

## 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.

  
**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.***

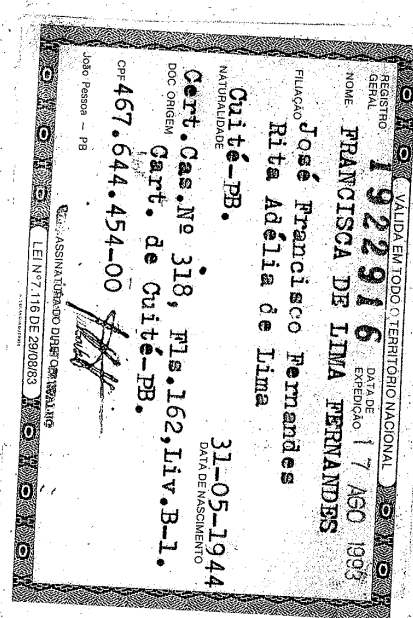
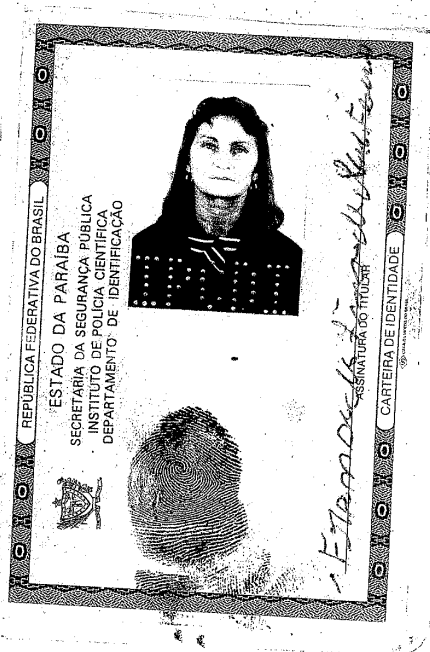
Reitero que é verdade e digno de o que aqui consta sujeitando-me a todas as penas da Lei.

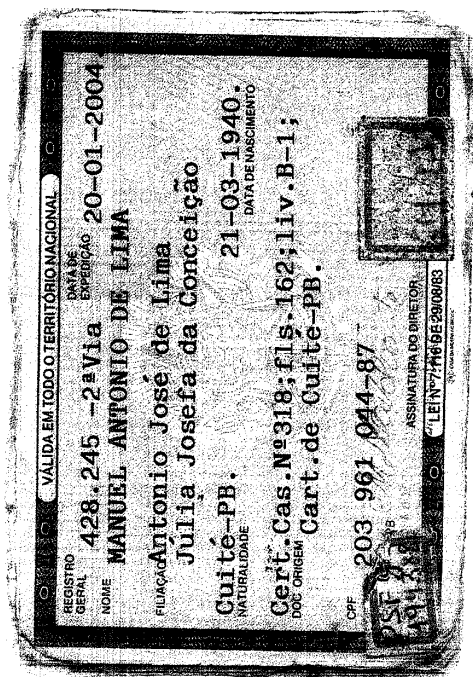
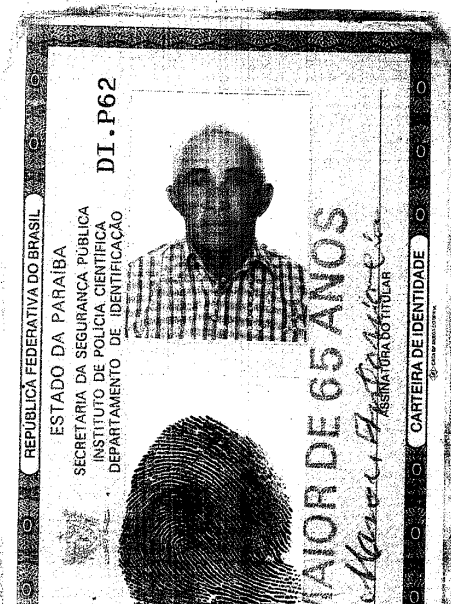
Guarabira/PB, 04 de fevereiro de 2016.

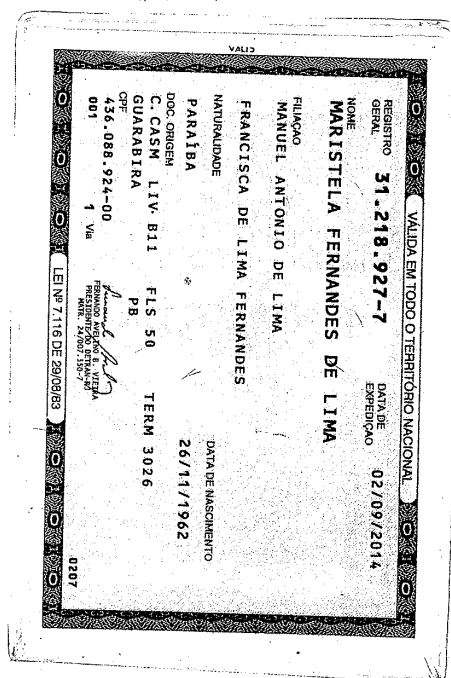
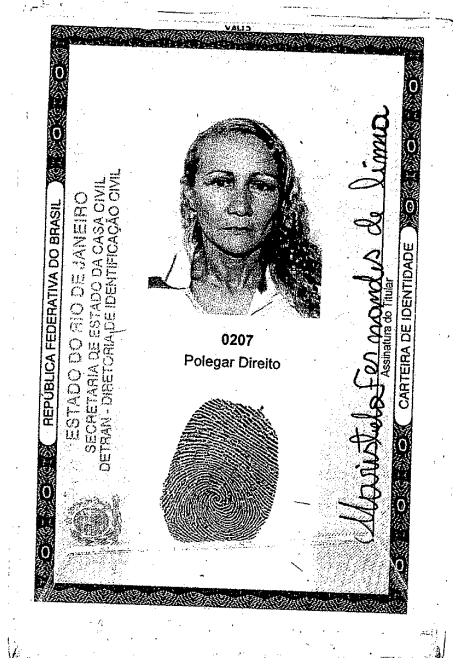
*Maristela Fernandes de Lima*

**MARISTELA FERNANDES DE LIMA**

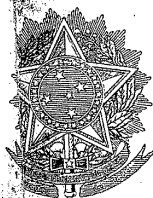








REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



NOEMIA VIANA CAMPOS OFICIAL DO REGISTRO CIVIL  
DA COMARCA DE CUITE, ESTADO DA PARAIBA, 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 ~~XXXXXXXXXXXXXX~~ MANUEL ANTÔNIO DE LIMA e FRANCISCA DE LIMA FERNANDES contraído perante o juiz de Direito e dos Casamentos, Dr. Valdecir Carneiro do Nascimento e as testemunhas Gerais do Simões Pimenta e Maria Elza da Costa Simões e Maria Justa Simões e Silvano Medeiros da Silva, maiores e residentes nest Comarca.

Março de 1940, promessa de casamento com a agricultor \_\_\_\_\_, domiciliado em  
neste Município \_\_\_\_\_ e residente em Batentes deste Município  
filho de ANTONIO JOSÉ DE LIMA, agricultor \_\_\_\_\_ nascido  
em neste Estado \_\_\_\_\_ domiciliado em neste Município  
e residente em Batentes d/Município \_\_\_\_\_ e JÚLIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO, doméstica  
XX XX nascida em neste Estado  
domiciliada em neste Município \_\_\_\_\_ e residente em Batentes d/Município

Ela, nascida em Cuité-Paraíba, aos 31 de Maio de 1944, profissão doméstica, domiciliada em neste Município e residente em Batentes d/Município filha de JOSÉ FRANCISCO FERNANDES, agricultor ~~XXXX~~ nascido em neste Estado domiciliado em neste Município e residente em Batentes d/Município ~~XXXX~~ DEBILIDADE DE IDADE a 3 de 1944

a qual passa a assinar-se  
CONTINUOU COM

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

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

O referido é verdade e dou fé.

Cuité 31 d Janeiro

June 19 77



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

masculino

COR

ESTADO CIVIL E IDADE

casado, 75 anos

NATURALIDADE

Cuité-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RG nº: 428245 SSP-PB

ELEITOR

SIM - Nº 027690331244, Zona: 24

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

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

DATA E HORA DO FALECIMENTO

dezoito 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

Politraumatismo com lesão pulmonar e hemorragia torácica consecutiva.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

Cemitério da cidade de Cuité PB

DECLARANTE

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 - Juíza de Direito da 3ª vara Mista da Comarca de Guarabira PB, aos 06/06/2018, da Sentença ID nº 10585234.



SERVIÇO 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 fe.

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>



Assinado eletronicamente por: ANTONIO TEOTONIO DE ASSUNCAO - 12/12/2018 17:38:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121217363613300000017832933>

Número do documento: 18121217363613300000017832933

Num. 18326412 - Pág. 1



**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, escrevã(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(ela) habilitado?** SIM;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas 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:**

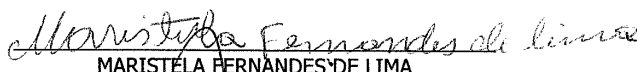
**8) Breve resumo do fato:**

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, escrevã(o) que digitei.

  
MARISTELA FERNANDES DE LIMA

Comunicante

\_\_\_\_\_  
Escrivã(o)/Agente  
Matrícula nº 168.610-1

Modelos\_Delegado\_JLAMILTO





I	Identificação	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 12/12/2018	3 Cartão SUS	4 Naturalidade CUIRÉ - SP							
		5 Nome do Falecido ANTONIO DE ASSUNCAO										
II	Residência	6 Nome do Pai ANTONIO DE ASSUNCAO	7 Nome da Mãe JOSEFA DE ASSUNCAO									
		8 Data de nascimento 12/12/1980	9 Idade 38 anos completos	10 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11 Raça/Cor <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela	12 Situação conjugal <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo						
III	Ocorrência	13 Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002									
		15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) RUA DE SANTO ANTONIO	16 CEP 13040-000	17 Bairro/Distrito CENTRO	18 Município de residência CUIRÉ - SP	19 UF SP						
IV	Fetal ou menor que 1 ano	20 Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros	21 Estabelecimento HOSPITAL DE CUIRÉ									
		22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) RUA DE SANTO ANTONIO	23 CEP 13040-000	24 Bairro/Distrito CENTRO	25 Município de ocorrência CUIRÉ - SP	26 UF SP						
V	Condições e causas do óbito	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE										
		27 Idade (anos) 38	28 Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002								
VI	Médico	30 Número de filhos vivos 1	31 Nº de semanas de gestação 38	32 Tipo de gravidez <input checked="" type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais	33 Tipo de parto <input type="checkbox"/> Única <input checked="" type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado	34 Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input checked="" type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado	35 Peso ao nascer 3.500g	36 Número da Declaração de Nascimento				
		ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL						ASSISTÊNCIA MÉDICA				
VII	Causas externas	37 A morte ocorreu <input checked="" type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos						38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR 39 Necropsia? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		
		40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.						ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. b) Devido ou como consequência de: c) Devido ou como consequência de: d) Devido ou como consequência de:				
VIII	Causas externas	41 Nome do Médico JOSEMAR NUNES FERREIRA JUNIOR	42 CRM 157.638-1	43 Óbito atestado por Médico <input checked="" type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IML	44 Município e UF do SVO ou IML CUIRÉ - SP	PERITO MÉDICO-LEGAL MAT. 157.638-1						
		45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) 11 9 9999-9999	46 Data do atestado 12/12/2018	47 Assinatura JOSEMAR NUNES FERREIRA JUNIOR	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)							
		48 Tipo <input checked="" type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros	49 Acidente de trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	50 Fonte da informação <input checked="" type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra	51 Descrição sumária do evento ACIDENTE DE TRABALHO - CAÍDA DE UM TUBO						52 Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) RUA DE SANTO ANTONIO	
		53 Cartório Código		54 Registro		55 Data						

MARISTELA FERNANDES DE LIMA  
SIT MACIEL DE CIMA, S/N - AREA RURAL  
GUARABIRA/PB CEP: 56200000 (AG: 72)

Emissão: 29/05/2018 Referência: Mai / 2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 18 - 22 - 214 - 1400 Nº medidor: 00000487627

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
CNPJ nº 06.182/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 007 210 912  
Cód. para Dêb. Automático: 00010748382

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://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 fatura de energia e diversos outros serviços.  
Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas facilidades.

Anterior		Atual		Consta		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
26/04/18	9082	26/05/18	9176	1	64		32
Demonstrativo							
Código Descrição							
Tributos Total (R\$)							
0601	Consumo em kWh	58,06	25	14,77	58,06	0,35	1,65
0601	Adic. B. Amarela	1,03	25	1,03	1,03	0,01	0,03
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 04/2018	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 04/2018	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL							
Código de Classificação do Item							
TOTAL							
62							

VENCIMENTO 05/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 68,38

Histórico de Consumo (kWh)															
81	66	16	55	57	55	67	60	75	73	86	78				
Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18				

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

Indicadores de Qualidade				COMPARAÇÃO DE PREÇOS		
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	1,22		NOMINAL	Serviços de Dist. da Energisa/PB	15,57	23,21
DIC TRIMESTRAL	22,61			Compra de Energia	19,80	28,66
DIC ANUAL	45,22			Serviço de Transmissão	2,44	3,57
FIC MENSAL	7,82	1,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	4,39	6,42
FIC TRIMESTRAL	5,64		LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	26,08	38,14
FIC ANUAL	31,28		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	6,19					
DICRI	8,80	1,22				
				Total	68,38	100,00

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

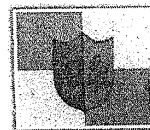
Leitura confirmada ATENÇÃO Faturas em atraso





# PREFEITURA MUNICIPAL DE CACIMBA DE DENTRO

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



Prefeitura Municipal de  
Cacimba de Dentro

## FICHA DE REGULAÇÃO ENFERMAGEM / ATENDIMENTO VTR UBS: 01

### IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 13.09.15	OCORRÊNCIA Nº 943043	PACIENTE / USUÁRIO Manuel Antônio de Lima	IDADE	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA na 86 III - St. Rincão do Cachorro (Solimões)		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"/> SITTRANS <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 AGRAVO

<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 CARDÍACA	<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 SINTOMAS / QUEIXAS)

coluna moto x carro

### DADOS VITAIS

VAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☐ <30irpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg  
PA: 100 x 80 FC: FR: 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 VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

### INTERVENÇÕES

### EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente consciente, orientado, sudoreico, dispneico, apresentando  
mente na mão esquerda, o mesmo foi conduzido pela



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**  
Vítima: **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**  
Vítima: **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

