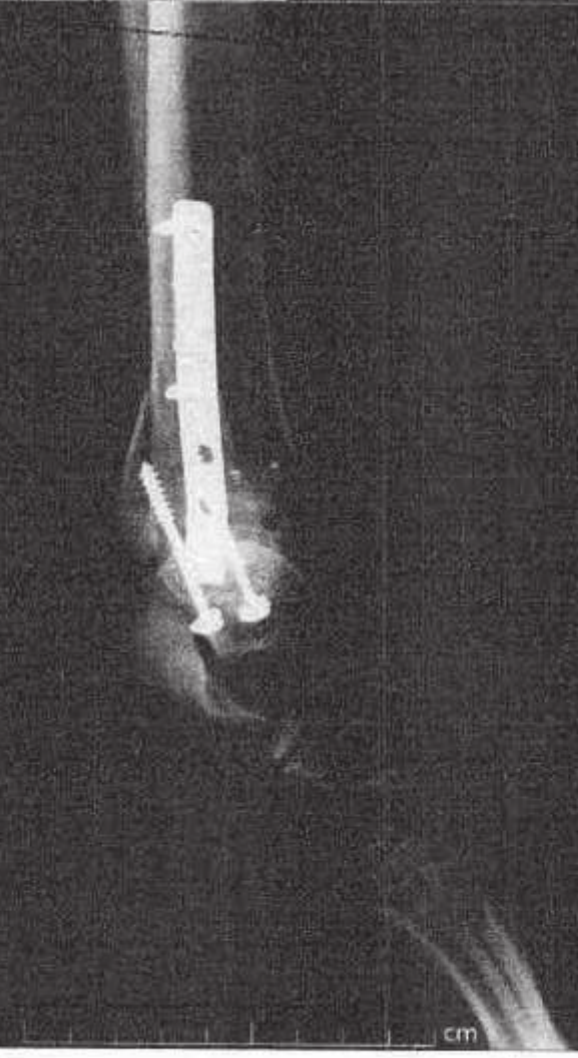
S: 191
C: 512
W: 1024
IM: 1

Page: 1 of 1

Maria, Do Socorro DA SILVA
819172
07/01/1964
54 YEAR
F

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN

10/03/2018 12:09:02



S: 156
C: 512
W: 1024
IM: 2

Page: 1 of 1

...TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

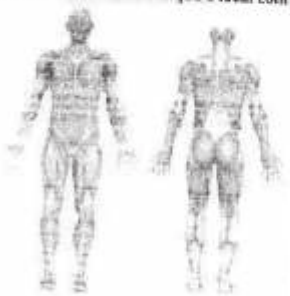
...NDIMENTO URGÊNCIA
...N°:1609228 **CLASS. DE RISCO: AMARELO**

...MERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
...ano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 04/03/2018
... Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : Arthur Matheus Almeida Mendonca

...NTE: MARIA DO SOCORRO ...DONCA DA SILVA

...ereço:JOAO PESSOA	Sexo:F	Nascimento:07/01/1964
		Telefone:
Cidade: Alagoa Nova	Idade:054	Bairro:CENTRO
Nome da Mãe: SEVERINA GENEROSA DE MENDONCA	RG:	N°:353
Responsável:	CPF:	Profissão:AGRICULTORA
Estado Civil:Casado(a)	Data de Atend:04/03/2018	CNS:704009123509479
Motivo: ACIDENTE DE MOTO	Hora: 18:03:21	CONVÊNIO:SUS
Médico:	CRM:	Especialidade:

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Queimadura
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contusa
15. F. Contusa
16. F. Contusocortante
17. F. Perfurocortante
18. F. Perfuro cortante
19. Fratura base fechada
20. Fratura base aberta
21. Hematoma
22. Inguinoplasmado/varicoso
23. Laceração
24. Lesão tendinea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Entranhado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Quelmadura
34. Rinorragia
35. Sinais de isquemia
36.

35:

FEIMADURA:
perfície corporal lesada = _____% Grau ( ) 1° Grau ( ) 2° Grau ( ) 3° Grau
GNOSTICO / CID:
Fe TNZ ©

...//10.1.1.148/projetoitop/impreurgencia.php?contar=1609228

TNZ © após limpa

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS: Negr.

EXAME FÍSICO

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

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ Sat02 _____

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratorials
( )Gasometria arterial
( )Tomografia Computadorizada
( )Ultrassonografia: _____
( )Radiografias: _____
( ) _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____ às ___:___ Dia ___/___/___

Especialista: _____ / _____ às ___:___ Dia ___/___/___

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

N°	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

COMPREV-PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Maria do Socorro Mendonça da Silva
End: R: João Pessoa 353 Bairro: Bragoa Nova
Data de Nascimento: 07.01.64 Documento de Identificação:
Queixa: Ac. de. Moto Data do Atend.: 04.03.18 Hora: 17:40 Documento:
Acidente de trabalho? ( ) Sim (✓) Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: (✓) Bom ( )Regular ( ) Baixo
Aspecto: ( ) Calmo (✓) Fáceis de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória:
Frequência cardíaca:
Pressão arterial: 160X80
Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:
Mucosas: (✓) Normocorada ( ) Pálida
Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas (✓) Maca

COMPREV PREVIDÊNCIA 13 JUN. 2018 PROTOCOLO

MOD. 110

Estratificação

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

Herla Hany da S. Cavalcanti
ENF. E BAUMFO
COREN – PB 754.490
Assinatura e carimbo do profissional

Data da internação: 04/03/2018 Hora: 19:26:36

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1609303

7 - CARTÃO DO SUS: 704009123509470
8 - DATA DE NASCIMENTO: 07/01/1964
9 - SEXO: Masc [ ] 1 Fem [X] 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: SEVERINA GENEROSA DE MENDONCA
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): JOAO PESSOA , 353 , CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Alagoa Nova
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 250040
15 - UF: PB
16 - CEP: 58125000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
Paciente apresentando dor + edema + deformidade em MMZ (E). Rx com fratura Bimaleolar de MMZ (E).

COMPREV PREVIDENCIA E.A.
18 JUN. 2018
PROTOCOLO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
Anamnese + ex. físico → tratamento cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
Rx + Anamnese + ex. físico.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura Bimaleolar (E)
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tto Cirúrgico
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA:
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 700501777865557

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: YWRY DE PAIVA CAMARA
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 04/03/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRTO CRTO-PB 10.907

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ORGÃO EMISSOR:
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

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

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Maria Fernanda Martins	Alojamento: 4	Leito 2	Convênio	HH 2

Data	Prescrição Médica	Horário						Evolução Médica
	1.Dieta							
06/08	2.SRL 1500ml EV/24h							
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h							
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h							
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum							
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN							
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN							
	8. Clexane 40mg SC/dia							
	9.SSVV + CCGG							

Dr. Cláudio Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3355

Dr. Cláudio Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3355

COMPREV PREVIDENCIA S/A
16 JUN. 2018
PROTOCOLO

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

DIAGNÓSTICO: FRAT FNZ. ESQ

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	[illegible]	Alojamento: 9	Leito 2	Convênio	[illegible]

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1.Dieta FAM		
07/03	2.SRL 1500ml EV/24h		
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h		
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h		
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg SC/dia		
	9 SSVV + CCGG		
	Dr. Cláudio Rodrigues da Silva CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA MÉDICO - CRM 3335		Dr. Cláudio Rodrigues da Silva CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA MÉDICO - CRM 3335
8/3	Dieta HAS		
	Dipirona 1g VO 6/6h; Clexy + SSW		

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. [illegible]

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

09/03/18 14:32 PA 110X80 paciente segue aos cuidado da enfermagem m.c.p. mm feito sinais vitais + tbm o curativo sem queixa no momento foi puncionado um acesso periferico

18:00 ——— PA 160X100

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

DIAGNÓSTICO

t+ TNT (R)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	A. Fabiano	Alojamento:	2	Leito	1	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
	1.Dieta Livre							
18/03	2.SR 1500ml EV/24h (zelo)							
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	12		18	24	06		
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 9 1							BEG, acordado
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum					06		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN							
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN							
	8. Clexane 40mg SC/dia 15 ugh							CPIV pele
	9.SSVV + CCGG							sem alterações
	Cefotiafona 1g EV 12/12h	12			24			de pele
	Evratilo							

Dr. [illegible] CRM-PB [illegible]

Dr. [illegible] CRM-PB 5843

COMPEL/PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. [illegible]

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fx de Tornozelo (E).

Paciente	Maria dos Socorros Mendonça	Alojamento	4	Leito	2	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1) Dieta hipossódica hipoglicídica 2) SNL 1500 ml EV em 24h 3) Tramadol 50mg 100 ml EV 12/12 4) Omeprazol 40mg 100 ml EV 24/24 5) Dipirona 1 fa 1 ampola EV 6/6h (SN) 6) Nausedron 1 ampola 1 fa 1 ampola EV 8/8h (SN) 7) CCGC + SSVV. 8) Clexane 40mg SC 12/12h 9) Mobilizar do leito 8/8h. 10) Alta após MSE Dr. Everlan Meira MR Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 9900		INTERNAÇÃO Paciente apresentando dor + edema, deambulando sem ajuda após trauma. HD: Fx de Tornozelo (E) (Bimalleolar). CD: Internação hospitalar. Solicito pré-op. Alta após MSE Dr. Everlan Meira MR Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 9900
	Losartan 25 mg VO 12/12 PAS > 140 / PAD > 90 mmHg		

COMPREV/PS HEMOCIA S/A
18 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB Nº 010199346051
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD.RENAVAM	RENAVAM	EXERCICIO
1	18069409-0	00/00000000	2012

NOME: JOAO RODRIGUES MARTINS

CPF/CNPJ	PLACA
49873385487	NOA7180/PB

PLACA ANT./UF	CHASSI
NOVO PB	9C2HB0210AR505307

ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/POP100	2009	2010

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/97 /CI	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA UNICA	COTA UNICA	VENC/COTAS
IPVA PAGO EM	18/01/2013	1ª
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2ª
*******	0	3ª

PREMIO TARIFARIO (R$)	IOF (R$)	PREMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
********	SEGURO	P A G O	18/01/2013

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
0

ALAGOA NOVA-PB 18/01/2013

12424 10553

CONTRAN

PB Nº 010199346051 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCICIO	CPF/CNPJ	PLACA
2012	49873385487	NOA7180/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

	EXERCICIO	DATA EMISSÃO
PB Nº 010199346051	2012	18/01/2013

	CPF/CNPJ	PLACA
1	49873385487	NOA7180/PB

	MARCA/MODELO
18069409-0 GAS HONDA/POP100	

ANO FAB	CILIND.	Nº CHASSI
2009	9	9C2HB0210AR505307

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R$)	DESPVAT (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
******	******	******

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL DE PRÊMIO (SEGURO) (R$)
******	SEGURO	P A G O

PAGAMENTO: COTA ÚNICA / PARCELADO — 18/01/2013

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04
10551-1031117-201 2013

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180278739
Cidade: Alagoa Nova
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA
Data do acidente: 04/03/2018
Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM do médico: 52.90873-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Maria do Socorro Mendonça da Silva
Nacionalidade: Brasileira **Est. Civil:** Casada
Profissão: Agricultora
Identidade: 4.162776 **CPF:** 056825 518-68
Endereço: Rua Presidente João Pessoa, 353 - Centro - Alagoa Nova - PB. Cep: 58125 000

OUTORGADO:

Nome: Israel de Souza Farias
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Casado
Profissão : Estudante
Identidade: 3406239 **CPF:** 082917124 03
Endereço: loc. Eugenio Olho Dagua, 65/loteamento Pejeve Lima - Olho Dagua. Alagoa Nova - PB. Cep: 72323 000

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

Cartório "Alípio Bezerra"

Alagoa Nova - PB 09/05/2018
Local e data

COMPREV PREVIDENCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Maria do Socorro Mendonça da Silva
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Moacir Bezerra de Melo TABELIÃO PÚBLICO
R. Coronel Leal, 131 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (83) 3265-1090
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
MARIA DO SOCORRO MENDONÇA DA SILVA
Dou fé. Alagoa Nova/PB - 09/05/2018
Escrevente: FAGNER RODRIGUES SOARES
Selo Digital: AGU10749-TP6N
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Emol R$9,48 Farpen R$0,28 MP R$0,15 Fepj R$1,74

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