

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FRANCISCA DE LIMA FERNANDES, brasileira, casada, portador do, CPF nº 467.644.454-00, RG nº 1.922.916 SSP-PB, residente e domiciliado na Rua Lodonio de bulhões , nº 1043, , município de - guarabira Pb, CEP 58200.000.

OUTORGADO: ao Bel. Antonio Teotônio de assunção, brasileiro, casado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, seccional da Paraíba, sob o nº 10.492, ambos com escritório profissional à Rua Osório de Aquino, nº 60, centro, em Guarabira-PB, CEP.: 58.200-000.

PODERES: Conferindo-lhes amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a Cláusula "AD-JUDICIA", a fim de que agindo em conjunto ou separadamente possam defender os interesses e direitos da outorgante, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, Repartição Pública, Autarquia ou Entidade Paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou Requerente e defendendo quando for réu, interessado ou requerido, quando conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer, firmar compromisso, prestar declarações, receber citação, bem como, substabelecer presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por firme e valioso.

Guarabira, 30 de novembro de 2015.



FRANCISCA DE LIMA FERNANDES



DECLARAÇÃO

Declaro para fins de direito que eu, *FRANCISCA DE LIMA FERNANDES*, brasileira, casada, portador do, CPF nº 467.644.454-00, RG nº 1.922.916 SSP-PB, residente e domiciliado na Rua *Lodonio de bulhões*, nº 1043, , município de - guarabira Pb, CEP 58200.. sou pobre na forma da lei de acordo com a Lei 1060/50 c/c a Lei 7.115 de 29 de março de 1983, não podendo arcar com as despesas processuais deste processo, sem prejuízo da subsistência minha e da família.

Reitero que é verdade e digno de o que aqui consta sujeitando-me a todas as penas da Lei.

Guarabira/PB, 30 de novembro de 2015.



FRANCISCA DE LIMA FERNANDES



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARISTELA FERNANDES DE LIMA, brasileira, portadora do CPF nº 436088924-00, RG nº 31.218.927-7 SSP-RJ, residente e domiciliado à Rua Lodônio de Bulhões, 1043 Cordeiro Guarabira-PB.

OUTORGADO: ao Bel. Antonio Teotônio de Assunção, brasileiro, casado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, seccional da Paraíba, sob o nº 10.492, com escritório profissional à Rua Osório de Aquino, nº 60, centro, em Guarabira-PB, CEP.: 58.200-000.

PODERES: Conferindo-lhes amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a Cláusula "AD-JUDICIA", a fim de que agindo em conjunto ou separadamente possam defender os interesses e direitos da outorgante, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, Repartição Pública, Autarquia ou Entidade Paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou Requerente e defendendo quando for réu, interessado ou requerido, quando conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer, firmar compromisso, prestar declarações, receber citação, bem como, substabelecer presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por firme e valioso.

Guarabira, 04 de fevereiro de 2016.

Mari...te...la Fern...andes de Lima
MARISTELA FERNANDES DE LIMA,



DECLARAÇÃO

Declaro para fins de direito que eu MARISTELA FERNANDES DE LIMA, brasileira, portadora do CPF nº 436088924-00, RG nº 31.218.927-7 SSP-RJ, residente e domiciliado à Rua Lodônio de Bulhões, 1043 Cordeiro Guarabira-PB, não tenho condições arcar com as despesas processuais deste processo, sem prejuízo da subsistência minha e da família.

Reitero que é verdade e digno de o que aqui consta sujeitando-me a todas as penas da Lei.

Guarabira/PB, 04 de fevereiro de 2016.

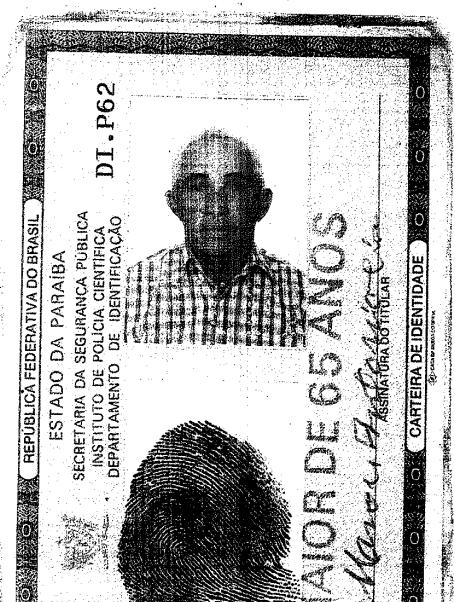
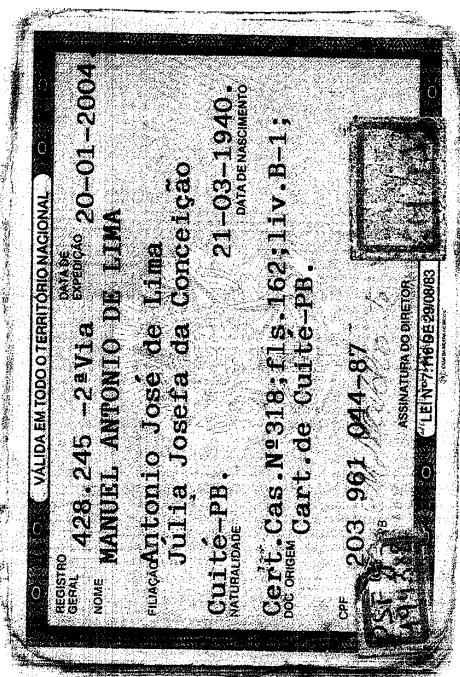
MariStela Fernandes de Lima
MARISTELA FERNANDES DE LIMA

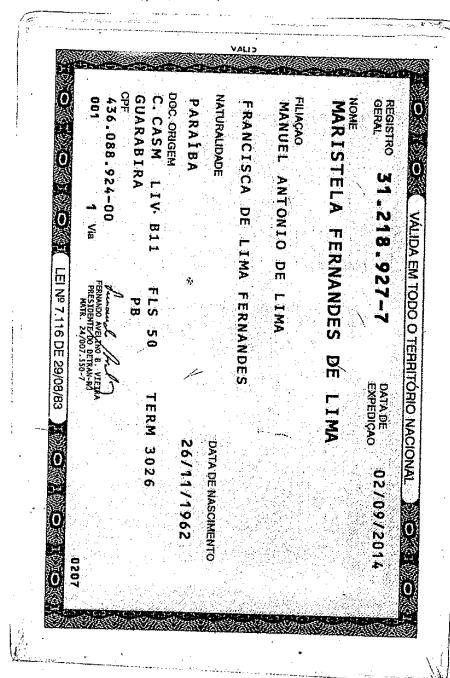
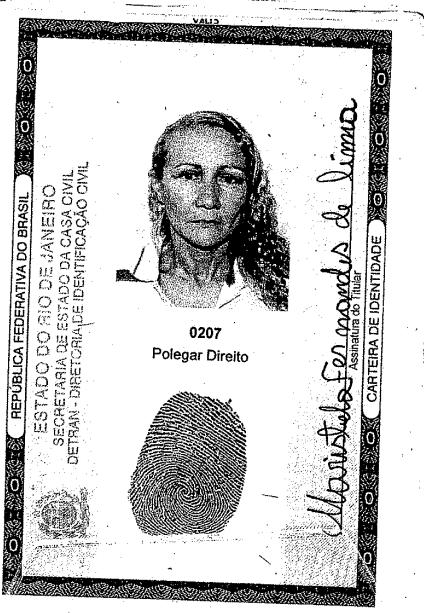


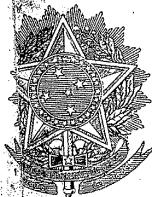


CARTERA DE IDENTIDADE		VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO:	1922916	DATA DE EXPEDICAO: 17 AGO 1995
GENRAL		
NOOME:	FRANCISCA DE LIMA FERNANDES	
FLUNGO:	José Francisco Fernandes	
	Rita Adélia de Lima	
NATURALIDADE:	31-05-1944	
DOC. ORIGEM:	Cart. de Cuite-PB.	
	CPF:	467.644.454-00
Data de Nascimento: 31/05/1944		
Assinatura: [Signature]		
LEI N°7.116 DE 29/08/83		









NOÉMIA VIANA CAMPOS, OFICIAL DO REGISTRO CIVIL
DA COMARCA DE CUITE, ESTADO DA PRAÍBA, EM VIRTUDE
DA LEI, ETC.

CASAMENTO N.º 318

CERTIFICO que as folhas 162 do livro N.º B - 1, de registro de casamentos, foi feito hoje o assento do matrimônio de XXXXXX XXXXXX
MANUEL ANTÔNIO DE LIMA e FRANCISCA DE LIMA FERNANDES contraído perante o juiz de Direito e dos Casamentos, Dr. Valdecir Carnaíba do Nascimento e as testemunhas Geraldo Simões Pimenta e Maria Elza da Costa Simões e Maria Justa Simões e Silvana Medeiros da Silva, maiores e residentes nest Comarca.

Março de 1940, promessa
neste Município e resid
filho de ANTONIO JOSE DE LIMA, agr
em neste Estado
e residente em Batentes d/Município
XX XX
domiciliada em neste Município

agricultor, domiciliado em
neste Município
cultur
nascido
domiciliado em neste Município
e JULIA JOSEFA DA CONCEICAO, doméstica
nascida em neste Estado
e residente em Batentes d/Município

Ela, nascida em Cuite- Paraíba, aos 31 de Maio de 1944, profissão doméstica, domiciliada em neste Município e residente em Batentes d/Município, filha de JOSE FRANCISCO FERNANDES, agricultor exce, nascido em neste Estado, domiciliado em neste Município.

domiciliada em xx xx e residente em xx
a qual passa a assinar-se CONTINUOU COM O MESMO NOME

Foram apresentados os documentos a que se refere o artigo 180 Ns. 1 e 2 do Código Civil.

Observações: CASARAM-SE PELO REGIME DA "COMUNHÃO UNIVERSAL" DE

O referido é verdade e dou fé.

O referido é verdade e dou fe.

Janeiro

de 1977





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Óbito

NOME:

Manuel Antonio de Lima

CPF

203.961.044-87

MATRÍCULA:

0725610155 2018 4 00024 189 0018151 19

SEXO

COR

ESTADO CIVIL E IDADE

casado, 75 anos

NATURALIDADE

COR

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ELEITOR

Cuité-PB

RG nº: 428245 SSP-PB

SIM - Nº 027690331244, Zona: 24

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Antônio José de Lima e Júlia Josefa da Conceição. Residia na(o) Praça Cizal, no município de Cuité-PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO

dezento de setembro de dois mil e quinze - 13:30

DIA

18

MÊS

09

ANO

2015

LOCAL DO FALECIMENTO

Hospital do Trauma em Campina Grande PB

CAUSA DA MORTE

Poliratramatismo com lesão pulmonar e hemorragia torácica consecutiva.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

DECLARANTE

Cemitério da cidade de Cuité PB

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Doutor Josemar Neves Ferreira Júnior - CRM: 2520

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2ª VIA. Registro lavrado em 07/06/2018, no Livro C-00024, Nº 18151, folha 189. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 225119595. Por Mandado da Drª Higia Antonia Porto Barreto - Juiza de Direito da 3ª vara Mista da Comarca de Guarabira PB, aos 06/06/2018, da Sentença ID nº 10585234.



SERVÍCIO REGISTRAL DE PESSOAS NATURAIS

Guarabira - Paraíba

Sebastiana P. da Costa e Souza

TITULAR

Mario Flávio da Costa e Souza

SUBSTITUTO

Maria de Fátima P. da Costa

ESCREVENTE

Cartório do Registro Civil Evaristo da Costa

Sebastiana Pereira da Costa e Souza

Guarabira-PB

Rua Osório de Aquino , 131, centro Guarabira-PB - CEP 5820000 Fone:
32711339 E-mail: rcpn.evaristocosta@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Guarabira-PB, 26 de setembro de 2018.

Sebastiana Pereira da Costa e Souza

Oficiala do Registro Civil

Selo Digital: AHG97627-M9RP

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 1007/2018

Aos VINTE E QUATRO dias de SETEMBRO de DOIS MIL E DEZOITO, 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, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 09h:47min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARISTELA FERNANDES DE LIMA, conhecido(a) por MARISTELA, Identidade nº 31.218.927-7-SSS/RJ, CPF nº 436.088.924-00, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: do lar, filho(a) de Manuel Antonio De Lima E Francisca De Lima Fernandes, natural de Cuité/PB, nascido(a) em 26/11/1962 (55 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Maciel De Cima, Nº 80, ZONA RURAL, tendo como ponto de referência: próximo ao Bar da Deda, na cidade de GUARABIRA/PB, fone(s) para contato: (83) 99645-2297.

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:** 18 de setembro de 2015;
- 3) Horário do fato:** 13h:30min;
- 4) Local do fato:** NA pb 111, Sítio Riacho de Cachoeira, Solânea/PB;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, Campina Grande/PB;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo? SIM;**
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(elas) habilitado? SIM;**
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?** PREJUDICADO

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

Moto YAMAHA/YBR 125E, COR AZUL, ANO/MOD 2008/2008, PLACA MON 9426/PB, licenciada no nome de JOSE DE ARIMATEIA DA SILVA

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

8) Breve resumo do fato:

Narra a comunicante que é filha da pessoa de MANUEL ANTONIO DE LIMA, RG 428245 SSP/PB, CPF 203.961.044-87, filho de Antonio Jose de Lima e Julia Josefa da Conceição, nascido em 21/03/1940 e que o mesmo sofreu um acidente automobilístico no endereço, local e horário acima citada, vindo a óbito no dia 18/03/2015 no hospital acima descrito. A comunicante não sabe informar como foi o acidente, haja vista na época do fato a comunicante morar no Rio de Janeiro/RJ, não vindo para o velório. Acontece que só agora a comunicante veio registrar o boletim.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

não tem

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

Mariestela Fernandes de Lima
MARISTELA FERNANDES DE LIMA

Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.610-1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Ministério da Saúde

Declaração de Óbito

Identificação		[1] Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input type="checkbox"/> Não Fetal		[2] Data do óbito		Hora		[3] Cartão SUS		[4] Naturalidade Cidade / UF Município / UF (se estrangeiro informar País)									
[5] Nome do Falecido JUANA JOSEFA DA COSTA		[6] Nome do Pai JOSÉ MARCELO DA COSTA		[7] Nome da Mãe JUANA JOSEFA DA COSTA		[8] Data de nascimento 2000-01-01		[9] Idade Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias		[10] Sexo M - Masc. F - Fem. I - Ignorado		[11] Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Amarela 4 <input type="checkbox"/> Parda 5 <input type="checkbox"/> Indígena		[12] Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente 5 <input type="checkbox"/> Divorciado 6 <input type="checkbox"/> União estável 7 <input type="checkbox"/> Ignorada					
[13] Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		[3] Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo		[4] Ignorado		[5] Ignorado		[6] Ignorado		[7] Ignorado		[8] Ignorado		[9] Ignorado					
[14] Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)		[15] Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) JUANA DA COSTA		[16] Número		[17] Complemento		[18] CEP		[19] Bairro/Distrito Código		[20] Município de residência Código		[21] Estabelecimento Código					
[22] Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) JUANA DA COSTA		[23] Número		[24] Complemento		[25] CEP		[26] Bairro/Distrito Código		[27] Município de ocorrência Código		[28] Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde		[29] Cidade Código CNES					
[30] Número de filhos típicos Nascidos vivos 99 <input type="checkbox"/> Ignorado		[31] N° de semanas de gestação Perdas fetais/abortos 99 <input type="checkbox"/> Ignorado		[32] Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dúpla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada		[33] Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		[34] Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		[35] Peso ao nascer Gramas		[36] Número da Declaração de Nascido Vivo		[37] ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 2 <input type="checkbox"/> No parto		[38] Assistência médica Devido ou como consequência de: a <i>Doença de hipertensão arterial</i> b <i>Doença de hipertensão arterial</i> c <i>Doença de hipertensão arterial</i> d <i>Doença de hipertensão arterial</i>		[39] Diagnóstico confirmado Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
[40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		[41] CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		[42] ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a <i>Doença de hipertensão arterial</i> b <i>Doença de hipertensão arterial</i> c <i>Doença de hipertensão arterial</i> d <i>Doença de hipertensão arterial</i>		[43] Devido ou como consequência de: a <i>Doença de hipertensão arterial</i> b <i>Doença de hipertensão arterial</i> c <i>Doença de hipertensão arterial</i> d <i>Doença de hipertensão arterial</i>		[44] Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID		[45] Nome do Médico JOSEMAR NUNES FERREIRA JÚNIOR		[46] CRM		[47] Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 2 <input type="checkbox"/> Substituto 3 <input type="checkbox"/> IML		[48] Município e UF do SVO ou IML			
[48] Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) 18000-0000		[49] Data do atestado 2015-01-01		[50] Assinatura JOSEMAR NUNES FERREIRA JÚNIOR		[51] PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico) Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 2 <input type="checkbox"/> Suicídio		[52] Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial N° 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra		[53] Descrição sumária do evento Morte de hipertensão arterial		[54] Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1 <input type="checkbox"/> Via pública 2 <input type="checkbox"/> Endereço de residência 3 <input type="checkbox"/> Outro domicílio		[55] Causas externas Causas externas					
[55] ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) JUANA DA COSTA		[56] Número		[57] Bairro		[58] Município		[59] UF											
[60] Cartório		[61] Código		[62] Registro		[63] Data		[64] Ignorada											

MARISTELA FERNANDES DE LIMA
SIT MACIEL DE CIMA, SN - AREA RURAL
GUARABIRA / PB CEP: 58200000 (AG: 2)



Emissão: 28/05/2018 Referência Mai/2018
Endereço: Bt 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58037-690
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 18 - 22 - 214 - 1400 N° medidor: 00000487627
CNPJ: 03.183.700/0001-40 Insc Est: 16.015.623-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°007.210.912

Cod. para Dib. Automático: 00010748382

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2018	28/05/2018	27/06/2018	43608892400 Insc Est:

UC (Unidade Consumidora):

5/1074838-2

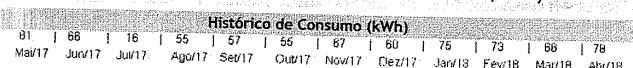
Canal de contato

Baixe o aplicativo Energisa ON em qualquer smartphone ou tablet. Você terá acesso à segunda via da conta, mudança de titularidade, informações sobre fártia de energia e diversos outros serviços. Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas facilidades.

Anterior	Atual	Consta	Último	Dias		
Data	Leitura	Data	Leitura			
26/04/18	9.082	28/05/18	9.176			
Detalhamento						
CCN	Descrição	Unidade (kWh)	Base Calc.	Aliq. Icms(R\$) Base Calc. PIS(R\$) Colis(R\$)		
0801	Consumo err. kWh	0,00	58,08	25 14,77 58,08 0,36 1,66		
0801	Adic. B. Amarela	0,00	1,03	25 1,03 1,03 0,01 0,03		
LANÇAMENTO						
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00		
0804	JUROS DE MORA 04/2018	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00		
0805	MULTA 04/2019	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00		

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 88,38 59,11 14,77 59,11 0,36 1,68

Media últimos meses (kWh) 62 VENCIMENTO 05/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 68,38



RESERVADO AO FISCO
01ff.a0c5.aab8.8b46.c9d9.7555.4071.5691.

Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	1,22	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	1,22	220
DIC ANUAL	4,60	
FIC MENSAL	1,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	1,00	LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	1,00	LIMITE SUPERIOR
DMIC	1,22	231
DICRI	1,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist da Energisa/PB	15,87	23,21
Compra de Energia	19,80	28,66
Serviço de Transmissão	2,44	3,57
Encargos Setoriais	4,39	6,42
Impostos Diretos e Encargos	28,08	39,14
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	68,38	100,00

Valor do EUSD (Rel.3/2018) R\$ 17,49

Leratura confirmada

ATENÇÃO

Faturas em atraso

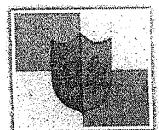


Assinado eletronicamente por: ANTONIO TEOTONIO DE ASSUNCAO - 12/12/2018 17:38:57
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121217372111600000017832961
Número do documento: 18121217372111600000017832961

Num. 18326444 - Pág. 1

SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE CACIMBA DE DENTRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO ENFERMAGEM / ATENDIMENTO VTR UBS: 01

Prefeitura Municipal de
Cacimba de Dentro

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 13.09.15	OCORRÊNCIA N° 943043	PACIENTE / USUÁRIO manuel Antônio de Lima	IDADE	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA na 70 111 - st Richa do Sítio (500m)		BAIRRO	MÉDICO REGULADOR Dra Fabiana	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:				

TIPO DE AGRADO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE

 APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTÔMAS / QUEIXAS)

colírio moto x carro

DADOS VITAIS

WAA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30lpm <30lpm / PULSO RADIAL: Presente Ausente / PAS: >90mm Hg <90mm Hg

PA: 100 x 80 FC: 110 TEMP: _____ °C - GLICEMIA: 126 mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/O2: 75% SpO2c/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Ansiedade Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída Comunicação Verbal Prejudicada Confusão Aguda Deambulação Prejudicada Débito Cardíaco Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVA Disreflexia Autônoma Dor Aguda Hipertermia Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância a Atividade Mucosa Oral Prejudicada Padrão Respiratório Ineficaz Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusion Tissular Gastrintestinal Ineficaz Perfusion Tissular Renal Ineficaz Termorregulação Ineficaz Troca de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náusea Ineficaz Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Interção Social Prejudicada Incontinência Intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros

INTERVENÇÕES

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente consciente, orientado, sudoreico, dispneico, apresentando sintomas na mucosa expandida. O mesmo foi conduzido para





Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCA DE LIMA FERNANDES**
Nº Sinistro: **3180492596**
Vitima: **MANOEL ANTONIO DE LIMA**
Data do Acidente: **18/09/2015**
Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180492596**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER 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

Carta nº 13538534





Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARISTELA FERNANDES DE FREITAS**
Nº Sinistro: **3180492596**
Vitima: **MANOEL ANTONIO DE LIMA**
Data do Acidente: **18/09/2015**
Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180492596**.

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 13543284





Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCA DE LIMA FERNANDES**
Nº Sinistro: **3180492596**
Vitima: **MANOEL ANTONIO DE LIMA**
Data do Acidente: **18/09/2015**
Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180492596**.

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 13538733

