

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: MARTA SANTOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3170608967

Vitima: JOSINO LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 13/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3170608967**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Morte é de R\$ 13.500,00 e será pago aos legítimos beneficiários, 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.br** 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

Carta nº 11978084



Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: MARTA SANTOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3170608967

Vitima: JOSINO LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 13/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170608967**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Prova de companheirismo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** 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

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2018

Carta nº: 12556485

A/C: MARTA SANTOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3170608967
Vitima: JOSINO LIMA DA SILVA
Data do Acidente: 13/10/2017
Cobertura: MORTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: MARTA SANTOS DA SILVA

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 237

Agência: 000005776-2

Conta: 00000596015-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Marta Santos da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 3601.940

EXPEDIDO POR SSDS PB

EM 12/11/2017

CPF 092394414-17 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO PERICLITADA

E RENDA MENSAL DE R\$ 220,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSINO LIMA DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

Autorização de pagamento



1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO 237 AGÊNCIA 5776 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 059601510
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAU
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Solamez, PB

DATA 30/10/2017

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Marta Santos da Silva

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**Bradesco****Dia & Noite**

BOM - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL

TERM.053610

MARTA SANTOS DA SILVA
AGENCIA 5776 CONTA 0596015-0

12:29 HRS
30/OUT/2017

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL 48,60-
+ CONTA FACIL (C/C + POUP) 48,60-

TOTAL DE RECURSOS 48,60-

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)

-----MARCO/2016-----			
DIA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
	SALDO ANTERIOR		0,00
-----OUTUBRO/2017-----			
30	TARIFA BANCARIA 0101017		16,20-
	CESTA BRADESCO EXPRE		
	TARIFA BANCARIA 0110817		16,20-
	CESTA BRADESCO EXPRE		
	TARIFA BANCARIA 0110917		16,20-
	CESTA BRADESCO EXPRE		
	SALDO TOTAL		48,60-

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h.
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas Pf
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017

Ocorrência nº. 1131/2017

Aos DEZESSETE dias de OUTUBRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevô(o) do seu cargo, às, por volta 11h:06min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARTA SANTOS DA SILVA, conhecido(a) por MARTA, Identidade nº 3.601.940-SSS/PB, CPF nº 092.394.414-17, nacionalidade brasileira, estado civil: viúva, profissão: agricultora, filho(a) de Antonio Moreira Da Silva E De Maria Do Carmo Santos Da Silva, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 09/09/1988 (29 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Malhada, Zona Rural, tendo como ponto de referência: próximo ao sem terra, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: (83) 98164-2805.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 13 de outubro de 2017;
- 3) **Horário do fato:** 02h:0min;
- 4) **Local do fato:** Rodovia PB-105, Solânea/PB (próximo ao Motel charm);
- 5) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 6) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** NÃO
- 7) **Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

Uma moto HONDA/CG 125 TITAN KS, PLACA MINI 8269/PB, COR VERMELHA, ANO/MOD 2003/2004, CHASSI 9C2JC30104R053883, RENAVAL 815913532, licenciado no nome de FRANCISCO PEREIRA DE LIMA.

8) Breve resumo do fato:

Narra a comunicante que convive em união estável com a pessoa de JOSINO LIMA DA SILVA, filho de Roberto Paulo da Silva e de Lunatva Pereira de Lima, natural de Solânea/PB, nascido em 20/03/1987, e desta relação o casal tiveram 04 filhos, tendo um falecido. Quer no dia do fato, soube por populares que seu companheiro tinha sofrido um acidente na moto, e não tinha resistido aos ferimentos e veio a óbito no local.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

não tem

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevô(o) que digitei.

Marta Santos da Silva

MARTA SANTOS DA SILVA

Comunicante

Escrivã(o)/Agente

Matrícula nº 168.610-1

Boletim de ocorrência



CARTÓRIO "DINAH CORRÊA"
SOLÂNEA-PB.
Belª Edna Maria Corrêa Paiva - Titular
Belª Veruscha Corrêa Paiva Lopes - Tab. Substituta
Flávia Patrícia Dantas da Silva - Esc. Substituta
Elida Sousa Alencar de Brito - Escrevente

DINAH CORRÊA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR
TÍTULOS - Registro de Imóveis - Registro de Pessoas
Registra de Testes e Declarações e Registra de Poderes
Rua José Antônio Corrêa Paiva, 249 - Centro - Solânea - PB
55220-000 Fone: (83) 3343-2711 - geral@serviçonotarial.com.br

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.

Solânea-PB 23/10/2017, 09:29:35

Flávia Patrícia Dantas da Silva - Escrevente

[2017-009429] EMUL:R\$ 2,31 FAXPEN:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 0,46

SELO DIGITAL: AFX59557-4784

Confira a autenticidade em: http://selodigital.pb.gov.br

Flávia Patrícia Dantas da Silva
Escrevente Substituta





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA

SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL
CARTÓRIO DISTRITAL DO TABOLEIRO- BANANEIRAS-PB

Ivan Cosmo Pereira - Oficial do Registro Civil

CARTÓRIO DISTRITAL DO TABOLEIRO
Ivan Cosmo Pereira
Oficial do Registro Civil
Elton Rocha Pereira
ESCREVENTE AUTORIZADO

Certidão de Nascimento

Eu, Ivan Cosmo Pereira, Oficial do Registro Civil, deste SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL, do Distrito de Taboleiro, da Comarca de Bananeiras, estado da Paraíba, na forma da lei, etc.

CERTIFICO que às folhas 67, sob número 5266 do livro A-00006 do Registro de Nascimento, foi feito hoje o assento de **JOALISON LIMA DA SILVA**, nascido aos sete de abril de dois mil e oito (7/4/2008), às 13 horas e 35 minutos, no Hospital Municipal Drº Clóvis Bezerra, conforme DNV nº 40573488, na cidade de Bananeiras-PB, do sexo masculino, filho de Josino Lima da Silva, Agricultor, natural de Solânea-PB e Marta Santos da Silva, Agricultora, natural de Solânea-PB. Sendo avós paternos Roberto Paulo da Silva e Lúcia Pereira da Silva. E avós maternos Antônio Moreira da Silva e Maria do Carmo Santos da Silva.

Foi declarante o pai do registrado. Testemunhas dispensadas nos termos da LEI 9.997/2000.

O referido é verdade, dou fé.

Obs: Esta certidão não contém rasuras.

Distrito do Taboleiro, 28 de abril de 2008

CARTÓRIO DISTRITAL DO TABOLEIRO
Ivan Cosmo Pereira
Oficial do Registro Civil
Elton Rocha Pereira
ESCREVENTE AUTORIZADO

Ivan Cosmo Pereira

Ivan Cosmo Pereira
Oficial do Registro Civil

Ivan Cosmo Pereira
Oficial de Registro Civil
CPF 316.294.217-34

Certidão de nascimento



Rua Projéctua S/N Distrito do Taboleiro, Bananeiras-PB - Fone:

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

180176



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
JOSINO LIMA DA SILVA

MATRÍCULA:
0700520155 2017 4 00012 045 0008918 47

SERVIÇO REGISTRAL ANTONICE
Estado de Paraíba - Comarca de Solânea
Antônio de Medeiros Santos
Oficial
Avenida Medeiros S. C. 154
Oficial Substituto
Mariane Eliane S. Rodrigues
SOLÂNEA - PB
Rafaela Santos R. Borges
Escrevente

SEXO masculino COR PARDA ESTADO CIVIL E IDADE solteiro, 30 anos

NATURALIDADE/UF Solânea-PB DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
CPF nº: 081.048.634-28

ELEITOR SIM - Nº 035168761210, Zona: 48 - PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO) ROBERTO PAULO DA SILVA e LUNALVA PEREIRA DE LIMA, Resida na(o) SÍTIO MALHADA, no município de Solânea-PB

DATA E HORA DO FALECIMENTO treze de outubro de dois mil e dezessete - 07:55 DIA 13 MÊS 10 ANO 2017

LOCAL DO FALECIMENTO Em via pública: Rodovia PB 105- no município de Solânea-PB

CAUSA DA MORTE TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. **Certidão de óbito**

NOME DO MÉDICO / CRM D^{ra} Joseane Xavier de Lima - CRM: 7271 LOCAL DO SEPULTAMENTO Cemitério São Miguel no município de Arara-PB

DECLARANTE MARTA SANTOS DA SILVA, COMPANHEIRA do falecido, brasileira, solteira, com 29 anos de idade, Agricultora, residente e domiciliada: SÍTIO MALHADA, Solânea-PB, natural de Solânea-PB

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Registro lavrado em 17/10/2017, no Livro C-00012, Nº 8918, folha 45. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 238955171. O FALECIDO VIVIA MARITALMENTE COM MARTA SANTOS DA SILVA, COM QUEM DEIXOU 3 FILHOS DE MENOR IDADE DE NOMES: JOALISON, MARIA EDUARDA E JEFFERSON, NÃO DEIXOU BENS A INVENTARIAR.

NOME DO OFÍCIO Serviço Registral - ANTONICE
OFICIAL REGISTRADOR Be^a Antonice de Medeiros Santos
MUNICÍPIO/UF Solânea-PB
ENDEREÇO Rua José Pessoa da Costa nº284 Centro - E-mail: carlonandantonice@gmail.com Solânea-PB - CEP 58225000 Fone: 05333532995

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Solânea-PB, 17 de Outubro de 2017

Raphaella Santos R. Borges
Raphaella Santos Rodrigues Borges
Escrevente

Selo Digital: **AFY39063-ES4D**
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.pb.jus.br>

Cartório do Registro Civil
Solânea - PB

Raphaella Santos R. Borges
Escrevente

CARTÓRIO "DINAH CORRÊA"
SOLÂNEA-PB

Flávia Patrícia Dantas da Silva
Escrevente Substituta

Autentico a presente cópia, reproduzida fiel do original que me foi apresentado, em testemunho da verdade.
Solânea-PB, 23/10/2017 09:29:33
Flávia Patrícia Dantas da Silva - Escrevente Substituta
12017-0095301 EML-89 2.31. F8888888 0.27 F8888888 0.46
SELO DIGITAL: AFY39063-ES4D
Confira a autenticidade em <https://selodigital.pb.jus.br>

DINAH CORRÊA
SERVIÇO REGISTRAL ESCRITURAL
Rua José Pessoa da Costa nº284 Centro - Solânea-PB - CEP 58225000 Fone: 05333532995

Edna Maria Corrêa Paiva
Tabelião
Rua José Pessoa da Costa nº284 Centro - Solânea-PB - CEP 58225000 Fone: 05333532995

Edna Maria Corrêa Paiva - Tabelião
Rafaela Santos R. Borges - Escrevente
Flávia Patrícia Dantas da Silva - Escrevente Substituta

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 895465 - B

17/10/2017 09:29:33

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marta Santos da Silva

RG nº 3601.940, data de expedição 12/11/2007 Órgão SSDS PB

CPF nº 092.394.414-17, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Malhada</u>
Número	<u>SN</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Solânea</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58225-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98169-1467</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Solânea, PB, 30/10/17

Assinatura do Declarante: Marta Santos da Silva

Comprovante de residência



[illegible]

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Agô / 2017	14/08/2017	13/09/2017	5136124407

UC (Unidade Consumidora): 5/1257524-7

Canal de contact:

Agência Especial de Energia Elétrica - TSEE foi criada pelo Lei nº 10.420, de 28 de abril de 2002.

Anterior		Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letra	Data	Letra		
32/07/17	4145	14/08/17	4200		
Demonstrativo					
OCI	Descrição	Quantidade	Valor Unit	Valor Base Calc	Valor Base Calc
0001	Consumo de 30-VM-ETI	30.000	0,214000	6,31	6,31
0001	Consumo - 31 a 100-VM-SP	24.000	1,362000	8,05	8,05
0007	Adic B Amarelo		0,317	0,317	0,317
0008	Adic B Vermelho		0,48	0,48	0,48
0010	Servico		19,05	19,05	19,05
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0007	CONTRIBUICAO IMPOSTO		0,00	0,00	0,00
0008	JUROS DE MOROSIA 2017		0,00	0,00	0,00
0009	MULTA 07/2017		0,00	0,00	0,00
0010	Divulgaçao Substituiçao		12,81	12,81	12,81

Costo de Capitalización de Interés	TOTAL	29,20	25,64	6,91	29,84	0,34	1,5
------------------------------------	-------	-------	-------	------	-------	------	-----

54 Medição (Orçamento) mensais (R\$ mil)	VENCIMENTO 21/08/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 28,28
--	--	--

Histórico de Consumo (kWh)												
56	53	55	47	80	51	55	58	55	54	53	45	
Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	

RECEIVED NO FISCAL
0389.7eb6.42cc.38fb.54f3.74f5.7616.4f89.

Indicadores de Qualidade			Geração de Energia		
01/2017 - Pico			01/2017 - Pico		
	Limite de Tensão de 48 AN EL	Apurado (V)		Valor	%
OP. N° 48 AN EL	12,78	0,57	Consumo de Dólar de Energia PB	3,85	13,67
OP. N° 48 AN EL	12,78	0,57	Consumo de Energia	0,37	28,40
OP. N° 48 AN EL	12,78	0,57	Serviço de Transmissão	1,42	5,95
OP. N° 48 AN EL	12,78	0,57	Encargos Sociais	12,29	81,14
OP. N° 48 AN EL	12,78	0,57	Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
OP. N° 48 AN EL	12,78	0,57	Outros Benefícios		
OP. N° 48 AN EL	12,78	0,57	Total	29,28	100,00

Yokohama Specie Bank, Ltd. 6/23/17 1915.2

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3424934 DATA DE EXPEDICAO 14/03/06

NOME JOSINO LIMA DA SILVA

Roberto Paulo da Silva

Lunalva Pereira de Lima

Solânea-PB. 20-03-1987.

Cert. Nasc. Nº 11.572; fls. 247; liv. A-10

Cart. de Arara-PB.

LEI Nº 7.152 DE 20-03-83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI. P62

NÃO ALFABETIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 081.048.634-28

Nome JOSINO LIMA DA SILVA

Nascimento 20/03/1987

Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

CORREIOS

www.correios.com.br

Documentos de Identificação



SENINFORME LIVER PRINT R04 09-10-2017 11:09 328328 1/1

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.601.940 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/11/2007

NOME MARTA SANTOS DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO MOREIRA DA SILVA
MARIA DO CARMO SANTOS DA SILVA

NATURALIDADE SOLANEA-PB DATA DE NASCIMENTO 09/09/1988

DOO ORIGEM NASC.N. 23149, PLS 562 LIV.A 22
CARTORIO SOLANEA-PB

CPF

Assinatura do titular

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

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

DIUP-13

NÃO ESTABILIZADA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

092.394.414-17

MARTA SANTOS DA SILVA

09/09/1988

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Outubro 2007

CORREIOS
www.correios.com.br

Documentos de identificação



SEMPROBIL LIDER GARCIA PA 09-NOV-2017 11:09 328329 1/1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:
JEFFERSON LIMA DA SILVA

MATRÍCULA

0711670155 2014 1 00019 159 0020329 13

DATA DE NASCIMENTO(POR EXTENSO) nove de setembro de dois mil e quatorze DIA 09 MÊS 09 ANO 2014

HORA DE NASCIMENTO 11:40 MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Solânea-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF Barra de Santa Rosa-PB LOCAL DE NASCIMENTO Hospital Distrital de Solânea - Solânea-PB SEXO masculino

FILIAÇÃO Josino Lima da Silva e Marta Santos da Silva

AVÓS PATERNO(S): Roberto Paulo da Silva e Lunayla Pereira de Lima ;
MATERNO(S): Antonio Moreira da Silva e Maria do Carmo Santos da Silva.

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

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) vinte e sete de novembro de dois mil e quatorze (27/11/2014). DNV (DEC. NASC. VIVO) 30646359292

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Obs: Registro lavrado em 27/11/2014, no livro A-00019, Nº 20329, folha 159. Os genitores do registrado se declaram agricultores.

NOME DO OFÍCIO Cartório de Registro Civil e Notas

OFICIAL REGISTRADOR Cícera Cislina dos Santos

MUNICÍPIO/UF Barra de Santa Rosa-PB

ENDEREÇO Rua Manoel de Sousa Lima, 70 - Centro Barra de Santa Rosa-PB -
CEP 58170000 Fone: (83) 3376-1147 E-mail:
barrasantosacartorio@yahoo.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Barra de Santa Rosa-PB, 27 de Novembro de 2014

Ana Maria Henriques de Almeida
Ana Maria Henriques de Almeida
Oficial Substituta

Selo Digital: **AAB65774-05XR**
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.pb.jus.br>

SERVIÇO REGISTRAL
Ana Braga Henriques
Ana Maria Henriques de Almeida
OFICIALA SUBSTITUTA
BARRA DE SANTA ROSA - PB



VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU FALSIFICAÇÃO INVALIDA ESTE DOCUMENTO



Nº 792146-A

Documentos de identificação



SERVIÇO REGISTRAL
Ana Braga Henriques
Ana Maria Henriques de Almeida
OFICIALA SUBSTITUTA
BARRA DE SANTA ROSA - PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

MARIA EDUARDA LIMA DA SILVA

MATRÍCULA

0711670155 2013 1 00019 080 0020012 95

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) vinte e oito de dezembro de dois mil doze DIA 28 MES 12 ANO 2012

HORA DE NASCIMENTO 03:40 MUNICIPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Campina Grande-PB

MUNICIPIO DE REGISTRO/UF Barra de Santa Rosa-PB LOCAL DE NASCIMENTO Instituto de Saúde Elpidio de Almeida - ISEA SEXO feminino

FILIAÇÃO Josino Lima da Silva e Marta Santos da Silva

AVOS
PATERNO(S): Roberto Paulo da Silva e Lunilva Pereira de Lima ;
MATERNO(S): Antonio Moreira da Silva e Maria do Carmo Santos da Silva.

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

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) dez. de janeiro de dois mil e treze (10/01/2013). DMV (DEC. NASC. VIVO) 30611501904

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Obs: Registro lavrado em 10/01/2013, no livro A-00019, Nº 20012, folha 80. Os genitores da registrada são agricultores.

Documentos de identificação



SERVIÇO REGISTRAL
Ana Braga Henriques
Ana Maria Henriques de Almeida
OFICIALA SUBSTITUTA
BARRA DE SANTA ROSA - PB

NOME DO OFÍCIO
Cartório de Registro Civil e Notas

OFICIAL REGISTRADOR
Cícera Cláudia dos Santos

MUNICÍPIO/UF
Barra de Santa Rosa-PB

ENDEREÇO
Rua Manoel da Sousa Lima, 70 - Centro Barra de Santa Rosa-PB -
CEP - 5817000 FONE: (83)3376-1147

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Barra de Santa Rosa-PB, 10 de Janeiro de 2013

Ana Maria Henriques de Almeida
Ana Maria Henriques de Almeida
Oficiala Substituta

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
148.579.634-26

Nome
JOALISON LIMA DA SILVA

Nascimento
07/04/2008

CÓDIGO DE CONTROLE
038F.30B4.E15A.FD93



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:49:34 do dia 25/10/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
148.503.884-77

Nome
JEFFERSON LIMA DA SILVA

Nascimento
09/09/2014

CÓDIGO DE CONTROLE
BA3D.112D.1BAF.73BF



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:59:45 do dia 23/10/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de Identificação



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
148.503.274-19

Nome
MARIA EDUARDA LIMA DA SILVA

Nascimento
28/12/2012

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442951/17
Vítima: JOSINO LIMA DA SILVA
CPF: 081.048.634-28

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/10/2017
Titular do CPF: JOSINO LIMA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

MARTA SANTOS DA SILVA : 092.394.414-17
Prova de companheirismo

Outros



ATENÇÃO:

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

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/03/2018
Nome: JOALISON LIMA DA SILVA
CPF: 148.579.634-26

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2018
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

JOALISON LIMA DA SILVA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

Marta 31

	CADASTRO DOMICILIAR		DIGITADO POR: <u>João</u>	DATA: <u>15/08/17</u>
			CONFERIDO: <u>João</u>	FOLHA: <u>01</u>

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL <u>2094290942200181</u>	C64. CNES UNIDADE <u>2357208</u>	C64. CNES EQUIPE <u>132934</u>	MICROÁREA <u>KE</u>	DATA: <u>13/07/17</u>
---	-------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	--------------------------

Legenda: ☐ Opção de Múltipla Escolha ☐ Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA TIPO DE LOGRADOURO: <u>Sítio</u>		NOME DO LOGRADOURO: <u>Malhada de Cima</u> Nº:	
COMPLEMENTO:		BAIRRO: <u>Zona Rural</u>	
MUNICÍPIO: <u>Solânea</u>		UF: <u>PB</u>	CEP: <u>58225000</u>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento e minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura: _____

TELÉFONES PARA CONTATO TELEFONE RESIDENCIAL: ()	TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()
---	-----------------------------

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA

☒ Próprio
 ☐ Financiado
 ☐ Alugado
 ☐ Arrendado
 ☐ Cedida
 ☐ Ocupação
 ☐ Situação de Rua
 ☐ Outra

LOCALIZAÇÃO

☐ Urbana
 ☒ Rural

TIPO DE DOMICÍLIO ☒ Casa ☐ Apartamento ☐ Cômodo ☐ Outro	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra ☒ Proprietário ☐ Parceiro(a) / Meiro(a) ☐ Assentado(a) ☐ Posselro ☐ Arrendatário(a) ☐ Comodatário(a) ☐ Beneficiário(a) do Banco da Terra ☐ Não se aplica
---	---

Nº de Moradores: 06 Nº de Cômodos: 05

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO ☐ Asfalto ☒ Chão Batido ☐ Fluvial ☐ Outro	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO Alvenaria/Tijolo: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento Talpa: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento Outros: ☐ Madeiro Aparelhada ☐ Palha ☐ Material Aproveitado ☐ Outro Material
---	--

Disponibilidade de Energia Elétrica? ☒ Sim ☐ Não

ABASTECIMENTO DE ÁGUA ☒ Rede Encanada até o Domicílio ☐ Poço / Nascente no Domicílio ☐ Cisterna ☐ Carga Pipa ☐ Outro	TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO ☒ Filtração ☐ Fervura ☐ Cloração ☐ Sem Tratamento
---	---

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO ☐ Rede Coletora da Escola ou Pluvial ☐ Fossa Séptica ☐ Fossa Rudimentar ☐ Direto para um Rio, Lago ou Mar ☒ Céu Aberto ☐ Outra Forma	DESTINO DO LIXO ☐ Coletado ☒ Queimado/Enterrado ☐ Céu Aberto ☐ Outro
--	--

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

☒ Sim ☐ Não

QUAL(ES)?

☐ Gato
 ☒ Cachorro
 ☐ Pássaro
 ☐ De Criação (porco, galinha...)
 ☐ Outros

Quantos: 2

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE (MÊS) (ANO)
				<u>4</u>	<u>07</u> <u>17</u>



CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

Jefmo

DATA:

15/09/17

CONFERIDO POR:

Jefmo

FOLHA Nº:

01

CNS DO PROFISSIONAL*

207429004220018

CBO*

EL61-05

CNES*

2307298

INE*

132934

DATA*

13/07/17

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO

7007020952149180

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

☒ Sim ☐ Não

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

MICROÁREA*

661 FA

NOME COMPLETO: * MARIANA ISANTOIS DA SILVA

NOME SOCIAL: DATA DE NASCIMENTO: * 09/09/58 SEXO: * ☒ FRAÇA/COR: * ☐ Branca ☐ Preta ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena Etnia: ** Nº NIS (PIS/PASEP)NOME COMPLETO DA MÃE: * MARIANA DO CARMO ISANTOIS DA SILVA ☐ DesconhecidoNOME COMPLETO DO PAI: * ANTONIO MORAES SANTOS DA SILVA ☐ DesconhecidoNACIONALIDADE: * ☒ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO: ** Brasil DATA DE NATURALIZAÇÃO: ** / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO: ** MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO: ** Barra Santa Rosa PB

DATA DE ENTRADA NO BRASIL: ** / / TELEFONE CELULAR: () E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

- ☒ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Enteadado(a) ☐ Neto(a)/Bisneto(a)
☐ Pai/Mãe ☐ Sogra(s) ☐ Irmão/Irmã ☐ Genro/Nora ☐ Outro parente ☐ Não parente

OCUPAÇÃO

Agricultor

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? ☐ Sim ☒ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

- ☐ Creche
☐ Pré-escola (exceto CA)
☐ Classe de Alfabetização - CA
☐ Ensino Fundamental 1ª e 4ª séries
☐ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
☐ Ensino Fundamental Completo
☐ Ensino Fundamental Especial
☒ Ensino Fundamental EJA - séries Iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
☐ Ensino Fundamental EJA - séries Finais (Supletivo 5ª a 8ª)
☐ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)
☐ Ensino Médio Especial
☐ Ensino Médio EJA (Supletivo)
☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
☐ Alfabetização para Adultos (Móvel etc.)
☐ Nenhum

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

- ☐ Empregador
☐ Assalariado com carteira de trabalho
☐ Assalariado sem carteira de trabalho
☐ Autônomo com previdência social
☐ Autônomo sem previdência social
☐ Aposentado/Pensionista
☐ Desempregado
☐ Não trabalha
☐ Servidor público/militar
☒ Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ OutroFREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ☐ Sim ☒ Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ☒ Sim ☐ Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☒ NãoÉ MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?

☒ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

- ☒ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Outra
☐ Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, QUAL?

- ☐ Homem transsexual ☐ Travesti
☐ Mulher transsexual ☐ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, QUAL(ES)?

- ☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra
☐ Visual ☐ Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

☐ Mudança de território ☐ Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:

Data do óbito: / /

Número da D.O.

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

QUESTIONARIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? ☐ Sim ☒ Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? ☐ Abaixo do Peso ☒ Peso Adequado ☐ Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ☐ Sim ☒ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):* ☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? ☐ Sim ☒ Não		TEM DOENÇA HANSENÍASE? ☐ Sim ☒ Não
FAZ USO DE ALCOOL? ☐ Sim ☒ Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? ☐ Sim ☒ Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? ☐ Sim ☒ Não		TEM OU TEVE CÂNCER? ☐ Sim ☒ Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ☐ Sim ☒ Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ☐ Sim ☒ Não Se Sim, por qual causa? _____
TEM DIABETES? ☐ Sim ☒ Não		TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? ☐ Sim ☒ Não
TEVE AVC/DERRAME? ☐ Sim ☒ Não		ESTÁ ACAMADO? ☐ Sim ☒ Não
TEVE INFARTO? ☐ Sim ☒ Não		ESTÁ DOMICILIADO? ☐ Sim ☒ Não
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? ☐ Sim ☒ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):** ☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS? ☒ Sim ☐ Não Se Sim, indique qual(ES): _____
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ☐ Sim ☒ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):* ☐ Insuficiência Renal ☐ Outra ☐ Não Sabe		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ☐ Sim ☐ Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE 1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		E ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? ☐ Sim ☒ Não TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? ☐ < 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 5 anos ☐ > 5 anos		SE SIM, INDIQUE qual(ES): _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ☐ Sim ☐ Não		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ☐ Sim ☐ Não Se Sim, qual É o Grau De parentesco? _____
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ☐ Sim ☐ Não		TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):* ☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? ☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ mais de 3 vezes QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? ☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras ☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular		

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar x na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

MICROÁREA*

7081603549051888

☐ Sim ☒ Não

71007102995214969

46 ☐ FA

NOME COMPLETO: MARIA DO CARMO SANTOS DA SILVA

NOME SOCIAL: M DATA DE NASCIMENTO: 23/01/54 SEXO: ☒ F ☐ MRAÇA/COR: ☐ Branca ☐ Preta ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena Etnia: Nº NIS (PIS/PASEP)NOME COMPLETO DA MÃE: MARIA BEZERRA DOS SANTOS ☐ DesconhecidoNOME COMPLETO DO PAI: JOSE YOAQUIM DOS SANTOS ☐ DesconhecidoNACIONALIDADE: ☒ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO: Brasil DATA DE NATURALIZAÇÃO: / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO: Município e UF de Nascimento: Brejo de Arára PB

DATA DE ENTRADA NO BRASIL: / / TELEFONE CELULAR: E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

- ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Enteado(a) ☐ Neto(a)/Bisneto(a)
☒ Pai/Mãe ☐ Sogra(s) ☐ Irmão/Irmã ☐ Genro/Nora ☐ Outro parente ☐ Não parente

OCUPAÇÃO

Agricultora

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? ☐ Sim ☒ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

- ☐ Creche
☐ Pré-escola (exceto CA)
☐ Curso de Alfabetização - CA
☐ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
☐ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
☐ Ensino Fundamental Completo
☐ Ensino Fundamental Especial
☐ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
☐ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Gonçalves, Técnico etc)
☐ Ensino Médio Especial
☐ Ensino Médio EJA (Supletivo)
☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
☐ Alfabetização para Adultos (Modal etc)
☒ Nenhum

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

- ☐ Empregador
☐ Assalariado com carteira de trabalho
☐ Assalariado sem carteira de trabalho
☐ Autônomo com previdência social
☐ Autônomo sem previdência social
☐ Aposentado/Pensionista
☐ Desempregado
☐ Não trabalha
☐ Servidor público/militar
☒ Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ OutroFREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ☐ Sim ☒ Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ☒ Sim ☐ Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☒ NãoÉ MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?

☒ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

- ☒ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Outra
☐ Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, QUAL?

- ☐ Homem transexual ☐ Travesti
☐ Mulher transexual ☐ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, QUAL(ES)?

- ☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra
☐ Visual ☐ Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

☐ Mudança de território ☐ Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:

Data do óbito:

Número da DO:

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

QUESTIONARIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTÁ GESTANTE? ☐ Sim ☒ Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?

☐ Abaixo do Peso ☒ Peso Adequado ☐ Acima do Peso

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):*

☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe

ESTÁ FUMANTE?

☒ Sim ☐ Não

FAZ USO DE ALCOOL?

☐ Sim ☒ Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?

☐ Sim ☒ Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?

☐ Sim ☒ Não

TEM DIABETES?

☐ Sim ☒ Não

TEVE AVC/DERRAME?

☐ Sim ☒ Não

TEVE INFARTO?

☐ Sim ☒ Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):**

☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):*

☐ Insuficiência Renal ☐ Outra ☐ Não Sabe

ESTÁ COM HANSENÍASE?

☐ Sim ☒ Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE?

☐ Sim ☒ Não

TEM OU TEVE CÂNCER?

☐ Sim ☒ Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

☐ Sim ☒ Não

Se Sim, por qual causa?

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE?

☐ Sim ☒ Não

ESTA ACAMADO?

☐ Sim ☒ Não

ESTÁ DOMICILIADO?

☐ Sim ☒ Não

USA PLANTAS MEDICINAIS?

☐ Sim ☒ Não

Se Sim, indique qual(ES):

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ☐ Sim ☒ Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?

☐ Sim ☒ Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

☐ < 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 5 anos ☐ > 5 anos

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?

☐ Sim ☐ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?

☐ Sim ☐ Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?

☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ mais de 3 vezes

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?

☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras
☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular

E ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?

☐ Sim ☐ Não

Se Sim, indique qual(ES):

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?

☐ Sim ☐ Não

Se Sim, qual é o Grau De parentesco?

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):*

☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar x na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea

FA: Fora de Área

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

CNS DO PROFISSIONAL*

207429004220018

CSO*

S15105

CNES*

12357208

INE

1329134

DATA*

13/07/17

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADAÑO

CNS DO CIDADÃO

70110181847511712

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

☐ Sim ☒ Não

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

21007021915211319

MICROÁREA*

016 ☐ A

NOME COMPLETO*

EDISINIO JIMBALDA SILVA

NOME SOCIAL:

RACIA/COR*

☐ Branca ☐ Preta ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

Etnia**

NOME COMPLETO DA MÃE*

LUNALVA IDALISA LVA

☐ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI*

ROBERTO PAULINA DA SILVA

☐ Desconhecido

NACIONALIDADE*

☒ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro

PAÍS DE NASCIMENTO**

Brasil

DATA DE NATURALIZAÇÃO**

/ /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO**

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO**

Salvador - BA

DATA DE ENTRADA NO BRASIL**

/ /

TELEFONE CELULAR ()

E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

- ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☒ Filho(a) ☐ Enteadado(a) ☐ Neto(a)/Bisneto(a)
☐ Pai/Mãe ☐ Sogra(s) ☐ Irmão/Irmã ☐ Genro/Nora ☐ Outro parente ☐ Não parente

Ocupação

Estudante

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? ☒ Sim ☐ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

- ☐ Creche
☐ Pré-escola (exceto CA)
☐ Classe de Alfabetização - CA
☐ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
☐ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
☐ Ensino Fundamental Completo
☐ Ensino Fundamental Especial
☒ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
☐ Ensino Médio, Médio 2º Cido (Gintífico, Técnico etc.)
☐ Ensino Médio Especial
☐ Ensino Médio EJA (Supletivo)
☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
☐ Alfabetização para Adultos (Móbrai etc.)
☐ Nenhum

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

- ☐ Empregador
☐ Assalariado com carteira de trabalho
☐ Assalariado sem carteira de trabalho
☐ Autônomo com previdência social
☐ Autônomo sem previdência social
☐ Aposentado/Pensionista
☐ Desempregado
☐ Não trabalha
☐ Servidor público/militar
☒ Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA?

☐ Adulto Responsável ☐ Outros(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sogra(s) ☐ Creche ☐ Outro

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ☐ Sim ☒ Não

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?

☐ Sim ☒ Não

POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO?

☐ Sim ☒ Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, QUAL?

- ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Outra
☐ Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, QUAL?

- ☐ Homem transexual ☐ Travesti
☐ Mulher transexual ☐ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, QUAL(ES)?

- ☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra
☐ Visual ☐ Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

☐ Mudança de território ☐ Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:

Data do óbito: / / Número da O.O.:

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recusa este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento à minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

QUESTIONARIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE.

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? ☐ Sim ☒ Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? ☐ Abaixo do Peso ☒ Peso Adequado ☐ Acima do Peso	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ☐ Sim ☒ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IST): ☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe	
ESTÁ FUMANTE? ☐ Sim ☒ Não		
FAZ USO DE ALCOOL? ☐ Sim ☒ Não	ESTÁ COM HANSENÍASE? ☐ Sim ☒ Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? ☐ Sim ☒ Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? ☐ Sim ☒ Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ☐ Sim ☒ Não	TEM OU TEVE CÂNCER? ☐ Sim ☒ Não	
TEM DIABETES? ☐ Sim ☒ Não	TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ☐ Sim ☒ Não Se Sim, por qual causa? _____	
TEVE AVC/DERRAME? ☐ Sim ☒ Não		
TEVE INFARTO? ☐ Sim ☒ Não	TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? ☐ Sim ☒ Não	
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? ☐ Sim ☒ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IST):** ☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe	ESTÁ ACAMADO? ☐ Sim ☒ Não	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ☐ Sim ☒ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IST):** ☐ Insuficiência Renal ☐ Outra ☐ Não Sabe	ESTA DOMICILIADO? ☐ Sim ☒ Não	
		USA PLANTAS MEDICINAIS? ☐ Sim ☒ Não Se Sim, indique qual(ist). _____
		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ☐ Sim ☒ Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE: 1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? ☐ Sim ☒ Não TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? ☐ < 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 5 anos ☐ > 5 anos	É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Se Sim, indique qual(ist). _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ☐ Sim ☐ Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ☐ Sim ☐ Não Se Sim, qual é o Grau De parentesco? _____
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ☐ Sim ☐ Não	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? ☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ mais de 3 vezes	TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IST):* ☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? ☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras ☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular	

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar x na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

CNS DO PROFISSIONAL*

007429009220018

CBO*

516105

CNES*

2357208

INE*

1302034

DATA*

13/07/17

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO

69810004129636037

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

☐ Sim ☒ Não

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

70070291952148510

MICROÁREA*

66 ☐ FA

NOME COMPLETO: * JUDITH LISPIN LIMA DA SILVA

NOME SOCIAL: DATA DE NASCIMENTO: 07/04/08 Sexo: ☒ F ☐ MRAÇA/COR: ☐ Branca ☐ Preta ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena Etnia: ** Nº NIS (NIS/PASEP)

NOME COMPLETO DA MÃE: * MARITA SANTOS DA SILVA

☐ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI: * JOSEFINO LIMA DA SILVA

☐ DesconhecidoNACIONALIDADE: ☒ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO: ** Brasil DATA DE NATURALIZAÇÃO: ** / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO: ** MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO: ** Barra Santa Rosa PB

DATA DE ENTRADA NO BRASIL: ** / / TELEFONE CELULAR: () E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

- ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☒ Filho(a) ☐ Enteadado(a) ☐ Neto(a)/Bisneto(a)
☒ Pai/Mãe ☐ Sogra(s) ☐ Irmão/Irmã ☐ Genro/Nora ☐ Outro parente ☐ Não parente

OCUPAÇÃO

Estudante

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? ☐ Sim ☐ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

- ☐ Creche
☐ Pré-escola (exceto CA)
☐ Classe de Alfabetização - CA
☒ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
☐ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
☐ Ensino Fundamental Completo
☐ Ensino Fundamental Especial
☐ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
☐ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc)
☐ Ensino Médio Especial
☐ Ensino Médio EJA (Supletivo)
☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
☐ Alfabetização para Adultos (Móvel etc)
☐ Nenhum

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

- ☐ Empregador
☐ Assalariado com carteira de trabalho
☐ Assalariado sem carteira de trabalho
☐ Autônomo com previdência social
☐ Autônomo sem previdência social
☐ Aposentado/Pensionista
☐ Desempregado
☐ Não trabalha
☐ Servidor público/militar
☒ Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ OutroFREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ☐ Sim ☒ Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ☐ Sim ☒ Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☒ NãoÉ MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, QUAL?

- ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Outra
☐ Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, QUAL?

- ☐ Homem transexual ☐ Travesti
☐ Mulher transexual ☐ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, QUAL(ES)?

- ☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra
☐ Visual ☐ Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

☐ Mudança de território ☐ Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:

Data do óbito: / /

Número da D.O.: -

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

QUESTIONARIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE.

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? ☐ Sim ☒ Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? ☐ Abaixo do Peso ☒ Peso Adequado ☐ Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ☐ Sim ☒ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):* ☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outro ☐ Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? ☐ Sim ☒ Não		ESTÁ COM HANSENÍASE? ☐ Sim ☒ Não
FAZ USO DE ALCOOL? ☐ Sim ☒ Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? ☐ Sim ☒ Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? ☐ Sim ☒ Não		TEM OU TEVE CÂNCER? ☐ Sim ☒ Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ☐ Sim ☒ Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ☐ Sim ☒ Não Se Sim, por qual causa?
TEM DIABETES? ☐ Sim ☒ Não		TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL, POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? ☐ Sim ☒ Não
TEVE AVC/DERRAME? ☐ Sim ☒ Não		ESTA ACAMADO? ☐ Sim ☒ Não
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? ☐ Sim ☒ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):** ☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe		ESTÁ DOMICILIADO? ☐ Sim ☒ Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ☐ Sim ☒ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):* ☐ Insuficiência Renal ☐ Outra ☐ Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS? ☐ Sim ☒ Não Se Sim, indique qual(ES):
		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ☐ Sim ☒ Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE 1 - QUAL? 2 - QUAL? 3 - QUAL?		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? ☐ Sim ☒ Não		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Se Sim, indique qual(ES):
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? ☐ < 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 5 anos ☐ > 5 anos		
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ☐ Sim ☐ Não		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ☐ Sim ☐ Não Se Sim, qual é o Grau De parentesco?
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ☐ Sim ☐ Não		
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? ☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ mais de 3 vezes		TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):* ☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? ☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras ☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular		

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar x na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

CNS DO PROFISSIONAL*

CRO*

CNES*

INE*

DATA*

207429091320018

5151.05

2357298

132934

13/07/17

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

MICROÁREA*

71090941291294101014

Sim ☒ Não ☐

71090941291294101014

66 ☐ PA

NOME COMPLETO: * Mariana Edvarda Lourenço da Silva

NOME SOCIAL: DATA DE NASCIMENTO: * 08/12/12 SEXO: * ☒ F ☐ MRAÇA/COR: * ☐ Branca ☐ Preta ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena Etnia: ** Nº NIS (PIS/PASEP)

NOME COMPLETO DA MÃE: * Mariana Edvarda Lourenço da Silva

☐ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI: * Jéssica Lourenço da Silva

☐ DesconhecidoNACIONALIDADE: * ☒ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO: ** Brasil DATA DE NATURALIZAÇÃO: ** / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO: ** MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO: ** Campina Grande - PB

DATA DE ENTRADA NO BRASIL: ** / / TELEFONE CELULAR: () E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

- ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☒ Filho(a) ☐ Enteadado(a) ☐ Neto(a)/Bisneto(a)
☐ Pai/Mãe ☐ Sogra(a) ☐ Tímida/Emba ☐ Genro/Nora ☐ Outro parente ☐ Não parente

OCUPAÇÃO

Estudante

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? * ☒ Sim ☐ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

- ☐ Creche
☐ Pré-escola (exceto CA)
☐ Classe de Alfabetização - CA
☒ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
☐ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
☐ Ensino Fundamental Completo
☐ Ensino Fundamental Especial
☐ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
☐ Ensino Médio, Médio 2º Grau (Científico, Técnico etc.)
☐ Ensino Médio Especial
☐ Ensino Médio EJA (Supletivo)
☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
☐ Alfabetização para Adultos (Modal etc.)
☐ Nenhum

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

- ☐ Empregador
☐ Assalariado com carteira de trabalho
☐ Assalariado sem carteira de trabalho
☐ Autônomo com previdência social
☐ Autônomo sem previdência social
☐ Aposentado/Pensionista
☐ Desempregado
☐ Não trabalha
☐ Servidor público/militar
☒ Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sogra ☐ Creche ☐ OutroFREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ☐ Sim ☒ Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ☐ Sim ☒ Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☒ NãoÉ MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☒ Não SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, QUAL?

- ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Outra
☐ Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, QUAL?

- ☐ Homem transsexual ☐ Travesti
☐ Mulher transsexual ☐ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, QUAL(ES)?

- ☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra
☐ Visual ☐ Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

☐ Mudança de território ☐ Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:

Data do Óbito: ** / /

Número da DO: [] [] [] [] [] [] [] [] - []

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? ☐ Sim ☒ Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? ☐ Abaixo do Peso ☒ Peso Adequado ☐ Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ☐ Sim ☒ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):* ☐ Asma ☐ DPOC/Emfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? ☐ Sim ☒ Não	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ☐ Sim ☒ Não	ESTÁ COM HANSENÍASE? ☐ Sim ☒ Não
FAZ USO DE ALCOOL? ☐ Sim ☒ Não	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ☐ Sim ☒ Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? ☐ Sim ☒ Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? ☐ Sim ☒ Não	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ☐ Sim ☒ Não	TEM OU TEVE CÂNCER? ☐ Sim ☒ Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ☐ Sim ☒ Não	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ☐ Sim ☒ Não	TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ☐ Sim ☒ Não Se Sim, por qual causa? _____
TEM DIABETES? ☐ Sim ☒ Não	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ☐ Sim ☒ Não	TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? ☐ Sim ☒ Não
TEVE AVC/DERRAME? ☐ Sim ☒ Não	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ☐ Sim ☒ Não	ESTÁ ACAMADO? ☐ Sim ☒ Não
TEVE INFARTO? ☐ Sim ☒ Não	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ☐ Sim ☒ Não	ESTÁ DOMICILIADO? ☐ Sim ☒ Não
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? ☐ Sim ☒ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):** ☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ☐ Sim ☒ Não	USA PLANTAS MEDICINAIS? ☐ Sim ☒ Não Se Sim, indique qual(ES): _____
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ☐ Sim ☒ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):** ☐ Insuficiência Renal ☐ Outra ☐ Não Sabe	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ☐ Sim ☒ Não	USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ☐ Sim ☒ Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE 1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? ☐ Sim ☒ Não TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? ☐ < 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 5 anos ☐ > 5 anos	É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Se Sim, indique qual(ES): _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ☐ Sim ☐ Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ☐ Sim ☐ Não Se Sim, qual é o Grau de parentesco? _____
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ☐ Sim ☐ Não	TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):** ☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? ☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ mais de 3 vezes QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? ☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras ☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular	

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar x na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório condicionada à pergunta anterior

CNS DO PROFISSIONAL* 207429004220018 CBO* 5151-05 CNES* 2397208 INE* 132034 DATA* 13/09/17

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO	CIDADAO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA*
708210316489118410	☐ Sim ☒ Não	700702919521149810	610 FA
NOME COMPLETO* Jefferson Lourenço da Silva			
NOME SOCIAL*			
RAÇA/COR* ☐ Branca ☐ Preta ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena		Etnia**	
NOME COMPLETO DA MÃE* Marta Santos da Silva			
☐ Desconhecido			
NOME COMPLETO DO PAI* Jefferson Lourenço da Silva			
☐ Desconhecido			
NACIONALIDADE* ☒ Brasileiro ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO** Brasil	
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO**		DATA DE NATURALIZAÇÃO** / /	
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO** Barra ST- RS		DATA DE ENTRADA NO BRASIL** / /	
TELEFONE CELULAR (-)		E-MAIL	

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

- ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☒ Filho(a) ☐ Entead(a) ☐ Neto(a)/Bisneto(a)
☐ Pai/Mãe ☐ Sogra(s) ☐ Irmão/Irmã ☐ Genro/Nora ☐ Outro parente ☐ Não parente

OCUPAÇÃO

brinca

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE* ☐ Sim ☒ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

- ☐ Creche
☐ Pré-escola (exceto CA)
☐ Classe de Alfabetização - CA
☐ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
☐ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
☐ Ensino Fundamental Completo
☐ Ensino Fundamental Especial
☐ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
☐ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Ciência, Técnico etc.)
☐ Ensino Médio Especial
☐ Ensino Médio EJA (Supletivo)
☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
☐ Alfabetização para Adultos (Motril etc.)
☒ Nenhum

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

- ☐ Empregador
☐ Assalariado com carteira de trabalho
☐ Assalariado sem carteira de trabalho
☐ Autônomo com previdência social
☐ Autônomo sem previdência social
☐ Aposentado/Pensionista
☐ Desempregado
☒ Não trabalha
☐ Servidor público/militar
☐ Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☒ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ OutroFREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ☐ Sim ☒ Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ☐ Sim ☒ Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☒ NãoÉ MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☒ Não SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, QUAL?

- ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Outra
☐ Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, QUAL?

- ☐ Homem transexual ☐ Travesti
☐ Mulher transexual ☐ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, QUAL(ES)?

- ☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra
☐ Visual ☐ Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

☐ Mudança de território ☐ Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:

Data do óbito: / /

Número da D.O.:

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará a não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTÁ GESTANTE? ☐ Sim ☒ Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?

☐ Abaixo do Peso ☒ Peso Adequado ☐ Acima do Peso

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):*

☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe

ESTÁ FUMANTE?

☐ Sim ☒ Não

FAZ USO DE ALCOOL?

☐ Sim ☒ Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?

☐ Sim ☒ Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?

☐ Sim ☒ Não

TEM DIABETES?

☐ Sim ☒ Não

TEVE AVC/DERRAME?

☐ Sim ☒ Não

TEVE INFARTO?

☐ Sim ☒ Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):**

☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?

☐ Sim ☒ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):*

☐ Insuficiência Renal ☐ Outra ☐ Não Sabe

ESTÁ COM HANSENIASE?

☐ Sim ☒ Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE?

☐ Sim ☒ Não

TEM OU TEVE CÂNCER?

☐ Sim ☒ Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

☐ Sim ☒ Não

Se Sim, por qual causa?

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE?

☐ Sim ☒ Não

ESTÁ ACAHADO?

☐ Sim ☒ Não

ESTÁ DOMICILIADO?

☐ Sim ☒ Não

USA PLANTAS MEDICINAIS?

☐ Sim ☒ Não

Se Sim, indique qual(is):

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?

☐ Sim ☐ Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?

☐ Sim ☒ Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

☐ < 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 5 anos ☐ > 5 anos

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?

☐ Sim ☐ Não

Se Sim, indique qual(is):

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?

☐ Sim ☐ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?

☐ Sim ☐ Não

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?

☐ Sim ☐ Não

Se Sim, qual é o Grau de parentesco?

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?

☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ mais de 3 vezes

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?

☐ Sim ☐ Não

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?

☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras
☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):*

☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar x na opção desejada)
Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA ☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JOSEFINO VIANA DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 13/10/2019 POSSUI CPF M SIM () NÃO Nº CPF 081048634-28

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalides do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (frechos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original)
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA DE MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO DE CASAMENTO, com data atual (cópia simples)**
 - () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge**
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)**
- Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)**
- Outros Documentos apresentados:**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) MAARTA SANTOS DA SILVA

Quem é o portador? () Vítima (X) Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador

Email patricia18_fta@hotmail.com Tel: 81691467

Data 26/02/2018 Assinatura Assinatura

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC/ BANQUEIRAS

Atendente SEVERINO JOSE DA SILVA Matrícula 8473307

Data: 26/02/18 Assinatura:

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: MARTA SANTOS DA SILVA
Nº Sinistro: 3170608967
Vitima: JOSINO LIMA DA SILVA
Data do Acidente: 13/10/2017
Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3170608967, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Prova de companheirismo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br 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

SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO
02-NOV-2017 11:11:50 3170608967

Carta nº 11978770



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br



JS93140994604

MARTA SANTOS DA SILVA
ST MALHADA, SM
ZONA RURAL
CEP 58225000 - SOLANEA - PB

Administradora do Seguro DPVAT

LÍDER

Seguradora

