



Número: **0800964-08.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Princesa Isabel**

Última distribuição : **05/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37361652	02/12/2020 10:59	2769519_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200240173

Vítima: DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

Data do Acidente: 10/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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

Atenciosamente,

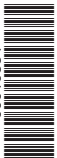
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15922069

Pag. 01761/01762 - carta_01 - INVALIDEZ

00010881





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

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200240173

Vítima: DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

Data do Acidente: 10/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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

Recebedor: **DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000938**

Conta: **0000035741-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 080 988 204 32 4 - Nome completo da vítima: Dalvanete dos Santos Cipriano

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

5 - Nome completo: Dalvanete dos Santos Cipriano 6 - CPF: 080 988 204 32
7 - Profissão: agricultora 8 - Endereço: Rua Manoel Antonio Simões 9 - Número: 167 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Frei Domício 12 - Cidade: Mamão 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58995 000
15 - E-mail: dalvanete.cipriano@hotmail.com (83) 987616835 16 - Tel.(DDD): 99992152024

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0938 CONTA: 35241 5 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Pararua 06/07/2020

X Dalvanete dos Santos Cipriano

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Edson Rodrigues dos Santos

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EDC 001 V002/2019



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Superintendência Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaporanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL:

Nº. 225 / 2020

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

DATA E HORA DO FATO: 10 / Fevereiro / 2020 HORAS 18h.

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL-POL: José Pereira de Sousa

Notificante/Vítima:

DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO, natural de Princesa Isabel -PB, Solteira, agricultora, nascida no dia 28.08.85, filha de Antonio Cipriano da Silva Neto e Maria de Lourdes da Silva, RG 3.320953/SSP/PB e CPF 080.988.204-32, residente na R. Manoel Antonio Simão, 167 Bairro Frei Damião Manaíra-PB.

Dados dos Fatos:

O (a) Notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia e horas acima mencionadas, regressava de Santana de Mangueira para sua residência, pela Redevia que liga as duas cidades, no carenó do veículo HONDA CG 150 TITAN KS, cor vermelha, ano 2006 placa KIP3403/PE e chassi 9C2KC08106R921338, em nome de ADELMA MEDEIROS NOGUEIRA DELFINO e conduzida na ocasião por EDMILSON, quando em uma curva da Redevia ocorreu uma colisão, vindo ambos a cair no acostamento, sendo a Notificante levada para sua residência e em seguida acionaram o Serviço de SAMU que a conduziu para atendimento Hospitalar.

Itaporanga, PB Em, 13 de Fevereiro de 2020

Notificante/Vítima: X Dalvanete dos Santos Cipriano

Escrivão Plantonista: _____

Escr. Silva
Escr. Silva
Escr. Silva





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 080 988 204 32 4 - Nome completo da vítima: Dalvanete dos Santos Cipriano

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

5 - Nome completo: Dalvanete dos Santos Cipriano 6 - CPF: 080 988 204 32
7 - Profissão: agricultora 8 - Endereço: Rua Manoel Antonio Simões 9 - Número: 167 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Frei Domício 12 - Cidade: Mamão 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58995 000
15 - E-mail: verito.assessoria@hotmail.com (83) 987616835 16 - Tel. (DDD): 99942152024

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0938 CONTA: 35441 5 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Pôrto Alegre 06/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EDC 001 V002/2019



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: 17/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00938

CONTA: 000000035741-5

Nr. da Autenticação F12B610F58D0677F



DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO
RUA MANOEL ANTONIO SBAO, 187 - CASA - F. REFORMADO
MANAUA/PA - CEP: 66095000 (AO: 18A)



ENERGISA PARÁ (DISTRIBUIDORA DE ENERGIA)
B-230 km, 5 - Cód. Postal: 66095000 - Manáua/PA - CEP: 66095000
CNPJ: 07.417.444/0001-40 - Inscrição: 10.016.123-0

Logradouro: MOROFASELO
Cidade: RES. M. 111 - F. REFORMADO - MANAUA/PA
Pósto: 15 - 169-420 1862 - Referência: Fev/2020
Medidor: 0000002222 - Entrada: 21/02/2020

Indicador de Qualidade de Energia Elétrica (Nº 9.432/07)
Cód. para Deb. Automática: 00012007943

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RNIE
Fev/2020	21/02/2020	24/03/2020	080.968.204-32 Rev. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1260794-3

Canal de contato

- Tarifação de Energia Elétrica - TSEE fixada pela Lei nº 10.430, de 26 de abril de 2002.
Consulte a Onda, através do endereço virtual do WhatsApp?
Ela pode te ajudar com informações sobre tarifas, emissão de segunda via da fatura de energia e até fazer pedido de Resgate do Saldo em seu nome e nos chamar porque que precisa. (81) 99195-5540

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias		
Data	Leitura	Data	Leitura					
23/01/20	9039	21/02/20	6090	1	79	29		
Demonstrativo								
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos	Valor Base (R\$)	Alq. kWh (R\$)	Base (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
0001	Consumo de 500 kWh (89)	500,00 kWh	16,11	8,05	0,00	4,00	8,05	0,25
0001	Consumo de 111 kWh (89)	111,00 kWh	16,11	1,80	0,00	0,00	1,80	0,70
0001	Alc. B. Anueta	0,13	0,00	0,00	0,00	0,13	0,00	0,00
0010	Sobrecarga	21,50	0,00	0,00	0,00	21,50	0,00	0,00
LARGAMENTOS E NEPES, CO								
0004	JURIS DE FICHA 01/2020	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 01/2020	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	Devolução de Fatura	-20,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Unidade de Ação de Item: 0104 79,71 0,00 0,00 43,56 0,40 1,80

Adição de Carga (kW)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
82	03/03/2020	R\$ 23,71

Histórico de Consumo (kWh)

72	75	66	64	63	119	0	70	65	104	98	80
Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20

RESERVAÇÃO AO FISCO

6d86.cd77.f667.15b2.305e.cf9d.2c02.b56a

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DE MENSAL	7,76	0,00
DE TRIMESTRAL	14,54	0,00
DE ANUAL	29,08	0,00
DE MENSAL	3,65	0,00
DE TRIMESTRAL	7,10	0,00
DE ANUAL	14,20	0,00
DE MENSAL	4,14	0,00
DE TRIMESTRAL	12,22	0,00

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia - PD	8,18	34,50
Perdas de Energia	10,21	43,06
Serviço de Transmissão	1,22	5,15
Serviço de Distribuição	1,22	5,15
Impostos Federais e Estaduais	2,87	12,10
Impostos Municipais	0,00	0,00
Total	23,71	100,00

Valor de PD (R\$) (VDD) R\$ 14,6

ATENÇÃO

- Sua unidade de faturação é o Grupo B-1a (Residencial), inscrito no CNPJ de R\$ 35,46



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
E SANEAMENTO - DNT - DNT/DEPARTAMENTO NACIONAL

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
5652161 SEP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

FILIAÇÃO
ADRIANO DOS SANTOS

COGNE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
00000000000000000000000000000000

ACC
00000000000000000000000000000000

SAT. MAR
AB

9º REGISTRO
04119219971

VALIDADEZ
20/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Edilson Rodrigues dos Santos

32584550707
PE075781304

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA ELMO F. FIGUEIREDO, 22 - CENTRO
ITAPORANGA/PE CEP: 5670000 (AQ: 154)

Ligação MONOFÁSICO
Cidade: PE: SMT, 61 / RES: EN: JAL - RF: NOR: JAL
Ribeiro 7 - 154 - 25 - 3110 Referência Fev/2020
Medidor 0000886/477 Emissão 11/03/2020

energisa
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 204, Km 25 - Centro Paranaíba - João Pessoa/PB - CEP 58071-600
UNP: 036-096-101/0001-49 Insc. Est 16.015.823-0
Filia Fiscal: Cia de Energia Elétrica MP06 714 620
Cód. para 94h. Automático: 5006028202

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

Conta referente a **Fev / 2020** Apresentação **11/02/2020** Data prevista da próxima leitura **12/03/2020** CPF/CNPJ/RANI **039.247.064-09** Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/28252-5**

Canal de contato

Conheça a Fiea, nossa atendente virtual do WhatsApp. Ela pode te ajudar com informações sobre cobranças, emissão de boleto, status da conta de energia e até fazer pedido de Fiação. Sobre nosso número e nos chame sempre que precisar. (03) 98125-5540

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
13/01/20	4750	11/02/20	4805	29

Demonstrativo

Qtd	Descrição	Quantidade (T. tarifa)	Valor Base (tarif. Atg. tarifa)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
		Tarifa (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
0001	Consumo em kWh	95,000	0,702150	66,70	66,70	25	16,82	86,48
0001	Adc. B. Ambiente	1,00	1,00	25	0,25	1,00	0,01	0,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0007	CONTRIBUIÇÃO ILUMIN. PÚBLICA	9,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUNTOS DE MONTAGEM/2020	0,15	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA INCOMPLETO	0,90	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200240173 **Cidade:** Santana de Mangueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO **Data do acidente:** 10/02/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL NO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO (FIOS DE KIRSCHNER)
ALTA MEDICA (P1/2/5FC/11)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

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 EM GRAU MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 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

Suelio Rodrigues dos Santos

inscrito (a) no CPF/CNPJ 039 242 064 1 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Valmorete dos Santos Cipriano inscrito (a) no CPF sob o Nº 080 988 204 32

do sinistro de DPVAT cobertura involuntária da Vítima Valmorete dos Santos Cipriano

inscrito (a) no CPF sob o Nº 080 988 204 32, 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, Genilson Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Itapora</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>ventura.avena@uol.com.br</u>	CEP: <u>58280 000</u>	Tel.(DDD): <u>999 471520 24</u>

Local e Data: Itapora 06/07/2020

Suelio Rodrigues dos Santos

Assinatura do Declarante

DLRDL.001 V001/2017





SAMU
192



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 MANAÍRA - PB

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: UBS 15

IDENTIDADE / OCORRÊNCIA

DN:

SUS:

DATA: 30/02/2020	OCORRÊNCIA Nº: 326	PACIENTE: DALIANE DOS SANTOS CIPRIANO	IDADE: 34a	SEXO: ☐ MAS ☒ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua Francisco P. de Sousa		BAIRRO: Centro	MÉDICO REGULAR: DR. YLENIO	
QTA: ☐ SOCORRO POR TELEFONE ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO				
TIPO DE AGRAVO				
DOENÇAS PRÉ EXISTENTES				
☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO	☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL	
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO	☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL	
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGADO/AFOGAMENTO	☐ AVC	☐ DROGA	
☐ DESABAMENTO SOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ METROS	☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL	
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS	☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES _____	
☐ F.A.B	☐ OUTROS	☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS	
☐ F.A.B.(P.A.F)		☐ DOENÇAS CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO		☐ DOENÇA-INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS	
☐ LESÕES TÉRMICAS				
EXAME INICIAL				
A	Via aérea	☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo Estranho ☐ Broncoaspiração ☐ Edema de Glote		
B	Respiração	☒ Normal ☐ Insuficiência Resp. Aguda ☐ Parada Ventilatória ☐ Ventilação Espontânea ☐ Assistida		
		☐ Controlada ☐ Ausculta Normal ☐ Sibilos ☐ Roncos ☐ Superficial ☐ Efêmera Sub-cutânea		
C	Circulação	☐ Pulso Regular ☐ Irregular ☐ Ausente ☐ Chelo ☐ Fino ☐ Parada Cárdio Respiratória ☐ Pele Normal		
		☐ Palidez ☐ Cianose ☐ Quente ☐ Fria ☐ Seca ☐ Úmida ☐ Choque Hipovolêmico		
D	Neurológico	Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
		Esontânea ☒ 04	Orientada ☒ 05	Obedece comandos ☒ 06
		A voz ☐ 03	Confusa ☐ 04	Localiza dor ☐ 05
		A dor ☐ 02	Palavras inapropriadas ☐ 03	Movimento de retirada ☐ 04
		Nenhuma ☐ 01	Palavras incompreensíveis ☐ 02	Flexão anormal ☐ 03
		☒ 05	Nenhuma ☐ 01	Extensão anormal ☐ 02
			Nenhuma ☐ 01	
☐ Normal Sonolência ☐ Agitação ☐ Coma Pupilas: ☒ Miose ☐ Midriase ☐ Foto Reagente ☐ Não Reagente Déficit Sensitivo ☐ à Direita ☐ Esquerda ☐ Convulsão ☐ Otorragia				

E.C.G.: ☐ Normal ☐ Coronária ☐ Art Condução ☐ Não Realizado

SINAIS VITAIS

P.A.: 120 X 80 mmhg FC: 95 FR: 19 TEMP: 36,4 °C GLICEMIA: mg/dl Saturação O2: 100%

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO AMEAÇA ☐ ESPONTÂNEO ☐ PROVOCADO ☐ METRORRAGIA ☐ PARTO A TERMO

☐ PRÉ TERMO ☐ PÓS TERMO ☐ TRABALHO DE PARTO

OUTROS: DUM:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 10:59:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120210590260600000035650242

Número do documento: 20120210590260600000035650242

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
INTERVENÇÕES:**

85VV + PNEUOG LÊNHA

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO (História):

PACIENTE VÍTIMA ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, GLASGOW 15, CORTE CONTINÚO COM INDICATIVO DE SUTURA NA REGIÃO FRONTAL, FRATURA DE PUNHO, IMOBILIZADA, REPLICADA, SW, MEDICADA COM, SUSPENDIDA A UPA!

PROCEDIMENTOS:

- () DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS () INTUBAÇÃO NASOOROTRAQUEAL () CÂNULA OROFARÍNGEA () CRICOTIREIDOSTOMIA () RESPIRADOR
() VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") () INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) () DRENAGEM TORÁCICA () MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA
() DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☒ CONTROLE DE HEMORRÁGIAS ☒ CURATIVO ☒ PUNÇÃO VENOSA () Sonda GÁSTRICA () S. VESICAL
() SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS () COLAR CERVICAL () TALAS/TRACÃO () OROTRAQUEAL () OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

SIL POCAL

DESTINO DO PACIENTE / UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____

RESPONSÁVEL RECEBIMENTO: _____

FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE: _____

- () APOIO DIAGNÓSTICO ☒ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE () TRANSFERÊNCIA SIMPLES
() OUTROS: _____

ENCAMINHAMENTO:

- () LIBERADO APÓS ATENDIMENTO () ÓBITO NO LOCAL () ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
() ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

- ☒ DECÚBITO DORSAL () DECÚBITO LATERAL () DECÚBITO VENTRAL () SENTADO
() ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA: _____

NOME: _____

RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIDADE DA EQUIPE:

ENFERMEIRO(a): Breno Ferreira

COREM: _____

MAT: _____

TÉC. DE ENFER: Thamara

COREM: 1178642

MAT: _____

CONDUTOR: Josimar L da Silva

CNH: 34202022,5

MAT: _____



FICHA DE INTERNAÇÃO

(AM 07)

INTERNAÇÃO	94253	PRONTUÁRIO	46972
DATA	10/02/2020	HORA	22:35
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	WRAMALHO
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRINCESA-ISABEL HOSPITAL REGIONAL DE PRI		
MÉDICO	DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO AUTOMOVEL		
PACIENTE	DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO		IDADE 34a 5m GÊNERO FEMININO
FILIAÇÃO I	MARIA DE LOURDES DA SILVA		
FILIAÇÃO II	ANTONIO CIPRIANO DA SILVA NETO		
CIDADE	MANAIRA	PB	58995000
ENDEREÇO	RUA ADELINO SANTOS DINIS 67		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE	PRINCESA ISABEL		
TELEFONE	CELULAR 83998967479		
C.N.S.	700808438111588	IDENTIDADE	3320953
C.P.F.		REG..NAC.	
NASCIMENTO	28/08/1985	COR	PARDO
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	AGRICULTORA

RESPONSÁVEL MARIA DE LOURDES DA SILVA Ass. Resp./Paciente

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

*Vitima acidente em (Carro/carro) - acidente
hoje em 10h.
Ficou em 150.*

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

*orientada
n.e.
dor
edema 114+*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

Fração pédis distal @

CID

DADOS DA SAÍDA

Data 13/02/2020

Hora 22 H 00

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

*Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10532-TCOT 15140*

*Dr. SUELIO MOREIRA TORRES
CRM 10518 - TCOT 12881*



PACIENTE: Debaute dos Santos Cipriano					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL SEM FAVORITE CARA DED  GOVERNO DA PARAÍBA
QT.:	LEITO:	CONVÊNIO: Sus	IDADE: 34a	REGISTRO: 46972	
CIRURGIA: Redução do Pênis ①		CIRURGIÃO: Cameliano			
ANESTESIA: Sedação		ANESTESISTA: João			
INSTRUMENTADORA: Trigo	DATA: 11.02.20	INÍCIO: 11:10	FIM: 11:30		

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ (soro) e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
2	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
2	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
2	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
2	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
1	Neocair <i>Trigo</i>		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	2	Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar	2	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	2	PVPi Tintura
	Dimorf	2	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha Descartável
1	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Efortil <i>Cameliano</i>		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plasil <i>Cameliano</i>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocare 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		



Nome do Paciente: <i>Alvanete dos Santos Luperão</i>		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia: <i>11/02/2020</i>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <i>Dr. Suelio Moreira</i>	1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesista: <i>Dr. Davi</i>	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>Fratura média distal @</i>		
Tipo de Cirurgia: <i>Fixo unipol</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório:		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no ato:		
Acidente Durante a Cirurgia:		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

*Acidente em PCH no punho / Anterior
+ campo unipol / Redução imediata e
fixação percutânea com 02 fios K' / Cur-
vas + talco*

*Dr. Suelio Moreira de S. Filho
CRM-PE 7319*

RELATÓRIO DE CIRURGIA





SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO
DO ESTADO DA PARAIBA

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

Paciente: Valdeci Gomes Soralom
Setor/Enfermaria: 102020
Diagnóstico: 102020
Data: 10/12/2020
Leito: 102020

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					

SINAIS VITAIS		06:00 h		12:00 h		18:00 h		24:00 h	
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C
R:	SpO ₂ :	irpm	%	R:	SpO ₂ :	irpm	%	R:	SpO ₂ :
PA:	mmHg	x	mmHg	PA:	mmHg	x	mmHg	PA:	mmHg
HGT:	mg/dl		mg/dl	HGT:	mg/dl		mg/dl	HGT:	mg/dl
Diurese:	ml		ml	Diurese:	ml		ml	Diurese:	ml

Valdeci Gomes Soralom
COREN-PB 115.115.115

Valdeci Gomes Soralom
COREN-PB 115.115.115

Valdeci Gomes Soralom
COREN-PB 115.115.115

DIGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

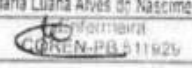
☐ DOR AGUDA relacionada a agente lesivo e/ou trauma evidenciado p/ relato verbal	☐ Risco para disfunção neurovascular relacionado ao trauma evidenciado por obstrução vascular, desorientação, agitação, torpor e coma.
☐ DOR AGUDA relacionada a patologia inespecífica evidenciado por relato verbal	☐ Risco para infecção relacionado a trauma, exposição ambiental aumentada, queimaduras e evidenciada por elevação da temperatura corpórea, destruição da pele e exsudatos, relato verbal de dor.
☐ DOR CRÔNICA relacionada a patologia evidenciada por incapacidade de deambular	☐ RISCO PARA DÉBITO CARDÍACO relacionado a resistência vascular aumentada, vasoconstrição, isquemia do miocárdio evidenciado por elevação da pressão arterial, relato de tonturas, mal estar e cefaléia.
☐ DÉBITO CARDÍACO ALTERADO relacionado a frequência cardíaca alterada evidenciado por bradicardia, taquicardia e/ou precordialgia	☐ RISCO DE LESÃO Prevenir compreensão da mucosa traqueal pelo balonete ("cuff") insuflando-o adequadamente
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ relacionado a ansiedade evidenciado por, dispnéia, tosse e batimentos da asa do nariz, tiragem intercostal e saturação alterada	☐ RISCO para perfusão gastrointestinal ineficaz relacionado a peristaltismo e evidenciado por relatos de eliminação gastrointestinal alterada (diarreia e cólica)
☐ NAUSEA / ÊMESE relacionada ingestão de alimentos evidenciada por palidez cutânea	☐ PERFUSÃO TISSULAR RENAL ALTERADA relacionada a circulação sanguínea alterada evidenciada por edemas (face, abdome e membros)
☐ HIPOTERMIA relacionada a alterações corpóreas evidenciada por tremor, pele fria e pegajosa, cianose nos leitos ungueais e hipertensão arterial	☐ Mobilidade gastrointestinal disfuncional - relacionado a ausculta hipoativa do intestino e relacionado a tempo prolongado entre uma evacuação e outra
☐ HIPOTERMIA relacionada ao aumento da temperatura corpórea evidenciada por pele avermelhada, calor ao toque, frequência respiratória aumentada e taquicardia	☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL relacionada monitoração inadequada da glicemia evidenciada pela falta de controle do diabetes e auto consumo cerebral
☐ Mobilidade física prejudicada relacionada a força insuficiente para movimentar-se e evidenciada por queda da própria altura e/ou de veículo automotivo	☐ Volume de líquidos excessivos / relacionado a mecanismos reguladores e evidenciado por derrame pleural, congestão pulmonar, anasarca, reflexo hepatojugular positivo
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA relacionada a fatores mecânicos (FAB) e evidenciado por destruição de camadas da pele;	☐ Risco de choque relacionado a pacientes com hipovolemia e hipotensão severa evidenciado por cansaço aos mínimos esforços, fraqueza e cianose ungueal
☐ Proteção ineficaz relacionado a patologias crônicas e/ou tratamento oncológico e evidenciado por fadiga, fraqueza e imobilidade física	☐ Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado a desidratação, diarreia, disfunção renal evidenciado por perda de elasticidade e turgor da pele
☐ Eliminação urinária prejudicada, relacionado a bloqueio no esfíncter urinário evidenciado por presença de globo vesical, disúria e bexigoma	☐ Risco de sangramento relacionado a aneurismas / distúrbios gastrointestinais como varizes, doenças ulcerativa gástrica, pólipos evidenciado por presença de melena, hemorragia digestiva alta e choque hipovolêmico
Intercorrências diurna	Intercorrência noturna
Paciente em pós-operatório imediato por cirurgia de emergência, consciente, orientado, deambulando com auxílio, eufórico, normotenso, apresentando saturação extensa na face, dieta oral aceita, eliminação fisiológicas preservadas, segue aos cuidados da equipe.	
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 10:59:02 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120210590260600000035650242 Número do documento: 20120210590260600000035650242	



RELATÓRIO DIURNO	RELATÓRIO NOTURNO
paciente 34 anos consciente orientado, sono e repouso preservado, verificado SSV, medicado conforme prescrição médica e segue aos cuidados da enfermagem. <i>[Assinatura]</i> Girleya Fernandes Lucena COREN-PB/944.281-TE	paciente 34 anos evoluiu em estado geral regular consciente orientado deambula- lando sono e repouso pre- servado 39,66 ppm foi medicado conforme pres- crição sem queixas no mo- mento e segue aos cuidados da equipe de enfermagem. <i>[Assinatura]</i> Valdeir Gomes Soraia COREN-PB/350.115-TE
Técnico em enfermagem	Técnico em enfermagem



DIGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

☐ DOR AGUDA relacionada a agente lesivo e/ou trauma evidenciado p/ relato verbal	☐ Risco para disfunção neurovascular relacionado ao trauma evidenciado por obstrução vascular, desorientação, agitação, torpor e coma;
☐ DOR AGUDA relacionada a patologia inespecífica evidenciado por relato verbal	☐ Risco para infecção relacionado a trauma, exposição ambiental aumentada, queimaduras e evidenciada por elevação da temperatura corpórea, destruição da pele e exsudatos, relato verbal de dor;
☐ DOR CRÔNICA relacionada a patologia evidenciada por incapacidade de deambular	☐ RISCO PARA DÉBITO CARDÍACO relacionado a resistência vascular aumentada, vasoconstricção, isquemia do miocárdio evidenciado por elevação da pressão arterial, relato de tonturas, mal estar e cefaleia;
☐ DÉBITO CARDÍACO ALTERADO relacionado a frequência cardíaca alterada evidenciado por bradicardia, taquicardia e/ou precordialgia	☐ RISCO DE LESÃO Prevenir compressão da mucosa traqueal pelo balonete ("cuff") insuflando-o adequadamente
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ relacionado a ansiedade evidenciado por, dispnéia, tosse e batimentos da asa do nariz, tiragem intercostal e saturação alterada	☐ RISCO para perfusão gastrointestinal ineficaz relacionado a peristaltismo e evidenciado por relatos de eliminação gastrointestinal alterada (diarréia e cólica)
☐ NAUSEA / ÊMESE relacionada ingestão de alimentos evidenciada por palidez cutânea	☐ PERFUSÃO TISSULAR RENAL ALTERADA relacionada a circulação sanguínea alterada evidenciada por edemas (face, abdome e membros)
☐ HIPOTERMIA relacionada a alterações corpóreas evidenciada por tremor, pele fria e pegajosa, cianose nos leitos ungueais e hipertensão arterial	☐ Mobilidade gastrointestinal disfuncional - relacionado a ausculta hipoativa do intestino e relacionado a tempo prolongado entre uma evacuação e outra
☐ HIPOTERMIA relacionada ao aumento da temperatura corpórea evidenciada por pele avermelhada, calor ao toque, frequência respiratória aumentada e taquicardia	☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL relacionada monitoração inadequada da glicemia evidenciada pela falta de controle do diabetes e auto consumo cerebral
☐ Mobilidade física prejudicada relacionada a força insuficiente para movimentar-se e evidenciada por queda da própria altura e/ou de veículo automotivo	☐ Volume de líquidos excessivos / relacionado a mecanismos reguladores e evidenciado por derrame pleural, congestão pulmonar, anasarca, reflexo hepatojugular positivo
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA relacionada a fatores mecânicos (FAB) e evidenciado por destruição de camadas da pele;	☐ Risco de choque relacionado a pacientes com hipovolemia e hipotensão severa evidenciado por cansaço aos mínimos esforços, fraqueza e cianose ungueal
☐ Proteção ineficaz relacionado a patologias crônicas e/ou tratamento oncológico e evidenciado por fadiga, fraqueza e imobilidade física	☐ Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado a desidratação, diarréia, disfunção renal evidenciado por perda de elasticidade e turgor da pele
☐ Eliminação urinária prejudicada, relacionado a bloqueio no esfíncter urinário evidenciado por presença de globo vesical, disúria e bexigona	☐ Risco de sangramento relacionado a aneurismas / distúrbios gastrointestinais como varizes, doenças ulcerativas gástricas, pólipos evidenciado por presença de melena, hemorragia digestiva alta e choque hipovolêmico
Intercorrências diurna	Intercorrência noturna
<i>Transtorno de sono, sono leve e curto, sendo o distúrbio agudo, relacionado ao procedimento de HSP. Medicação e seguimento com cuidados de enfermeiro.</i>	<i>12-02-2020 às 21:45h. Paciente em estado de choque, com alteração de consciência, agitação, náuseas, vômitos, diarréia, agitação, náuseas, vômitos, alteração da pele, por mal estado de hidratação e sangramento, segue em observação.</i>
	Maria Luana Alves de Nascimento  Enfermeiro







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
E SUPORTE NA OBRAS DE INFRA-ESTRUTURA

PE

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
5652161 SEP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

FILIAÇÃO
ADRIELSON DOS SANTOS

COGNE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
04119219971

ACC
20/06/2022

SAT. MAR
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
32584550707
PE079781304

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA ELMOUFIGUEREDO, 22 - CENTRO
ITAPORANGA/PE CEP: 5670000 (AQ: 154)

Ligação MONOFÁSICO
Cta/Sec: RES-MTC, B1 / RES-ENCL-AL - RF-NORM-AL
Ribeiro 7 - 154 - 25 - 3110 Referência Fev/2020
Medidor 0000886/477 Emissão 11/03/2020

energisa
ENERGISA PARÁBICI - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 204, Km 25 - Centro Parábici - João Pessoa/PB - CEP 58071-600
UNPABICI06 10110001-49 Insc. Est 10.015.823-0
Filia Fiscal: Cia de Energia Elétrica M006 714 620
Cód. para 94h. Automático: 00060282028

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

Conta referente a **Fev / 2020** Apresentação **11/02/2020** Data prevista da próxima leitura **12/03/2020** CPF/CNPJ/RANI **039.247.064-09** Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/28252-5**

Canal de contato

Conheça a Fiea, nossa atendimento virtual do WhatsApp. Ela pode te ajudar com informações sobre cobranças, emissão de boleto, status da conta de energia e até fazer pedido de Relação. Sobre nossos cartões e nos chame sempre que precisar. (03) 98135-5540

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
13/01/20	4750	11/02/20	4805	29

Demonstrativo

Qtd	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base (R\$)	Alug. (R\$)	Imp. (R\$)	Res. Calc. (R\$)	For. Calc. (R\$)	For. Calc. (R\$)	For. Calc. (R\$)	For. Calc. (R\$)
0001	Consumo em kWh	95,000	0,702150	66,70	66,48	25	10,82	66,48	0,82	2,68	
0001	Adic. B. Ambiente	1,00	1,00	25	0,25	1,00	0,01	0,04			
0007	CONTRIBUIÇÃO ILUMIN. P. B. C.	9,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0004	JUNOS DE MORTA (11/2020)	0,15	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0005	MULTA (11/2020)	0,90	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3320955 DATA DE EXPEDIENTE 04 MAI 2005

NOME DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

FILIAÇÃO Antonio Cipriano da Silva Neto
Maria de Lourdes da Silva

NATURALIDADE Princesa Isabel-PB DATA DE NASCIMENTO 28.08.1985

Cert. Nasce Nº 5.165.16-V, Liv. A-06

Cert. de Manaira-PB.

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
080.988.204-32

Nome
DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

Nascimento
28/08/1985





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA			
DETRAN - PE		Nº 014959374086	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	COD. RENAVAM	RNTIC	EXERCICIO
1	892717219	*****	2019
ADELMA MEDEIROS NOGUEIRA DELFINO			
9 C BAIXA VERDE-SE			
C/CHASSI		PLACA	
129.246.154-37		K1P2403	
PLACA/RNTIC		CHASSI	
*****		9C2KC06106R921308	
TIPO DE VEICULO		COMBUSTIVEL	
B3 MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB. - ANO MOD.	
HONDA/CG 150 TITAN KS		2006 - 2006	
CAP/ROT/OL	CATEGORIA	COR PREC/VERNANTE	
29/149CL	PARTIC	VERMELHA	
COTA UNICA		VENZ. COTA UNICA	
IPVA 2019 QUITADO		1º *****	
FAIXA IPVA		2º *****	
PARCELAMENTO/COTAS		3º *****	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
80.11		25/02/19	
SEM RESERVA DE FORTES OBRIGATORIO			
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA			
Assinado por: <i>Roberto Delfino</i>		DATA	
9 C BAIXA VERDE-SE		20/11/19	
Assinado por: Carlos Nogueira Delfino			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT			
PE Nº 014959374086		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ADELMA MEDEIROS NOGUEIRA DELFINO			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
9 C BAIXA VERDE-SE		EXERCICIO	DATA EMISSÃO
		2019	20/11/19
VIA	CPS / CBRU	PLACA	
1	129.246.154-37	K1P2403	
REN/AN		MARCA / MODELO	
882717219		HONDA/CG 150 TITAN KS	
ANO FAB.	ALIAN.	Nº CHASSI	
2006	09	9C2KC06106R921308	
PREMIO TARIFARIO			
PNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
25.08	4.01	40.06	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	DPVAT	COTA DE SEGURO (R\$)	
4.15	0.92	34.56	
COTA UNICA	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO	
☒	☐ PARCELADO	25/02/19	
SEGURADORA LIDER - DPVAT			
CNPJ 08.246.806/0001-04			
DETACHAR E GUARDAR O BILHETE DPVAT			



PROCURAÇÃO

Outorgante: Dalvanete do Santos Cipriano, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão Agricultora, residente e domiciliado à Rua Manoel Antonio Simões, nº 167, bairro Faz. Namora, Município de Paraíba, Estado da(o) Pernambuco, Cep: 52.995.000, portador(a) do RG nº 3320953 e CPF nº 080.988.204.32.

Outorgado: Edilson Rodrigues do Santos, brasileiro, estado civil casado, profissão autonomo, residente e domiciliado à Rua Euvidio Figueiredo, nº 22, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da Paraíba, Cep: 58780 – 000, portador do RG nº 5652161, e CPF nº 039.247.064-09.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou ocorrido em 10.10.2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza invalidez /

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ITAPORANGA 06 de Julho de 2020

X Dalvanete do S. Cipriano

outorgante

CPF Nº 080.988.204.32

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0188056/20
Vítima: DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO
CPF: 080.988.204-32
CPF de: Próprio
Data do acidente: 10/02/2020
Titular do CPF: DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

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

DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO : 080.988.204-32

Autorização de pagamento
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: 07/07/2020
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/07/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

