

SEVERINO CABRAL DA SILVA  
SIT SAO JOSE, S/N - JO CIO UNV  
ALAGOA NOVA/PB CEP 58125000 (AG 71)

Emissão: 19/11/2018 Referência: Nov/2018  
Classe: Suco: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 10-77-884-7480 Nº medidor: 0000575354

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 26 - Canto Residencial - João Pessoa/PB - CEP 58071-880  
CNPJ: 06.035.182/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-6

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015.715.654  
Cód. para Dth. Automático: 00014998942

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI  
Nov/2018 19/11/2018 17/12/2018 058.227.304-22  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1499894-2

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 17/10/18	Data 16/11/18			
Leitura 6229	Leitura 6405		177	30

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alq	ICMS(R\$)	Base Calc	Pa(R\$)	Cobrança(R\$)
0001	Consumo em kWh	177,000	0,422590	74,80	0,00	0	0,00	74,80	0,70
0001	Adic. B. Vermelha		3,05	0,00	0	0,00	3,05	0,04	0,17
0001	Adic. B. Amarela		1,07	0,00	0	0,00	1,07	0,01	0,05
0010	Subsídio		32,05	0,00	0	0,00	32,05	0,30	1,39
0006	Devolução Subsídio		-30,36	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 81,51 0,00 0,00 111,87 1,05 4,86

Média últimos meses (kWh) 145  
**VENCIMENTO 26/11/2018**  
**TOTAL A PAGAR R\$ 81,51**

Histórico de Consumo (kWh)

140 | 141 | 132 | 136 | 133 | 156 | 142 | 147 | 145 | 155 | 160 | 144  
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

eef9.8090.f6b6.cc8e.bdd1.3661.eef9.c66a.

Indicadores de Qualidade 9/2019 - Anual

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	11,94	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. de Energia PB	28,35	32,34
DIC TRIMESTRAL	22,89			Compra de Energia	38,90	47,72
DIC ANUAL	47,78			Serviço de Transmissão	4,10	5,03
FIC MENSAL	7,52	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231	Encargos Setoriais	8,34	7,68
FIC TRIMESTRAL	15,04			Impostos Diretos e Encargos	5,91	7,25
FIC ANUAL	31,28			Outros Serviços	0,50	0,00
DWIC	6,59	0,00		Total	81,51	100,00
DICRI	16,60					

Valor do EUSD (Ref. 9/2018): R\$ 32,27

ATENÇÃO

- REATIVO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao lado relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/12/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Subvenção DEC 7.991/13 R\$ 50,36.  
- Letura confirmada  
Isento ICMS

Faturas em atraso

Out/18 70,80

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

SEVERINO CABRAL DA SILVA  
SIT SAO JOSE, S/N - JD CID UNIV  
ALAGOA NOVA/PB CEP 58125000 (AG 71)

Emissão: 19/11/2018 Referência: Nov/2018  
Classe: Suco: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 10-77-884-7480 Nº medidor: 0000575354

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 26 - Canto Residencial - João Pessoa/PB - CEP 58071-880  
CNPJ: 06.035.182/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-6

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015.715.654  
Cód. para Dth. Automático: 0001499894-2

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI  
Nov/2018 19/11/2018 17/12/2018 058.227.304-22  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1499894-2

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
17/10/18	8229	16/11/18	8405		177	30
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alq. (R\$/kWh)	Base Calc. Pag (R\$)
0001	Consumo em kWh	177,000	0,422590	74,80	0,00	74,80
0001	Adic. B. Vermelha		3,05	0,00	0	3,05
0001	Adic. B. Amarela		1,07	0,00	0	1,07
0010	Subsídio		32,05	0,00	0	32,05
0006	Devolução Subsídio		-30,36	0,00	0	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
				0,00	0	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 81,51 0,00 0,00 111,87 1,05 4,86

Média últimos meses (kWh) 145  
VENCIMENTO 26/11/2018  
TOTAL A PAGAR R\$ 81,51

Histórico de Consumo (kWh)

140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000

eef9.8090.f6b6.cc8e.bdd1.3661.eef9.c66a.

Indicadores de Qualidade 9/2019 - Anual

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	11,94	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. de Energia PB	28,35	32,34
DIC TRIMESTRAL	22,89			Compra de Energia	38,90	47,72
DIC ANUAL	47,78			Serviço de Transmissão	4,10	5,03
FIC MENSAL	7,52	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231	Encargos Setoriais	8,34	7,68
FIC TRIMESTRAL	15,04			Impostos Diretos e Encargos	5,91	7,25
FIC ANUAL	31,28			Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	6,59	0,00		Total	81,51	100,00
DICRI	16,60					

Valor do EUSO (Ref. 9/2018): R\$ 32,27

### ATENÇÃO

- REATIVO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao lado relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/12/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Subvenção DEC 7.991/13 R\$ 50,36.  
- Letura confirmada  
Isento ICMS

### Faturas em atraso

Out/18 70,80

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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

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)

### 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Anderson Calval da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 123340534 / 66 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Serenino Calval da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 056227304 / 22, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Serenino Calval da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 056227304 / 22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

### ☒ Recuso informar

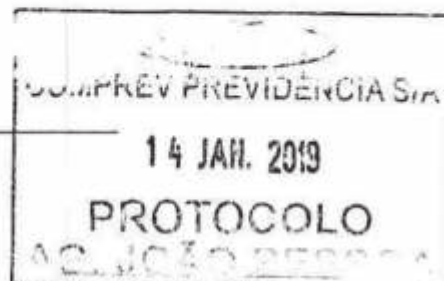
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Sítio São José</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento -
Bairro <u>Area Rural</u>	Cidade <u>Alagoinha Nova</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58325000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 98367743</u> <u>(83) 996338673</u>

Alagoinha Nova, PB, 08 de 03 de 2019  
Local e Data

Anderson Calval da Silva  
Assinatura do Declarante



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

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)

### 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Anderson Calval da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 123340534 / 66 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Serenino Calval da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 056227304 / 22, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Serenino Calval da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 056227304 / 22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

### ☒ Recuso informar

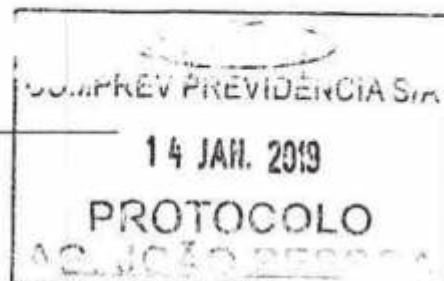
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Sítio São José</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento -
Bairro <u>Area Rural</u>	Cidade <u>Alagoinha Nova</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58325000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 98367743</u> <u>(83) 996338673</u>

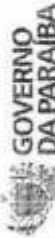
Alagoinha Nova, PB, 08 de 03 de 2019  
Local e Data

Anderson Calval da Silva  
Assinatura do Declarante





27/08/2017



GOVERNO  
DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMES FERNANDES

HU.:



ATENDIMENTO URGÊNCIA  
PRONT (B.E) Nº:1494332

CLASS. DE RISCO: RISCO ALTO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMES FERNANDES

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Endereço: SITIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEIARMINA DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abração

2. Amputação

3. Avulsão

4. Contusão

5. Cortação

6. Dor

7. Edema

8. Empalramento

9. Erifima subcutâneo

10. Esmagamento

11. Equimose

12. F. Arma branca

13. F. Arma de fogo

14. F. Cortado

15. F. Cortado

16. F. Cortado

17. F. Ferimento

18. F. Ferimento

19. F. Ferimento

20. F. Ferimento

21. F. Ferimento

22. F. Ferimento

23. F. Ferimento

24. F. Ferimento

25. F. Ferimento

26. F. Ferimento

27. F. Ferimento

28. F. Ferimento

29. F. Ferimento

30. F. Ferimento

31. F. Ferimento

32. F. Ferimento

33. F. Ferimento

34. F. Ferimento

35. F. Ferimento

36. F. Ferimento

37. F. Ferimento

38. F. Ferimento

39. F. Ferimento

40. F. Ferimento

41. F. Ferimento

42. F. Ferimento

43. F. Ferimento

44. F. Ferimento

45. F. Ferimento

46. F. Ferimento

47. F. Ferimento

48. F. Ferimento

49. F. Ferimento

50. F. Ferimento

51. F. Ferimento

52. F. Ferimento

53. F. Ferimento

54. F. Ferimento

55. F. Ferimento

56. F. Ferimento

57. F. Ferimento

58. F. Ferimento

59. F. Ferimento

60. F. Ferimento

61. F. Ferimento

62. F. Ferimento

63. F. Ferimento

64. F. Ferimento

65. F. Ferimento

66. F. Ferimento

67. F. Ferimento

68. F. Ferimento

69. F. Ferimento

70. F. Ferimento

71. F. Ferimento

72. F. Ferimento

73. F. Ferimento

74. F. Ferimento

75. F. Ferimento

76. F. Ferimento

77. F. Ferimento

78. F. Ferimento

79. F. Ferimento

80. F. Ferimento

81. F. Ferimento

82. F. Ferimento

83. F. Ferimento

84. F. Ferimento

85. F. Ferimento

86. F. Ferimento

87. F. Ferimento

88. F. Ferimento

89. F. Ferimento

90. F. Ferimento

91. F. Ferimento

92. F. Ferimento

93. F. Ferimento

94. F. Ferimento

95. F. Ferimento

96. F. Ferimento

97. F. Ferimento

98. F. Ferimento

99. F. Ferimento

100. F. Ferimento

101. F. Ferimento

102. F. Ferimento

103. F. Ferimento

104. F. Ferimento

105. F. Ferimento

106. F. Ferimento

107. F. Ferimento

108. F. Ferimento

109. F. Ferimento

110. F. Ferimento

111. F. Ferimento

112. F. Ferimento

113. F. Ferimento

114. F. Ferimento

115. F. Ferimento

116. F. Ferimento

117. F. Ferimento

118. F. Ferimento

119. F. Ferimento

120. F. Ferimento

121. F. Ferimento

122. F. Ferimento

123. F. Ferimento

124. F. Ferimento

125. F. Ferimento

126. F. Ferimento

127. F. Ferimento

128. F. Ferimento

129. F. Ferimento

130. F. Ferimento

131. F. Ferimento

132. F. Ferimento

133. F. Ferimento

134. F. Ferimento

135. F. Ferimento

136. F. Ferimento

137. F. Ferimento

138. F. Ferimento

139. F. Ferimento

140. F. Ferimento

141. F. Ferimento

142. F. Ferimento

143. F. Ferimento

144. F. Ferimento

145. F. Ferimento

146. F. Ferimento

147. F. Ferimento

148. F. Ferimento

149. F. Ferimento

150. F. Ferimento

151. F. Ferimento

152. F. Ferimento

153. F. Ferimento

154. F. Ferimento

155. F. Ferimento

156. F. Ferimento

157. F. Ferimento

158. F. Ferimento

159. F. Ferimento

160. F. Ferimento

161. F. Ferimento

162. F. Ferimento

163. F. Ferimento

164. F. Ferimento

165. F. Ferimento

166. F. Ferimento

167. F. Ferimento

168. F. Ferimento

169. F. Ferimento

170. F. Ferimento

171. F. Ferimento

172. F. Ferimento

173. F. Ferimento

174. F. Ferimento

175. F. Ferimento

176. F. Ferimento

177. F. Ferimento

178. F. Ferimento

179. F. Ferimento

180. F. Ferimento

181. F. Ferimento

182. F. Ferimento

183. F. Ferimento

184. F. Ferimento

185. F. Ferimento

186. F. Ferimento

187. F. Ferimento

188. F. Ferimento

189. F. Ferimento

190. F. Ferimento

191. F. Ferimento

192. F. Ferimento

193. F. Ferimento

194. F. Ferimento

195. F. Ferimento

196. F. Ferimento

197. F. Ferimento

198. F. Ferimento

199. F. Ferimento

200. F. Ferimento

201. F. Ferimento

202. F. Ferimento

203. F. Ferimento

204. F. Ferimento

205. F. Ferimento

206. F. Ferimento

207. F. Ferimento

208. F. Ferimento

209. F. Ferimento

210. F. Ferimento

211. F. Ferimento

212. F. Ferimento

213. F. Ferimento

214. F. Ferimento

215. F. Ferimento

216. F. Ferimento

217. F. Ferimento

218. F. Ferimento

219. F. Ferimento

220. F. Ferimento

221. F. Ferimento

222. F. Ferimento

223. F. Ferimento

224. F. Ferimento

225. F. Ferimento

226. F. Ferimento

227. F. Ferimento

228. F. Ferimento

229. F. Ferimento

230. F. Ferimento

231. F. Ferimento

232. F. Ferimento

233. F. Ferimento

234. F. Ferimento

235. F. Ferimento

236. F. Ferimento

237. F. Ferimento

238. F. Ferimento

239. F. Ferimento

240. F. Ferimento

241. F. Ferimento

242. F. Ferimento

243. F. Ferimento

244. F. Ferimento

245. F. Ferimento

246. F. Ferimento

247. F. Ferimento

248. F. Ferimento

249. F. Ferimento

250. F. Ferimento

251. F. Ferimento

252. F. Ferimento

253. F. Ferimento

254. F. Ferimento

255. F. Ferimento

256. F. Ferimento

257. F. Ferimento

258. F. Ferimento

259. F. Ferimento

260. F. Ferimento

261. F. Ferimento

262. F. Ferimento

263. F. Ferimento

264. F. Ferimento

265. F. Ferimento

266. F. Ferimento

267. F. Ferimento

268. F. Ferimento





GOVERNO DA PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE

EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA



ATENDIMENTO-URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1494332

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES | CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Claudia Bezerra Lacerda

Nascimento: 10/01/1968

CEP: 58125000

Sexo: M

Idade: 049

RG: 3.000.000

CPF: 000.000.000-00

Data de Atendimento: 27/08/2017

Hora: 20:13:43

CRM: 123456

Médico: 123456

MOTIVO: ATROPELAMENTO POR MOTO

MÉDICO: 123456

OBS FICHA: 123456

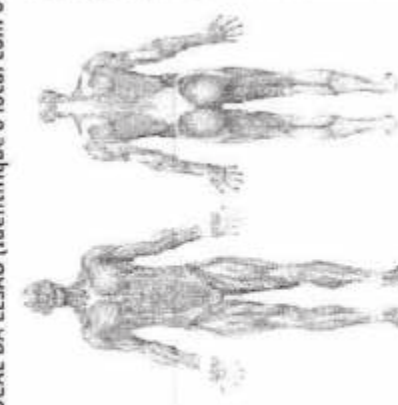
MECANISMOS DO TRAUMA: 123456

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA:

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Erisipela subcutânea
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contuso
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento / erosão
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otiorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinoorragia
35. Sinal de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = 60%

DIGNOSTICO / CID:

Assinatura e Carimbo do Médico:

Assinatura e Carimbo do Médico:

Assinatura e Carimbo do Médico:

Assinatura e Carimbo do Médico:

Assinatura e Carimbo do Médico:

Assinatura e Carimbo do Médico:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Atendimento de emergência de trauma TCE tipo I de nível I e II

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

DOENÇAS:

EXAME FÍSICO:

PULSAIS:

FOTOREAGENTES:

ISOCÓRICAS:

ANISOCÓRICAS:

HGT:

TOMOGRAFIA:

REALIZADA EM:

21/08/17

EXAMES SOLICITADOS:

Laboratoriais:

Gasometria arterial:

Tomografia Computadorizada:

SOLICITAÇÃO DE PARER MÉRICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS:

HORÁRIO REALIZADO:

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

SPW

## Ficha de Acolhimento

Nome:	Sereineo Cabral da Silva		
End:	R. Sts São José	Bairro:	do Nova
Data de Nascimento:	30/01/68	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. luto	Data do Atend.:	27/08/17 Hora: 20:18 Documento:
Acidente de trabalho?	( ) Sim ( ) Não		

ATROPELAMENTO

## Classificação de Risco

Nível de consciência:	( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto:	( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente	
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:			
Pressão arterial:	Temperatura axilar:			
Dosagem de HGT:	Mucosas:			( ) Normocorada ( ) Pálida
Deambulação:	( ) Livre ( ) Gadeira de rodas ( ) Maca			

## Estratificação

( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



Nome do Paciente <i>Severino Cabral da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>23/08/11.</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>D. Carlos - de Jesus</i>	1º Auxiliar <i>D. Gilberto Moniz</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>D.º Lucas</i>	Tipo de Anestesia <i>Genl</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Trauma abdominal fechado</i>			
Tipo de Operação <i>Cistostomia</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação <i>no final</i>			

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
① <i>Pt em decúbito dorsal</i>
② <i>propun e antipropun</i>
③ <i>incisão mediana</i>
④ <i>Inventário: Presença de líquido livre intra-abdominal</i>
⑤ <i>Presença de lesão no cáculo da bexiga</i>
⑥ <i>Sutura com crômulo - 0</i>
⑦ <i>Drenagem do conteúdo</i>
⑧ <i>Exame dos planos anteriores</i>
⑨ <i>Cura</i>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A</p> <p>14 JAN. 2019</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>AG. JOÃO PESSOA</p> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p><i>Dr. João Duarte</i></p> <p>URGÊNCIA</p> <p>CTOP 08/11/11</p> </div>



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten text: 22/01/2019]*

58/10/2018

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten text: 22/01/2019]*

*[Handwritten text: 22/01/2019]*

*[Handwritten text: 22/01/2019]*

*[Handwritten text: 22/01/2019]*

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AC. JOAO PESSOA

**PEDIDO DE FATURAMENTO**

NOME DO HOSPITAL **HOSPITAL DE TRAMMAL**  
CIDADE **E. GRANDE** TEL / FAX / E-MAIL  
NOME DO PACIENTE **SEVERINO CARVALHO DA SILVA**  
Nº DO PRONTUÁRIO **1494332** Nº ALH  CÓD. PROCEDIMENTO  CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO **TRAT. DE FRATURA DE TIBIA**  
PRODUTO **FIXADOR EXTERNO OBITUSIUS** REF.  QUANT. **01** COD. ROMP.

DATA DE UTILIZAÇÃO **28/05/2017**

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

**Dr. J. J. J. J.**

OBSERVAÇÕES

**Ex. FIXADOR EXTERNO OBITUSIUS**

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

**Amici**

COMPREV PREVIDENCIA S.A.  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA





# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Severina Cabral da Silva

DN: 20/10/68

QI

LEITE

Sala 04

CONVÊNIO

SUS

IDADE

49 anos

REGISTRO

4494332

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA

2. E + este na pia + sutura de

CIRURGIÃO

Dr. Carlos + Dr. Jotônio + Dr. Brunel

ANESTESIA

Cateter de pé + fixação

ANESTESIA

Dr. Severina Abreu + Dr. Rafael

INSTRUMENTADORA

Cândida

DATA

28/08/16

INÍCIO

08:30

FIM

3h

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CODIGO
	Adrenalina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	25		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	01		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.			Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml 200mcg			Cera pl osso	
	Inova ml			Ethibond	
	Ketalar ml	01		Ethibond	
	Mercaína % ml			Ethibond	
	Nubahin amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	015		Fio de Algodão Sutapak	
	Protóxido l/m			Fio de Algodão Sutapak	
	Quelclín ml	07		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.			Mononylon 2-0...	
03	Thienembul ml Propofol		06	Mononylon 3-0...	
02	Tracium amp. Rocuronio		03	Prolene Sertix -1-...	
Qtd.	MEDICAÇÕES				
04	Água Destilada amp.	03		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.			Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	08		Prolene Sertix	
	Flaxidol amp.	02		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	01		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	01		Vicryl Sertix	
	Glicose amp.				
	Glucon de Cálcio amp.				
	Haemacel ml.	015			
	Heparema ml.				
	Kanakion amp.	015			
	Lasix amp.	04			
	Medrotrinazol.	03			
01	Piasil amp. natriedron	03			
	Prolamina	02			
	Revivan amp.				
	Stuption amp.	01			
	Cefalotina 1g				
02	Ceftriaxona	02			
02	Tilatil				
		01			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
02	Agulha desc. 25x3 40x12	01			
	Agulha desc. 28 x 28	02			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05			
	Agulha pl raque nº	01			
05	Álcool de Enfermagem	01			
	Álcool Iodado ml	05			
	Ataduras de Crepon	02			
	Ataduras de Gessada	01			
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

SOROS

SG Normotérmico fr 500 ml SF 10  
SG Gelado fr 500 ml  
SG Hipertérmico fr 500 ml  
SG Ringr fr 500 ml -  
SG fr 500 ml SF

ORTESE E PRÓTESE

EQUIPAMENTOS

X Oxímetro de Pulso  
( ) Serra  
( ) Desfibrilador  
( ) Foco Frontal  
( ) Fonte de Luz  
( ) Foco  
(X) Eletr  
(X) Oxí  
(X) Card  
(X) Perf

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

ORTOBINTESE IND. E COM. LTDA  
Rd. 474702 Lote 3601F17  
FIXADOR LAY FIX Q/ BARRA 300  
FIXADOR EXTERNO LAYFIX  
Registro ANVISA: 10223719055

161 280712922

ESTÉRIL R  
28/07/2017

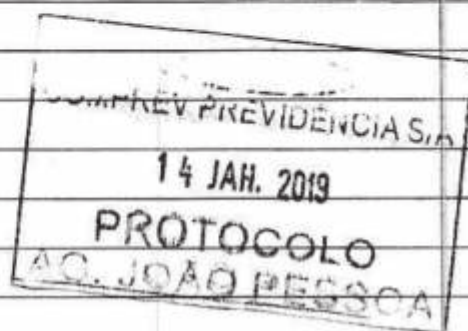
Resp. Técnico: CARLOS M. NAKAMURA/CREA N. 0001620973

MOD 006





Nome do Paciente <i>Severino Gabriel da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28.8.14</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Sano Tomaz</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Nuno</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Infusão</i>	Tipo de Anestesia <i>BOM</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fratura exposta distal da perna (B) sem (3) A ; fratura pé (E) e fratura espinha ilíaca (C)</i>			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

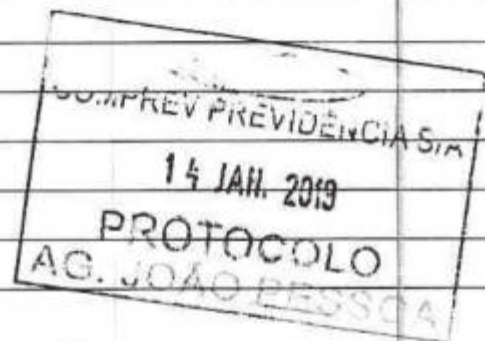


## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1º tipo: antitrombose cirúrgica aprox. do corpo uterino ligadura el. 1x 0,9i. 10cm adhesões / aderências de fúndus e corpo 4 fixados extremo útero para (B) ligadura el. aprox. do corpo uterino
2º tipo: 1cm ferimento pé (E)
3º tipo: fratura para alveolar do osso (B) ligadura el. 1x 0,9i. 5cm aprox. do corpo uterino ligadura aprox. do corpo uterino



Nome do Paciente <i>Evandro Cabral de Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28/9/17</i>	Enf. <i>Ortop</i>	Leito <i>9.1</i>	
Operador <i>Dr Amaro Jorge</i>		1º Auxiliar <i>Dr Hallison</i>	
2º Auxiliar <i>Dr Wagner</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx exposta ossos de perna D</i>			
Tipo de Operação <i>Osteossíntese + enxerto</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>d</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Não</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			



## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DPH sob anestesia
2) ASSEP e antisepsia
3) Campos estéreis
4) Incisão anterior perna D por plano + hemostase
5) Redução aberta de frs de fratura + fixação com placa OCP longa 8 furos + parafusos corticais
6) Incisão quadril e por plano + hemostase
7) Retirada de enxerto ósseo esponjoso
8) Colocação de enxerto ósseo esponjoso em frs de fratura
9) Sutura por plano
10) Curativo

Dr. João Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9865



Hospital: Hospital do Povo Código: \_\_\_\_\_

Procedimento: Implante de Prótese de Quadril Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_

Paciente: Sílvio da Silva

Data da Cirurgia: 28/09/2019 Nº prontuário: 9495336 Convênio: \_\_\_\_\_

Cirurgião: M. Amaral Código: \_\_\_\_\_ ( ) Reposição ( ) Caixa Pronta

## DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa longa de 15 cm			

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº	32	32	32					
	Qtd.	06	02	03					
	Cód.								
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								

COM. REV. PREVIDENCIA S/A  
 14 JAN. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

### PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: \_\_\_\_\_

Faturar N.F para: \_\_\_\_\_

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

Cód. Instrumentador: \_\_\_\_\_



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Seiximo cabral da silva DN= 10/01/1969

QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO  
Sala 03 SUS 49 anos 1494332

CIRURGIA

CIRURGIÃO

ANESTESIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA

INICIO

FIM

Flam 28/04/2017 17:00 18:50

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Adrenalina amp. Bolsa Colostoma Qtd. FIOS

Atropina amp. Catet. p/ Oxp. Catgut cromado Sertix

Diazepam amp. Catet. De Urinar Sist. Fech. Catgut cromado Sertix

Dimorfa amp. Compressa Grande Catgut cromado Sertix

Dolantina amp. Compressa Pequena Catgut Simples

Efrane ml. Colonoide Catgut Simples Sertix

Fenegan amp. Dreno Catgut Simples Sertix

01 Fenegan amp. Dreno Kerr n° Catgut Simples Sertix

Inova ml. Dreno Penrose n° Cera p/ osso

Ketalar ml. Dreno Pezzer n° Ethibond

Mercaina % ml. Equip. de Macrogotas Ethibond

Nubahin amp. Equip. de Macrogotas Ethibond

Pavulon amp. Equip. de Sangue Fio de Algodrão Sertix

Protigmine amp. Equip. de PVC Fio de Algodrão Sertix

Protóxido l/m. Esparadrapo Larco cm Fio de Algodrão Sutapak

Quelicin ml. Furacim ml. Fio de Algodrão Sutapak

Rapifen amp. H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> ml. 03 Mononylon M= 2.02

Thionembutal ml. Intracath Adulto 02 Mononylon B.O.

Tracrium amp. Intracath Infantil Prolene Sertix

Qtd. MEDICAÇÕES 01 Lâmina de Bisturi n° 23 Prolene Sertix

Agua Destilada amp. Lâmina de Bisturi n° 11 Prolene Sertix

Decadron amp. 01 Lâmina de Bisturi n° 15 Prolene Sertix

Dipirona amp. 02 Luvas 7.0 Vicryl Sertix 2.0

Flaxidol amp. 02 Luvas 7.5 Vicryl Sertix

Flebocortid amp. 02 Luvas 8.0 Vicryl Sertix

Geramicina amp. Luvas 8.5

Glicose amp. 04 Oxigênio l/m p/ ltr

Glucosol de Cálcio amp. Poliflix

Haemacel ml. PVPI Degemante ml.

Heparoma ml. PVPI Tópico ml. Qtd. SOROS

Kanakion amp. Sabão Antisséptico SG Normotérmico fr 500 ml

Lasix amp. 04 Saco coletor p/ lixo SG Gelado fr 500 ml

Medrolinazol. Seringa desc. 10 ml SG Hipertérmico fr 500 ml

Plasil amp. Seringa desc. 20 ml SG Ringr fr 500 ml

Prolamina Seringa desc. 05 ml SG fr 500 ml

Revivan amp. Sonda

Stupitanon amp. Sonda folley Qtd. ORTESE E PRÓTESE

Cefalotina 1g Sonda Nasogátrica 03

Sonda Uretral n° 06

Sterydrem ml.

Torneirinha

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES Vaselina ml.

Agulha desc. 25 x 7 Gelcon 18

Agulha desc. 28 x 28 Latase

Agulha desc. 3 x 4,5 05 eletrodos.

01 Agulha p/ raque n° 25

Álcool de Enfermagem

Álcool Iodado ml.

Ataduras de Crepon

Ataduras de Gessada

Azul metileno amp.

Benzina ml.

EQUIPAMENTOS

☒ Oxímetro de Pulso

☐ Serra

☐ Desfibrilador

☒ Foco Frontal

☐ Fonte de Luz

☒ Foco Auxiliar

☒ Eletrocautério

☒ Oxícapígrafo

☒ Cardiomonitor

☒ Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

TEC. DE ENFERMAGEM

COREN 001.162.920

MOD 005

14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## Diagnóstico

- Politravun
- Lesão da cor
- Do cistografia
- FE Exosh-

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]





GOVERNO  
DA PARÁIBA

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

# Diagnóstico

Pratista: *[Handwritten signature]*  
Prontuário: *[Handwritten number]*

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	<i>SACCA</i>	Alojamento	<i>7</i>	Leito	<i>4</i>	Convênio	
----------	--------------	------------	----------	-------	----------	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
<i>20.8</i>	1 - Dieta livre		<i>dieta livre</i>
	2 - S.R.L 500 ml I.V. <del>12h</del> 6h	<i>12h 3h 4h</i>	<i>7370 AD.</i>
	3 - Dipirona 02 mL + S.F 10mL I.V 8 / 8 h (lentamente)	<i>14 22 06</i>	<i>ADULT ADULT</i>
	4 - Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F 0,9% 100mL I.V 12 / 12 h. (correr em 20 min.)	<i>(12) (24)</i>	<i>ADULT - AD</i>
	5 - Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente).	<i>06</i>	<i>lim. prout</i>
	6 - C. C. Gerais	<i>06</i>	<i>Familia</i>
	<i>7 acetaminofeno 1000</i>	<i>(12) (24)</i>	<i>ADULT</i>
	<i>8 Clorureto de potássio 40mL 50mL 100mL</i>	<i>18</i>	<i>AD</i>
	<i>1X dia</i>		<i>AD</i>
	<i>P. antibiótico 12h</i>		<i>AD</i>
	<i>seu</i>		<i>AD</i>
	<i>[Handwritten signature]</i>		<i>AD</i>

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

14 JAN. 2019

PROTÓCOLO  
AC. JOÃO PESSOA



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

7-4.

Ex cap para P

Severino Cabral

Paciente	Alojamento:		Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
10/10/09	1. Dieta <i>líquida</i>		<i>REB e estáuf seus diagnósticos</i>  <i>APNU OK</i> <i>semucap (+) Evoluç (+)</i>  <i>CD: VAN</i>  <i>Amanda condutores</i> <i>de cirurgia</i> <i>HMG</i>	
	2. SRL 1500ml EV/24h	18:00		
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	18:00		
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	04		
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum			
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN			
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN			
	8. <i>Clexane 40mg SC/dia</i>	18:00		
	9. <i>SSW + CCGG</i>			
	<i>Ceftriaxone 1g EV 12/12h</i>	18:00	<i>Hallison Barros de Almeida</i> <i>CRP 224 e TR 4/10/09</i>	
	<i>Cubativo. 2x/dia</i>	18:00		
	<i>Cuenter 200 mg EV 12/12h</i>	18:00		

UNIFEV PREVIDÊNCIA S/A  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA







## Diagnóstico

1-601171

pref-op:

~~FX EXP DIAFISE OSSOS PERNA D~~

LEITO 9-1

Convênio

11

Alojamento

~~SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49~~

Paciente

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/09	1 DIETA LIVRE		
	2 JELCO SALINIZADO	12/18 24 06	
	3 DIPIRONA 1G+ABD EV 6/6H	14/22 06	
	4 TRAMAL 100mg + SFO, 9% 100ml EV 8/8H	SN	° DIH #ORTOPEDIA
	5 NAUSEDRON 8mg/ml IEA + ABD EV 8/8h SN	06	BEG, esteve sem intercorrências
	6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV-EM-JEJUM		Divulgações + fo 11-02 e 02-12
	7 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN	SN	
	8 XARECTO 10MG 1 CP VO DIA	18	#CD: VPM soluções Hemogramas
	9 SSVV + CCGG		
10			
11	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia / Traumatologia CRM 1113-3565		
12			
13			
14			
15			



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

## Diagnóstico

ORTOP  
LEITO 9.1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP SV

SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49

EXP DIAF OSSOS PERNA D

~~LEITO 9-1~~

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
		08	07



[illegible]



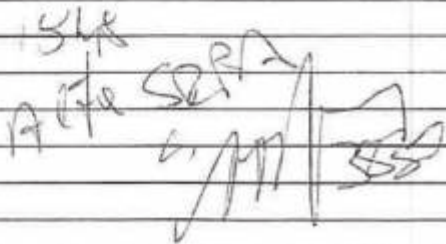


### Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Superior, Carlos do Silva</u>	Idade: <u>49</u>
Convênio: <u>305</u>	Data: <u>27/08/12</u>
Procedimento: <u>1. Exatidão de atomb a p + fixação</u> <u>fratura exposta</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Carlos + Jairo</u>	Auxiliar: <u>Dr. Bruno</u>
	Anestesista: <u>Dr. S. S. S. S.</u>
Início: <u>08:30</u>	Término: <u>12:30</u>
	Anestesia: <u>Local</u>

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
04:00	137 x 66	92	100%		-	Sedado
05:30	138 x 64	89 bpm	100%		-	Sedado
07:20	141 x 68	103	100+	Jubiana		Sedado
08:30	131 x 62	100	100%	Jubiana		
09:40	143 x 78	100	100%			
13:55	135 x 88	86	100%			
15:00	174 x 86	87	100%			
15:30	179 x 91	93	97%	Kathleen	+	Consciente

[illegible]

Observações:	
Realizado aspiração torácica, troca e revisas de curativos sem anormalidades. Também feita gasometria arterial e medicado C.P.M. Soltado laboratório às 8:00h. <i>Quino</i> cotou 197512	
<div style="text-align: center;">  </div>	
Assinatura Anestesista	Circulante



11/12/2017



GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO AMBULATORIO

PRONTUÁRIO. Nº: 1559713

CLASS. DE RISCO: AZUL

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52 Data: 11/12/2017  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 06 Atendente: Melissa Wanessa Da Silva Pereira

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Nascimento: 10/01/1968

SEXO: M

Idade: 049

Telefone:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Alagoa Nova

Nº 0

Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DA SILVA

Profissão: AGRICULTOR

Responsável: GILVAN

CNS: 898000530474591

Estado Civil: Casado(a)

Data de Atend: 11/12/2017

CONVÊNIO: SUS

Motivo: RETORNO

Hora: 11:03:56

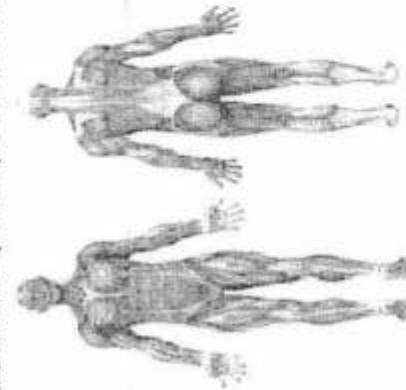
Especialidade: ORTOPEDISTA

Médico: ARISTOTELES CORREIA DE Q NETO

CRM: 6817

## MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrazão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Examegamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgitamento Vencido
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoval
28. Objeto Encaixado
29. Corragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paratetania
33. Queimadura
34. Finetragia
35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau ( ) 1º Grau

( ) 2º Grau

( ) 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

HTCG-Panel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

R Tubo R 207  
311

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow PA HGT: Sat02

CGIH

Data 25/01/18

Responsável: Raimundo

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Gasometria arterial

( ) Tomografia Computadorizada

( ) Ultrassonografia:

( ) Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Aristoteles Queiroz Neto  
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
CNPJ: 08.778.268/0038-52  
CRM 6817 TEOT 12637





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Diagnóstico

ORTOPEDIA 2

EXTRA 3

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PA TÍBIA D

Paciente	SEVERINO CABRAL, 49	Alojamento	Enferm	Leito	3	Convênio	EXTRA 3
----------	---------------------	------------	--------	-------	---	----------	---------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/01/2018	1 DIETA LIVRE		
	2 SE 0.9% 1500ML EV P/ 24H	14h	27 = DIET / 3 = DP- PO: OK
	3 CLINDAMICINA 600MG + SE EV 6/6H	12h 18h 24h	
	4 DAPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	12h 18h 24h	
	5 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM	12h	Beb, estável, s/ distúrbios e s/ qüixas. Po: boa evolução.
	6 DEAMBULAR COM MULETAS		Durante (5) evacuações (4)
	7 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE		
	8 CURATIVO 1X DIA		
	9 SSW + CCGG		Cit: VPM Monte de
10			
11			
12			
13			
14			
15			
			08/01/8 12h
			· Ferimento uterino
			· ASVE / ABIS (0)
			· Curativo diário
			· Não pôde para (0)
			· Ut: Antib. Oral
			Dr. Eduardo Braga Moraes Ortopedia - Traumatologia CRM - PB 6588
			Alta
			7

14 JAN. 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Hospital: de Emergência e Trauma de C. Grande Código: \_\_\_\_\_

Procedimento: Trat. Cir. Com Fixação de Fíbula Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_

Paciente: Selma Maria Caldeira da Silva

Data da Cirurgia: 09/04/18 Nº prontuário: 3559433 Convênio: \_\_\_\_\_

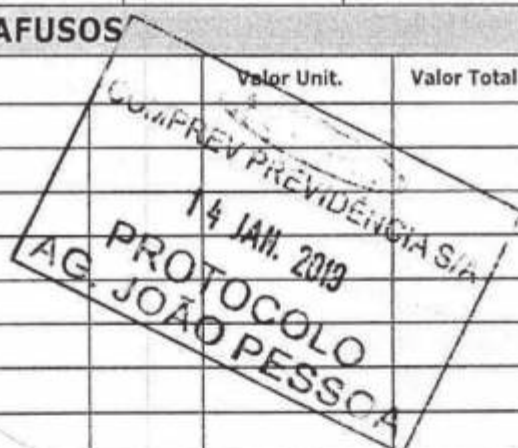
Cirurgião: Dr. Alisson Código: \_\_\_\_\_ ( ☐ ) Reposição ( ☐ ) Caixa Pronta

## DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Fixador Balano			
	Imagem Tipo			
	PRESTON			
	Pora Fíbula 50mm			

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							



OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

### PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: \_\_\_\_\_

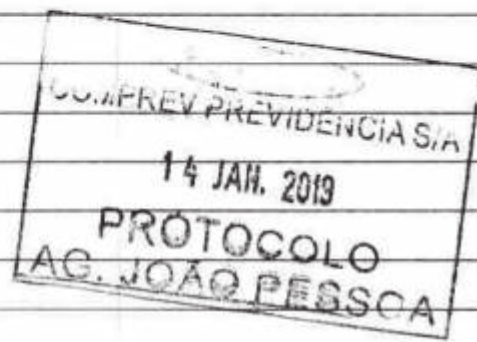
Faturar N.F para: \_\_\_\_\_

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

Cód. Instrumentador: \_\_\_\_\_



Nome do Paciente <i>Souvenir Cabral</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>04/01/18</i>	Enf. <i>oikp II</i>	Leito <i>Ep. 3</i>	
Operador <i>Dr Edimar</i>		1º Auxiliar <i>Dr Allison (me2)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr Yury (me1)</i>	3º Auxiliar <i>-</i>	Instrumentador <i>Noema</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>TA Tibia (D)</i>			
Tipo de Operação <i>Fixação externa (Preston) + RMIS</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>o mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>o</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>NE</i>			



## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DDM sob anestesia.
2) Assepsia + Antissepsia + Campos Estereis.
3) Incisão em pele anterior para (D).
4) Dissecção por planos + Hemostasia.
5) RMIS phca + perfusão.
6) Colheita de fragmento ósseo para cultura.
7) Osteossíntese cf tipo Externa tipo Preston sob escopo.
8) Lavagem de fô cf (H2O2).
9) Fechamento por planos.
10) Curativo

Yury de Souza Cabral  
Médico Assistente  
Cirurgião 16307



## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Severino Cabral da Silva em 10/01/68

QI

LEITE

CONVÊNIO

IDADE

REGISTRO

Sala 04

S.U.S

49

1559713

CIRURGIJA

ANESTESIA

Trat. Cir. com fístula

Dr. Halisson + Dr. Eudimar

CIRURGIÃO

ANESTESIA

Dr. Halisson + Dr. Eudimar

Raquel

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

NORMA

04/01/18

08:00

09:35

Qtd.

MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostoma

Qtd.

FIOS

CÓDIGO

Adrenalina amp.

01

Catet. p/ Oxyg.

Catgut cromado Sertix

Atropina amp.

Catet. De Urinar Sist. Fech.

Catgut cromado Sertix

Diazepam amp.

05

Compressa Grande

Catgut cromado Sertix

Dimore amp.

Compressa Pequena

Catgut Simples

Dolantina amp.

Cotonoide

Catgut Simples Sertix

Efrane ml

Dreno

Catgut Simples Sertix

Fenegan amp.

Dreno Kerr n°

Catgut Simples Sertix

Fentanil ml

Dreno Penrose n°

Cera p/ osso

Inova ml

Dreno Pezzer n°

Ethibond

Ketalar ml

01

Equipo de Macrogotas

Ethibond

Mercaina % ml

Equipo de Macrogotas

Ethibond

Nubain amp.

Equipo de Sangue

Fio de Algodrão Sertix

Pavulon amp.

Equipo de PVC

Fio de Algodrão Sertix

Protigmine amp.

0.5

Esparradrapo Larco cm

Fio de Algodrão Sutupak

Protóxido lfm

Furacim ml

Fio de Algodrão Sutupak

Quelicin ml

0.5

Gase Pacote c/ 10 unidades

Fila cardiaca

Rapifen amp.

H<sub>2</sub>O ml

03

Mononylon

2-0

Thionembatal ml

Intracath Adulto

Mononylon

Tracrium amp.

Intracath Infantil

Prolene Sertix

Qtd.

MEDICAÇÕES

01

Lâmina de Bisturi n° 23

Prolene Sertix

04

Agua Destilada amp.

Lâmina de Bisturi n° 11

Prolene Sertix

Decadron amp.

Lâmina de Bisturi n° 15

Prolene Sertix

02

Dipirona amp.

02

Luvas 7.0

Vicryl Sertix

Flaxidol amp.

Luvas 7.5

Vicryl Sertix

Flebocortid amp.

Luvas 8.0

Vicryl Sertix

Geramicina amp.

0.5

Luvas 8.0

Glicose amp.

0.5

Oxigênio lfm

Glucon de Cálcio amp.

Poliflix

Haemacel ml.

PVPI Degemante ml

Heparema ml.

PVPI Tópico ml.

Kanakion amp.

0.5

Sabão Antisséptico

SG Normotérmico fr 500 ml

Lasix amp.

06

Saco coletor p/ lixo

SG Gelado fr 500 ml

Medrotinazol.

01

Seringa desc. 10 ml

SG Hipertérmico fr 500 ml

Plasil amp.

01

Seringa desc. 20 ml

SG Ringr fr 500 ml

01

Prolamina amp.

01

Seringa desc. 05 ml

SG fr 500 ml

02

Reviven amp.

Sonda

SG fr 500 ml

01

Suptionon amp.

Sonda folley

Cefalotina 1g

Sonda Nasogática

01

micropesada

Sonda Uretral n°

01

Penicilina

Sterydrem ml

02

Enxofina

Torneirinha

Qtd.

MATERIAIS / SOLUÇÕES

01

Vasolina ml

01

Agulha desc. 25 x 7

01

Gelcon 18

Agulha desc. 28 x 28

Latese

Agulha desc. 3 x 4.5

0.5

Alcova Tubular

02

Agulha p/ raque n° 25

05

Alcova

05

Alcool de Enfermagem

04

Alcova

Alcool Iodado ml

01

Ataduras de Crepon

Ataduras de Gessada

Azul metileno amp.

Benzina ml

Qtd.

SOROS

Qtd.

ORTESE E PRÓTESE

Qtd.

EQUIPAMENTOS

(X) Oxímetro de Pulso

( ) Foco Auxiliar

( ) Serra

( ) Eletrocautério

( ) Desfibrilador

(X) Oxícapiógrafo

(X) Foco Frontal

(X) Cardiomonitor

( ) Fonte de Luz

(X) Perfurador Elétrico

14 JAN. 2019

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES







# Diagnóstico

PA 10/12

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Governo (8)

Paciente	Prescrição Médica	Horário	Leito	Convênio
10/12	10/12	10/12	10/12	10/12

Data	Prescrição Médica	Horário	Leito	Convênio	Evolução Médica
11/12	11/12	11/12	11/12	11/12	11/12
12/12	12/12	12/12	12/12	12/12	12/12
13/12	13/12	13/12	13/12	13/12	13/12
14/12	14/12	14/12	14/12	14/12	14/12
15/12	15/12	15/12	15/12	15/12	15/12
16/12	16/12	16/12	16/12	16/12	16/12
17/12	17/12	17/12	17/12	17/12	17/12
18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
19/12	19/12	19/12	19/12	19/12	19/12
20/12	20/12	20/12	20/12	20/12	20/12
21/12	21/12	21/12	21/12	21/12	21/12
22/12	22/12	22/12	22/12	22/12	22/12
23/12	23/12	23/12	23/12	23/12	23/12
24/12	24/12	24/12	24/12	24/12	24/12
25/12	25/12	25/12	25/12	25/12	25/12
26/12	26/12	26/12	26/12	26/12	26/12
27/12	27/12	27/12	27/12	27/12	27/12
28/12	28/12	28/12	28/12	28/12	28/12
29/12	29/12	29/12	29/12	29/12	29/12
30/12	30/12	30/12	30/12	30/12	30/12
31/12	31/12	31/12	31/12	31/12	31/12

Dr. Aristides Queiroz Neto  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/PA 10.123

14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
C. JOÃO PESSOA

Dr. Julio Cesar Castro  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/PA 9.955

Dr. Julio Cesar Castro  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/PA 9.955

Dr. Julio Cesar Castro  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/PA 9.955



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Diagnóstico

ORTOPEDIA 2  
EXTRA 3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PA TIBIA

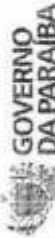
Paciente	SEVERINO CABRAL, 49	Alojamento	Leito	Convênio	EXTRA 3
----------	---------------------	------------	-------	----------	---------

Data	Prescrição Médica			Horário			Evolução Médica
1/1/2018	1. DIETA LIVRE	CT					
	2. JEICO Nº 18 - SALINIZADO	CT					
	3. DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	X		18	24	06	73
	4. OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM					06	
	5. DEAMBILAR COM MULETAS	CT					BEG. estavel
	6. MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE	CT					sem intercorrência
	7. CURATIVO 1X DIA	CT					
	8. SSVV + CCGG	CT					
	9. Clonidina 100mcg	X		18	24	06	# CD: VPM
	10.						
	11.						
	12.						
	13.						
	14.						
	15.						

400.035



27/08/2017



GOVERNO  
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE  
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMES FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1494332

CLASS. DE RISCO: RISCO ALTO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMES FERNANDES

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Endereço: SÍTIO SÃO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BEIARMINA DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abração

2. Amputação

3. Avulsão

4. Contusão

5. Cortadura

6. Dor

7. Edema

8. Empalhamento

9. Erifima subcutâneo

10. Esmagamento

11. Equimose

12. F. Arma branca

13. F. Arma de fogo

14. F. Cortado

15. F. Cortado

16. F. Cortado

17. F. Ferimento

18. F. Ferimento

19. F. Ferimento

20. F. Ferimento

21. F. Ferimento

22. F. Ferimento

23. F. Ferimento

24. F. Ferimento

14 JAN. 2019

PROTÓCOLO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

DE RISCO

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Exatidão de exame de urina TCE negativo

Alcool

Alcool

Alcool

Alcool

Alcool

Alcool

Alcool

Alcool

Alcool

Alcool

Alcool

Alcool

Alcool

Alcool

Alcool

Alcool

Alcool

Alcool

Alcool

Alcool

Alcool

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

DOENÇAS:

EXAME FÍSICO

POVIDAS

Fotoreagentes ( ) Isocólicas ( ) Anisocólicas ( )

HGT:

CONVÊNIO: SUS

Profissão: ACHICORR A - diário

CNS: 898000530474591

CONVÊNIO: SUS

Especialidade:

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Gasometria arterial

( ) Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = 10%

DIGNOSTICO / CID:

Superfície corporal lesada = 10%

DIGNOSTICO / CID:

Superfície corporal lesada = 10%

DIGNOSTICO / CID:

DIGNOSTICO / CID:

http://10.1.1.148/projetohtcg/emergencia.php?contar=1494332









GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

SPW

## Ficha de Acolhimento

Nome:	Sereineo Cabral da Silva		
End:	R. St. São José	Bairro:	do Nova
Data de Nascimento:	30/01/68	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. hoto	Data do Atend.:	27/08/17 Hora: 20:18 Documento:
Acidente de trabalho?	( ) Sim ( ) Não		

ATROPELAMENTO

## Classificação de Risco

Nível de consciência:	( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto:	( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente	
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:			
Pressão arterial:	Temperatura axilar:			
Dosagem de HGT:	Mucosas:			( ) Normocorada ( ) Pálida
Deambulação:	( ) Livre ( ) Com auxílio de rodas ( ) Maca			

## Estratificação

( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Severino Cabral da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>23/08/11.</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>D. Carlos - de Jesus</i>	1º Auxiliar <i>D. Gilberto Moniz</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>D.º Lucas</i>	Tipo de Anestesia <i>Genl</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Trauma abdominal fechado</i>			
Tipo de Operação <i>Cistostomia</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação <i>sem</i>			

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
① <i>Pt em decúbito dorsal</i>
② <i>propun e antipropun</i>
③ <i>incisão mediana</i>
④ <i>Inventário: Presença de líquido livre intra-abdominal</i>
⑤ <i>Presença de lesão no cáculo da bexiga</i>
⑥ <i>Sutura com crômolo - 0</i>
⑦ <i>Drenagem do conteúdo</i>
⑧ <i>Exame dos planos anteriores</i>
⑨ <i>Cura</i>

COMPREV PREVIDÊNCIAS SA

14 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

*Dr. João Duarte*

URGÊNCIA

CTA 08/11/11

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten text: 22/01/2019 - 15/01/2019]*

58/02/2019

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten text: 22/01/2019 - 15/01/2019]*

*[Handwritten text: 22/01/2019 - 15/01/2019]*

*[Handwritten text: 22/01/2019 - 15/01/2019]*

*[Handwritten text: 22/01/2019 - 15/01/2019]*

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AC. JOAO PESSOA

**PEDIDO DE FATURAMENTO**

NOME DO HOSPITAL **HOSPITAL DE TRAMMAL**  
CIDADE **E. GRANDE** TEL / FAX / E-MAIL  
NOME DO PACIENTE **SEVERINO CARVALHO DA SILVA**  
Nº DO PRONTUÁRIO **1494332** Nº ALH  Cód. PROCEDIMENTO  CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO **TRAT. DE FRATURA DE TIBIA**  
PRODUTO **FIXADOR EXTERNO OBTUSIFICADO** REF.  QUANT. **01** Cód. ROMP.

DATA DE UTILIZAÇÃO **28/05/2017**

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

**Dr. J. J. J. J.**

OBSERVAÇÕES

**Ex. FIXADOR EXTERNO OBTUSIFICADO**

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

**Amici**

COMPREV PREVIDENCIA S.A.  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA





# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Severina Cabral da Silva

DN: 20/10/68

QI

LEITE

Sala 04

CONVÊNIO

SUS

IDADE

49 anos

REGISTRO

4494332



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA

2 E + este na pia + sutura de

CIRURGIÃO

Dr. Carlos + Dr. Jotônio + Dr. Brunel

ANESTESIA

catapalpa + fixação

ANESTESIA

Dr. Severina Abreu + Dr. Rafael

INSTRUMENTADORA

Cândida

DATA

28/08/16

INÍCIO

08:30

FIM

3h

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CODIGO
	Adrenalina amp.		Calel. pl/ Oxy.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Calel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	25	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	01	Dreno Succión 6.4		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml 200mcg		Dreno Penrose nº		Cera pl/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaína % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	015	Esparadrapo Larbocri		Fio de Algodão Sutapak	
	Protóxido l/m		Furacilina		Fio de Algodão Sutapak	
	Quelclín ml	07	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardaca	
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O ml	06	Mononylon 2-0	
03	Thienembul ml Propofol		Intracath Adulto	03	Mononylon 3-0	
02	Tracium amp. Remifentanyl		Intracath Infantil	03	Prolene Sertix -1-	
Qtd.	MEDICAÇÕES	03	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
04	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	08	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	03	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	01	Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.	015	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.			
	Kanakion amp.	015	Sabão Antisséptico	10	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	04	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotrinazol.	03	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
01	Piasil amp. natriedron	03	Seringa desc. 20 ml	02	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.	01	Sonda folley 22/03/16	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogálica			
02	Ceftriaxona	02	Sonda Uretral nº 20			
02	Tilatil		Sterydrem ml			
		01	Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
02	Agulha desc. 25x3 40x12	01	Gelcon II			
	Agulha desc. 28 x 28	02	Latesa			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	Buandas			
	Agulha pl/ raque nº	01	Tet. 8,0			
05	Álcool de Enfermagem	01	Filtro			
	Álcool Iodado ml	05	Gel condutor			
	Ataduras de Crepon	02	felco nº 14			
	Ataduras de Gessada	01	Seringa 60 ml			
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

## EQUIPAMENTOS

- ☒ Oxímetro de Pulso
- ☐ Serra
- ☐ Desfibrilador
- ☒ Foco Frontal
- ☐ Fonte de Luz
- ☐ Foco
- ☒ Eletr.
- ☒ Oxig.
- ☒ Card
- ☒ Perf.

Cirulana Pereira + Severina

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

ORTOBINTESE IND. E COM. LTDA  
Rd. 474702 Lote 3601F17  
FIXADOR LAY FIX Q/ BARRA 300  
FIXADOR EXTERNO LAYFIX  
Registro ANVISA: 10223719055

161 280712922

ESTÉRIL R

28/07/2017

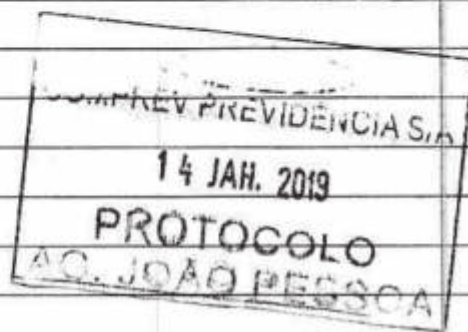
Resp. Técnico: CARLOS M. NAKAMURA/CREA N. 0001620973

MOD 006





Nome do Paciente <i>Severino Gabriel da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28.8.14</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Sano</i>	<i>Tomas</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Nuno</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Infant</i>	Tipo de Anestesia <i>BOM</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Furto exposto 3110 da perna (B)</i> <i>sem (3) A ; ferimento no (E) e ferimento exposto (B)</i>			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

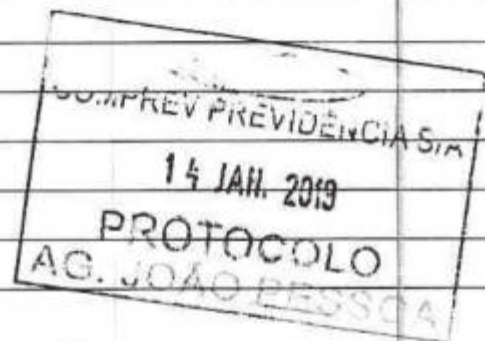


## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1º Pto: Anterior da cabeça
aprox. do corpo 10/11
ligadura el 15 0,9 10/11
adrenas / abscissas de furto e furto 4 fixados
extremo inferior para (B)
sem 10/11
ampliar
2º Pto: sem ferimento no (B)
3º Pto: Furto para abscissas do abdome (B)
ligadura el 15 0,9 5/11
aprox. do corpo 10/11
sem
ampliar



Nome do Paciente <i>Evandro Cabral de Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28/9/17</i>	Enf. <i>Ortop</i>	Leito <i>9.1</i>	
Operador <i>Dr Amaro Jorge</i>		1º Auxiliar <i>Dr Hallison</i>	
2º Auxiliar <i>Dr Wagner</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx exposta ossos de perna D</i>			
Tipo de Operação <i>Osteossíntese + enxerto</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>d</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Não</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			



## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DPH sob anestesia
2) ASSEP e antisepsia
3) Campos estéreis
4) Incisão anterior perna D por plano + hemostase
5) Redução aberta de frs de fratura + fixação com placa OCP longa 8 furos + parafusos corticais
6) Incisão quadril e por plano + hemostase
7) Retirada de enxerto ósseo esponjoso
8) Colocação de enxerto ósseo esponjoso em frs de fratura
9) Sutura por planos
10) Curativo

Dr. João Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9865



Hospital: Hospital de São Paulo Código: \_\_\_\_\_

Procedimento: Implante de Prótese de Quadril Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_

Paciente: Sílvio da Silva

Data da Cirurgia: 28/09/22 Nº prontuário: 9495336 Convênio: \_\_\_\_\_

Cirurgião: M. Amaral Código: \_\_\_\_\_ ( ) Reposição ( ) Caixa Pronta

## DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa longa de 15 cm			

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº	32	32	32					
	Qtd.	06	02	03					
	Cód.								
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								

COM. REV. PREVIDENCIA S/A  
 14 JAN. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

### PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: \_\_\_\_\_  
Faturar N.F para: \_\_\_\_\_  
Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_  
Cód. Instrumentador: \_\_\_\_\_



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Seiximo cabral da silva DN= 10/01/1969

QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO  
Sala 03 SUS 49 anos 1494332

CIRURGIA

CIRURGIÃO

ANESTESIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA

INICIO

FIM

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS Qtd. FIOS

Adrenalina amp. Catgut cromado Sertix

Atropina amp. Catgut cromado Sertix

Diazepam amp. Catgut cromado Sertix

Dimorfo amp. Catgut Simples

Dolantina amp. Catgut Simples Sertix

Efrane ml Catgut Simples Sertix

Fenegan amp. Catgut Simples Sertix

01 Sentanil ml neocaina Dreno Penrose nº Cera pl osso

Inova ml Dreno Pezzer nº Ethibond

Ketalar ml Equip de Macrogotas Ethibond

Mercaina % ml Equip de Macrogotas Ethibond

Nubahin amp. Equip de Sangue Fio de Algodrão Sertix

Pavulon amp. Equip de PVC Fio de Algodrão Sertix

Protigmine amp. 01 Esparadrapo Larco cm Fio de Algodrão Sutapak

Protóxido l/m 01 Furacim ml Fio de Algodrão Sutapak

Quelicin ml 01 Gase Pacote c/ 10 unidades Fila cardíaca

Rapifen amp. 03 Mononylon M= 2.02

Thionembutal ml 02 Mononylon B= 0.0

Tracrium amp. 01 Lâmina de Bisturi nº 23 Prolene Sertix

01 Lâmina de Bisturi nº 11 Prolene Sertix

01 Lâmina de Bisturi nº 15 Prolene Sertix

01 Luvas 7.0 Vicryl Sertix 2.0

01 Luvas 7.5 Vicryl Sertix

01 Luvas 8.0 Vicryl Sertix

01 Luvas 8.5

01 Oxigênio l/m 01 Poliflix

01 Poliflix

01 PVPI Degemante ml

01 PVPI Tópico ml

01 Sabão Antisséptico

01 Saco coletor 01 Saco coletor

01 Seringa desc. 10 ml

01 Seringa desc. 20 ml

01 Seringa desc. 05 ml

01 Sonda

01 Sonda folley

01 Sonda Nasogátrica

01 Sonda Uretral nº

01 Sterydrem ml

01 Torneirinha

01 Vaselina ml

01 Gelcon 18

01 Latase

01 eletrodo

01 Agulha desc. 25 x 7

01 Agulha desc. 28 x 28

01 Agulha desc. 3 x 4,5

01 Agulha pl raque nº 25

01 Álcool de Enfermagem

01 Álcool Iodado ml

01 Ataduras de Crepon

01 Ataduras de Gessada

01 Azul metileno amp.

01 Benzina ml

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

121017 01

280917 02

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

0802 31

EQUIPAMENTOS

Oxímetro de Pulso

( ) Serra

( ) Desfibrilador

( ) Foco Frontal

( ) Fonte de Luz

Foco Auxiliar

( ) Eletrocautério

( ) Oxícapígrafo

( ) Cardiomonitor

( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MAIS JOSÉ DE AZEVEDO

TÉC. DE ENFERMAGEM

COREN 001.162.920

MOD 005

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

14 JAN. 2019

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA



## Diagnóstico

- Politravun
- Lesão da cor
- Do cistografia
- FE Exosh-

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]



## Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Dr. E. A. Jensen Esq.  
Franklin Beach

Paciente	SR. CELIA	Alojamento	-	Leito	4	Convênio
----------	-----------	------------	---	-------	---	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/10	1 - Dieta livre		Dieta livre
	2 - S.R.L 500 ml I.V. 12/12 h. 6/6 L	12/12	Dieta livre
	3 - Dipirona 02 mL + S.F. 10mL I.V. 8/8 h (lentamente)	14/12	Dieta livre
	4 - Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F. 0,9% 100mL I.V. 12/12 h. (correr em 20 min.)	14/12	Dieta livre
	5 - Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente).	14/12	Dieta livre
	6 - C. C. Gerais	14/12	Dieta livre
	7 - Cetuximab 1001	14/12	Dieta livre
	8 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	9 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	10 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	11 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	12 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	13 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	14 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	15 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	16 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	17 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	18 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	19 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	20 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	21 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	22 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	23 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	24 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	25 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	26 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	27 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	28 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	29 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre
	30 - Cetuximab 4001 SP.	14/12	Dieta livre



## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

$$t-y$$

Severino Cabral

**Convênio**

Leito

## Convênio

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
09/10/18	1. Dieta livre 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tiludil® 20mg + AD EV 12/12h Sup. 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clonidine 40mg SC/dia Xarelto 12mg o/c p v i x diae 18 9. SSW + CCGG	18 <sup>h</sup> <del>18</del> 18 u.c. OK	Vl	RBG e startuf sem dislexm.
	Ceftriaxone 1g EV 12/12h Curativo 2x dje Ceveter 240 mg EV 1x diae 18	18 <sup>h</sup> 18 <sup>h</sup> 18 <sup>h</sup>	VL 16	A.P.N.V OK SUSCAO (+) EOLUÇ (+) CD: VAN Aprianda condutas de curunpe HMG
	Hallisson Barros de Almeida VICENTE DE CARVALHO			Hallisson Barros de Almeida VICENTE DE CARVALHO

www.FREVPREVIDENCIA.S/A  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA

UNIVERSITÄT PRÄVIDENCIA S/A

14 JAN. 2019

Protocolo

Dr. C. JOÃO PESSOA









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

## Diagnóstico

ORTOP  
LEITO 9.1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP SV

SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49

EXP DIAF OSSOS PERNA D

~~LEITO 9-1~~

Paciente	Alojamento	Horário	Evolução Médica
24/01			
1 DIETA LIVRE			
2 JEICO SALINIZADO			
3 DIPIRONA 1G+ABD EV-6/6H			
4 TRAMIAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8H S/N			
5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN			
6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM			
7 TILATIL 20MG +ABD EV 12/12H SN			
8 XARELTO 10MG 1 CP VO DIA			
9 SSVV + CCGG			

Dr. Julio Cesar Costa  
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Julio Cesar Costa  
Ortopedia e Traumatologia

COMPREV PREVIDENCIA S/A

14 JAN. 2019

PROTOCOLO

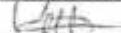

AC. JOÃO PESSOA



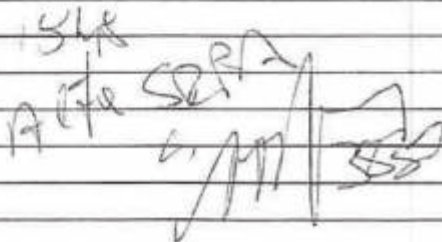


### Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Superior, Carlos do Silva</u>	Idade: <u>49</u>
Convênio: <u>305</u>	Data: <u>27/08/12</u>
Procedimento: <u>1. Exatidão de rotunda e fixação</u> <u>fratura exposta</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Carlos J. J. J.</u>	Auxiliar: <u>Dr. Bruno</u>
Anestesista: <u>Dr. S. S. S.</u>	
Início: <u>08:30</u>	Término: <u>12:30</u>
Anestesia: <u>Local</u>	

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
04:00	137 x 66	92	100%		-	Sedado
05:30	138 x 67	89 bpm	100%		-	Sedado
07:20	141 x 68	103	100+	Jubiana		Sedado
08:30	131 x 62	100	100%	Jubiana		
09:40	143 x 78	100	100%			
13:55	135 x 88	86	100%			
15:00	174 x 86	87	100%			
15:30	179 x 91	93	97%	Ketleem	+	consciente

[illegible]

Observações:	
Realizado aspiração torácica, troca e revisas de curativos sem anormalidades. Também feita gasometria arterial e medicado C.P.M. Soltado laboratório às 8:00h. <i>Quino</i> cotou 197512	
<div style="text-align: center;">  </div>	
Assinatura Anestesista	Circulante



11/12/2017



GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO AMBULATORIO

PRONTUÁRIO. Nº: 1559713

CLASS. DE RISCO: AZUL

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 11/12/2017  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 06 Atendente: Melissa Wanessa Da Silva Pereira

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA

Nascimento: 10/01/1968

SILVA

Sexo: M

Telefone:

Endereço: SITIO SAO JOSE

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Alagoa Nova

Nº 0

Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DA SILVA

Profissão: AGRICULTOR

Responsável: GILVAN

CNS: 898000530474591

Estado Civil: Casado(a)

Data de Atend: 11/12/2017

CONVÊNIO: SUS

Motivo: RETORNO

Hora: 11:03:56

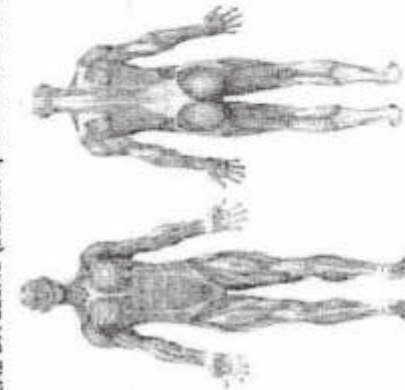
Especialidade: ORTOPEDISTA

Médico: ARISTOTELES CORREIA DE Q NETO

CRM: 6817

## MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrazão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Examegamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgitamento Vencido
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoval
28. Objeto Encaixado
29. Corragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Finerraglia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau ( ) 1º Grau

( ) 2º Grau

( ) 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

HTCG-Panel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

R Tubo Ra Ort

311

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow PA HGT: Sat02

CCIH

Data 25/01/18

Responsável: Raimundo

EXAMES SOLICITADOS:

- ( ) Laboratoriais
- ( ) Gasometria arterial
- ( ) Tomografia Computadorizada
- ( ) Ultrassonografia:
- ( ) Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Aristoteles Queiroz Neto  
ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA  
C.R.O. OMBRO E COTOVELO  
CRM 6817 TEOT 12637





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Diagnóstico

ORTOPEDIA 2

EXTRA 3

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PA TÍBIA D

Paciente	SEVERINO CABRAL, 49	Alojamento	Enferm	Leito	3	Convênio	EXTRA 3
----------	---------------------	------------	--------	-------	---	----------	---------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/01/2018	1 DIETA LIVRE		
	2 SE 0.9% 1500ML EV P/ 24H	14h	27 = DIET / 3 = DP- PO: OK
	3 CLINDAMICINA 600MG + SE EV 6/6H	12h 18h 24h	
	4 DAPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	12h 18h 24h	
	5 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM	12h	Beb, estável, s/ distúrbios e s/ qüorina. Po: boa evolução.
	6 DEAMBULAR COM MULETAS		Durante (5) evacuações (4)
	7 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE		
	8 CURATIVO 1X DIA		
	9 SSW + CCGG		Cit: VPM Monte de
10			
11			
12			
13			
14			
15			
			08/01/8 12p
			· Ferimento uterino
			· ASVE / ANS (0)
			· Curativo diário
			· Não pôde para (0)
			· Ut: Anty - Oxyd
			Alt
			Dr. Eduardo Braga Moraes Ortopedia - Traumatologia CRM - PB 6588

14 JAN. 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Eduardo Braga Moraes  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - PB 6588



Hospital: de Emergência e Trauma de C. Grande Código: \_\_\_\_\_

Procedimento: Trat. Cir. Com Fixação de Fíbula Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_

Paciente: Selma Maria Caldeira da Silva

Data da Cirurgia: 09/04/18 Nº prontuário: 3559433 Convênio: \_\_\_\_\_

Cirurgião: Dr. Alisson Código: \_\_\_\_\_ ( ) Reposição ( ) Caixa Pronta

## DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Fixador Bakers			
	Imagem Tipo			
	PRESTON			
	Pora Fôrm 50mm			

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

Valor Unit. Valor Total

CONFREV PREVIDÊNCIA S/A

14 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: \_\_\_\_\_

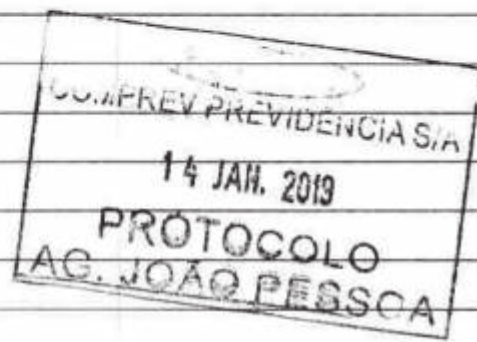
Faturar N.F para: \_\_\_\_\_

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

Cód. Instrumentador: \_\_\_\_\_



Nome do Paciente <i>Souvenir Cabral</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>04/01/18</i>	Enf. <i>oikp II</i>	Leito <i>Ep. 3</i>	
Operador <i>Dr. Edimar</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Allison (me2)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Yury (me1)</i>	3º Auxiliar <i>-</i>	Instrumentador <i>Noema</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>TA Tibia (D)</i>			
Tipo de Operação <i>Fixação externa (Preston) + RMIS</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>o mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>o</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>NE</i>			




## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DDM sob anestesia.
2) Assepsia + Antissepsia + Campos Estereis.
3) Incisão em pele anterior para (D).
4) Dissecção por planos + Hemostasia.
5) RMIS phca + perfusão.
6) Colheita de fragmento ósseo para cultura.
7) Osteossíntese cf tipo Externa tipo Preston sob escopo.
8) Lavagem de fô cf (H2O2).
9) Fechamento por planos.
10) Curativo

*Yury de Souza Cabral*  
Cirurgião Geral  
CRM 16307



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Severino Cabral da Silva em 10/01/68</i>						 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE <i>Sala 04</i>	CONVÊNIO <i>S.U.S</i>	IDADE <i>49</i>	REGISTRO <i>1559713</i>		
CIRURGIA <i>Trat. Cir. Em fístula de Reparação de Tíbio Direita</i>	CIRURGIÃO <i>Dr. Halisson + Dr. Eudimar</i>					
ANESTESIA <i>Dr. Isabelle</i>	ANESTESIA <i>Raqui</i>					
INSTRUMENTADORA <i>NORMA</i>	DATA <i>04/01/18</i>	INÍCIO <i>08:00</i>	FIM <i>09:35</i>			

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	05		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml			Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.			Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml			Cera pl osso	
	Inova ml			Ethibond	
	Ketalar ml	01		Ethibond	
	Mercaina % ml			Ethibond	
	Nubain amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	05		Fio de Algodão Sutapak	
	Protóxido l/m			Fio de Algodão Sutapak	
	Quelicin ml	05		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		03	Mononylon 2-0	
	Thionembatal ml			Mononylon	
	Tracrium amp.			Prolene Sertix	
		01		Prolene Sertix	
04	Água Destilada amp.			Prolene Sertix	
	Decadron amp.			Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	02		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.			Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.			Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	05			
	Glicose amp.	05			
	Glucon de Cálcio amp.				
	Haemacel ml				
	Heparema ml				
	Kanakion amp.	05			
	Lasix amp.	06			
	Medrotinazol.	01			
	Plasil amp.	01			
01	<i>Prolamina compressa</i>	01			
02	<i>Reviven amp. Nauseidun</i>				
01	<i>Suption amp. compressa</i>				
	Cefalotina 1g				
01	<i>micropesada</i>				
01	<i>Domnamid</i>				
02	<i>Amoxicilina</i>				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Qtd.	SOROS	
01	Aguilha desc. 25x7 40x12	01		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Aguilha desc. 28 x 28			SG Gelado fr 500 ml	
	Aguilha desc. 3 x 4.5	05		SG Hipertérmico fr 500 ml	
02	Aguilha pl raque nº 25	05		SG Ringr fr 500 ml	
05	Álcool de Enfermagem	04		SG fr 500 ml	
	Álcool Iodado ml				
01	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	ORTOSE E PRÓTESE
	Bis Implants

Qtd.	EQUIPAMENTOS
(X)	Oxímetro de Pulso
( )	Serra
( )	Desfibrilador
(X)	Foco Frontal
( )	Fonte de Luz
( )	Foco Auxiliar
( )	Eletrocautério
(X)	Oxicapnógrafo
(X)	Cardiomonitor
(X)	Perfurador Elétrico

**PROTÓCOLO**  
14 JAN. 2019  
AC. JOÃO PESSOA

**ROSEANGELA DA C. QUINTANS**  
CIRCULANTE RESPONSÁVEL  
COP. 1011850







## Diagnóstico

CA 612

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Solution (8)

Paciente		Alojamento	Leito	Convênio
	unus	Bon Jours		Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/12	<p>mult band</p> <p>Depura 1x10/6h</p> <p>unio 1x1dia</p> <p>CCGOT 55mg</p> <p>Dr. Aristoteles Queiroz Neto ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM 123456789</p> <p>14 JAN. 2019</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>1. G. JOÃO PESSOA</p>	<p>etc</p> <p>etc</p> <p>etc</p> <p>etc</p>	<p>pecho ortu</p> <p>pulso</p> <p>cf. Integros</p> <p>Pequeno Sutura + A+B</p>
12/12	<p>Depura 1x10/6h</p> <p>unio 1x1dia</p> <p>CCGOT 55mg</p> <p>Dr. Aristoteles Queiroz Neto ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM 123456789</p> <p>14 JAN. 2019</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>1. G. JOÃO PESSOA</p>	<p>etc</p> <p>etc</p> <p>etc</p> <p>etc</p>	<p>pecho ortu</p> <p>pulso</p> <p>cf. Integros</p> <p>Pequeno Sutura + A+B</p>
13/12	<p>Depura 1x10/6h</p> <p>unio 1x1dia</p> <p>CCGOT 55mg</p> <p>Dr. Aristoteles Queiroz Neto ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM 123456789</p> <p>14 JAN. 2019</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>1. G. JOÃO PESSOA</p>	<p>etc</p> <p>etc</p> <p>etc</p> <p>etc</p>	<p>pecho ortu</p> <p>pulso</p> <p>cf. Integros</p> <p>Pequeno Sutura + A+B</p>

Data 25.05.2016  
 Respondent: Mr. P. S. P. S.  
 CGIH 1/16

Dr. Julio Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 118.956

**Dr. Aristoteles Quintero Nery**  
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
C/ta OMBRO # 2070161  
C/ta 55111

14 JAN. 2019

PROTOCOLO

C. JOÃO PESSOA



GOVERNO  
DA PARÁIBA

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

# Diagnóstico

ORTOPEDIA 2  
EXTRA 3

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



PA TIBIA

Paciente	SEVERINO CABRAL, 49	Alojamento	Leito	Convênio	EXTRA 3
----------	---------------------	------------	-------	----------	---------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1/1/2018	1 DIETA LIVRE		
	2 FELCO Nº 18 - SALINIZADO		
	3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	18	72
	4 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM	18	72
	5 DEAMBULAR COM MULETAS		
	6 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE		
	7 CURATIVO 1X DIA		
	8 SSN + CCGG		
	9 Clonidina 0,2mg 1x 6/6h	18	BEG. estavel sem intercorrências
	10		# CD: VPM
	11		
	12		
	13		
	14		
	15		

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
14 JAN, 2019  
PROTÓCOLO  
AG JOÃO FESSCA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PARAIBA		REGISTRO GERAL	4.221.128
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA CIVIL		DATA DE EXPEDIÇÃO	23/01/2014
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO		NOME	SEVERINO CABRAL DA SILVA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO		ENDEREÇO	GERALDO CABRAL DA SILVA MARIA BELARMINA DA SILVA
P-022		NACIONALIDADE	ALAGOA NOVA-PB
		DATA DE NASCIMENTO	10/01/1968
		DOC ORIGEM	NASC.N.3569 FLS.219 LIV.A4
Não Alfabetizado(a)		CARTÓRIO ALAGOA NOVA PB	
CARTÃO DE IDENTIDADE		CPF	056.227.304-22
		ASSINATURA DO TITULAR	
		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO BESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PARAIBA		REGISTRO GERAL	4.221.128
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA CIVIL		DATA DE EXPEDIÇÃO	23/01/2014
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO		NOME	SEVERINO CABRAL DA SILVA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO		ENDEREÇO	GERALDO CABRAL DA SILVA MARIA BELARMINA DA SILVA
P-022		NACIONALIDADE	ALAGOA NOVA-PB
		DATA DE NASCIMENTO	10/01/1968
		DOC ORIGEM	NASC.N.3569 FLS.219 LIV.A4
Não Alfabetizado(a)		CARTORIO ALAGOA NOVA PB	
		CPF	056.227.304-22
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO BESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-022

*Andreza Cabral da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.221.118 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2014

NOME ANDREZA CABRAL DA SILVA

FILIAÇÃO SEVERINO CABRAL DA SILVA  
ELIANE EUCLIDES DA SILVA

NATURALIDADE ESPERANÇA-PB DATA DE NASCIMENTO 17/02/1995

DOC ORIGEM

NASC.N.22172 FLS.226 LIV.A24  
CARTÓRIO ALAGOA NOVA PB

OPF 121.140.534-66

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

121.140.534-66

Nome

ANDREZA CABRAL DA SILVA

Nascimento

17/02/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
A189.7BA2.E892.612A

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:04:04 do dia 09/05/2013 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

COMPKEY PROVEDORES S.A.

14 JAN. 2013

PROTOCOLO  
AQ. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-022

*Andreza Cabral da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.221.118 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2014

NOME ANDREZA CABRAL DA SILVA

FILIAÇÃO SEVERINO CABRAL DA SILVA  
ELIANE EUCLIDES DA SILVA

NATURALIDADE ESPERANÇA-PB DATA DE NASCIMENTO 17/02/1995

DOC ORIGEM

NASC.N.22172 FLS.226 LIV.A24  
CARTÓRIO ALAGOA NOVA PB

OPF 121.140.534-66

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
121.140.534-66

Nome  
ANDREZA CABRAL DA SILVA

Nascimento  
17/02/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
A189.7BA2.E892.612A

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:04:04 do dia 09/05/2013 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

COMPKEY Previdência Social

14 JAN. 2013

PROTOCOLO  
AQ. JOÃO PESSOA





**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

**ADOC**  
ISRAEL DE SOUZA FARIAS

**PROCURADOR**  
PAULO MENINO DE FARIAS  
MARIA ROSA DE SOUZA FARIAS

**RESIDÊNCIA**  
ALAGOA NOVA-PB

**RG**  
3406238 - SSP/PB  
**SIGNATÓRIA DE EXERCÍCIO E TÍTULO**  
NÃO DECLARADO

**DATA DE NASCIMENTO**  
01/08/1988

**CPF**  
042.917.124-00  
**VIA** **EXPIRAÇÃO EM**  
01 04/07/2018

PAULO ANTONIO SILVA S. SILVA  
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO  
25870

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

14930416



ASSINATURA DO PORTADOR

Israel de Souza Farias



OBSERVAÇÃO



**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
13 MAR 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica (PD-8 800 026)  
Cód. para Débito Automático: 80017321614

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	10/12/2018	10/01/2019	063.610.654-66 Insc. Est

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

### Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018  
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
08/11/16	3204	10/12/16	3255	1	51	31
Demonstrativo						
C/C	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Calc	Alc	Item(R\$)
			Tabela Total(R\$)	KVA(R\$)	KVA	Base Calc
						Par(R\$)
						Celula(R\$)
						(1,0445%) (4,9950%)
0801	Consumo em kWh	151,000	0,654400	128,91	128,91	27
0801	Adc B Amarelo			1,52	1,52	27
				0,41	1,52	0,02
				0,07		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			3,08	0,00	0
0804	JUROS DE MORA 10/2016			0,66	0,00	0
0805	MULTA 10/2016			2,33	0,00	0
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2016			0,58	0,00	0

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	137,16	130,53	35,24	130,53	41	6,52
-------------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	----	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
---------------------------	------------	---------------

105

11/01/2019

R\$ 137.16

Histórico de Consumo (kWh)

83	83	98	130	118	101	113	112	105	114	130	140
Dec/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18	Apr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18	Oct/18	Nov/18

8ad9.bf36.6473.cccf.60f2.8a39.d8a4.964f

## Indicadores de Qualidade IC/2016-2017

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%	
DIG MENSAL	6,47	NOMINAL	220	Serviços de Out. da Energia PE	31,00	23,81
DIG TRIMESTRAL	12,94			Serviços de Entrega	44,21	32,23
DIG ANUAL	25,89			Serviços de Transmissão	4,32	3,51
PG MENSAL	3,48			Encargos Selo	7,93	5,34
PG TRIMESTRAL	5,37			Impostos Cidades e Encargos	48,80	36,31
PG ANUAL	11,95	CONTRAÇÃO LIMITE INFERIOR LIMITE SUPERIOR	221	Custos Serviços	0,00	0,00
DIG MENSAL	2,50					
DIG ANUAL	12,22					
Total				137,18	100,00	

Valor de EUR (Ref. 10/2018): R\$ 28,30

## ATENÇÃO

## Faturas em atraso

— *Leitura complementar*

PARAISA

**VENCIMENTO****TOTAL A PAGAR**

Rolêiro 5-77-614-290  
Matrícula 1732151-2018-12-9

11/01/2019

**R\$ 137.16**

83650000001-0 37160054000-4 17321512018-4 12800077019-5



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
13 MAR 2019  
PRUUCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

V-02 P-022

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




*Izadora da Silva de Souza Farias*

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.668.818 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 20/07/2017

NOME IZADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS

FILIAÇÃO PAULO HONORATO DA SILVA  
ANA LUCIA CABOCLO DA SILVA

NATURALIDADE ESPERANÇA-PB DATA DE NASCIMENTO 21/02/1992

DOC ORDEM CASAM N.969 FLS.31 LIV.B 03  
CARTÓRIO ALAGOA NOVA-PB

CPF 017.073.724-11

Assinatura: *[Signature]*  
Mariane A. B. Costa Jr.  
Chefe de Núcleo de Registro

0 +

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 MAR. 2019

PROTOCOL

AG. JOÃO PES

JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO  
LOC ENGENHO OLHO D'ÁGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'ÁGUA  
ALAGOA NOVA / PE CEP: 56125000 (AQ: 71)  
Emissão: 10/12/2018 Referência: Dez / 2018  
Classe/Sigla: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880  
Roteiro: 5 - 77 - 614 - 290 Nº medidor: 00008716753

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 09.096.189/0001-40 Insc. Est. 16.015.322-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 16.903.326  
Cód. para DTA Automático: 00917321514

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Dez / 2018	10/12/2018	10/01/2019	093.610.564-66 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

#### Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018  
Reservista, apresente-se na sua Organização Mista.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
09/11/18	3204	10/12/18	3259	1	151	31	
Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. Juros(R\$)	Base Calc. Par(R\$)	Valor(R\$)
		Tarifas Totais(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	Fixo(Calculado(R\$)	(1,0945%)(4,955%)
0601	Consumo em kWh	151,000	0,554400	128,01	128,01	27	34,83
0601	Adic. B. Amassa			1,52	1,52	27	0,41
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0607	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA			3,06	0,00	0	0,00
0604	JUROS DE MORA 10/2018			0,88	0,00	0	0,00
0605	MULTA 10/2018			2,33	0,00	0	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			0,58	0,00	0	0,00

CCI Código de Classificação de Item TOTAL 137,16 130,53 35,24 130,53 41 6,52

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO TOTAL A PAGAR**

109

11/01/2019

R\$ 137,16

Histórico de Consumo (kWh)

93 | 98 | 98 | 130 | 116 | 101 | 113 | 112 | 105 | 114 | 130 | 140  
Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVAÇÃO DO FISCAL

Bad9.bf36.6473.cccf.60f2.8a39.d8a4.964f.

#### Indicadores de Qualidade

Limites da ANEL		Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,47	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,94		
DIC ANUAL	25,89		CONTRATADA 202
FIC MENSAL	3,46	0,00	
FIC TRIMESTRAL	6,92		LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL	13,85	0,00	
DMC	3,90		
DICR	12,22		

Composição da Conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	31,00	22,61
Compra de Energia	44,31	32,29
Serviço de Transmissão	4,82	3,51
Encargos Setoriais	7,33	5,34
Impostos Diretos e Encargos	48,60	35,31
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>137,16</b>	<b>100,00</b>

Valor de R\$ 52 (Ref. 10/2018) R\$ 38,30

#### ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

PARAIBA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Roteiro: 5 - 77 - 614 - 290

Matrícula: 1732151-2018-12-6

11/01/2019

R\$ 137,16

83650000001-0 37160054000-4 17321512018-4 12900077019-5



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 MAR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.669.775 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/06/2008

NOME SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO COSMO PEREIRA DA SILVA  
ANA MARIA DA SILVA

NATURALIDADE ALAGOA NOVA-PB DATA DE NASCIMENTO 11/11/1986

DOUT. CÍVIL NASC.N.22802 FLS.83 LIV.A25

CIT. CARTÓRIO ALAGOA NOVA-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

CEM 7116 DE 26/08/83

P.917

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL

SECRETARIA DE POLÍCIA CIVIL

INTERMUNICÍPIO DE MONTENEGRO, PB

SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 093.940.534-25

Nome SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA

Nascimento 11/11/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

13 MAR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

ANA MARIA DA SILVA  
RUA MILARIA DA COSTA LUNA, 88 - N. SRA APARECIDA  
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 (AG 71)

Emissão: 08/03/2019 Referência: Fev / 2019  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
Roteiro: 4 - 77 - 803 - 8520 IP medidor: 00000115358

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 08.065.120/0001-40 Insc. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 019.728.459  
Cód. para Ddb. Automático: 00002419881

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI  
Fev / 2019 06/02/2019 08/03/2019 013.707.214-71  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/241088-4

#### Canal de contato

Apresentar fotos das partes afetadas durante o dia ou ruído excessivo à noite, informa a prefeitura de sua cidade ou da iluminação pública a responsabilidade do município e de todo o serviço.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 09/01/19	Leitura 15887	Data 09/02/19	Leitura 15912	1

Demonstrativo									
C.C. Descrição		Quantidade	Taxa	Valor Base Calc.	Alíq.	Valor Base Calc.	Porcentagem	Valor Base Calc.	Porcentagem
				ICMS(R\$)	ICMS	Porcentagem(R\$)	(0,9905%)	Porcentagem(R\$)	(4,5824%)
3801 Custo de Disponibilidade		24,89	24,89	25	6,17	24,89	0,24	1,12	
3804 JUROS DE MORA 01/2019		0,10	0,10	0	0,00	0,10	0,00	0,00	
3804 JUROS DE MORA 12/2018		0,10	0,10	0	0,00	0,10	0,00	0,00	
3805 MULTA 01/2019		0,33	0,33	0	0,00	0,33	0,00	0,00	
3805 MULTA 12/2018		0,27	0,27	0	0,00	0,27	0,00	0,00	

Média últimos meses (kWh) 45  
VENCIMENTO 13/02/2019  
TOTAL A PAGAR R\$ 26,00

Histórico de Consumo (kWh)  
47 | 65 | 57 | 57 | 55 | 48 | 48 | 32 | 32 | 32 | 30 | 32  
Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19

407e.76c2.7d4a.ee16.21b9.6a69.cc8e.5386.

#### Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
ONDULAÇÃO	0,07	0,07
FLUTUAÇÃO	0,07	0,07
VARIAÇÃO DE TENSÃO	0,07	0,07
TEMPERATURA	0,07	0,07
UMIDADE	0,07	0,07
VENTILADOR	0,07	0,07
ILUMINAÇÃO	0,07	0,07
ACÚSTICO	0,07	0,07
ODOR	0,07	0,07
CONTAMINAÇÃO	0,07	0,07
SEGURANÇA	0,07	0,07
COMFORTO	0,07	0,07
SAÚDE	0,07	0,07
BIEN-ESTAR	0,07	0,07
QUALIDADE DE VIDA	0,07	0,07

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição de Energia Elétrica	24,89	96,11
Juros de Mora	0,10	0,38
Multa	0,33	1,27
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	26,00	100,00

ATENÇÃO

- Letura confirmada

Valor de E-SO, Ref. 12/01/19: R\$ 9,07

Faturas em atraso

PARAIBA

Roteiro: 4 - 77 - 803 - 8500  
Matrícula: 241088-2019-02-8

VENCIMENTO

13/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 26,00

83610000000-6 26000054000-5 02410882019-2 02800077019-9





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-022

*Andreza Cabral da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.221.118 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2014

NOME ANDREZA CABRAL DA SILVA

FILIAÇÃO SEVERINO CABRAL DA SILVA  
ELIANE EUCLIDES DA SILVA

NATURALIDADE ESPERANÇA-PB DATA DE NASCIMENTO 17/02/1995

DOC ORIGEM NASC. N. 22172 FLS. 226 LIV. A24  
CARTÓRIO ALAGOA NOVA PB

121.140.534-66

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
121.140.534-66

Nome  
ANDREZA CABRAL DA SILVA

Nascimento  
17/02/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
A189.7BA2.E892.612A

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:04:04 do dia 09/05/2013 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
13 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

**ADOC**  
ISRAEL DE SOUZA FARIAS

**PROCURADOR**  
PAULO MENINO DE FARIAS  
MARIA ROSA DE SOUZA FARIAS

**RESIDÊNCIA**  
ALAGOA NOVA-PB

**RG**  
3406238 - SSP/PB  
**SIGNATÓRIA DE EXERCÍCIO E TÍTULO**  
NÃO DECLARADO

**DATA DE NASCIMENTO**  
01/08/1988

**CPF**  
042.917.124-00  
**VIA** **EXPIRAÇÃO EM**  
01 04/07/2018

PAULO ANTONIO SILVA S. SILVA  
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO  
25870

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

14930416



ASSINATURA DO PORTADOR

Israel de Souza Farias



OBSERVAÇÃO



**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
13 MAR 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

V-02 P-022

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




*Izadora da Silva de Souza Farias*

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.668.818 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 20/07/2017

NOME IZADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS

FILIAÇÃO PAULO HONORATO DA SILVA  
ANA LUCIA CABOCLA DA SILVA

NATURALIDADE ESPERANÇA-PB DATA DE NASCIMENTO 21/02/1992

DOC ORDEM CASAM N.969 FLS.31 LIV.B 03  
CARTÓRIO ALAGOA NOVA-PB

CPF 017.073.724-11

Assinatura: *[Assinatura]*  
MAYARA A. B. LOPES JR.  
Chefe de Núcleo de Registro

0 +

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 MAR. 2019

PROTOCOL

AG. JOÃO PES



JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO  
LOC ENGENHO OLHO D'ÁGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'ÁGUA  
ALAGOA NOVA / PE CEP: 56125000 (AQ: 71)  
Emissão: 10/12/2018 Referência: Dez / 2018  
Classe/Sigla: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880  
Roteiro: 5 - 77 - 614 - 290 Nº medidor: 00008716753

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 09.096.189/0001-40 Insc. Est. 16.015.322-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 16.903.326  
Cód. para DTA Automático: 00917321514

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Dez / 2018	10/12/2018	10/01/2019	093.610.564-66 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1732151-4**

#### Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018  
Reservista, apresente-se na sua Organização Mista.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
09/11/18	3204	10/12/18	3259	1	151	31	
Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. Juros(R\$)	Base Calc. Par(R\$)	Valor(R\$)
		Tributos Totais(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	Fixo(Calculado(R\$)	(1,0945%)(4,955%)
0601	Consumo em kWh	151,000	0,554400	128,01	128,01	27	34,83
0601	Adic. B. Amassa			1,52	1,52	27	0,41
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0607	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA			3,06	0,00	0	0,00
0604	JUROS DE MORA 10/2018			0,88	0,00	0	0,00
0605	MULTA 10/2018			2,33	0,00	0	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			0,58	0,00	0	0,00

CCI Código de Classificação de Item TOTAL 137,16 130,53 35,24 130,53 41 6,52

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO TOTAL A PAGAR**

109

11/01/2019

R\$ 137,16

Histórico de Consumo (kWh)

93 | 98 | 98 | 130 | 116 | 101 | 113 | 112 | 105 | 114 | 130 | 140  
Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVAÇÃO DO FISCAL

Bad9.bf36.6473.cccf.60f2.8a39.d8a4.964f.

Indicadores de Qualidade			Composição da Conta		
IDU 2019 - Área					
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	6,47	NOMINAL	Serviços de Dist. de Energia/PB	31,00	22,61
DIC TRIMESTRAL	12,94		Compra de Energia	44,31	32,29
DIC ANUAL	25,89		Serviço de Transmissão	4,82	3,51
FIC MENSAL	3,46	CONTRATADA	Encargos Setoriais	7,33	5,34
FIC TRIMESTRAL	6,92		Impostos Diretos e Encargos	48,60	35,31
FIC ANUAL	13,85		Quilates Serviços	0,00	0,00
DMC	3,90	LIMITE SUPERIOR			
DICR	12,22				
			Total	137,16	100,00

Valor de R\$ 52 (Ref. 10/2018) R\$ 38,30

#### ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

PARAIBA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Roteiro: 5 - 77 - 614 - 290

Matrícula: 1732151-2018-12-6

11/01/2019

R\$ 137,16

83650000001-0 37160054000-4 17321512018-4 12900077019-5



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 MAR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.669.775 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/06/2008

NOME SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO COSMO PEREIRA DA SILVA  
ANA MARIA DA SILVA

NATURALIDADE ALAGOA NOVA-PB DATA DE NASCIMENTO 11/11/1986

DOUT. CÍVIL NASC.N.22802 FLS.83 LIV.A25

CIT. CARTÓRIO ALAGOA NOVA-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

CEM 7116 DE 26/08/83

P.917

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL

SECRETARIA DE POLÍCIA CIVIL

INTERMUNICÍPIO DE ALAGOA NOVA

SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 093.940.534-25

Nome SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA

Nascimento 11/11/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

13 MAR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



ANA MARIA DA SILVA  
RUA MILARIA DA COSTA LUNA, 88 - N. SRA APARECIDA  
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 (AG 71)

Emissão: 08/03/2019 Referência: Fev / 2019  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-699  
Roteiro: 4 - 77 - 803 - 8520 IP medidor: 00000115358

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 08.066.120/0001-40 Insc. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 019.728.459  
Cód. para Ddb. Automático: 00002419883

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI  
Fev / 2019 06/02/2019 08/03/2019 013.707.214-71  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/241088-4

#### Canal de contato

Apresentar fotos dos postes e cabos durante o dia ou ruído e ruído à noite, informar a prefeitura de sua cidade ou da iluminação pública a responsabilidade do município e de todo o sistema.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 09/01/19	Leitura 15887	Data 09/02/19	Leitura 15912	1

#### Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Taxa de	Valor Base Calc.	Alíq.	Valor Base Calc.	Porcentagem	Porcentagem	Porcentagem
3801	Custo de Disponibilidade	24.89	24.89	25	6.17	24.89	0.24	1.12	
3804	JUROS DE MORA 01/2019	0.10	0.10	0	0.00	0.10	0.00	0.00	
3804	JUROS DE MORA 12/2018	0.10	0.10	0	0.00	0.10	0.00	0.00	
3805	MULTA 01/2019	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	
3805	MULTA 12/2018	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	

Média últimos meses (kWh) 45  
VENCIMENTO 13/02/2019  
TOTAL A PAGAR R\$ 26,00

Histórico de Consumo (kWh)  
47 | 65 | 57 | 57 | 56 | 46 | 46 | 32 | 32 | 32 | 30 | 32  
Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19

407e.76c2.7d4a.ee16.21b9.6a69.cc8e.5386.

#### Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DISC. MENSAL	0.00	0.00	Discriminação de Energia Elétrica	0.00	0.00
DISC. TRIMESTRAL	0.00	0.00	Discriminação de Energia Elétrica	0.00	0.00
DISC. SEMESTRAL	0.00	0.00	Discriminação de Energia Elétrica	0.00	0.00
DISC. ANUAL	0.00	0.00	Discriminação de Energia Elétrica	0.00	0.00
DISC. MENSAL	0.00	0.00	Discriminação de Energia Elétrica	0.00	0.00
DISC. TRIMESTRAL	0.00	0.00	Discriminação de Energia Elétrica	0.00	0.00
DISC. SEMESTRAL	0.00	0.00	Discriminação de Energia Elétrica	0.00	0.00
DISC. ANUAL	0.00	0.00	Discriminação de Energia Elétrica	0.00	0.00
TOTAL	0.00	0.00	TOTAL	26.00	100.00

#### ATENÇÃO

- Letura confirmada

Valor de E-SD, Ref. 12/01/19: R\$ 9.07  
Faturas em atraso

PARAIBA  
Roteiro: 4 - 77 - 803 - 8500  
Matrícula: 241088-2019-02-8  
VENCIMENTO 13/02/2019  
TOTAL A PAGAR R\$ 26,00  
83610000000-6 26000054000-5 02410882019-2 02800077019-9



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-022




*Andreza Cabral da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.221.118 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2014

NOME ANDREZA CABRAL DA SILVA

FILIAÇÃO SEVERINO CABRAL DA SILVA  
ELIANE EUCLIDES DA SILVA

NATURALIDADE ESPERANÇA-PB DATA DE NASCIMENTO 17/02/1995

DOC ORIGEM NASC. N. 22172 FLS. 226 LIV. A24  
CARTÓRIO ALAGOA NOVA PB

CPF 121.140.534-66

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
121.140.534-66

Nome  
ANDREZA CABRAL DA SILVA

Nascimento  
17/02/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
A189.7BA2.E892.612A

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:04:04 do dia 09/05/2013 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
13 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190031062 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO CABRAL DA SILVA **Data do acidente:** 27/08/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL.  
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA/ TIBIA: OSTEOSSÍNTESE).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190031062 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO CABRAL DA SILVA **Data do acidente:** 27/08/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL COM LESÃO DA BEXIGA.  
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (TRAUMA ABDOMINAL: CISTORRAFIA + TIBIA: PLACA E PARAFUSOS). P4,9,24.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190031062 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO CABRAL DA SILVA **Data do acidente:** 27/08/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL.  
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA/ TIBIA: OSTEOSSÍNTESE).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190031062 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO CABRAL DA SILVA **Data do acidente:** 27/08/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL COM LESÃO DA BEXIGA.  
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (TRAUMA ABDOMINAL: CISTORRAFIA + TIBIA: PLACA E PARAFUSOS). P4,9,24.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





## PROCURAÇÃO PÚBLICA QUE FAZ (EM)

Livro: 111

Folha(s): 74 à 74v

Cartório "Alípio Bezerra"  
ALAGOA NOVA-PB  
Fagner Rodrigues Soares  
ESCREVENTE

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: SEVERINO CABRAL DA SILVA.

SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que aos VINTE E CINCO ( 25 ) dias do mês de MAIO do ano de DOIS MIL E DEZOITO ( 2018 ), nesta cidade de Alagoa Nova, Estado Paraíba, Rua Clementino Leite, número 131, Bairro Centro, neste cartório, perante mim Escrevente compareceu(ram) como **Outorgante(s): SEVERINO CABRAL DA SILVA**, brasileiro, agricultor, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que mantém união estável até a presente data, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 4.221.128, Órgão Emissor SSDS-PB., e do **CPF/MF de número 056.227.304-22**, residente e domiciliado na(o) Sítio São José, s/n, na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba impossibilitado(a) de assinar, por não alfabetizado, assinando a rogo **ANTONIO GERALDO DE ATAIDE NETO**, brasileiro, escrevente, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteiro até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do código civil brasileiro (lei nº 10.406/2002), maior, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 4.109.760, Órgão Emissor SSDS-PB, e do **CPF/MF de número 703.648.954-54**, residente e domiciliado na(o) Rua MARIO LIMA, número 277, Bairro CENTRO, na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento, reconhecido como o próprio por mim Escrevente pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) sua bastante(s) Procurador(a): **ANDREZA CABRAL DA SILVA**, brasileira, agricultora, a qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteira até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da Lei conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do Código Civil Brasileiro (Lei Nº 10.406/2002), maior, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 4.221.118, Órgão Emissor SSDS-PB., e do **CPF/MF de número 121.140.534-66**, residente domiciliada na(o) Sítio São José, s/n, na cidade de Alagoa Nova, Estado da Paraíba; a quem concede especiais e ilimitados poderes para representar o outorgante e o fim especial de requerer e receber indenização de Seguro Obrigatório DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Severino Cabral da Silva, ocorrido em Vinte e sete (27) dias do mês de Agosto do ano de Dois Mil e Dezessete (2017), conforme registrado pelo B.O, anexo ao processo. Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, podendo assinar autorização de pagamento de indenização do seguro DPVAT, declaração de residência, declaração de

PROTÓCOLO

14 JAN. 2019

COPIA PREVIDÊNCIA S/A





## PROCURAÇÃO PÚBLICA QUE FAZ (EM)

Livro: 111

Folha(s): 74 à 74v

Cartório "Alípio Bezerra"  
ALAGOA NOVA-PB  
Fagner Rodrigues Soares  
ESCREVENTE

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: SEVERINO CABRAL DA SILVA.

SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que aos VINTE E CINCO ( 25 ) dias do mês de MAIO do ano de DOIS MIL E DEZOITO ( 2018 ), nesta cidade de Alagoa Nova, Estado Paraíba, Rua Clementino Leite, número 131, Bairro Centro, neste cartório, perante mim Escrevente compareceu(ram) como **Outorgante(s): SEVERINO CABRAL DA SILVA**, brasileiro, agricultor, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que mantém união estável até a presente data, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 4.221.128, Órgão Emissor SSDS-PB., e do **CPF/MF de número 056.227.304-22**, residente e domiciliado na(o) Sítio São José, s/n, na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba impossibilitado(a) de assinar, por não alfabetizado, assinando a rogo **ANTONIO GERALDO DE ATAIDE NETO**, brasileiro, escrevente, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteiro até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do código civil brasileiro (lei nº 10.406/2002), maior, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 4.109.760, Órgão Emissor SSDS-PB, e do **CPF/MF de número 703.648.954-54**, residente e domiciliado na(o) Rua MARIO LIMA, número 277, Bairro CENTRO, na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento, reconhecido como o próprio por mim Escrevente pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) sua bastante(s) Procurador(a): **ANDREZA CABRAL DA SILVA**, brasileira, agricultora, a qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteira até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da Lei conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do Código Civil Brasileiro (Lei Nº 10.406/2002), maior, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 4.221.118, Órgão Emissor SSDS-PB., e do **CPF/MF de número 121.140.534-66**, residente domiciliada na(o) Sítio São José, s/n, na cidade de Alagoa Nova, Estado da Paraíba; a quem concede especiais e ilimitados poderes para representar o outorgante e o fim especial de requerer e receber indenização de Seguro Obrigatório DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Severino Cabral da Silva, ocorrido em Vinte e sete (27) dias do mês de Agosto do ano de Dois Mil e Dezesete (2017), conforme registrado pelo B.O, anexo ao processo. Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, podendo assinar autorização de pagamento de indenização do seguro DPVAT, declaração de residência, declaração de

PROTÓCOLO

14 JAN. 2019

COPIA PREVIDÊNCIA SIM



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Sencenino Cabral da Silva  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 4.223.128 CPF: 056.227.304-22  
Endereço: Sítio São José, S/N - JD CID VENEZ - Alagoa Nova - PB - Cp: 58125000

### OUTORGADO:

Nome: Andrezza Cabral da Silva  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 4.223.138 CPF: 123.140.534-66  
Endereço: Sítio São José, S/N - JD CID VENEZ - Alagoa Nova - PB - Cp: 58125000

### A ROGO

Nome: Aracil de Souza Farias  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casado  
Profissão: Advogado  
Identidade: 3406.239 CPF: 082.917.124-09  
Endereço: Loc. Engenho do Boque, 6/1 - Estrada de Raimundo Lima - Alto Boque - Alagoa Nova - PB. Cp: 58125-000

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, 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 para a vítima

Sencenino Cabral da Silva  
Data do sinistro: 26/03/2018 Natureza: Invalidade Permanente

### TESTEMUNHA (1)

RG 3668818 CPF: 01707372411

ASSINATURA: Isadora da Silva de Souza Farias



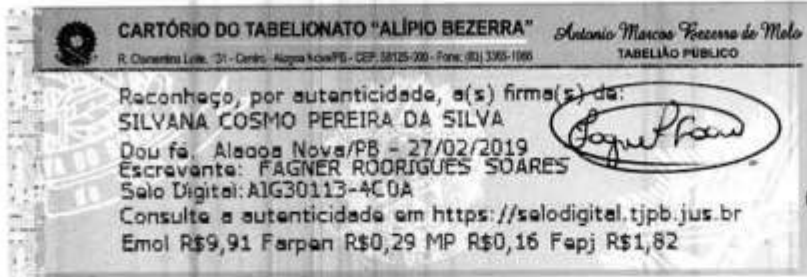
Cartório "Alípio Bezerra"  
ALAGOA NOVA-PB  
Fagner Rodrigues Soares  
ESCREVENTE

COMPREV  
13 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PES

TESTEMUNHA (2)

Cartório "Alípio Bezerra" RG 3.668.775 CPF: 093.940.534-25

ASSINATURA: Silvana Cosmo Pereira da Silva

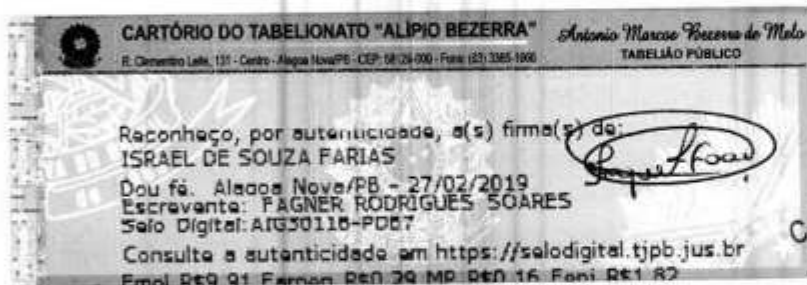


Cartório "Alípio Bezerra"  
ALAGOA NOVA-PB  
Fagner Rodrigues Soares  
ESCREVENTE

Alagoa Nova - PB - 27/02/2019

Local e data

Cartório "Alípio Bezerra" Israel de Souza Farias  
Assinatura do A rogo



Cartório "Alípio Bezerra"  
ALAGOA NOVA-PB  
Fagner Rodrigues Soares  
ESCREVENTE





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Sencenino Cabral da Silva  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 4.223.128 CPF: 056.227.304-22  
Endereço: Sítio São José, S/N - JD CID VENEZ - Alagoa Nova - PB - Cp: 58125000

### OUTORGADO:

Nome: Andrezza Cabral da Silva  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 4.223.138 CPF: 123.140.534-66  
Endereço: Sítio São José, S/N - JD CID VENEZ - Alagoa Nova - PB - Cp: 58125000

### A ROGO

Nome: Aracil de Souza Farias  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casado  
Profissão: Advogado  
Identidade: 3406.239 CPF: 082.917.124-09  
Endereço: Loc. Engenho do Boque, 6/1 - Estrada de Raimundo Lima - Alto Boque - Alagoa Nova - PB. Cp: 58125-000

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, 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 para a vítima

Sencenino Cabral da Silva  
Data do sinistro: 26/03/2018 Natureza: Invalidade Permanente

### TESTEMUNHA (1)

RG 3668818 CPF: 01707372411

ASSINATURA: Isadora da Silva de Souza Farias



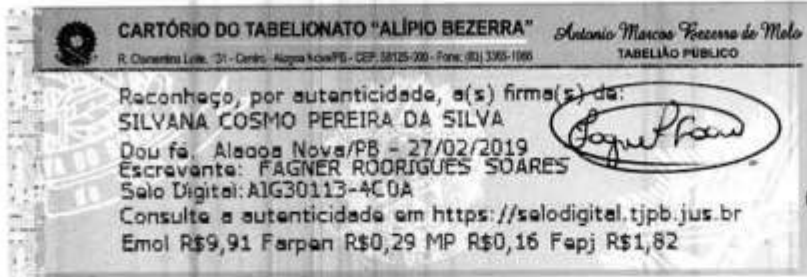
Cartório "Alípio Bezerra"  
ALAGOA NOVA-PB  
Fagner Rodrigues Soares  
ESCREVENTE

COMPREV  
13 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

TESTEMUNHA (2)

Cartório "Alípio Bezerra" RG 3.668.775 CPF: 093.940.534-25

ASSINATURA: Silvana Cosmo Pereira da Silva



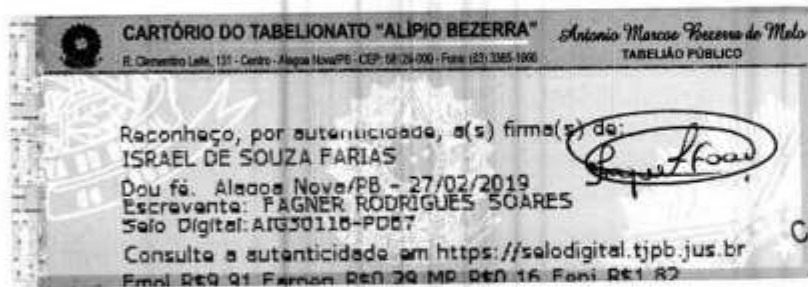
Cartório "Alípio Bezerra"  
ALAGOA NOVA-PB  
Fagner Rodrigues Soares  
ESCREVENTE

Alagoa Nova - PB - 27/02/2019

Local e data

Cartório "Alípio Bezerra" Israel de Souza Farias

Assinatura do A rogo



Cartório "Alípio Bezerra"  
ALAGOA NOVA-PB  
Fagner Rodrigues Soares  
ESCREVENTE





# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013953/19

**Vítima:** SEVERINO CABRAL DA SILVA

**CPF:** 056.227.304-22

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 27/08/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SEVERINO CABRAL DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ANDREZA CABRAL DA SILVA : 121.140.534-66

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

### SEVERINO CABRAL DA SILVA : 056.227.304-22

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](http://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: 14/01/2019  
Nome: ANDREZA CABRAL DA SILVA  
CPF: 121.140.534-66

ANDREZA CABRAL DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013953/19

**Vítima:** SEVERINO CABRAL DA SILVA

**CPF:** 056.227.304-22

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 27/08/2017

**Titular do CPF:** SEVERINO CABRAL DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ANDREZA CABRAL DA SILVA : 121.140.534-66

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

### SEVERINO CABRAL DA SILVA : 056.227.304-22

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](http://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: 14/01/2019  
Nome: ANDREZA CABRAL DA SILVA  
CPF: 121.140.534-66

ANDREZA CABRAL DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013953/19

**Número do Sinistro:** 3190031062

**Vítima:** SEVERINO CABRAL DA SILVA

**CPF:** 056.227.304-22

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 27/08/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SEVERINO CABRAL DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

**ANDREZA CABRAL DA SILVA : 121.140.534-66**

Procuração

**SEVERINO CABRAL DA SILVA : 056.227.304-22**

Autorização de pagamento

## 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](http://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: 13/03/2019  
Nome: ANDREZA CABRAL DA SILVA  
CPF: 121.140.534-66

\_\_\_\_\_  
ANDREZA CABRAL DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

\_\_\_\_\_  
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013953/19

**Número do Sinistro:** 3190031062

**Vítima:** SEVERINO CABRAL DA SILVA

**CPF:** 056.227.304-22

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 27/08/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SEVERINO CABRAL DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

**ANDREZA CABRAL DA SILVA : 121.140.534-66**

Procuração

**SEVERINO CABRAL DA SILVA : 056.227.304-22**

Autorização de pagamento

## 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](http://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: 13/03/2019  
Nome: ANDREZA CABRAL DA SILVA  
CPF: 121.140.534-66

\_\_\_\_\_  
ANDREZA CABRAL DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

\_\_\_\_\_  
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



---

**Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190031062**

**Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANDREZA CABRAL DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SEVERINO CABRAL DA SILVA**

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, 15 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190031062**

**Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANDREZA CABRAL DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SEVERINO CABRAL DA SILVA**

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, 15 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190031062**

**Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANDREZA CABRAL DA SILVA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), SEVERINO CABRAL DA SILVA**

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

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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, 15 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190031062**

**Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANDREZA CABRAL DA SILVA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), SEVERINO CABRAL DA SILVA**

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

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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, 31 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190031062

Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Data do Acidente: 27/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDREZA CABRAL DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO CABRAL DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o 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: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000003814-8

Conta: 000010019869-4

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 31 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190031062

Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Data do Acidente: 27/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDREZA CABRAL DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO CABRAL DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o 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: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000003814-8

Conta: 000010019869-4

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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)

**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

056 227 304 - 22

Nome completo da vítima

Serenino Calval da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Serenino Calval da Silva		CPF titular da conta 056 227 304 22	Profissão Agricultor
Endereço Sítio São José - RD CID UNIV		Número 3/N	Complemento
Bairro Área Rural	Cidade Mogiana Nova	Estado PB	CEP 58325000
Email			Telefone (DDD) (83) 983367743

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**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)

AGÊNCIA NRD.	D/V	CONTA NRD.	D/V
3834	8	33863	2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome		NRD.	
AGÊNCIA NRD.	D/V	CONTA NRD.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

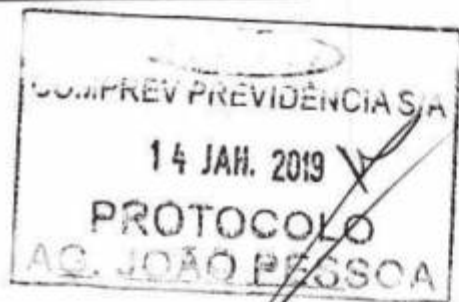
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Mogiana Nova - PB, 08 de 03 de 2019  
Local e Data

Andreza Calval da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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)

**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

Nome completo da vítima

056 227 304 - 22

Serenino Calval da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Serenino Calval da Silva		CPF titular da conta 056 227 304 22	Profissão Agricultor
Endereço Sítio São José - RD CID UNIV		Número 3/N	Complemento
Bairro Área Rural	Cidade Mogán Nova	Estado PO	CEP 58325000
Email			Telefone (DDD) (83) 983367743

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**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)

AGÊNCIA NRO. 3834	D/V 8	CONTA NRO. 33863	D/V 2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome	NRO
AGÊNCIA NRO.	D/V
CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)	

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.

Mogán Nova - PB, 08 de 03 de 2019  
Local e Data

Andreza Calval da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

05622730422

Nome completo da vítima:

Serenino Colnol da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Serenino Colnol da Silva

CPF:

05622730422

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Sítio São José

Número:

S/N

Complemento:

Bairro:

Área Rural - 30 CIO VRSV

Cidade:

Alagoinha Nova

Estado:

PB

CEP:

58325000

E-mail:

Tel.(DDD):

(83) 983032790

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

RENTA 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:

3834

8

CONTA:

38869

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 pelo valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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

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 (val 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.

Local e Data: Alagoinha Nova - PB - 22/02/2019

Nome: Serenino Colnol da Silva

CPF: 056.227.304-22

Serenino Colnol da Silva

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: Isadora da Silva de Souza Farias

CPF: 017073724-11

Isadora da Silva de Souza Farias

Assinatura

2º Nome: Silvana Amor Pereira da Silva

CPF: 083.940.534-25

Silvana Amor Pereira da Silva

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU FOGO, 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.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 056 227 304 22 Nome completo da vítima: Serenino Colonel da Silva

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

Nome completo: Serenino Colonel da Silva CPF: 056 227 304 22

Profissão: Agricultor Endereço: Sítio São José Número: S/N Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Área Rural - 30 CID VRSV Cidade: Alagoinha Nova Estado: PB CEP: 58325000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (83) 983032790

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

**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: 3834 8 CONTA: 38869 2

(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 do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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

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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ 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.

Local e Data: Alagoinha Nova - PB - 22/02/2019

Nome: Serenino Colonel da Silva

CPF: 056.227.304-22

Sonal da Souza Farias

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Andréza Colonal da Silva

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: Isadora da Silva de Souza Farias

CPF: 017073724-11

Isadora da Silva de Souza Farias

Assinatura

2º | Nome: Silviana Amor Pereira da Silva

CPF: 083.940.534-25

Silviana Amor Pereira da Silva

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU FOGO, 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.





**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

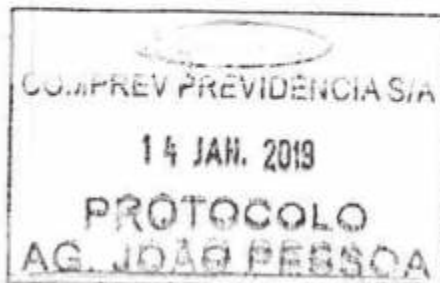
VERSANDO SOBRE: ACIDENTE DE TRÂNSITO

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registro de Ocorrências nº **001/2018**, nele encontrei às folhas nº **144** o registro nº **144/18**, cujo teor agora passa a transcrever na íntegra: Aos dias **26** do mês de **MARÇO** do ano de **2018**, nesta cidade de Alagoa Nova/PB, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil onde se achava presente a Bel. **MALON CASIMIRO DE ALBUQUERQUE**, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão do seu cargo, no final assinado e declarado, por volta das 10:00 horas, **COMPARECEU: SEVERINO CABRAL DA SILVA**, brasileiro, união estável, agricultor, analfabeto, RG Nº 4.221.128 SSP/PB, filho de Geraldo Cabral da Silva e de Maria Belarmina da Silva, residente no SÍTIO SÃO JOSÉ (próximo a Chico Bento), ALAGOA NOVA/PB, FONE: 9 9668-6478, NOTIFICOU QUE: no dia 27/08/2017, por volta das 17:45 horas, caminhava pelo Sítio São José (próximo a casa de Valdeci), neste município, quando uma moto em alta velocidade atropela frontalmente o comunicante, deixando-lhe descordado; QUE foi socorrido por uma equipe do SAMU, sendo encaminhado para o hospital de Trauma e ali ficou constatado fratura na perna direita e escoriações pelo corpo; QUE ficou internado por cerca de um mês e 03 dias, sendo realizado procedimento cirúrgico; QUE não sabe informar as características da moto, tais como placa e cor; QUE também não viu quem era o motorista atropelador; QUE cita como testemunhas do sinistro, as pessoas de: ISRAEL DE SOUZA FARIAS E ISADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS, ambos residentes na RUA PROJETADA, LOTEAMENTO REJANE LIMA, OLHO D'ÁGUA, nesta cidade. Nada mais havendo a relatar, ciente o(a) requerente das implicações contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado, expeço a referida Certidão. O referido é verdade e dou fé.

Alagoa Nova/PB, 26 de MARÇO de 2018.

NOTIFICANTE: 

**SAULO RAMOS SILVA**  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat.: 166.434-5







**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

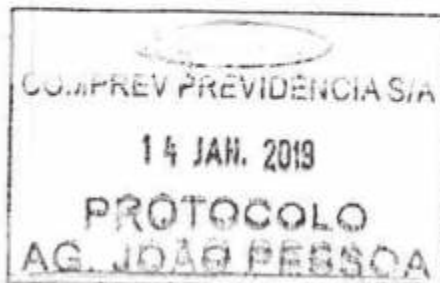
VERSANDO SOBRE: ACIDENTE DE TRÂNSITO

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registro de Ocorrências nº **001/2018**, nele encontrei às folhas nº **144** o registro nº **144/18**, cujo teor agora passa a transcrever na íntegra: Aos dias **26** do mês de **MARÇO** do ano de **2018**, nesta cidade de Alagoa Nova/PB, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil onde se achava presente a Bel. **MALON CASIMIRO DE ALBUQUERQUE**, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão do seu cargo, no final assinado e declarado, por volta das 10:00 horas, **COMPARECEU: SEVERINO CABRAL DA SILVA**, brasileiro, união estável, agricultor, analfabeto, RG Nº 4.221.128 SSP/PB, filho de Geraldo Cabral da Silva e de Maria Belarmina da Silva, residente no SÍTIO SÃO JOSÉ (próximo a Chico Bento), ALAGOA NOVA/PB, FONE: 9 9668-6478, NOTIFICOU QUE: no dia 27/08/2017, por volta das 17:45 horas, caminhava pelo Sítio São José (próximo a casa de Valdeci), neste município, quando uma moto em alta velocidade atropela frontalmente o comunicante, deixando-lhe descordado; QUE foi socorrido por uma equipe do SAMU, sendo encaminhado para o hospital de Trauma e ali ficou constatado fratura na perna direita e escoriações pelo corpo; QUE ficou internado por cerca de um mês e 03 dias, sendo realizado procedimento cirúrgico; QUE não sabe informar as características da moto, tais como placa e cor; QUE também não viu quem era o motorista atropelador; QUE cita como testemunhas do sinistro, as pessoas de: ISRAEL DE SOUZA FARIAS E ISADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS, ambos residentes na RUA PROJETADA, LOTEAMENTO REJANE LIMA, OLHO D'ÁGUA, nesta cidade. Nada mais havendo a relatar, ciente o(a) requerente das implicações contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado, expeço a referida Certidão. O referido é verdade e dou fé.

Alagoa Nova/PB, 26 de MARÇO de 2018.

NOTIFICANTE: 

**SAULO RAMOS SILVA**  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat.: 166.434-5





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)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Senerino Cabral da Silva</i>	CPF da Vítima <i>05622730422</i>	Data do Acidente <i>27/08/2017</i>
--	-------------------------------------	---------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal <i>Andrezza Cabral da Silva</i>	CPF do Representante legal <i>32334053466</i>
Email	Telefone (DDD) <i>(83) 383367743</i>

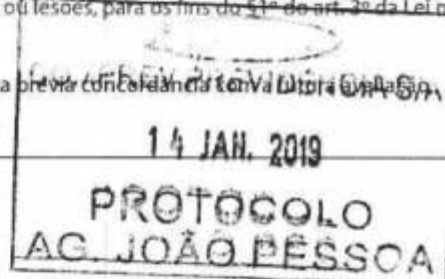
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 51º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com o conteúdo da perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



*João Pessoa - PB, 08 de 03 de 2019*  
Local e Data

*Andrezza Cabral da Silva*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Senerino Cabral da Silva

CPF da Vítima

05622730422

Data do Acidente

27/08/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Andrezza Cabral da Silva

CPF do Representante legal

32334053466

Email

Telefone (DDD)

(83) 983367743

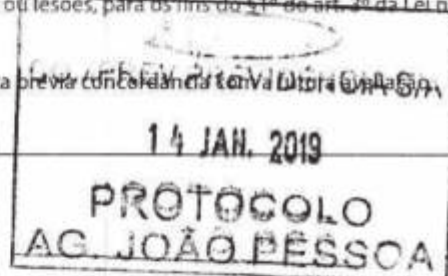
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 51º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa minha concordância com o conteúdo da perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Pessoa - PB, 08 de 03 de 2019

Local e Data

Andrezza Cabral da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 056 227 304 22 Nome completo da vítima: Serenino Colonel da Silva

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

Nome completo: Serenino Colonel da Silva CPF: 056 227 304 22

Profissão: Agricultor Endereço: Sítio São José Número: S/N Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Área Rural - 30 CID VRSV Cidade: Alagoinha Nova Estado: PB CEP: 58325000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (83) 983032780

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

**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: 3834 8 CONTA: 38869 2

(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 por todo o valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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

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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Local e Data: Alagoinha Nova - PB - 22/02/2019

Nome: Serenino Colonel da Silva

CPF: 056.227.304-22

Sonal da Souza Farias

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Andréza Colonal da Silva  
Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: Isadora da Silva de Souza Farias  
CPF: 017073724-11

Isadora da Silva de Souza Farias  
Assinatura

2º | Nome: Silviana Gomes Pereira da Silva  
CPF: 083.940.534-25

Silviana Gomes Pereira da Silva  
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.**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

05622730422

Nome completo da vítima:

Serenino Cabral da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Serenino Cabral da Silva

CPF:

05622730422

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Sítio São José

Número:

S/N

Complemento:

Bairro:

Área Rural - 30 CIO VRSV

Cidade:

Alagoinha Nova

Estado:

PB

CEP:

58325000

E-mail:

Tel.(DDD):

(83) 983032790

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

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:

3834

8

CONTA:

38869

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 pelo valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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

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.

Local e Data: Alagoinha Nova - PB - 22/02/2019

Nome: Serenino Cabral da Silva

CPF: 056.227.304-22

Sonal de Souza Farias

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: Ládora da Silva de Souza Farias

CPF: 017073724-11

Ládora da Silva de Souza Farias

Assinatura

2º Nome: Silvana Amor Pereira da Silva

CPF: 083.940.534-25

Silvana Amor Pereira da Silva

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU FOGO, 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.





## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 27/8/2017	HORA: 18:23	ID Nº: 1613474
NOME:	SEVERINO CABRAL DA SILVA	
QUEIXA:	ATROPELAMENTO	
LOCAL:	BR - PB 097	
COMPLEMENTO:	ENTRE LAGOA SECA E ALAGOA NOVA	
CIDADE:	ALAGOA NOVA	
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 12 de janeiro de 2018.



  
Deoclecio F Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192



## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 27/8/2017	HORA: 18:23	ID Nº: 1613474
NOME:	SEVERINO CABRAL DA SILVA	
QUEIXA:	ATROPELAMENTO	
LOCAL:	BR - PB 097	
COMPLEMENTO:	ENTRE LAGOA SECA E ALAGOA NOVA	
CIDADE:	ALAGOA NOVA	
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 12 de janeiro de 2018.



  
Deoclecio F Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192



# 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: 25/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03814-8

CONTA: 000010019869-4

---

Nr. da Autenticação 0AE84266F41EC409

# 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: 25/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03814-8

CONTA: 000010019869-4

---

Nr. da Autenticação 0AE84266F41EC409



SEVERINO CABRAL DA SILVA  
SIT SÃO JOSÉ, SN - JO CIO UNIV  
ALAGOANOVA/PB CEP 58125000 (AG 71)

Emissão 19/11/2018 Referência Nov/2018  
Classe/Subclasse RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro 10-77-684-7460 Nº medidor 00008575324

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
B-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.096.193/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015 715 554  
Cód. para Dtb. Automático: 00014998942

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI  
Nov/2018 19/11/2018 17/12/2018 066.227.304-22  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1499894-2

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
17/10/18	6229	19/11/18	8406		177	33
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Avg	ICMS(R\$)	Base Calc. Proj(R\$)
					Pol/Colm(R\$)	ICMS(R\$)
						Pol/Colm(R\$) (0,9440%) (4,3483%)
0801	Consumo em kWh	177,000	0,422690	74,80	0,00	0
0801	Adic. B. Vermelha			3,95	0,00	0
0801	Adic. B. Amarela			1,07	0,00	0
0810	Subsídio			32,06	0,00	0
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0808	Devolução Subsídio			-30,35	0,00	0

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 81,51 0,00 0,00 111,87 1,05 4,88

Média últimos meses (kWh) 145  
**VENCIMENTO 26/11/2018**  
**TOTAL A PAGAR R\$ 81,51**

Histórico de Consumo (kWh)

140 | 141 | 133 | 138 | 133 | 158 | 142 | 147 | 148 | 155 | 160 | 144  
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

eef9.8090.f6b6.cc8e.bdd1.3661.eef9.c86a

Indicadores de Qualidade 9/2018 - Área

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,84	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	23,69		
DIC ANUAL	47,38		
FIC MENSAL	7,62	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	15,24		
FIC ANUAL	30,48		
DMC	6,53	0,00	
DMCI	16,80		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	28,38	34,82
Compra de Energia	38,80	47,72
Serviço de Transmissão	4,10	5,03
Encargos Setoriais	6,24	7,66
Impostos Diretos e Encargos	5,81	7,13
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>81,51</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSD (Ref 9/2018): R\$ 32,27

ATENÇÃO

Faturas em atraso  
Out/18 70,80

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao lado relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/12/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem.  
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.  
Subvenção DEC 7 89/13 R\$ 30,35  
- Letura confirmada  
Isento ICMS



SEVERINO CABRAL DA SILVA  
SIT SÃO JOSÉ, SN - JO CIO UNIV  
ALAGOANOVA/PB CEP 58125000 (AG 71)

Emissão 19/11/2018 Referência Nov/2018  
Classe/Subclasse RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro 10-77-684-7460 Nº medidor 00006575324

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
B-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.096.193/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015 715 554  
Cód. para Dtb. Automático: 00014998942

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI  
Nov/2018 19/11/2018 17/12/2018 066.227.304-22  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1499894-2

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
17/10/18	6229	19/11/18	8406		177	33
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Avg	ICMS(R\$)	Base Calc. Proj(R\$)
					Pol/Colm(R\$)	ICMS(R\$)
						Pol/Colm(R\$) (0,9440%) (4,3483%)
0801	Consumo em kWh	177,000	0,422690	74,80	0,00	0
0801	Adic. B. Vermelha			3,95	0,00	0
0801	Adic. B. Amarela			1,07	0,00	0
0810	Subsídio			32,06	0,00	0
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0808	Devolução Subsídio			-30,35	0,00	0

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 81,51 0,00 0,00 111,87 1,05 4,88

Média últimos meses (kWh) 145  
VENCIMENTO 26/11/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 81,51

Histórico de Consumo (kWh)

140 | 141 | 133 | 138 | 133 | 158 | 142 | 147 | 148 | 155 | 160 | 144  
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

eef9.8090.f6b6.cc8e.bdd1.3661.eef9.c86a

Indicadores de Qualidade 9/2018 - Área

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,84	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	23,69		
DIC ANUAL	47,38		
FIC MENSAL	7,62	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	15,24		
FIC ANUAL	30,48		
DMC	6,53	0,00	
DMCI	16,80		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	28,38	34,82
Compra de Energia	38,80	47,72
Serviços de Transmissão	4,10	5,03
Encargos Setoriais	6,24	7,66
Impostos Diretos e Encargos	5,81	7,13
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	81,51	100,00

Valor do EUSD (Ref 9/2018): R\$ 32,27

ATENÇÃO

Faturas em atraso  
Out/18 70,80

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao lado relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/12/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem.  
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.  
Subvenção DEC 7 89/13 R\$ 30,35  
- Letura confirmada  
Isento ICMS

