

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190299669

Vítima: IVANILDA DA COSTA ARAUJO

Data do Acidente: 08/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVANILDA DA COSTA ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190299669

Vítima: IVANILDA DA COSTA ARAUJO

Data do Acidente: 08/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANILDA DA COSTA ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190299669

Vítima: IVANILDA DA COSTA ARAUJO

Data do Acidente: 08/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVANILDA DA COSTA ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190299669

Vítima: IVANILDA DA COSTA ARAUJO

Data do Acidente: 08/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANILDA DA COSTA ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: IVANILDA DA COSTA ARAUJO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000908-3

Conta: 000010021569-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da: 126.264.554-90 Nome completo da vítima: IVANILDA DA COSTA ARAÚJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: IVANILDA DA COSTA ARAÚJO CPF: 126.264.554-90

Profissão: AGRICULTORA Endereço: Rua José Soares de Sousa Número: 75 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Alagoas Grande Estado: PB CEP: 58388-000
E-mail: israelariasadv@gmail.com Tel.(DDD): (83) 983367743

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco(237) ☐ Itaú(341)
☒ Banco do Brasil(001) ☐ Caixa Econômica Federal(104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0908 3 CONTA: 23569 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
Local e Data: Juazeiro, PB - 02/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS
1ª Nome: COMPREV
CPF: _____
2ª Nome: PROTOCOLO
CPF: AG. JOÃO PESSOA
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163-7831-3310-9318



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000051/19 registrada em 19/03/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos dois dias do mês de março do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:20 horas, compareceu a Sra. IVANILDA DA COSTA ARAÚJO, com 0 ano de idade, filha de JOSÉ ALVES DE ARAÚJO e SEVERINA FERREIRA DA COSTA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ALAGOA GRANDE - PB, Solteira, escolaridade Medio Completo, portadora da Cédula de Identidade Nº 3.989.381, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 12626455490, residindo à rua JOSÉ SOARES DE SOUSA, 75, bairro CENTRO, na cidade de ALAGOA GRANDE - PB.

Declarou que:

Informa a comunicante, que no final da tarde do dia 08.01.2019, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Bebedouro, área rural de Juarez Távora/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/POP100, ano/modelo 2008/2008, cor preta, chassi nº 9C2HB02108R029561, de placa MYW-2932/PB, licenciada em nome de Gerson Barbosa de Oliveira, quando perdeu o controle de direção em uma curva fechada e acabou caindo ao solo, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrida para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetida a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares do BPTan, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de acidente de Trânsito; Que, na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, a comunicante está impossibilitada de apresentar a Declaração do Proprietário do veículo. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Terça-feira, 19 de Março de 2019

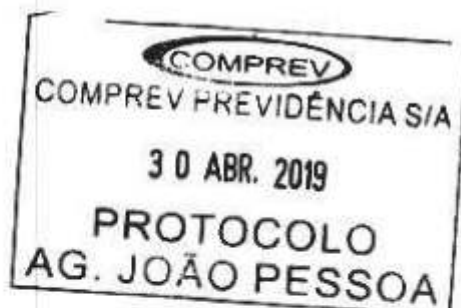
Ivanilda da Costa Araújo
IVANILDA DA COSTA ARAÚJO

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - 33 3310-9319



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000051/19 registrada em 19/03/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos dois dias do mês de março do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 14:20 horas, compareceu a Sra. IVANILDA DA COSTA ARAÚJO, com 0 ano de idade, filha de JOSÉ ALVES DE ARAÚJO e SEVERINA FERREIRA DA COSTA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ALAGOA GRANDE - PB, Solteira, escolaridade Medio Completo, portadora da Cédula de Identidade Nº 3.989.381, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 12626455490, residindo à rua JOSÉ SOARES DE SOUSA, 75, bairro CENTRO, na cidade de ALAGOA GRANDE - PB.

Declarou que:

Informa a comunicante, que no final da tarde do dia 08.01.2019, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Bebedouro, área rural de Juarez Távora/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/POP 100, ano/modelo 2008/2008, cor preta, chassi nº 9C2HB02108R029561, de placa MYW-2932/PB, licenciada em nome de Gerson Barbosa de Oliveira, quando perdeu o controle de direção em uma curva fechada e acabou caindo ao solo, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrida para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetida a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares do BPTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de acidente de Trânsito; Que, na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, a comunicante está impossibilitada de apresentar a Declaração do Proprietário do veículo. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande, Terça-feira, 19 de Março de 2019

Ivanilda da Costa Araújo

IVANILDA DA COSTA ARAÚJO

Declarante

José Alberto do Nascimento

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

ADITAMENTO:

A vítima IVANILDA DA COSTA ARAÚJO, portadora da Cédula de Identidade nº 3.989.381 – SSP/PB, compareceu na data de hoje (17.05.2019) nesta Delegacia Especializada, para **ACRESCENTAR** no Boletim de Ocorrência Policial nº 000051/19, que estar impossibilitada de apresentar a declaração do proprietário do veículo, pelo fato de não saber onde encontrar-lo, pois o mesmo mudou de endereço e atualmente encontra-se em local incerto e não sabido. O referido é verdade e dou Fé.

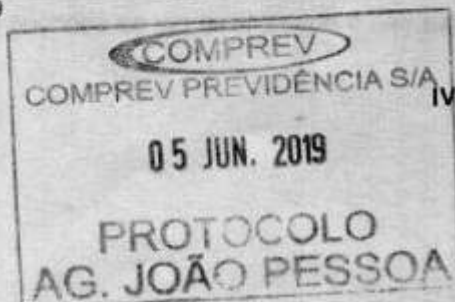
Campina Grande/PB, 17 de maio de 2019

José Alberto do Nascimento

Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão de Polícia Civil



IVANILDA DA COSTA ARAÚJO

Declarante

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANILDA DA COSTA ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00908-3

CONTA: 000010021569-6

Nr. da Autenticação 750ABBB7C4A5F681

LAERTE PEREIRA DA SILVA
RUA JOSE SOARES DE SOUSA, 75 - CENTRO
ALAGOA GRANDE / PB CEP: 5836000 (AO: 22)
Emissor: 12/03/2019 Referência: Fev/2019
Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO P 230, Km 25 - Canto Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
Roteiro: 7-40-800-3015 Nº medidor: 0000995714

energisa
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.985.163/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 020 026 209
Cód. por Dis. Automático: 0018E3888

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima fatura	CPF / CNPJ / RAB
Fev/2019	12/02/2019	13/03/2019	078.526.874-08 Ins. Est.

DE DISTRIBUIÇÃO 5/1863592-0

Canal de contato

*Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE: lei criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Ao perceber luzes nos postes acesas durante o dia ou duas escuras à noite, informe à prefeitura de sua cidade: cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e de toda cidade.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	1	4	28
14/01/18	420	12/02/19	424			
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Alô. (R\$)	Base Calc. Pq (R\$)	Calor (R\$)
				12,04	0,00	0,00
0801	Consumo até 30 kWh/48h	30,000	0,203960	6,11	0,00	0,00
0810	Subsídio			12,04	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0904	JURIS DE MORA 01/2019			0,05	0,00	0,00
0905	MULTA 01/2019			0,29	0,00	0,00
0906	CREDITO A COMPENSAR (-) 02/2019			-7,21	0,00	0,00
0907	Devolução Subsídio			-11,26	0,00	0,00

CCI Código de Classificação de Item TOTAL 0,00 0,00 0,00 18,15 0,17 0,97

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
19/02/2019 R\$ 0,00
Histórico de Consumo (kWh)

0 0 0 1 46 78 41 45 47 83 22 54
Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19

RESERVADO AO FISCAL

720a.86b6.ab23.2fcb.7d4a.2def.91bb.ef78.

Indicadores de Qualidade				Comparação do Cálculo		
Unidade de Análise	Aperdo	Unidade de Tensão (V)		Descrição	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	8,47	0,00	NOMINAL	Serviço de Dist. de Energia PS	2,05	28,43
DIC TRIMESTRAL	12,94			Compra de Energia	2,60	40,64
DIC ANUAL	25,96			Serviço de Transmissão	0,32	4,44
FIC MENSAL	3,48	0,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	1,43	18,89
FIC TRIMESTRAL	8,27		LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	0,50	6,67
FIC ANUAL	13,35		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços		
OMC DICR	3,00	0,00		Total	7,21	100,00
DICR	12,22					

Valor de USD (R\$ 12/2018) R\$ 2,29

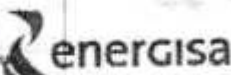
ATENÇÃO
- Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 11,36.
- Leitura confirmada.

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

FATURA COM VALOR ZERO NÃO É NECESSÁRIO AUTENTICAR
Este mês você está recebendo sua conta apenas para demonstração. O valor de R\$ 7,21 será lançado na sua próxima conta sem cobrança de multa e juros.
Caso queira receber esta fatura para pagamento, entre em contato com o 0800 da ENERGISA.

30 ABR. 2019
PROTOCOLADO
JOÃO PESSOA
IMPREV
VIDÊNCIA S/A

JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
LOC ENGENHO OLHO DA GUAIA 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO DA GUAIA
ALAGOA NOVA / PB CEP: 59120000 (AS 11)



Ligação: MONOFÁSICO
Cálculo: RES MTC 91 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 5-11-84-290 Referência: Abr/2019
Medidor: 30709718190 Emissão: 09/04/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-305, Km-26, Cidade Realmeiro, João Pessoa/PB - CEP: 53071-400
CNPJ: 08.088.193/0001-43 - Ins. Est. 15.019.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 022.050.423
Código de Autenticação: 00017321614

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima fatura	CVV / CNPJ / RAN
Abr / 2019	09/04/2019	09/05/2019	003.510.564.00

UC (Unidade Consumidora): 617321614

Canal de contato
Declaração de Quitação Anual de Débitos:
Caro(a) cliente(a), em 22/04/2019, de 29 de maio de 2019, informamos a situação dos débitos referentes aos períodos de consumo de energia elétrica da unidade consumidora vinculada no ano de 2019 e nos anos anteriores. Esta declaração serve para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quais estão disponíveis mensais dos débitos de 2019 e a qual servem como meio de controle.
Se você não quiser receber esta declaração, basta não se inscrever no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia, segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Outras
Data	Letura	Data	Letura	
11/03/19	3734	09/04/19	3939	

Descrição	Quantidade	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base
	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base
001 - Consumo em kWh	164,23	0,00	12,00	27	33,21	22,00	1,30	8,14
002 - CONTRIBUIÇÃO SOCIAL PÚBLICA		1,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
003 - JUROS DE MORA 22/2019		0,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
004 - MULTA 02/2019		2,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

Valor de Classificação de Item: TOTAL 128,41
Taxa de Tributos: 0,00

VENCIMENTO
11/05/2019 R\$ 128,41

Indicador de Qualidade (DQV)
100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123
Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/20 Fev/20 Mar/20

RESERVADO AO FISCO
a680.29ee.adff.a4a2.0c5b.7a30.621c.6bfe.

Indicadores de Qualidade e Qualidade				Composição do Consumo	
Limite de 2019	Atualizado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)
DE MONTA	0,41	0,00	DE MONTA	Serviços de Dist. e Entrega de Energia	20,71
DE PROTEÇÃO	12,54	0,00	DE PROTEÇÃO	Consumo de Energia	41,86
DE ANÁLISE	25,00	0,00	DE ANÁLISE	Serviços de Transmissão	4,07
DE MONTA	5,40	0,00	DE MONTA	Engargalos Setoriais	4,07
DE PROTEÇÃO	0,00	0,00	DE PROTEÇÃO	Impostos Diretos e Encargos	46,78
DE ANÁLISE	12,54	0,00	DE ANÁLISE	Outros Serviços	0,00
DE MONTA	3,40	0,00	DE MONTA	Total	129,41
DE PROTEÇÃO	12,54	0,00	DE PROTEÇÃO		100

Valor (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$)

ATENÇÃO
Atenção: O cliente deve manter a fatura em mãos para apresentar em caso de necessidade.

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009.02624.912008.00243.900172.1.78860000012841
PAGADOR: JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO - CPF/CNPJ: 003.510.564.00
LOC ENGENHO OLHO DA GUAIA 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO DA GUAIA - ALAGOA NOVA / PB CEP: 59120000
Número do Documento: 01732161439004
Data de Vencimento: 11/05/2019
Valor do Documento: R\$ 128,41
Valor Pago: R\$ 128,41
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 08.088.193 / 0001-43

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECWEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.917.124 / 09

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

IVANILDA DA COSTA ARAÚJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 126.264.554 / 90

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima IVANILDA DA COSTA ARAÚJO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 126.264.554 / 90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: LOC. ENGENHO OLHO D'ÁGUA / LOTEAMENTO REJANE LIMA

Número: 65

Complemento: —

Bairro: OLHO D'ÁGUA

Cidade: ALAGOA NOVA

Estado: PB

CEP: 58125-000

E-mail: israelfariasadv@gmail.com

Tel. (DDD): (83) 98116-7741
(83) 99631-8671

Local e Data: ALAGOA NOVA – PB, 30/04/2019

Israel de Souza Farias
Assinatura do Declarante



Diagnóstico

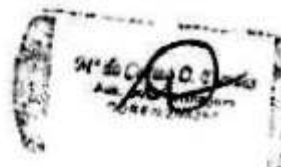
(x 09608) Antyphrygite

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

paciente					
	Evangelista da Costa				
		Abajamento	9	Leito	3
					Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
18/01	Dieta hígida após 22h Dieta Dieta hígida (IV) 6/6h Dieta hígida (IV) 6/6h Dieta hígida (IV) 6/6h Dieta hígida (IV) 6/6h	12h 30m 12h 30m 12h 30m 12h 30m 12h 30m	Dieta hígida Dieta hígida Dieta hígida Dieta hígida Dieta hígida

18101119 PA 100 X 70 + acero 17101 + medica do



for inner antibranch (E)

20-15

Convênio

MOD. 5

Data 17/01/19 Hora 8:00 PA 100x70

Paciente O/AP, sem queixa
de dor, segue aos cuidados
da enfermagem.

Murilo de Souza Santos
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-PB 1184502



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERREIRA

YES

Diagnóstico

(47)

P: 1809662

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Isomilda da Costa	Alojamento	Leito	Convênio
----------	-------------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/01	Dietar livre Jeito Bupirone 50mg + no. em 6hr. 18.8.8406 sgw + celco Desloratadina 10ml vo 1xdu	08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h	PRÉ-estável afetado Co: VPM Hailsson Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9562 Hailsson Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9562 17/01 17h 20min 18/01 17h 20min 19/01 17h 20min 20/01 17h 20min 21/01 17h 20min 22/01 17h 20min 23/01 17h 20min 24/01 17h 20min 25/01 17h 20min 26/01 17h 20min 27/01 17h 20min 28/01 17h 20min 29/01 17h 20min 30/01 17h 20min 31/01 17h 20min 01/02 17h 20min 02/02 17h 20min 03/02 17h 20min 04/02 17h 20min 05/02 17h 20min 06/02 17h 20min 07/02 17h 20min 08/02 17h 20min 09/02 17h 20min 10/02 17h 20min 11/02 17h 20min 12/02 17h 20min 13/02 17h 20min 14/02 17h 20min 15/02 17h 20min 16/02 17h 20min 17/02 17h 20min 18/02 17h 20min 19/02 17h 20min 20/02 17h 20min 21/02 17h 20min 22/02 17h 20min 23/02 17h 20min 24/02 17h 20min 25/02 17h 20min 26/02 17h 20min 27/02 17h 20min 28/02 17h 20min 29/02 17h 20min 30/02 17h 20min 01/03 17h 20min 02/03 17h 20min 03/03 17h 20min 04/03 17h 20min 05/03 17h 20min 06/03 17h 20min 07/03 17h 20min 08/03 17h 20min 09/03 17h 20min 10/03 17h 20min 11/03 17h 20min 12/03 17h 20min 13/03 17h 20min 14/03 17h 20min 15/03 17h 20min 16/03 17h 20min 17/03 17h 20min 18/03 17h 20min 19/03 17h 20min 20/03 17h 20min 21/03 17h 20min 22/03 17h 20min 23/03 17h 20min 24/03 17h 20min 25/03 17h 20min 26/03 17h 20min 27/03 17h 20min 28/03 17h 20min 29/03 17h 20min 30/03 17h 20min 31/03 17h 20min 01/04 17h 20min 02/04 17h 20min 03/04 17h 20min 04/04 17h 20min 05/04 17h 20min 06/04 17h 20min 07/04 17h 20min 08/04 17h 20min 09/04 17h 20min 10/04 17h 20min 11/04 17h 20min 12/04 17h 20min 13/04 17h 20min 14/04 17h 20min 15/04 17h 20min 16/04 17h 20min 17/04 17h 20min 18/04 17h 20min 19/04 17h 20min 20/04 17h 20min 21/04 17h 20min 22/04 17h 20min 23/04 17h 20min 24/04 17h 20min 25/04 17h 20min 26/04 17h 20min 27/04 17h 20min 28/04 17h 20min 29/04 17h 20min 30/04 17h 20min 01/05 17h 20min 02/05 17h 20min 03/05 17h 20min 04/05 17h 20min 05/05 17h 20min 06/05 17h 20min 07/05 17h 20min 08/05 17h 20min 09/05 17h 20min 10/05 17h 20min 11/05 17h 20min 12/05 17h 20min 13/05 17h 20min 14/05 17h 20min 15/05 17h 20min 16/05 17h 20min 17/05 17h 20min 18/05 17h 20min 19/05 17h 20min 20/05 17h 20min 21/05 17h 20min 22/05 17h 20min 23/05 17h 20min 24/05 17h 20min 25/05 17h 20min 26/05 17h 20min 27/05 17h 20min 28/05 17h 20min 29/05 17h 20min 30/05 17h 20min 31/05 17h 20min 01/06 17h 20min 02/06 17h 20min 03/06 17h 20min 04/06 17h 20min 05/06 17h 20min 06/06 17h 20min 07/06 17h 20min 08/06 17h 20min 09/06 17h 20min 10/06 17h 20min 11/06 17h 20min 12/06 17h 20min 13/06 17h 20min 14/06 17h 20min 15/06 17h 20min 16/06 17h 20min 17/06 17h 20min 18/06 17h 20min 19/06 17h 20min 20/06 17h 20min 21/06 17h 20min 22/06 17h 20min 23/06 17h 20min 24/06 17h 20min 25/06 17h 20min 26/06 17h 20min 27/06 17h 20min 28/06 17h 20min 29/06 17h 20min 30/06 17h 20min 01/07 17h 20min 02/07 17h 20min 03/07 17h 20min 04/07 17h 20min 05/07 17h 20min 06/07 17h 20min 07/07 17h 20min 08/07 17h 20min 09/07 17h 20min 10/07 17h 20min 11/07 17h 20min 12/07 17h 20min 13/07 17h 20min 14/07 17h 20min 15/07 17h 20min 16/07 17h 20min 17/07 17h 20min 18/07 17h 20min 19/07 17h 20min 20/07 17h 20min 21/07 17h 20min 22/07 17h 20min 23/07 17h 20min 24/07 17h 20min 25/07 17h 20min 26/07 17h 20min 27/07 17h 20min 28/07 17h 20min 29/07 17h 20min 30/07 17h 20min 31/07 17h 20min 01/08 17h 20min 02/08 17h 20min 03/08 17h 20min 04/08 17h 20min 05/08 17h 20min 06/08 17h 20min 07/08 17h 20min 08/08 17h 20min 09/08 17h 20min 10/08 17h 20min 11/08 17h 20min 12/08 17h 20min 13/08 17h 20min 14/08 17h 20min 15/08 17h 20min 16/08 17h 20min 17/08 17h 20min 18/08 17h 20min 19/08 17h 20min 20/08 17h 20min 21/08 17h 20min 22/08 17h 20min 23/08 17h 20min 24/08 17h 20min 25/08 17h 20min 26/08 17h 20min 27/08 17h 20min 28/08 17h 20min 29/08 17h 20min 30/08 17h 20min 31/08 17h 20min 01/09 17h 20min 02/09 17h 20min 03/09 17h 20min 04/09 17h 20min 05/09 17h 20min 06/09 17h 20min 07/09 17h 20min 08/09 17h 20min 09/09 17h 20min 10/09 17h 20min 11/09 17h 20min 12/09 17h 20min 13/09 17h 20min 14/09 17h 20min 15/09 17h 20min 16/09 17h 20min 17/09 17h 20min 18/09 17h 20min 19/09 17h 20min 20/09 17h 20min 21/09 17h 20min 22/09 17h 20min 23/09 17h 20min 24/09 17h 20min 25/09 17h 20min 26/09 17h 20min 27/09 17h 20min 28/09 17h 20min 29/09 17h 20min 30/09 17h 20min 01/10 17h 20min 02/10 17h 20min 03/10 17h 20min 04/10 17h 20min 05/10 17h 20min 06/10 17h 20min 07/10 17h 20min 08/10 17h 20min 09/10 17h 20min 10/10 17h 20min 11/10 17h 20min 12/10 17h 20min 13/10 17h 20min 14/10 17h 20min 15/10 17h 20min 16/10 17h 20min 17/10 17h 20min 18/10 17h 20min 19/10 17h 20min 20/10 17h 20min 21/10 17h 20min 22/10 17h 20min 23/10 17h 20min 24/10 17h 20min 25/10 17h 20min 26/10 17h 20min 27/10 17h 20min 28/10 17h 20min 29/10 17h 20min 30/10 17h 20min 31/10 17h 20min 01/11 17h 20min 02/11 17h 20min 03/11 17h 20min 04/11 17h 20min 05/11 17h 20min 06/11 17h 20min 07/11 17h 20min 08/11 17h 20min 09/11 17h 20min 10/11 17h 20min 11/11 17h 20min 12/11 17h 20min 13/11 17h 20min 14/11 17h 20min 15/11 17h 20min 16/11 17h 20min 17/11 17h 20min 18/11 17h 20min 19/11 17h 20min 20/11 17h 20min 21/11 17h 20min 22/11 17h 20min 23/11 17h 20min 24/11 17h 20min 25/11 17h 20min 26/11 17h 20min 27/11 17h 20min 28/11 17h 20min 29/11 17h 20min 30/11 17h 20min 01/12 17h 20min 02/12 17h 20min 03/12 17h 20min 04/12 17h 20min 05/12 17h 20min 06/12 17h 20min 07/12 17h 20min 08/12 17h 20min 09/12 17h 20min 10/12 17h 20min 11/12 17h 20min 12/12 17h 20min 13/12 17h 20min 14/12 17h 20min 15/12 17h 20min 16/12 17h 20min 17/12 17h 20min 18/12 17h 20min 19/12 17h 20min 20/12 17h 20min 21/12 17h 20min 22/12 17h 20min 23/12 17h 20min 24/12 17h 20min 25/12 17h 20min 26/12 17h 20min 27/12 17h 20min 28/12 17h 20min 29/12 17h 20min 30/12 17h 20min 31/12 17h 20min

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Revised 9/20/2018

Paciente	Admissão	Leito	Convênio
14/11/2011	14/11/2011	14	Convênio
15/11/2011	15/11/2011	15	Convênio
16/11/2011	16/11/2011	16	Convênio
17/11/2011	17/11/2011	17	Convênio
18/11/2011	18/11/2011	18	Convênio
19/11/2011	19/11/2011	19	Convênio
20/11/2011	20/11/2011	20	Convênio
21/11/2011	21/11/2011	21	Convênio
22/11/2011	22/11/2011	22	Convênio
23/11/2011	23/11/2011	23	Convênio
24/11/2011	24/11/2011	24	Convênio
25/11/2011	25/11/2011	25	Convênio
26/11/2011	26/11/2011	26	Convênio
27/11/2011	27/11/2011	27	Convênio
28/11/2011	28/11/2011	28	Convênio
29/11/2011	29/11/2011	29	Convênio
30/11/2011	30/11/2011	30	Convênio
01/12/2011	01/12/2011	31	Convênio
02/12/2011	02/12/2011	32	Convênio
03/12/2011	03/12/2011	33	Convênio
04/12/2011	04/12/2011	34	Convênio
05/12/2011	05/12/2011	35	Convênio
06/12/2011	06/12/2011	36	Convênio
07/12/2011	07/12/2011	37	Convênio
08/12/2011	08/12/2011	38	Convênio
09/12/2011	09/12/2011	39	Convênio
10/12/2011	10/12/2011	40	Convênio
11/12/2011	11/12/2011	41	Convênio
12/12/2011	12/12/2011	42	Convênio
13/12/2011	13/12/2011	43	Convênio
14/12/2011	14/12/2011	44	Convênio
15/12/2011	15/12/2011	45	Convênio
16/12/2011	16/12/2011	46	Convênio
17/12/2011	17/12/2011	47	Convênio
18/12/2011	18/12/2011	48	Convênio
19/12/2011	19/12/2011	49	Convênio
20/12/2011	20/12/2011	50	Convênio
21/12/2011	21/12/2011	51	Convênio
22/12/2011	22/12/2011	52	Convênio
23/12/2011	23/12/2011	53	Convênio
24/12/2011	24/12/2011	54	Convênio
25/12/2011	25/12/2011	55	Convênio
26/12/2011	26/12/2011	56	Convênio
27/12/2011	27/12/2011	57	Convênio
28/12/2011	28/12/2011	58	Convênio
29/12/2011	29/12/2011	59	Convênio
30/12/2011	30/12/2011	60	Convênio
31/12/2011	31/12/2011	61	Convênio
01/01/2012	01/01/2012	62	Convênio
02/01/2012	02/01/2012	63	Convênio
03/01/2012	03/01/2012	64	Convênio
04/01/2012	04/01/2012	65	Convênio
05/01/2012	05/01/2012	66	Convênio
06/01/2012	06/01/2012	67	Convênio
07/01/2012	07/01/2012	68	Convênio
08/01/2012	08/01/2012	69	Convênio
09/01/2012	09/01/2012	70	Convênio
10/01/2012	10/01/2012	71	Convênio
11/01/2012	11/01/2012	72	Convênio
12/01/2012	12/01/2012	73	Convênio
13/01/2012	13/01/2012	74	Convênio
14/01/2012	14/01/2012	75	Convênio
15/01/2012	15/01/2012	76	Convênio
16/01/2012	16/01/2012	77	Convênio
17/01/2012	17/01/2012	78	Convênio
18/01/2012	18/01/2012	79	Convênio
19/01/2012	19/01/2012	80	Convênio
20/01/2012	20/01/2012	81	Convênio
21/01/2012	21/01/2012	82	Convênio
22/01/2012	22/01/2012	83	Convênio
23/01/2012	23/01/2012	84	Convênio
24/01/2012	24/01/2012	85	Convênio
25/01/2012	25/01/2012	86	Convênio
26/01/2012	26/01/2012	87	Convênio
27/01/2012	27/01/2012	88	Convênio
28/01/2012	28/01/2012	89	Convênio
29/01/2012	29/01/2012	90	Convênio
30/01/2012	30/01/2012	91	Convênio
31/01/2012	31/01/2012	92	Convênio
01/02/2012	01/02/2012	93	Convênio
02/02/2012	02/02/2012	94	Convênio

14.1.19

12:00

RA: 100/70 P-86 SP02. 95

Rad. grau, consciente

sem tado. Potenciais

auso unens. med.

cm. desbalanceado, hider.

tado, com gestura nse

segm aos evidencias de

equipe.

5/05. 09h. 130x60 o Pate
Medicador C.P.M.

E.G.K. consciente, orientado.

Clénia Arielly R. O. Cavalcante
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 385703

FOILIA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

fx. O5402 de Ambrósio

Paciente: Tramanda do Costa Alojamento: 2 Leito: 2 Convênio:

Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica	
12/11	1. Dieta <u>líquida</u> (<u>2lco</u>)	CT				
	2. SRL 1500ml EV/24h (<u>2lco</u>)	CT				
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	CT				
	4. Tilactil 20mg + AD EV 12/12h	CT				
	5. Omeprazol 40mg <u>8h/jejum</u> (<u>co</u>)	CT				
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	CT				
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN	CT				
	8. Clexane 40mg SC/dia (<u>5049</u>)	CT				
	9. SSV + CCG	CT				
	Dr. <u>Rafael</u> ORTOPEDIA CRM 8643				Dr. <u>Rafael</u> ORTOPEDIA CRM 8643	

12.1.19 . 7A: 120/80 12:00
 Pac. Joven Ombudo
 consiente, sin guirras,
 desmenuado, hisofacto.
 med. c. pr. con p. tura
 en de s. Ag. cirugia.

RECIBO
 TEC. 2011
 COREN

12/1/19
 12/1/19
 12/1/19
 12/1/19

[Signature]



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA : TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

01

Exames de urina
K

Paciente

Teimildes do Socorro

Alojamento

2

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

11/31

Dr. Wagner Palato
ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

SND

12/31/06

Exames de urina

Exames de urina

Dr. Wagner Palato
ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

1102 - 09ms. 100x70 m Poche e GR com ciente, orientado. Neeli -
cacho CPM. ~~~~~

Clénia Arielly P. O. Cavalcante
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 385703

I. v. milda

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

5



Paciente	Alojamento			Leito	Convênio
	7				

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/11/08	① Presc. de	20h	Fome e sono
	② 500mg. de	25h	Fome e sono
	③ 200mg. de + 100mg. de	28h	Fome e sono
	④ 100mg. de + 100mg. de	30h	Fome e sono
	⑤ 100mg. de + 100mg. de	32h	Fome e sono
	⑥ 100mg. de + 100mg. de	34h	Fome e sono
	⑦ 100mg. de + 100mg. de	36h	Fome e sono
	⑧ 100mg. de + 100mg. de	38h	Fome e sono
	⑨ 100mg. de + 100mg. de	40h	Fome e sono
	⑩ 100mg. de + 100mg. de	42h	Fome e sono

Amaro Verde Pint - Neto

10/15/2014

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1001-1005.

~~Large~~

Ad

10

09/02/19 20h PA 110x80 Paciente com relato
queixas respiratórias
em estado de

Admissão
TÍT. DE
COREN - 10/05/2015
Miles de Araújo
10/05/2015



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Joanilda da Costa Registro: Leito: 9-2 Setor Atual: Critico 2

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: 100x70 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Paraplegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculat pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Chelo.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Carimbo circular com data 11/01/2011 e número 11346.

DATA: 18/01/11

HORA: 9

INTERCORRÊNCIAS

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Religioso / religiosidade e/ou espiritualidade: () Ausência de família/visita () Outros:
Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Sono e repouso: () Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:

Limite físico: () Alcançado () Cadeira de rodas () Outro:
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:

CUIDADO CORPORAL

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo em: Retirado em:
Dreno: () Tipo/Aspecto: Dólio: Curativo em:
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:

Condições das mucosas: () Úlceras () Secas Manifestações de sede: ()
Coloração da pele: () Normocrômica () Hipocrômica () Ictérica () Cianótica Tumor da pele: () Preservado
Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimose () Hematomas () Escoriações () Outros:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Aspecto: () Outros: Observações:
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h:
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

RHA: () Normotensos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
Alterações: () Inapetência () Diarreia () Intolerância alimentar () Vômito () Prisão () Outros:
Alimentação: () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: 1

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data de punção: 1
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Drogas vasotônicas: () Quais?

Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular: ()

Pele: () Corada () Hipocrômica () Cianose () Sudorese () Fria () Aquedra.



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

NOME:	Ivanildo da Costa Araújo					
IDADE:	22	SEXO:	M	F	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às : h
SETOR:	Amarela				LEITO:	7
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	Ortopedia					
ALERGIAS:	SIM	NÃO	QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM	NÃO	QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:	SIM	NÃO	QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM	NÃO	LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO	NORMOPOTENSO	HIPERTENSO			
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE	INCONSCIENTE	ORIENTADO			
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO	TAQUIPÊNICO	EUPNÉICO	BRADIPNÉICO		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL	POLÚRIA	OLIGÚRIA	SVD		
	DUSÚRIA	CISTOSTOMIA	ANÚRIA			
MOBILIDADE:	DEÂMBULA	DEÂMBULA Q/APOIO	ACAMADO	S/ DEFICITE MOTOR		
	TETRAPLEGIA	HEMIAPLEGIA	PARESIA	RESTRITO NO PEITO		
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO	SNG	SNE			
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO	DESNUTRIDO	OBESO	CAQUÉTICO		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:	
☐ RISCO DE QUEDA			CD/FR:			
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO			CD/FR:			
☒ RISCO DE INFECÇÃO			CD/FR:	Procedimento invasivo		
☐ RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal			CD/FR:			
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL			CD/FR:			
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	☐ RETENÇÃO URINÁRIA			CD/FR:		
☐ RISCO DE SANGRAMENTO			CD/FR:			
☐ Náusea			CD/FR:			
☐ Dor aguda	☐ Dor crônica			CD/FR:		
☐ Padrão respiratório ineficaz			CD/FR:			
☐ Mobilidade no leito prejudicada			CD/FR:			
☐ Déficit no auto cuidado	☐ alimentar-se	☐ para banho			CD/FR:	
☐ Integridade da pele prejudicada			CD/FR:			
☐ Risco para int. pele prejudicada			CD/FR:			
☐ Risco de síndrome do desuso			CD/FR:			
☐			CD/FR:			
☐			CD/FR:			
☐			CD/FR:			
Barbara Albuquerque V. Araujo COREN-PB 538.571-ENF			CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL						
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			42/12			
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.						
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.						
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.						
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).						
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.						
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.						
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.						
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.			diariamente			
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTO CUIDADO.			sempre			
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			sempre			

GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

Nome:	Francielly										PRONTUÁRIO:	104
Idade:											ENF.:	
Sexo:	M	F									CLÍNICA:	
Cor:			B	P	A						ALTURA:	
											PESO:	
Dados Clínicos:												

RECIBO
19/01/19

ATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9551

GÊNCIA:	☐	ROTINA:	☐
TA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:		



GOVERNO
DO PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ BONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAM

NOME:	Ivamil DA COSTA										PRONTUÁRIO		
IDADE:	22	SEXO:	M	F	COR:	B	P	A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO

DADOS CLÍNICOS:

Vítima de acidente de moto ciclota

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

USG abdominal (FAST) **ULTRASSONOGRAFIA**
Realizada em: 08/01/19

URGÊNCIA: ☐

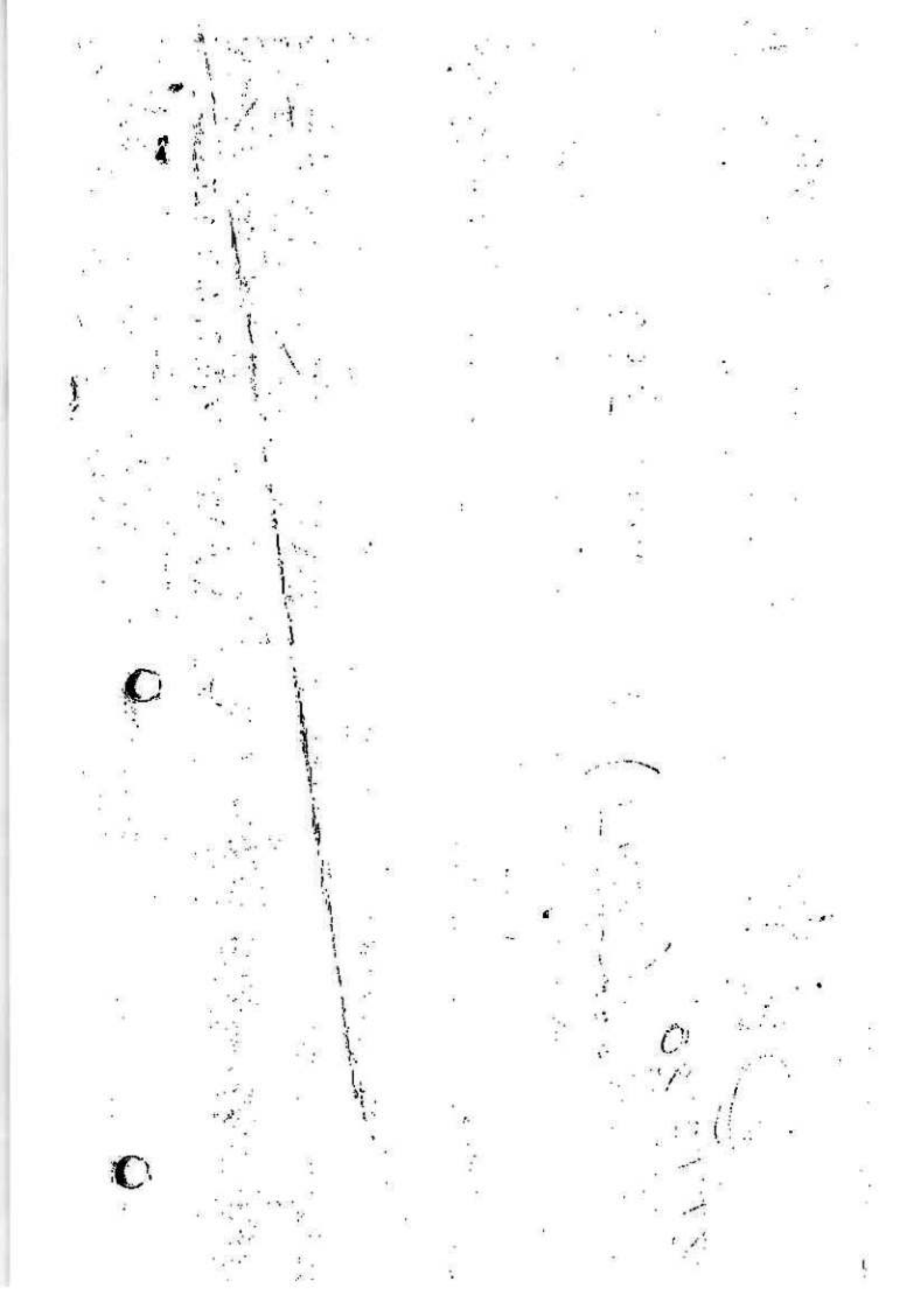
ROTINA: ☐

DATA:

08/01/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

DR. MARCOS ANTONIO DINIZ
CRM 127272
RÉGION





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAM

NOME:	Thaíla da Costa	PRONTUÁRIO:	
IDADE:	22A	SEXO:	M
		SEXO:	F
		COR:	B
		PESO:	A
		ALTURA:	
		CLÍNICA:	
		ENF.:	
		LEITO:	

DADOS CLÍNICOS:

Queda de novo

MATERIAL A EXAMINAR:

RAIO X
REALIZADO EM:
21/10/18

EXAMES SOLICITADOS:

Rx {
Tórax AL
Coração AL e Penfil E
Antebraço E AL e Penfil
Leite AL

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

08/10/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Marcos André Dilliz
MÉDICO CIRURGIÃO
CRM-PB 6472

12
8

C

O

Sr(a): IVANILDA DA COSTA ARAUJO
Dr(a): SHERDSON C DE SÁ RODRIGUES
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000445453
Data: 11-01-2019 11:23
Idade: 22 ANOS

RG: NÃO INFORMADO
Origem: ARPA AMARELA
Destino: Leito - 07

BETA HCG PLASMÁTICO - QUALITATIVO..... Não Reagente

[DATA DA COLETA: 11/01/2019 11:22]

Material: Soro

Método: Enzimaimunoensaio

Valores de Referência:

IMPORTANTE:

Após resultado negativo, persistindo suspeita de gravidez, uma segunda amostra deverá ser obtida 48 hrs depois e testada novamente. A sensibilidade do HCG permite a detecção de HCG na urina e soro de mulheres grávidas a partir do 4o. a 5o. dia de atraso menstrual. O hormônio LH produzido na fase de ovulação poderá causar resultado falsamente positivo do teste.

NOTA: A elevação do hCG no soro ou urina está mais frequentemente relacionada com a gravidez. Entretanto valores elevados são encontrados na mola hidatiforme, no coriocarcinoma e nas neoplasias não trofoblásticas. O resultado não reagente não exclui a possibilidade de gravidez, uma vez que o exame depende dos níveis hormonais. Sensibilidade do teste: Em 5 minutos níveis elevados ou tão baixos quanto 25 mUI/ml podem ser detectados na amostra.


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRM - 5793

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: F611-7DF1-59FD-E97B-DB9B-25DE-5351-9425

Sr(a): **IVANILDA DA COSTA ARAUJO** Protocolo: **0000445187** RG: **NÃO INFORMADO**
 Dr(a): **AMARO JORGE PINTO NETO** Data: **09-01-2019 12:35** Origem: **AREA AMARELA**
 Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **22 anos** Destino: **Leite - 07**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 09/01/2019 12:34]

Resultados **Valores de Referência**

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.2 milhões/mm³	3,9 à 5,3 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	15,0 g/dL	12,0 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	45,0 %	35,6 à 48,6 %
V.C.M.....	107 fL	82,0 à 102,0 fL
H.C.M.....	36 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	8.600 /mm³	(%)	(/mm³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Neutrófilos				
Promielócitos.....	0	0		
Mielócitos.....	0	0		
Metamielócitos.....	0	0		
Bastonetes.....	3,0	258		
Segmentados.....	70,0	6.020		40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0		0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0		0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos				
Típicos.....	25,0	2.150		20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0		
Monócitos.....	2,0	172		2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	276.000 mm³			140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
 Biomédico
 CRM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 3D3E-7A78-F462-203B-7D2B-939B-49CA-31E4

Sr(a):	IVANILDA DA COSTA ARAUJO	Protocolo:	0000445187	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	AMARO JORGE PINTO NETO	Data:	09-01-2019 12:35	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	22 anos	Destino:	Labo - 07

TEMPO DE COAGULACAO 8' 00'' min

[DATA DA COLETA: 09/01/2019 12:35]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

TEMPO DE SANGRAMENTO 2' 00''

[DATA DA COLETA: 09/01/2019 12:35]

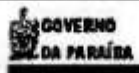
Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos


Geraldo Raimundo de Figueiredo Neto
Biólogo
CRM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 641C-23C0-B01F-34B1-6FD6-36FC-A0B7-4E3C



PACIENTE:	IVANILDA DA COSTA ARAUJO
DATA DO EXAME:	08/01/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou derrame pericárdico no presente estudo.

Fígado de dimensões e contornos normais. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação. A vasculatura venosa hepática apresenta trajeto e calibre anatómicos, com veia porta de calibre normal.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e parênquima renal de espessura normal. Ausência de cálculo ou hidronefrose.

Veia cava inferior e aorta abdominal de calibre e contornos normais nos segmentos visibilizados.

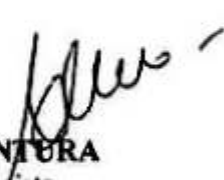
Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou derrame pericárdico no presente estudo.

- Demais órgãos e estruturas abdominais avaliadas sem alterações relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio.


DR. ANDRÉ VENTURA
Médico Radiologista
CRM-PB 7282 | RQE-PB 5683

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Iranildo da Costa Araújo</u>		DN: <u>06/05/1996</u>	
QI	LEITE <u>Sala 03</u>	CONVENIO <u>D</u>	IDADE <u>22</u>
CIRURGIA <u>Osteossíntese (Perna Antebraço) 1º e 2º Pseudo</u>		CIRURGIÃO <u>D.º Múcio</u>	
ANESTESIA <u>Sedativo Fluido + Sedação</u>		ANESTESIA <u>D.º Múcio</u>	
INSTRUMENTADORA	DATA <u>19/05/19</u>	INICIO <u>12:00</u>	FIM <u>13:00</u>

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Boia Colostoma	Qtd.	RIO	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Catel. pl. Órg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
01	Diazepam amp. <u>Midazolam</u>	Compressa Grande **		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolanina amp.	Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegem amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera pl. osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
01	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Profligmina amp.	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Proloxo Im	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O, ml	04	Mononylon	2-0
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
06	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
01	Glicose amp. <u>Medopacitrona</u>	Oxigênio Im			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflux			
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.			
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico	Qtd.	SOROS	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Medrotinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
01	Pleat amp. <u>Nausechon</u>	Seringa desc. 20 ml	01	SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	02	SG Ringr fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda	02	SG fr 500 ml	
	Stuplanon amp.	Sonda folley	02	5-F pl/lacem formento	
02	Colalutim 1g <u>butiraxano</u>	Sonda Nasogática	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Tetatel 20 mg	Sonda Uretral nº		Box 3.5 TM Biquingica	
01	Isodo 2.6 etc	Steridrem ml	01	Placa DCP 6 Furos	
01	Isupi 0.56 8 IV	Tomeirinha	01	" " 2 Furos	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml	02	Ponofusos corticais	
	Agulha desc. 25 x 7	Geicon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latex			
	Agulha desc. 3 x 4,5	Calotrodos			
	Agulha pl raque nº	Clampes de 24			
05	Alcool de Enfermagem	" " Alcatraz			
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS	
☒ Oxímetro de Pulso	☐ Foco Auxiliar
☐ Serra	☐ Eletrocautério
☐ Desfibrilador	☐ Oxícapnógrafo
☐ Foco Frontal	☐ Cardiomonitor
☐ Fonte de Luz	☐ Perfurador Elétrico

Stela M. Assistente de Enfermagem
CIREN 424520

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

02/01/2008

12/08/07

02/01/2008

12/08/07

02/01/2008

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07

12/08/07



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Nome do Paciente <i>Wendell de Costa</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. J. P. Silva</i>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório		<i>Lesão de Intestino</i>	
Tipo de Operação		<i>Omentoplastia</i>	
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato		<i>Não</i>	
Acidente Durante a Operação		<i>Não</i>	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras	
1/	<i>Abertura da cavidade</i>
2/	<i>Exatidão e Anterioridade</i>
3/	<i>Exatidão e Anterioridade</i>
4/	<i>Início de Thompson</i>
5/	<i>Drenagem por placa</i>
6/	<i>Redução com o auxílio de fixação</i>
7/	<i>placa DCP + Kirschner</i>
8/	<i>Incisão sobre o estômago</i>
9/	<i>Verificado o nervo e a sua relação</i>
10/	<i>Reparo com a fixação</i>

*Dr. João Paulo de Almeida
Coordenador Geral
H. E. T. Dom Luiz Gonzaga Fernandes*



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		12


Assinatura do anestesista

DATA	05/01/19	PROTESTO ANESTESIA	88	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS	BRONQUIE
TIPO SANGÜÍNEO		HEMATÓCITO		HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA			
HEMATÓCITO		HEMATOCRITO		GLICEMIA	UREIA				
HEMATÓCITO		HEMATOCRITO		GLICEMIA	UREIA				

AP. RESPIRATÓRIO	AP. CIRCULATÓRIO	AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL	ANESTESIA ANTERIORES	MECÂNICA PRE-ANESTÉSICA
AP. RESPIRATÓRIO	AP. CIRCULATÓRIO	AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL	ANESTESIA ANTERIORES	MECÂNICA PRE-ANESTÉSICA
AP. RESPIRATÓRIO	AP. CIRCULATÓRIO	AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL	ANESTESIA ANTERIORES	MECÂNICA PRE-ANESTÉSICA

ANESTESIA ANTERIORES	MECÂNICA PRE-ANESTÉSICA	AS	EFETO
ANESTESIA ANTERIORES	MECÂNICA PRE-ANESTÉSICA	AS	EFETO
ANESTESIA ANTERIORES	MECÂNICA PRE-ANESTÉSICA	AS	EFETO

AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	CÓDIGOS
AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	CÓDIGOS
AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	CÓDIGOS

AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	CÓDIGOS
AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	CÓDIGOS
AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	CÓDIGOS

AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	CÓDIGOS
AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	CÓDIGOS
AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	CÓDIGOS

AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	CÓDIGOS
AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	CÓDIGOS
AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	CÓDIGOS

AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	CÓDIGOS
AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	CÓDIGOS
AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	CÓDIGOS

AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	CÓDIGOS
AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	CÓDIGOS
AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	CÓDIGOS

04/01/19

Ficha de Acolhimento

Nome: Yasmin End: 02/05/2008
Data de Nascimento: 02/05/2008 Data do Atendimento: 02/05/2008
Queixa: Dores Aspecto: Calmo () Fácels de dor () Geralmente
Acidente de trabalho? () Sim () Baixo
Nível de consciência: Bom () Regular () Baixo

Estratificação

Frequência respiratória: 20 () Maca
Pressão arterial: 110
Dosagem de HGT: 110
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

atendimento até 1 hora

atendimento ambulatorial

atendimento imediato até 4 horas

Assinatura e carimbo do profissional

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Nº

Visto de central de ambul

em TCE

p/Desempenho de Voto e conduta

Classificação 15

Sem deficiência - acurácia dentro da NSE

Ex: Atividade de NSE. Resposta: reavaliada

Dr. [Assinatura]
 Coordenador de NSE
 NSE - NSE

* Cirurgia Geral às 21:45

Paciente segue sem sintomas - Abdômen não dolorido. Ausência de
 USG FAST, necessitando de Tórax e Pelve sem alteração.

CD: Alta da Cirurgia Geral

Dr. [Assinatura]
 Coordenador de Cirurgia
 Cirurgia Geral

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

- () Centro cirúrgico () Alta hospitalar / () Já revela
 () Internação (setor) () Decisão Médica
 () Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Óbito

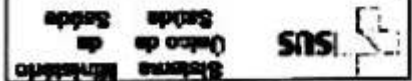
Dr. Maria Fátima da Costa
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES 2362856

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

3 - CNES 2362856

Identificação do Paciente

4 - NOME DO PACIENTE IVANILDA DA COSTA ARAUJO

5 - Nº DO PRONTUÁRIO 1809662

7 - DATA DO SUS 708702084967890

8 - DATA DE NASCIMENTO 06/05/1996

9 - SEXO MASC [X] FEM []

10 - TIPO DE LAUDO [X] R []

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL SEVERINA FERREIRA DA COSTA

11 - RELACIONE DE CONTATO 85487884

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SÍTIO BEBEDOURO, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alagoas Grande

14 - COLOQUE NUMEROS 15 - UF PB 250030 58388000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Amarelo, febre, dor no abdômen, vômito, diarreia

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

De Amarelo, febre

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (EXAMES REALIZADOS)

Exames realizados

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CID DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA 02 28 - DOCUMENTO 980016001358163

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE AMARO JORGE PINTO NETO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08/01/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRABALHO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

36 - () ACIDENTE COM A PREVIDÊNCIA

37 - () ACIDENTE COM A PREVIDÊNCIA

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COB. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO () CNES () CM

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Amberley & Sons
Lancaster

21st Dec 1877

Amberley & Sons
Lancaster

A

SUS
Ministério
União de
Saúde
de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2362856

4 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2362856

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

IVANILDA DA COSTA ARAUJO

7 - CARTÃO DO SUS

709702084967890

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

SEVERINA FERREIRA DA COSTA

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

SITIO BEBEDOURO, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Alagoinha Grande

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/05/1996

9 - SEXO

M

Form B.B.

11 - TELEFONE DE CONTATO

89487884

16 - CEP

58388000

15 - UF

PB

250030

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Atividade física
de 1000g
de 1000g
de 1000g

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Transtorno de ansiedade

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

02

27 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

02

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

AMARO JORGE PINTO NETO

21 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/01/2019

28 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016001358163

29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

980016001358163

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/01/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

08/01/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() AUTÔNOMO

() DESMEMBRADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGUADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COG. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº de autorização de internação hospitalar

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 ABR. 2019

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
126.284.554-90

Nome
IVANILDA DA COSTA ARAUJO

Nascimento
06/05/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P. 314

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO





Ivanilda da Costa Araújo

CATEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.989.381 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2011

NOME
IVANILDA DA COSTA ARAUJO

FILIAÇÃO
**JOSÉ ALVES DE ARAUJO
SEVERINA FERREIRA DA COSTA**

NATURALIDADE
ALAGOA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO
06/05/1996

NASC.N. 6280 FLS. 157V LIV. A07
CARTORIO JUAREZ TAVORA-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 ABR. 2019

PROTOCOLO

ACÓRDO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - RN
20008463/2008

Nº 6761923348
35937427145

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1	COD. RENAVAM 958155046	RTB *****
NOME/ENDEREÇO GERSON BARBOSA DE OLIVEIRA EST QUEBRA FUZIL, 9979 ZONA RURAL 59.162-000 SÃO JOSÉ DE MIPIBÁ/RN		
CPF/CGC 723.059.164-34	PLACA MYW2932	
NOME ANTERIOR POTIGUAR VEÍCULOS LTDA		
PLACA ANT./UF MYW2932/RN	CHASSI 9C2HB02108R029561	
ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL		COMBUSTÍVEL GASOLINA
MARCA/MODELO HONDA/POP100		ANO FAB. 2008
ANO MOD. 2008		
CAP/POT/CIL BCV/97 CILINDRADAS	CATEGORIA PARTICULAR	COR PREDOMINANTE PRETA
OBSERVAÇÕES ALIENACAO FIDUCIARIA EM FAVOR DE: 01.149.953/0001-89 BV FINANCEIRA S.A CRED FINC E INVEST MOTOR: HB02E10029561		
LOCAL SÃO JOSÉ DE MIPIBÁ/RN		DATA 24/03/2008

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RNNº 6761923348

BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO

GERSON BARBOSA DE OLIVEIRA
EST. QUEBRA FUZIL, 9979
ZONA RURAL
59.162-000 SAO JOSE DE MIPIBU/RN

CPF/CGC

723.859.164-34

PLACA

MYW2932

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO

RNNº 6761923348

EXERCÍCIO

2008

DATA EMISSÃO

24/03/2008

NOME/ENDEREÇO

GERSON BARBOSA DE OLIVEIRA
EST. QUEBRA FUZIL, 9979
ZONA RURAL
59.162-000 SAO JOSE DE MIPIBU/RN

VIA

1

CPF/CGC

723.859.164-34

PLACA

MYW2932

COD. RENAVAM

958155846

MARCA/MODELO

HONDA/POP100

ANO FAB.

2008

CAT. INF.

9

CHASSI

9C2HB02108R029561

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

25031

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO

Outorgante: IVANILDA DA COSTA ARAÚJO, brasileira, estado civil: solteira, profissão: Agricultora, residente e domiciliado na Rua Joné Severina de Sousa, nº 75, bairro: Centro, Município de Alagoa Grande, Estado da Paraíba, Cep. 58388-000, portadora do Rg. nº 3.989.381, SSP/PB e CPF nº 126.264.554-90.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO D'ÁGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO D'ÁGUA, Município de ALAGOA NOVA, Estado da PARAIBA, Cep.: 58125.000, portador do RG nº 3406239 SSP/PB e CPF nº 082.917.124-09.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) IVANILDA DA COSTA ARAÚJO, ocorrido em 08/01/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.
Processo de natureza: INVALIDEZ.

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

Juarez Távora - PB, 02 / Abril 2019.

Ivanilda da Costa Araújo
Outorgante

CPF Nº 126.264.554-90

"RECONHECER FIMA POR AUTENTICIDADE"

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE JUAREZ TÁVORA - PB
Av. Adalberto Pereira de Melo - Edif. Centro - Juarez Távora - PB
E-mail: cartorio@juarezta.com.br

Reconheço a (s) firma (s) de Ivanilda da Costa Araújo

Como: ☒ Sinal Público ☒ Autenticidade ☒ Semelhante

Juarez Távora, PB 02.04.2019

SELO NORMAL
SELO DIGITAL Nº A1K63861-X7P9

Cartório do Registro Civil
Rua Alves de Melo e Melo
ESCRITÓRIO
JUAREZ TÁVORA - PB



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0145299/19

Vítima: IVANILDA DA COSTA ARAUJO

CPF: 126.264.554-90

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 08/01/2019

Titular do CPF: IVANILDA DA COSTA ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ISRAEL DE SOUZA FARIAS : 082.917.124-09

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

IVANILDA DA COSTA ARAUJO : 126.264.554-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/04/2019
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0145299/19

Número do Sinistro: 3190299669

Vítima: IVANILDA DA COSTA ARAUJO

CPF: 126.264.554-90

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/01/2019

Titular do CPF: IVANILDA DA COSTA ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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 por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/06/2019
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0145299/19

Número do Sinistro: 3190299669

Vítima: IVANILDA DA COSTA ARAUJO

CPF: 126.264.554-90

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 08/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVANILDA DA COSTA ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019

Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

CPF: 082.917.124-09

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019

Nome: RENATO LUNA DIAS

CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS