

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: QUEZIA ROCHA SANTANA

Nº Sinistro: 3180379587

Vitima: QUEZIA ROCHA SANTANA

Data do Acidente: 05/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180379587**.

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.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 13251043



Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: QUEZIA ROCHA SANTANA
Nº Sinistro: 3180379587
Vitima: QUEZIA ROCHA SANTANA
Data do Acidente: 05/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180379587**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, 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, 23 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180379587

Vítima: QUEZIA ROCHA SANTANA

Data do Acidente: 05/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), QUEZIA ROCHA SANTANA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

SABEMI SEGURADORA S/A

16 AGO 2018

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

RECEBIDO

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

102.458.904-83

Nome completo da vítima

QUEZIA ROCHA SANTANA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

QUEZIA ROCHA SANTANA

CPF titular da conta

102.458.904-83

Profissão

CAIXA

Endereço

RUA MOJETA

Número

510

Complemento

1º ANDAR

Bairro

VILA NOVA

Cidade

POMBAL

Estado

PARAIBA

CEP

58.840-000

E-mail

Telefone (DDD)

(83) 999746322

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder, a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo,

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

0732

D/V

CONTA

Nº

31069-9

D/V

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

POMBAL-PB, 18 de JULHO de 2018

Local e Data

Quezia Rocha Santana

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
Rua Prof. Newton Saixas, Sn, Boa Esperança / Fone (83) 3431-2206

SABEM SEGURADORA S/A

16 AGO 2018

RECEBIDO

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1ª E 2ª DD

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 308/2018

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **05/01/2017** – Horário: **18h 30min**

Local do ocorrido: **Rua Domingos de Medeiros, Pombal/PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **12/04/2018 – 16h 34min**

COMUNICANTE: QUELIA ROCHA SANTANA, alcunha //; **Filiação:** Antonio Pereira Santana e de Maria das Dores Rocha Santa; **Profissão:** operadora de caixa; **Estado Civil:** união estável; **Naturalidade:** Pombal - PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 30/06/1994; **Endereço Residencial:** Rua Projetada, 548, 1º andar, Altiplano, Pombal – PB; **Endereço Profissional:** **; **Telefone** ; **Portador da CI/RG nº:** 3.785.806 – SSP/PB.

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados conduzia o veículo HONDA POP, placa OEY1956, NIV 9C2HB0210CR464403, cor VERMELHA, ano 2012/2012, licenciado (a) em nome de GELCIRA ESMERALDINA DE ANDRADE, quando caiu ao chão devido um burado no calçamento; Que fora socorrido(a) por/pelo SAMU e levado (a) para o hospital Regional de Pombal; Que devido ao acidente teve a(s) seguinte(s) lesão(ões): rompimento do ligamento do joelho esquerdo; Que apresenta como testemunha deste fato: ANDERSON CAMILO MURANTE ALMEIDA, residente no(a) Rua Sebastião Queiroga de Alencar, sn, terreo, Santo Amaro, Pombal/PB e MATEUS ROCHA SANTANA, residente no(a) Rua Sebastião Queiroga de Alencar, sn, terreo, Santo Amaro, Pombal/PB; Que vem comunicar o fato para fins de direito.

Pombal – PB, 12 de abril de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. ANDERSON FONTES CAMPOS.

COMUNICANTE:

Quelia Rocha Santana

Heromar P. Trigueiro

Escrivão de Polícia

Mat. 156/597-4



Prefeitura Municipal de Pombal

Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 192 Regional - Sousa

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 05



TRAUMA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: 03/01/2017	Ocorrência nº: 2017	Paciente/Vítima: Rocio Rocha Santana	Idade: 22 A	Sexo: Masc. (Fem.)
Local da Ocorrência: Rua Domingos de Medeiros		Bairro: J. Rangel		Assessoria Regulador: Stênio
Apelo no Local: ☐ PM ☒ Bombeiros ☐ PRF ☐ Agentes de Trânsito ☐ Outros		☐ QTA: MOTIVO		

DESTINO

LOCAL 1: HRP	RESPONSÁVEL:	OBS: Dr. Abner Vieira de Almeida CPF: 431.856.404-20 CRM 1886 Ortopedista
LOCAL 2:	RESPONSÁVEL:	OBS:

CINEMÁTICA DO TRAUMA

☐ QUESA DA PRÓPRIA ALTURA ☐ QUESA > 5m ☐ QUESA < 5m ☒ QUESA DE MOTO ☒ SEM CAPACETE NO INCIDENTE ☐ CAPACETE RETIRADO POR TERCEIROS
☐ CARRO ☐ MOTO ☐ BICICLETA ☐ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO LATERAL ☐ COLISÃO TRAZEIRA ☐ ATROPELAMENTO ☐ CAPOTAMENTO
☐ CARRO X MOTO ☐ MOTO X MOTO ☐ CARRO X OUTRO: ☐ MOTO X OUTRO: ☒ PERCA DA DIREÇÃO DO VEÍCULO
☐ SEM CINTO DE SEGURANÇA ☐ AIRBAG NÃO AÇIONADO ☐ NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: ☐ PRESO NAS FERRAGENS
☐ AFOGAMENTO GRAU: ☐ QUEIMADURA GRAU: ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ DESABAMENTO ☐ FIB ☐ FAF
☐ OUTRO:
☐ ACIDENTE ESPORTIVO ☐ AGRESSÃO FÍSICA
☐ ACIDENTE COM VÍTIMA RECONHECIDO ☐ ESCORPIÃO ☐ COBRA ☐ ABELHA ☐ ARANHA ☐ OUTRO:
☐ ENVENENAMENTO COM:

EXAME FÍSICO

ENCONTRADO: ☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ DENTRO DO VEÍCULO ☐ FORA DO VEÍCULO
☐ DEAMBULANDO ☐ EM CIMA DE: ☐ OUTRO:
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ ALGO DESORIENTADOR ☐ INCONSCIENTE ☐ HÁBITO ETÍLICO ☐ ABUSO DE DROGAS ☐ SONOLENTO
☐ COMA ☐ AGITADO ☐ OUTRO:
QUEIXA PRINCIPAL: ☒ DOR / LOCAL: NIE ☐ PARESTESIA / LOCAL: ☐ PARALISIA / LOCAL:
☐ OUTRO:

LESÕES APRESENTADAS:

☐ ESCORIAÇÕES / LOCAL:	☐ FRATURA INCOMPLETA / LOCAL:	☐ RUPTURA MUSCULAR / LOCAL:
☐ CORTE / LOCAL:	☐ FRATURA COMPLETA / LOCAL:	☐ CÂMBIO / LOCAL:
☐ PERFURAÇÃO / LOCAL:	☒ SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: patela E	☐ DOR MUSCULAR / LOCAL:
☐ CONTUSÃO ARTICULAR LOCAL:	☐ FRATURA EXPOSTA / LOCAL:	☐ EDEMA / LOCAL:
☐ CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL:	☐ ENTORSE / LOCAL:	☐ HEMATOMA / LOCAL:
☐ LUXAÇÃO / LOCAL:	☐ ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL:	☐ EQUIMOSE / LOCAL:
		☐ OUTROS:

DADOS VITAIS

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA ☐ CORPO ESTRANHO ☐ SECREÇÕES
PADRÃO RESPIRATÓRIO: ☒ REGULAR ☐ IRREGULAR ☐ OUTRO: FR: inicial: irpm / final: 8 irpm spo: 98 %
PULSOS: RADIAL ☐ CENTRAL ☐ FC: inicial: 83 bpm / Final: bpm PAS / mmHg: < 90 (> 90 perfusão) < 25 (> 25

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:	☐ RISCO PARA CHOQUE	☐ MUCOSA ORAL PREJUDICADA
☐ CAPACIDADE ADAPTIVA INTRACRANIANA DIMINUÍDA	☐ DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VVAA	☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
☐ COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	☐ DISREFLEXIA AUTOMÁTICA	☐ PERFUSÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ
☐ CONFUSÃO AGUDA	☒ DOR AGUDA	☐ PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ
☒ MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	☐ TROCA DE GASES PREJUDICADA
☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	☐ INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	☐ VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☒ COLAR CERVICAL TAM: P ☐ ESTABILIZADOR LATERAL DA CABEÇA ☐ TIRANTES ☐ PRANCHA RÍGIDA ☐ KED /
☒ TALA DE EXTREMIDADES EM NIE ☐ MACA VÁCUO ☐ MOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO ☐ EXTRICAÇÃO
☐ AVP COM ABCDATH Nº: ☐ MSE ☐ MSD SRL 500 ml: SF 0,9% ml: SG: ☐ MEDICAÇÃO:
O2: /min: ☐ MÁSCARA C/ RESERV. ☐ CATETER NASAL ☐ VENTURI Nº: ☐ VENTILAÇÃO C/ AMBU ☐ CÂNULA DE GUEDEL Nº:
☐ CÂNULA NASOFARÍGEA ☐ ASPIRAÇÃO VVAA ☐ MÁSCARA LARÍGEA Nº: / SVD Nº: DU: ml
CURATIVO: ☐ COMPRESSIVO ☐ SIMPLES IRRIGAÇÃO OCULAR ☐ OLHO D: ☐ OLHO E RCP: ☐ MANUAL ☐ AUTOPULSE ☐ DEA
MEDICAÇÃO EM AMPOLAS: ADRENALINA: mg ATROPINA: mg DOPA: mg DOBUTA: mg AMIODARONA: mg
OUTRA:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Caracação	COREN: 394932	TEC. ENFERMAGEM: Chinay	COREN:
CONDUTOR SOCORRISTA: Stênio	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO):	MÉDICO (VISTO):	

☐ ATENDIMENTO NO LOCAL ☐ RECUSA

NOME:	RG:
-------	-----

DOCUMENTOS PESSOAIS: RG CPF TÍTULO DE ELEITOR HABILITAÇÃO PASSAPORTE OUTROS: _____

CELULAR: QUANTIDADE: _____ MARCA: _____ MODELO: _____ MARCA: _____ MODELO: _____

CARTÕES DE CRÉDITO: MASTER CARD VISA AMERICAN EXPRESS HIPE CARD OUTROS: _____

CARTÕES DE BANCO 1 2 3 NOMES DO BANCO: _____

DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$ _____

CALÇADOS (MARCA): _____ RÉGIO (MARCA): _____ ANÉIS (QUANTIDADE) _____

BRINCOS (QUANTIDADE): _____ PULSEIRAS (QUANTIDADE) _____ OUTROS: _____

DADOS DO RECEBEDOR

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCES: _____

SETOR: _____ FUNÇÃO: _____

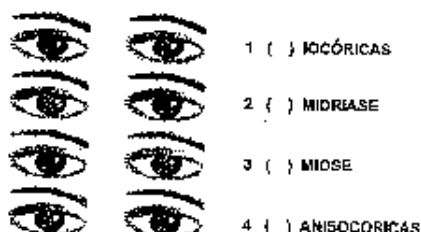
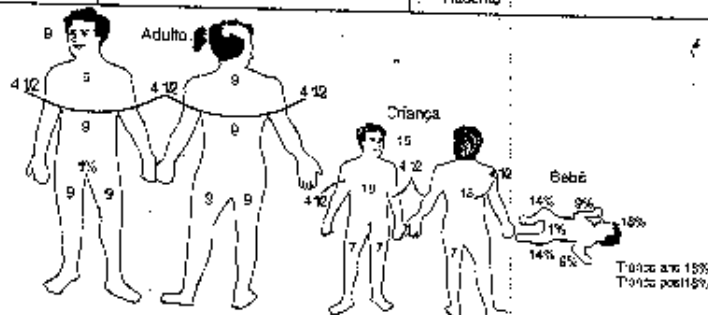
ASSINATURA DO RECEBEDOR _____ CARIMBO DO RECEBEDOR _____

MEDICAMENTOS	QUANT.
AAS 100mg	
ADRENALINA	
ÁGUA DESTILADA 10ml	
AMIODARONA	
ATROPINA	
CAPTROPIL 25mg	
DICLOFENACO 75mg	
DIPIRONA 1g	
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)	
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCORAN COMP)	
FENOTEROL GOTAS	
FUROSEMIDA	
GLICOSE 50%	
HIDROCORTISONA 100mg	
HIDROCORTISONA 500mg	
IPRATROPIL GOTAS	
ISORDIL 5mg	
METOCLOPRAMIDA	
PARACETAMOL GOTAS	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO	
TERBUTALINA	
OUTROS	

MATERIAS	QUANT.
ÁLCOOL (PUNCETA 250ml)	
ALGODÃO (PACOTE)	
ATAQUE DE CREPON 15cm	
CATETER TIPO OCULOS	
EQUIPO MACROGOTAS	02
EQUIPO MACROGOTAS	
ESPÁDRAPPO	
FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO Nº)	01
GARROTE	
GASE ESTÉRIL (PACOTE)	
GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100und)	
JELECO Nº 02	02
LANÇOL DESCARTÁVEL	
LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M	03
LUVA ESTÉRIL Nº	
MÁSCARA DESCARTÁVEL	
SCALP Nº	
SERINGA Nº	
SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	
OUTROS:	

EVOLUÇÃO: USB OS acionada para atender vítimas de acidente de moto, colideu com um carro, encalhada em decúbito dor-
sal, referindo dor aguda em MIE, realizado protocolo de
trauma e removida para o HEP. Instalado AP com RL

ESCALA DE GLASGOW		RESPOSTA MODIFICADA PARA LACTENTES		RELAÇÃO DE MATERIAIS DEIXADOS NO HOSPITAL	
Score	RESPOSTA	Abertura Ocular	RESPOSTA	Materiais	Quantidade
4	Esponânea Ao estímulo Verbal Ao estímulo doloroso Ausente	Esponânea Ao estímulo Verbal Ao estímulo doloroso Ausente		☐ Ambu	
3				☐ Base do Estabilizador Lateral da Cabeça	
2				☐ Capela de Guedes	
1				☐ Cinto Cervical Tamanho	
				☐ Estabilizador Lateral da Cabeça	
				☐ Kad () Adulto () Infantil	
				☐ Maca	
				☐ Maca à Vácuo	
				☐ Máscara com Reservatório	
				☐ Máscara sem Reservatório	
				☐ Máscara de Nebulização	
				☐ Prancha Rígida	
				☐ Tala Tamanho	
				☐ Trena Acanha	
				☐ Torpedo de O2	
				☐ Tracionador de Fêmur	
				☐ Outros:	



JAIRES DA SILVA ASSIS
RUA PACIETADA, 841 - ANDAR - VILA ROSA
POA - BA - RS CEP: 91400-000 (27)

Emissão: 27/08/2018 Referência: Jun/2018

Cliente: JAIRES DA SILVA ASSIS - VONORASCO 8230, 3m 25 - Cód. Residência: 306 - Cód. Pólo: 193 - CEP: 91071-000
Roteiro: 12-227-110-3840 Nº. de conta: 00000703385

ENERGISA PARCELAS - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 09.515.888/0001-00 - Ins. Est. 14.515.903/0001-00

Via Postal: Caixa de Energia Eletrônica Nº 208-40522
Cód. para Del. Automática: 0017679620

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0198

Assista: www.energis.com.br

Conta referente a: Apresentação Data prevista de próxima leitura CPE/ENR/BAU
Jun / 2018 21/06/2018 23/07/2018 9017859466

UC (Unidade Consumidora): 5/1757968-1

Canal de contato

SABEMI SEGURADORA S/A

16 AGO 2018

RECEBIDO

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Difer.
Data	Leitura	Data	Leitura	
22/05/18	9144	21/06/18	9334	
Demonstrativo				
Quantidade (kWh) 189,00 C 737980				
Tabela: Tabela (R\$) 100 kWh = R\$ 0,78				
0001 Consumo em kWh	189,00	189,00	27,00	162,00
0002 Adc. E. Amortiza	0,78	0,78	47,00	0,00
0003 Adc. B. Veicula	0,27	0,27	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0001 CONTRIBUIÇÃO ILUM. PUBL. CA	0,00	0,00	0,00	0,00
0002 JUROS DE MOR. (5001012)	0,00	0,00	0,00	0,00
0003 MULTA (5001012)	0,00	0,00	0,00	0,00
0004 ATUALIZAÇÃO MONETARIA (5001012)	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL 16,05 141,07 27,00 141,07 1,07 5,85				

VENCIMENTO 28/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 155,03

Histórico de Consumo (kWh)

05f5.d147.588b.2556.6e0b.bf00.1e0f.f3b1.

Indicadores de Qualidade

Indicador	Limite	Atual	Unidade de Medida
DC - ENER	0,00	0,00	
DC - QUAESTR	11,92	0,00	
DC - ANUAL	23,84	0,00	
DC - SEMESTRAL	35,76	0,00	
DC - TRIMESTRAL	11,92	0,00	
DC - ANUAL	23,84	0,00	
DC - SEMESTRAL	35,76	0,00	
DC - TRIMESTRAL	11,92	0,00	

Discriminação	Valor	%
Sanidade da rede elétrica	33,33	21,20
Qualidade de energia	48,00	31,20
Qualidade de transmissão	16,67	10,73
Qualidade de distribuição	16,67	10,73
Qualidade de atendimento	16,67	10,73
Qualidade de segurança	16,67	10,73
Qualidade de sustentabilidade	16,67	10,73
Qualidade de inovação	16,67	10,73
Qualidade de gestão	16,67	10,73
Qualidade de liderança	16,67	10,73
Qualidade de resultados	16,67	10,73
Qualidade de impacto	16,67	10,73
Qualidade de reputação	16,67	10,73
Qualidade de marca	16,67	10,73
Qualidade de cultura	16,67	10,73
Qualidade de valores	16,67	10,73
Qualidade de missão	16,67	10,73
Qualidade de visão	16,67	10,73
Qualidade de estratégia	16,67	10,73
Qualidade de planejamento	16,67	10,73
Qualidade de execução	16,67	10,73
Qualidade de monitoramento	16,67	10,73
Qualidade de avaliação	16,67	10,73
Qualidade de melhoria	16,67	10,73
Qualidade de inovação	16,67	10,73
Qualidade de liderança	16,67	10,73
Qualidade de resultados	16,67	10,73
Qualidade de impacto	16,67	10,73
Qualidade de reputação	16,67	10,73
Qualidade de marca	16,67	10,73
Qualidade de cultura	16,67	10,73
Qualidade de valores	16,67	10,73
Qualidade de missão	16,67	10,73
Qualidade de visão	16,67	10,73
Qualidade de estratégia	16,67	10,73
Qualidade de planejamento	16,67	10,73
Qualidade de execução	16,67	10,73
Qualidade de monitoramento	16,67	10,73
Qualidade de avaliação	16,67	10,73
Qualidade de melhoria	16,67	10,73

ATENÇÃO

RECEBIDO DE VEICULO: O interessado que em nome do veículo não possui a documentação necessária para a emissão do documento de transferência, deve apresentar o documento de transferência do veículo no prazo de 15 dias, sob pena de ser considerado inadimplente e de ser cancelado o contrato de financiamento.

Pagamentos em atraso:
Abr/18: 809,26
Ago/18: 331,38

Roteiro 12-227-110-3840
Matrícula: 1757968-2018-06-9

VENCIMENTO 28/06/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 155,03

83660000001-9 55030054000-6 17579682018-1 06800227019-4



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Policarpo Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 55.015-573 - CNPJ: 06.723.654/0001-07

DEB. CONTATO COM A CAGEPA
RECEBEMOS DE VOS
PARTEÍCULA
70682232
REFERÊNCIA
JUN/2018

SCHELA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS						
JACQUES FAMOS WANDERLEY RUA BEL POLO DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITORIO - PETERÓPOLIS FOMBAI, PB 55840-000						
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
112.004.115.0005.000	000	Reserva	Comunidade	Indiv. 1	Indiv. 2	
		0	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
VI-112004244	23/06/2018	EXCELCERBIMAGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (MB) NÚM DE DIAS		PRÓXIMA LEITURA				
31	42	11	32	08/07/2018		
HIST. COM. / ANO. LEIT.		QUANT. ÁGUA-AMEND. 20 PORT.		05/2017 M5		
MAR/2018	9	0	PARÂMETROS EXTG.	ANALIS.	CONFORMES	
ABR/2018	10	0	TURBIDEZ	0	0	0
MAR/2018	7	0	CLORO	0	0	0
FEV/2018	4	0	COL. TERMOT	0	0	0
JAN/2018	10	0	CDR	0	0	0
DEZ/2017	10	0	COL. TOTALS	0	0	0
NOV/2017	7		DADOS REFERENTES A ABR/2018			
DATA DA IMPRESSÃO: 23/06/2018		HORA DA IMPRESSÃO: 08:05:52				
DESCRIÇÃO		CONSUMO		TOTAL(R\$)		
ÁGUA						
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)						
ATE 10 M3 - R\$ 67,65 POR UNIDADE		10 M3		67,65		
ACIMA DE 10 M3 - R\$ 11,72 POR M3		1 M3		11,72		
ESGOTO						
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 7,04 PIS E CONFINS. LET 12 741/12						
VENCIMENTO:		23/06/2018		Total a Pagar:		R\$ 79,37

SABEMI SEGURADORA S/A

24 AGO 2018

RECEBIDO



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO SATURAMENTO: RPAI

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHAR COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
PMU TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



CAGEPA
COMUNICADO DE CANCELAMENTO

PARTEÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70682232	JUN/2018	23/06/2018	R\$ 79,37

DEBITO AUTOMATICO

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

SABEMI SEGURADORA S/A

16 AGO 2018

RECEBIDO



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0 CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Quezia Rocha Santana
COR: loira DATA DE NASCIMENTO: 30/06/94 IDADE: 22 SEXO: F
NOME DA MÃE: Mª das Dons R. Santana PROFISSÃO: caixa
CARTÃO DO SUS: _____ RG/CNH: 3.785.806
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: R. Manoel Pedro de Sousa
ESTADO: PB CEP: 58840-000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 05/01/2018

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____
T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS:

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Acidente de moto. Se por interferir
importância funcional na perna e quadril

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: Raio X de perna e Apep

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° St - 500 mg 1c
2° Tranquil no sono
3° _____
4° _____
5° _____
6° _____
7° _____
8° _____
9° _____
10° _____
11° _____
12° _____
13° _____
14° _____
15° _____
16° _____
17° _____
18° _____

Dr. Manoel Vieira de Almeida
CRM: 1886
Ortopedista

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID: _____

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM: _____

ASS./COREN: _____

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD): _____

CONSULTA ESPECIALIZADA: _____

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

- ☐ 1 - PRESCRIÇÃO
☐ 2 - APLICADA

- ☐ OBSERVAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ RESIDÊNCIA
☐ ÓBITO

- ☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
0301060024	22	1A	2J	

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

Mateus Rocha Souto

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que

Suane
portador (a) do RG _____, foi submetido(a) a
consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,
sendo portador da infecção CID-10 S800

Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas
atividades laborativas por um período de 15
(15) dias, a partir desta data.

Pombal - PB,

de

de 20

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu,

autorizo o

Dr.

_____, a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou Responsável



ATESTADO MÉDICO

QUEZIA ROCHA SANTANA

HD:

- 1) LESÃO COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO (S83.5)
- 2) LESÃO DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL DO JOELHO ESQUERDO (S83.4)
- 3) FRATURA DA SUPERFÍCIE ARTICULAR DA TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA JOELHO (M82.1)
- 4) SINOVITE JOELHO ESQUERDO (M65.8)

TTO:

CONSERVADOR (MEDICAMENTOSO E FISIOTERÁPICO)

OBS:

INCAPACIDADE DE REALIZAR SUAS ATIVIDADES LABORAIS, POR TEMPO MÍNIMO DE 90 (NOVENTA) DIAS.

DR. JOÃO H. SUASSUNA LAUREANO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 7417

29/01/27

Rua Cel. João Carneiro, Nº368, Centro
Fone: (83) 3431-2020 / 99989-0097 | Pombal-PB

Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



QUEZIA ROCHA SANTANA

SOLICITO

FISIOTERAPIA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO (15 SESSÕES)

INDICAÇÃO:

ANALGESIA

ALONGAMENTO

GANHO DE ADM

TREINO DE MARCHA

DR. JOÃO HERBERT DUARTE LAUREANO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 7417

08/03/17

Rua Cel. João Carneiro, Nº368, Centro
Fone: (83) 3431-2020 / 99989-0097 | Pombal-PB

Santa Cecília
CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Quero Roteiro Sontaria

Soluto

- Ortese Coxo Positiva NÃO
Articulas

Iniciais

- EDEMO OSSER Tibia Proxim (E) +
Estimulo Ligamento Cruzado anterior

25/02/27

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR-747

Rua Cel. João Carneiro, Nº368, Centro
Fone: (83) 3431-2020 / 99989-0097 | Pombal-PB

on to tel

3422-9557

99982-9638

PACIENTE: QUEZIA ROCHA SANTANA

REQUISITANTE:

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA:

Exame realizado em equipamento de ressonância magnética com sequências, ponderações e planos específicos em T1, T2 e DP com e sem supressão de gordura, para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RELATÓRIO:

Pequeno derrame articular.

Esparsas áreas de edema do trabeculado ósseo nos côndilos femorais (principalmente do lateral), face medial da cabeça da fíbula e, de forma mais pronunciada, na tíbia proximal.

Os espaços articulares femorotibiais estão preservados.

Nota-se áreas de afilamento com irregularidade dos contornos e alteração de sinal que compromete as fibras proximais do ligamento cruzado anterior.

Cartilagem de revestimento da patela com espessura e intensidade de sinal habitual. Não há comprometimento evidente do seu osso subcondral.

Espessamento com irregularidade dos contornos e heterogeneidade de sinal das fibras do retináculo medial da patela, com áreas líquidas intra-substanciais de permeio. Há associado edema das partes moles e pequena quantidade de líquido ao redor desta alteração do retináculo.

Ligamento colateral medial tem espessura, orientação e intensidade de sinal habitual de suas fibras, com edema das partes moles e pequena quantidade de líquido externamente.

Edema no subcutâneo ao redor do joelho.

Meniscos com forma, contornos e sinal preservados, sem sinais de lesão.

Ligamentos cruzado posterior e colateral lateral com continuidade, espessura e sinal conservados.

Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

Tendões quadríceps, patelar, bíceps femoral distal, poplíteo, trato iliotibial e tendões da pata de ganso sem particularidades.



CENTRO DE IMAGEM
Dr. Péricles Neves

PACIENTE: QUEZIA ROCHA SANTANA

REQUISITANTE:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Pequeno derrame articular.
- Focos de edema ósseo contusionai, que são mais evidentes na tíbia proximal.
- Estiramento com lesões parciais das fibras proximais do ligamento cruzado anterior.
- Estiramento com roturas parciais intra-substanciais do retináculo medial patelar.
- Estiramento do ligamento colateral medial.

Sousa(PB), 25 de Janeiro de 2017.

Dra. Marcella C. Neves
Médica Radiologista
CRM/PB: 6039

Dra. Andresa Baiak
Médica Radiologista
CRM/PR: 18146

PROCURAÇÃO PARTICULAR

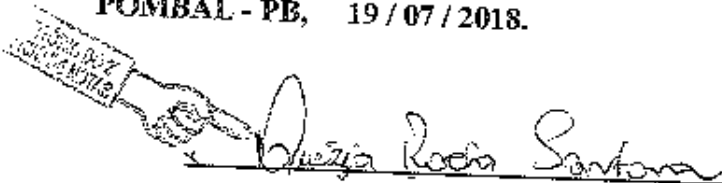
SABEM SEGURADORA S/A
16 AGO 2018

OUTORGANTE: QUEZIA ROCHA SANTANA, BRASILEIRA, SOLTEIRA, OPERADORA DE CAIXA, COM RG: 3.785.806 SSS/PB E CPF: 102.458.904-83, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA PROJETADA, S/N, 1º ANDAR, VIDA NOVA, POMBAL - PB.

OUTORGADO: Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal - PB. CEP: 58.840-000.

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

POMBAL - PB, 19 / 07 / 2018.



Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CAKIOKIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
Nº: JUANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Sub: ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: QUEZIA ROCHA SANTANA.
Em testemunho da verdade. Dou
24 POMBAL-Paraíba, (dez) de julho de dois mil e dezoito
(19/07/2018).
Selo Digital de Realização Tipo Automático B-AHF87328-4AY6
Confira os dados do selo em: <https://selodigital.tpb.ju.br>
EMOLUM. R\$: 11,99 FARPEN R\$: 0,28 FEPJ R\$: 0,20
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Joana D'arc E. de Queiroga
Tabelião Pública
CPF: 675.687.594-53

Journal of Management Education

6446659525

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEHICULO

REF ID: A6121390003830-2

١٦٠

47253053-6

00780600000

— 300 —

GEIGIRA ESMERALDINA DE ANGRADE

STILO RIACHO GRANDE SN CASA

2008 SURVEY

4970000 COREMAS DE

LC2000-0145

83599528494

OF 1956 PP.

[illegible]

PAQUETE DE COMBUSTÍVEIS LTDA

— ۱۸۰ —

7-9231

1595

SP-210P484403

אֶת־הַיָּדָיו־וְהַיָּתֵדִים־

— NEW 245T[®] EL

VERMONT CIVIL RIGHTS BOARD

GASOLINE

2017年12月31日

2001, 1962

$$- \lambda^2 \mathbf{C} \dot{\mathbf{u}} \mathbf{C}$$

HONDA POP100

2019

2022

CAF/WT/CIL

— 275034

— 29 —

TABLE

1370 DRYE, J. R.

REFERENCES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

Motor: EBU2812464405

2014年12月15日

-20-

33290

_____ = $\frac{1}{2} \frac{d}{dt} \left(\frac{1}{2} \frac{d}{dt} \right)$

11/16/2012

31354

SABEMI SEGURODORA S/A

16 AGO 2018

RECEBIDO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

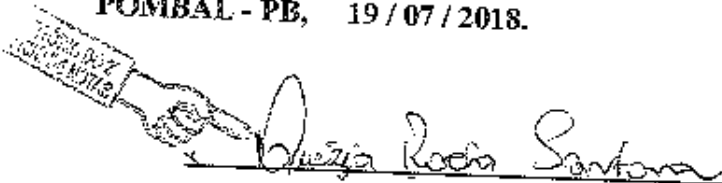
SABEM SEGURADORA S/A
16 AGO 2018

OUTORGANTE: QUEZIA ROCHA SANTANA, BRASILEIRA, SOLTEIRA, OPERADORA DE CAIXA, COM RG: 3.785.806 SSS/PB E CPF: 102.458.904-83, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA PROJETADA, S/N, 1º ANDAR, VIDA NOVA, POMBAL - PB.

OUTORGADO: Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal - PB. CEP: 58.840-000.

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

POMBAL - PB, 19 / 07 / 2018.



Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CAKIOKIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
Nº: JUANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Sub: ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: QUEZIA ROCHA SANTANA.
Em testemunho da verdade. Dou
24 POMBAL-Paraíba, (dez) de julho de dois mil e dezoito
(19/07/2018).
Selo Digital de Realização Tipo Automático B-AHF87328-4AY6
Confira os dados do selo em: <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 11,99 FARPEN R\$: 0,28 FEPJ R\$: 0,20
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Joana D'arc E. de Queiroga
Tabelião Pública
CPF: 675.687.594-53