

SEVERINO CABRAL DA SILVA
SIT SAO JOSE, S/N - JD CID UNIV
ALAGOA NOVA/PB CEP 58125600 (AG 71)

Emissão 19/11/2018 Referência Nov/2018
Cidade: SÍTIO RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Rotário: 10-77-884-7480 Nº medidor 00008575264

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 26 - Canto Residencial - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ: 08-035 182/0001-43 Insc Est 18 015 823-6

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015 715 654
Cód. para Dct. Automática: 00014988842

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: 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	18/11/18	8408		177	33	
Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alíq. (cmo/RS)	Base Calc. Pag(R\$)	Colm(R\$)
0801	Consumo em kWh	177,000	0,422590	74,80	0,00	0,00	74,80
0801	Adic. B Vermelha			3,95	0,00	0,00	3,95
0801	Adic. B Amarela			1,07	0,00	0,00	1,07
0810	Subsídio			22,05	0,00	0,00	32,05
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0808	Devolução Subsídio			-30,36	0,00	0,00	0,00

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

Média últimos meses (kWh) 146
VENCIMENTO 26/11/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 81,51

Histórico de Consumo (kWh)

140 | 141 | 132 | 136 | 132 | 158 | 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	28,36	32,34
DIC TRIMESTRAL	22,89			Compra de Energia	39,90	47,72
DIC ANUAL	47,78		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231	Serviço de Transmissão	4,10	5,03
FIC MENSAL	7,22	0,00		Encargos Setoriais	6,34	7,66
FIC TRIMESTRAL	15,84		Impostos Diretos e Encargos	5,91	7,25	
FIC ANUAL	31,26		Outros Serviços	0,00	0,00	
DACC	6,59	0,00				
DIORI	16,60					
				Total	81,51	100,00

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

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Out/18 70,80

- REVISÃO 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 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, desconsiderar esta mensagem.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
Subvenção DEC 7 981/13 R\$ 30,26
- Leitura confirmada
Ítem ICMS

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 58125600 (AG 71)

Emissão 19/11/2018 Referência Nov/2018
Cidade: SÍTIO RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Rotat: 10-77-884-7480 Nº medidor 00008575264

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 26 - Crato Resolva - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ: 08-035 182/0001-43 Insc Est 18 015 823-6

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015 715 654
Cód. para Dct. Automática: 00014988842

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: 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	18/11/18	8408		177	33		
Demonstrativo								
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alq (cmo/R\$)	Base Calc	Paq(R\$)	Colm(R\$)
0801	Consumo em kWh	177,000	0,422590	74,80	0,00	0,00	74,80	0,70
0801	Adic. B Vermelha			3,95	0,00	0,00	3,95	0,04
0801	Adic. B Amarela			1,07	0,00	0,00	1,07	0,01
0810	Subsídio			22,05	0,00	0,00	32,05	0,30
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0808	Devolução Subsídio			-30,36	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 4,88

Média últimos meses (kWh) 146
VENCIMENTO 26/11/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 81,51

Histórico de Consumo (kWh)

140 | 141 | 132 | 136 | 132 | 158 | 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	28,36	32,34
DIC TRIMESTRAL	22,89			Compra de Energia	39,90	47,72
DIC ANUAL	47,78		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231	Serviço de Transmissão	4,10	5,03
FIC MENSAL	7,22	0,00		Encargos Setoriais	6,34	7,66
FIC TRIMESTRAL	15,84		Impostos Diretos e Encargos	5,91	7,25	
FIC ANUAL	31,26		Outros Serviços	0,00	0,00	
DACC	6,59	0,00				
DIORI	16,60					
				Total	81,51	100,00

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

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Out/18 70,80

- REVISÃO 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 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, desconsiderar esta mensagem.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
Subvenção DEC 7 981/13 R\$ 30,26
- Leitura confirmada
Ítem ICMS

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Andrezza Calneal da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 123340534 / 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Serenino Calneal da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 056227304 / 22, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidez da Vítima Serenino Calneal 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

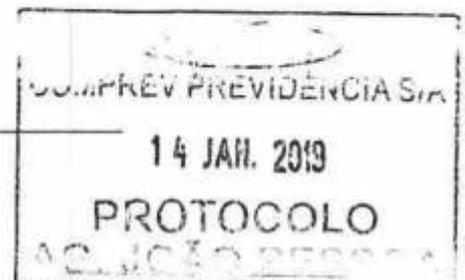
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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>Área Rural</u>	Cidade <u>Alagoa 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>

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

Andrezza Calneal 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Andrezza Calneal da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 123340534 / 66 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Serenino Calneal da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 056227304 / 22, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidez da Vítima Serenino Calneal 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

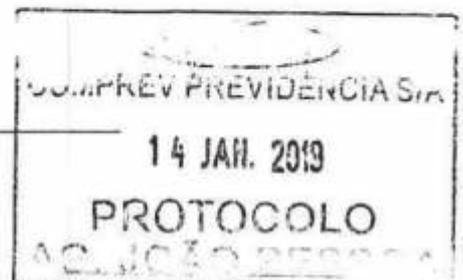
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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 <u>-</u>
Bairro <u>Área Rural</u>	Cidade <u>Alagoa 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>

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

Andrezza Calneal da Silva
Assinatura do Declarante





GOVERNO DA PARAIBA

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

SPW

Ficha de Acolhimento

Nome: Serenino Cabral da Silva Bairro: Alto Nova

End: R. Sts São José Documento de Identificação: _____

Data de Nascimento: 30/01/68 Data do Atend.: 27/08/17 Hora: 20:18 Documento: _____

Queixa: Ac. hoto () Sim () Não

Acidente de trabalho? () Sim () Não

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

COMITÊ DE PREVIDÊNCIA SIA
14 JAN. 2019
PROTOCOLO
GABINETE DE RODAS

Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato
- () Verde - atendimento até 4 horas
- () Amarelo - atendimento até 1 hora
- () Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

[Handwritten Signature]



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>Astomija</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação <i>no hosp.</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- ① *Pit em decúbito dorsal*
- ② *fase superior e inferior*
- ③ *incisão mediana*
- ④ *Inventário: presença de líquido livre intra-abdominal*
- ⑤ *presença de lesão no cáculo da bexiga*
- ⑥ *Sutura com crômulo - 0*
- ⑦ *Drenagem do conteúdo*
- ⑧ *Exame dos planos anteriores*
- ⑨ *Curativo*

COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A

14 JAN. 2019

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Dr. João Duarte

URC
Cirurgião Geral

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

EXERCÍCIO DE DIREITO DE VOTO

58/2018

Mr. Pessoa

TO

EXERCÍCIO DE DIREITO DE VOTO

EXERCÍCIO DE DIREITO DE VOTO

EXERCÍCIO DE DIREITO DE VOTO

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

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Severina Cabral da Silva DN: 20/11/68

QI: Salv04 LEITE: Salv04 CONVÊNIO: SUS IDADE: 49 anos REGISTRO: 4494332

CIRURGIA: LE + estomago + sutura de Dn Carlos + Dn. Jotônio + Dn. Bruno CIRURGIÃO

ANESTESIA: Cotoide de pé + fixação ANESTESIA: Dr. Secundo Abrantes + Dr. Rafael

INSTRUMENTADORA: Cândido DATA: 28/08/16 INÍCIO: 08:30 FIM: 3h

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

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	
	Fenagam amp.			Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml 200ug			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	
	Quelicin ml	07		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		06	Mononylon 2-0...	
03	Thienembul ml Propofol		03	Mononylon 3-0...	
02	Tetracium amp. Bupivacaine		03	Prolene Serfix -1...	
Qtd.	MEDICAÇÕES	03		Prolene Serfix	
04	Água Destilada amp.			Prolene Serfix	
01	Decadron amp.			Prolene Serfix	
02	Dipirona amp.	08		Vicryl Serfix	
	Flaxidól amp.	02		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	03		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	01			
	Glicose amp.				
	Glucon de Cálcio amp.				
	Haemacel ml.	015			
	Heparema ml.				
	Kanakion amp.	015			
	Lasix amp.	04			
	Medrolinazol.	03			
01	Pilasil amp. nortriptyline	03			
	Prolamina	02			
	Revivan amp.				
	Stuplanon amp.	01			
	Cefalotina Ig				
02	Ceftriaxone	02			
02	Tilatil	01			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
02	Agulha desc. 25x7 4011x	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				
	Bolsa Colostoma				
	Calet. pl Oxyg.				
	Calet. De Urinar Sist. Fech.				
	Compressa Grande				
	Compressa Pequena				
	Cotoide				
	Dreno Succión 6.4				
	Dreno Kerr nº				
	Dreno Penrose nº				
	Dreno Pezzer nº				
	Equipo de Macrogotas				
	Equipo de Macrogotas				
	Equipo de Sangue				
	Equipo de PVC				
	Esparradrapo Largo				
	Furacina				
	Gasol Pacote c/ 10 unidades				
	H2O ml				
	Intracath Adulto				
	Intracath Infantil				
	Lâmina de Bisturi nº 23				
	Lâmina de Bisturi nº 11				
	Lâmina de Bisturi nº 15				
	Luvas nº procedi mãos				
	Luvas 7.5				
	Luvas 8.0				
	Luvas 8.5				
	Oxigênio l/m				
	Poliflix				
	PVPI Degemante ml				
	PVPI Tópico ml.				
	Sabão Antiséptico				
	Saco coletor				
	Seringa desc. 10 ml				
	Seringa desc. 20 ml				
	Seringa desc. 05 ml				
	Sonda				
	Sonda foley 22/03/16				
	Sonda Nasogálica				
	Sonda Uretral nº 20				
	Sterydrem ml				
	Torneirinha				
	Vaselina ml				
	Gelcon II				
	Latese				
	Buandas				
	Tet. 8.0				
	Filtro				
	Gel condutor				
	folha nº 14				
	seringa 60 ml				

14 JAN. 2019
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
- Serra
- Desfibrilador
- Foco Frontal
- Fonte de Luz
- Foco
- Eletr.
- Oxíc.
- Carc
- Perf.

Cirurgião: Secundo Pereira + Salixina



Nome do Paciente <i>Severino Cabral 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. Sano</i>	2º Auxiliar	
3º Auxiliar	Instrumentador		Anestesia <i>total</i>
Tipo de Anestesia <i>total</i>		Diagnóstico Pré-Operatório <i>fratura exposta 3/10 da perna (B) e fratura exposta do antebraço (C) e fratura exposta do úmero (D)</i>	
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

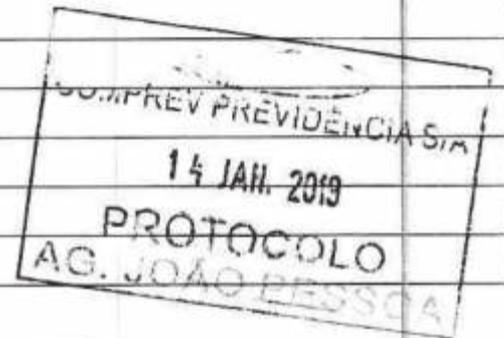
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1º tipo: antebraço e úmero
 fraturas de ambos os ossos
 ligadura de IF 0,9% 10 pontos
 redução/alinhamento de fraturas e fixação de fixador externo úmero para (B)
 pontos resto
 curativo

2º tipo: fratura exposta do antebraço (C)

3º tipo: fratura exposta do úmero (D)
 ligadura de IF 0,9% 5 pontos
 redução de fratura úmero
 pontos
 curativo

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 Wegner</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 OPHT sob anestesia
- 2) ASsepsia e antissepsia
- 3) Campos estéreos
- 4) Incisão anterior perna D por plans + hemostasia
- 5) Redução aberta de fcs de fratura + fixação com placa OCP larga 8 furos + parafusos corticais
- 6) Incisão quadril E por plans + hemostasia
- 7) Retirada de enxerto ósseo esponjoso
- 8) Colocação de enxerto ósseo esponjoso em fcs de fratura
- 9) Sutura por plans
- 10) Curativo

Dr. João Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12.9865



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

8230

Hospital: Hospital de São Paulo Código: _____Procedimento: Implante de Prótese de Cava Cód. Procedimento: _____Paciente: Suzelita das JuntasData da Cirurgia: 28/09/12 Nº prontuário: 9495356 Convênio: _____Cirurgião: R. Amaral Código: _____ Reposição Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa longa de 150mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

					Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (5) 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.					

14 JAN. 2013
 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:

Severino Cabral da Silva DN = 10/10/1968

QI *LEITE Sala 03* CONVÊNIO *SUS* IDADE *49 anos* REGISTRO *1494332*



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA _____ CIRURGIÃO *DA =*

ANESTESIA *Rogui* ANESTESIA *DA = Felix*

INSTRUMENTADORA *Flam* DATA *28/04/2017* INICIO *17:00* FIM *18:50*

Qt. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS Bolsa Colostoma Qt. FIOS

Adrenalina amp		Calef. p/ Oxg.		Catgut cromado Sertix
Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
<i>21</i> Dimorfina amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix
Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
<i>01</i> Sentanil <i>neocaina</i>		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
Ketsar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix
Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix
Protigmine amp.	<i>01</i>	Espardrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak
Proloxido l/m	<i>01</i>	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak
Quelicin ml	<i>01</i>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	<i>03</i>	Mononylon <i>M = 2.02</i>
Thionembutal ml		Intracath Adulto	<i>02</i>	Mononylon <i>B = 0.5</i>
Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix

ANEXO
121017 / 01
280917 / 02
0802 / 31

Qt. MEDICAÇÕES	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
Decadron amp.	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
Dipirona amp.	<i>02</i>	Luvax 7.0		Vicryl Sertix <i>2.0</i>
Flaxidol amp.	<i>01</i>	Luvax 7.5		Vicryl Sertix
Flebocortid amp.	<i>02</i>	Luvax 8.0		Vicryl Sertix
Geramicina amp.		Luvax 8.5		
Glicose amp.	<i>01</i>	Oxigênio l/m <i>plk</i>		
Glucos de Calcio amp.	<i>01</i>	Pollifix		
Haemacel ml.		PVPI Degemante ml		
Heparoma ml.		PVPI Tópico ml.		

Qt. SOROS		SG Normotérmico fr 500 ml	
		SG Gelado fr 500 ml	
		SG Hipertérmico fr 500 ml	
		SG Ringr fr 500 ml	
		SG fr 500 ml	

Qt. ORTESE E PRÓTESE			
	<i>03</i>	<i>lucen 801 INCLUS 45A 084</i>	
	<i>06</i>	<i>lucen 801</i>	

Qt. MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml	
		Gelcon 18	
		Latase	
	<i>05</i>	<i>elétricos</i>	

<i>01</i> Agulha p/ raque nº <i>25</i>			
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
 - Oxícapnógrafo
 - Cardiomonitor
 - Perfurador Elétrico

JOÃO PESSOA PREVIDÊNCIA S/A
 14 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
 MATEUS JOSÉ DE ARAÚJO
 TEC. DE ENFERMAGEM
 COREN PB 001.162.920

7.4

DIAGNÓSTICO

Stenocardia
ex tip perna (+) + anemia

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13	1. Dieta LURC 2. Salt 1500mg 7/10 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/05h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 3h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseudron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG SUPLENTO G-FINAXONE 1g 12/12h (SUSP)	12 18 24 OK 06 (16) 0	17. DM 18.7 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. - 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. - 1001. - 1002. - 1003. - 1004. - 1005. - 1006. - 1007. - 1008. - 1009. - 1010. - 1011. - 1012. - 1013. - 1014. - 1015. - 1016. - 1017. - 1018. - 1019. - 1020. - 1021. - 1022. - 1023. - 1024. - 1025. - 1026. - 1027. - 1028. - 1029. - 1030. - 1031. - 1032. - 1033. - 1034. - 1035. - 1036. - 1037. - 1038. - 1039. - 1040. - 1041. - 1042. - 1043. - 1044. - 1045. - 1046. - 1047. - 1048. - 1049. - 1050. - 1051. - 1052. - 1053. - 1054. - 1055. - 1056. - 1057. - 1058. - 1059. - 1060. - 1061. - 1062. - 1063. - 1064. - 1065. - 1066. - 1067. - 1068. - 1069. - 1070. - 1071. - 1072. - 1073. - 1074. - 1075. - 1076. - 1077. - 1078. - 1079. - 1080. - 1081. - 1082. - 1083. - 1084. - 1085. - 1086. - 1087. - 1088. - 1089. - 1090. - 1091. - 1092. - 1093. - 1094. - 1095. - 1096. - 1097. - 1098. - 1099. - 1100. - 1101. - 1102. - 1103. - 1104. - 1105. - 1106. - 1107. - 1108. - 1109. - 1110. - 1111. - 1112. - 1113. - 1114. - 1115. - 1116. - 1117. - 1118. - 1119. - 1120. - 1121. - 1122. - 1123. - 1124. - 1125. - 1126. - 1127. - 1128. - 1129. - 1130. - 1131. - 1132. - 1133. - 1134. - 1135. - 1136. - 1137. - 1138. - 1139. - 1140. - 1141. - 1142. - 1143. - 1144. - 1145. - 1146. - 1147. - 1148. - 1149. - 1150. - 1151. - 1152. - 1153. - 1154. - 1155. - 1156. - 1157. - 1158. - 1159. - 1160. - 1161. - 1162. - 1163. - 1164. - 1165. - 1166. - 1167. - 1168. - 1169. - 1170. - 1171. - 1172. - 1173. - 1174. - 1175. - 1176. - 1177. - 1178. - 1179. - 1180. - 1181. - 1182. - 1183. - 1184. - 1185. - 1186. - 1187. - 1188. - 1189. - 1190. - 1191. - 1192. - 1193. - 1194. - 1195. - 1196. - 1197. - 1198. - 1199. - 1200. - 1201. - 1202. - 1203. - 1204. - 1205. - 1206. - 1207. - 1208. - 1209. - 1210. - 1211. - 1212. - 1213. - 1214. - 1215. - 1216. - 1217. - 1218. - 1219. - 1220. - 1221. - 1222. - 1223. - 1224. - 1225. - 1226. - 1227. - 1228. - 1229. - 1230. - 1231. - 1232. - 1233. - 1234. - 1235. - 1236. - 1237. - 1238. - 1239. - 1240. - 1241. - 1242. - 1243. - 1244. - 1245. - 1246. - 1247. - 1248. - 1249. - 1250. - 1251. - 1252. - 1253. - 1254. - 1255. - 1256. - 1257. - 1258. - 1259. - 1260. - 1261. - 1262. - 1263. - 1264. - 1265. - 1266. - 1267. - 1268. - 1269. - 1270. - 1271. - 1272. - 1273. - 1274. - 1275. - 1276. - 1277. - 1278. - 1279. - 1280. - 1281. - 1282. - 1283. - 1284. - 1285. - 1286. - 1287. - 1288. - 1289. - 1290. - 1291. - 1292. - 1293. - 1294. - 1295. - 1296. - 1297. - 1298. - 1299. - 1300. - 1301. - 1302. - 1303. - 1304. - 1305. - 1306. - 1307. - 1308. - 1309. - 1310. - 1311. - 1312. - 1313. - 1314. - 1315. - 1316. - 1317. - 1318. - 1319. - 1320. - 1321. - 1322. - 1323. - 1324. - 1325. - 1326. - 1327. - 1328. - 1329. - 1330. - 1331. - 1332. - 1333. - 1334. - 1335. - 1336. - 1337. - 1338. - 1339. - 1340. - 1341. - 1342. - 1343. - 1344. - 1345. - 1346. - 1347. - 1348. - 1349. - 1350. - 1351. - 1352. - 1353. - 1354. - 1355. - 1356. - 1357. - 1358. - 1359. - 1360. - 1361. - 1362. - 1363. - 1364. - 1365. - 1366. - 1367. - 1368. - 1369. - 1370. - 1371. - 1372. - 1373. - 1374. - 1375. - 1376. - 1377. - 1378. - 1379. - 1380. - 1381. - 1382. - 1383. - 1384. - 1385. - 1386. - 1387. - 1388. - 1389. - 1390. - 1391. - 1392. - 1393. - 1394. - 1395. - 1396. - 1397. - 1398. - 1399. - 1400. - 1401. - 1402. - 1403. - 1404. - 1405. - 1406. - 1407. - 1408. - 1409. - 1410. - 1411. - 1412. - 1413. - 1414. - 1415. - 1416. - 1417. - 1418. - 1419. - 1420. - 1421. - 1422. - 1423. - 1424. - 1425. - 1426. - 1427. - 1428. - 1429. - 1430. - 1431. - 1432. - 1433. - 1434. - 1435. - 1436. - 1437. - 1438. - 1439. - 1440. - 1441. - 14



Neuro

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>Suzanne Cabral do Silva</i>	Idade: <i>49</i>
Convênio: <i>S.A.S.</i>	Data: <i>22/01/12</i>
Procedimento: <i>1. Fixação de costela por pinos e fiação prévia. raspado.</i>	
Cirurgião: <i>Dr. Carlos José</i>	Auxiliar: <i>Dr. Bruno</i>
Anestesista: <i>A.S. Soares</i>	
Início: <i>08:30</i>	Término: <i>03:00h</i>
Anestesia: <i>geral</i>	

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
04:00	137 x 66	92	100%	<i>[Signature]</i>	-	<i>Sedada</i>
05:30	138 x 64	89 bpm	100%	<i>[Signature]</i>	-	<i>Sedado</i>
07:20	141 x 68	103	100%	<i>Jubiana</i>		<i>Sedado</i>
08:30	131 x 62	100	100%	<i>Jubiana</i>		
09:40	143 x 78	100	100%			
13:15	135 x 88	86	100%			
15:00	174 x 86	87	100%			
15:30	179 x 91	93	97%	<i>Kathleen</i>	+	<i>consciente</i>

Medicamentos/Materiais	Quantidade
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>COMPREV PREVIDENCIA S/A</p> <p>14 JAN. 2013</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>AG. JOÃO PESSOA</p> </div>	

Observações:

*Realizado aspiração torácica, troca e revisões de curativo sem anormalidades. Também feita gasometria arterial e medicado C.P.M. Solicitado laboratório às 8:00h. *[Signature]**

07/01/12

5/12
A. F. S. R. A.
[Signature]

Assinatura Anestesista

Circulante



GOVERNO DA PARAIBA
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
CEP: 58125000

Endereço: SÍTIO SAO JOSE
Cidade: Alagoa Nova
Sexo: M
Idade: 049
Telefone: Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DA SILVA
Profissão: AGRICULTOR
RG: Nº: 0
CPF: 08.778.268/0038-52

Responsável: GILVAN
Data de Atendimento: 11/12/2017
CNS: 898000530474591

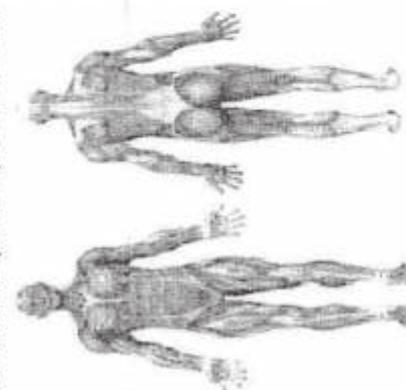
Motivo: RETORNO
Hora: 11:03:56
CONVÊNIO: SUS
Especialidade: ORTOPEDISTA

CRM: 6817

Médico: ARISTOTELES CORREIA DE Q NETO

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abraceção
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. Corante
15. F. Corante
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 tendinlia
25. Luvação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoval
28. Objeto Encaixado
29. Ciorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Finorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

R. Tubo de ar
3H

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

CCIH

Data: 25/01/18

Responsável: *Romane*

EXAMES SOLICITADOS:

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

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
CUR. 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 TIBIA D

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

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/01/2018	1. DIETA LIVRE	08h	
	2. SE 0.9% 1500ML EV P/ 24H	14h	27 = DIH / 3 = DP, PO: OK
	3. CLINDAMICINA 600MG + SE EV 6/6H	12h	
	4. DAPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	18h	
	5. OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM	15h	
	6. DEAMBULAR COM MULETAS	18h	
	7. MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE		Beb, estável, s/ distúrbios e s/ qüestions. Po: boa evolução.
	8. CURATIVO 1X-DIA		Durante (5) evacuações (4)
	9. SSVV + CCGG		cat: VPP Manhã
	10		
	11		
	12		
	13		
	14		
	15		
			08/01/18
			· primeira visita wd
			· ASVE / ABS (00)
			· curativo diário
			· não fazer punção
			· Med: Antib. Oral

PROTÓTIPO PREVIDENCIA S/A
14 JAN. 2018
PROTÓTIPO
AG. JOÃO PESSOA

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

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



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

8391

Hospital: de Genesimela e Joaquim de C. Bezerra Código: _____Procedimento: Trat. Cir. Com Fixação de Fêmur Cód. Procedimento: _____Paciente: Selma Maria Caldeira da SilvaData da Cirurgia: 09/09/18 Nº prontuário: 35597 13 Convênio: _____Cirurgião: Dr. Alisson Código: _____ Reposição Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Fixador Bakers híman tipo PRESTON para fêmur 50mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

	Nº	Qtd.	Cód.	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.				

VALPREV 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 Eudimar</i>		1º Auxiliar <i>Dr Hollison (mez)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr Yung (mez)</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>			

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

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 por (D).
- 4) Dissociação por planos + Hemostasia.
- 5) RMIS placa + parafusos.
- 6) Coleta de fragmento ósseo para cultura.
- 7) Osteossíntese cf tipo Externa tipo Preston sob escopla.
- 8) Lavagem de fô cf (S. 9 L).
- 9) Fechamento por planos.
- 10) Curativo

Yury de Oliveira Cabral
Médico Ortopedista
CRM 16307

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Serrurino Cabral da Silva em 10/01/68</i>						 GOVERNO DA PARAÍBA <small>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</small> 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 tubos</i>	CIRURGIÃO <i>Dr. Halisson + Dr. Eudineia</i>		ANESTESIA <i>Raqui</i>			
ANESTESIA <i>Dr. Isabelle</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.	<i>01</i>	Catet. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<i>05</i>	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	<i>01</i>	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	<i>05</i>	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutopak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutopak	
	Quelicin ml	<i>05</i>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	<i>03</i>	Mononylon 2-0	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23			
<i>04</i>	Água Destilada amp.	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serfix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serfix	
<i>02</i>	Dipirona amp.	<i>02</i>	Luvax 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidól amp.		Luvax 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.		Luvax 8.5		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	<i>05</i>	Luvax <i>Proceed</i>			
	Glicose amp.	<i>05</i>	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacei ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	<i>05</i>	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	<i>06</i>	Saco coletor <i>p/ lixo</i>		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	<i>01</i>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.	<i>01</i>	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
<i>01</i>	<i>Proclama omprazol</i>	<i>01</i>	Seringa desc. 05 ml	<i>02</i>	SG fr 500 ml	
<i>02</i>	<i>Revivan amp. Nauseidun</i>		Sonda	<i>05</i>	<i>ST p/ limpeza</i>	
<i>01</i>	<i>Suptanon amp. omprazol</i>		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica		<i>Bis Implants</i>	
<i>01</i>	<i>micropesada</i>		Sonda Uretral n°			
<i>01</i>	<i>Domonid</i>		Sterydrem ml			
<i>02</i>	<i>Tracrium</i>		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml <i>Gelcon 20</i>		EQUIPAMENTOS	
<i>01</i>	Aguilha desc. 25x7 <i>40 x 12</i>	<i>01</i>	Gelcon 18		<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese		<input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Eletrocautério
	Aguilha desc. 3 x 4.5	<i>05</i>	<i>Alça Tubular</i>		<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input checked="" type="checkbox"/> Oxícapiógrafo
<i>02</i>	Aguilha p/ raque n° 25	<i>05</i>	<i>eletrodos</i>		<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
<i>05</i>	Álcool de Enfermagem	<i>04</i>	<i>escarinas</i>		<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico
	Álcool Iodado ml					
<i>01</i>	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

AG. JOÃO PESSOA
 PROTOCOLO
 14 JAN. 2019
 COMITÊ DE PREVENÇÃO S.M.

Rosângela da C. Quintans
 CIRCULANTE RESPONSÁVEL
 850

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Governo (8)

LA t b 1 z

Paciente	nome Agileno	Alojamento	Leito	Convênio
----------	--------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/12	<p>pubs end etc</p> <p>Depressão 1ml 0,6/6h etc</p> <p>evoluo 1 x / dia etc</p> <p>CCG 01 Ssuw etc</p>		<p>Preto outros</p> <p>pubs</p> <p>cf. Integros /</p> <p>Parano Sentad + AIB</p>
12/12	<p>Retorno 19/12/2019 sendo</p> <p>curativa 1x/dia</p> <p>SSVV + CCG</p>	<p>12/12</p> <p>15:30</p>	<p>BEG esteira</p> <p>Surgeões</p> <p>CP: V.P.M</p>
13/12	<p>Retorno 19/12/2019 sendo</p> <p>curativa 1x/dia</p> <p>SSVV + CCG</p>	<p>13/12</p> <p>15:30</p>	<p>BEG esteira</p> <p>Surgeões</p> <p>CP: V.P.M</p>

14 JAN. 2019
PROTÓCOLO
C. JOÃO PESSOA

Dr. Arráioles Queiroz Neto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PA 450795/2004
EML 58117 - Fone: 33611919

Dr. Julio César Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PA 99855
EML 58117 - Fone: 33611919

Responde: Fone 33611919
Data 25/01/18
C.C.I.H. 118



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 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. DAPIRONA 1G + ABD. EV. 6/6H	18	13
	4. OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM	18	
	5. DEAMBULAR COM MULETAS		BEG. Esteve!
	6. MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE		sem intercorrências
	7. CURATIVO 1X DIA		
	8. SSW + CCGG		
	9. Clonazepam 1x 6/6h	18	# CD: VPM
10			
11			
12			
13			
14			
15			

[Signature]
Dr. João Pessoa
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10.155/2005

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



SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1494332

CLASS. DE RISCO: RISCO ALTO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES

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

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Endereço: SÍTIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abrazão

2. Amputação

3. Avulsão

4. Cortação

5. Crepitação

6. Dor

7. Edema

8. Empalramento

9. Erifissão subcutânea

10. Emagamento

11. Equimose

12.F. Arma branca

13.F. Arma de fogo

14.F. Cortado

15.F. Cortado

16.F. Corto-contuso

17.F. Perfuro-centuso

18.F. Perfuro-cortante

19. Fratura óssea fechada

20. Fratura óssea aberta

21. Hematoma

22. Inguartamento vascular

23. Laceração

24. Lesão tendinosa

25. Luxação

26. Mordedura

27. Movimento torácico parado-al

28. Objeto Encaixado

29. Ocorrência

30. Paralisia

31. Parasia

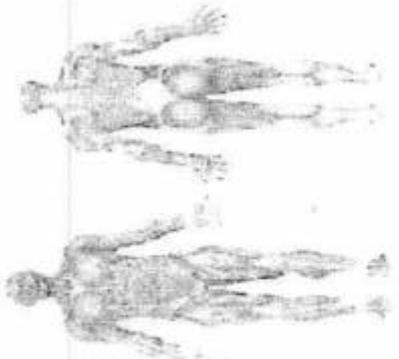
32. Paratessia

33. Queimadura

34. Rinscragia

35. Síndis de Isquemia

36.



OBS:
QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = 10%
DIGNOSTICO / CID:

Assinatura e Carimbo do Médico: *Severino Cabral da Silva*

Assinatura e Carimbo do Médico: *Cláudio Bezerra Lacerda*

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Exame físico: *Exame físico normal*

Exame de laboratório: *Exame de laboratório normal*

Exame de imagem: *Exame de imagem normal*

Exame de outros: *Exame de outros normal*

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES
14 JAN. 2019



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA

PROF. DR. CARLOS EDUARDO DE ARAÚJO



ATENDIMENTO-URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1494332

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

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

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Endereço: SÍTIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

CRM:

Especialidade:

Local da Lesão (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão

2. Amputação

3. Avulsão

4. Contusão

5. Crepitação

6. Dcr

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-cortante

19. F. Ferimento

20. Fratura óssea fechada

21. Hematoma

22. Injuriamento / erosão

23. Laceração

24. Lesão tendinosa

25. Luxação

26. Merdeadura

27. Movimento torácico parado-al

28. Objeto Encaixado

29. Otite aguda

30. Falácia

31. Paralisia

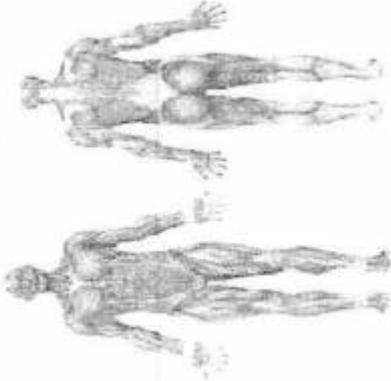
32. Paratetania

33. Queimadura

34. Rinite aguda

35. Sinais de isquemia

36.



OBS: QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = 60% DIGNOSTICO / CID:

Assinatura e Carimbo do Médico: Severino Cabral da Silva

Gravidade: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: Severino Cabral da Silva

HTCG-Panel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Exatidão de exame de motricidade fina de membros superiores e inferiores

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

EXAME FÍSICO

POUPAS

Glucose

HGT:

Tomografia Realizada

Realizado

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARÊCER MÉDICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Realizado

Realizado

Realizado

Realizado

Realizado

Realizado

Realizado

Realizado

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA

PROF. DR. CARLOS EDUARDO DE ARAÚJO

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA

PROF. DR. CARLOS EDUARDO DE ARAÚJO

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA

PROF. DR. CARLOS EDUARDO DE ARAÚJO

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA

PROF. DR. CARLOS EDUARDO DE ARAÚJO



GOVERNO DA PARAIBA

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

SPW

Ficha de Acolhimento

Nome: Serenino Cabral da Silva Bairro: Alto Nova

End: R. Sts São José Documento de Identificação:

Data de Nascimento: 30/01/68 Data do Atend.: 27/08/17 Hora: 20:18 Documento:

Queixa: Ac. hoto () Sim () Não

Acidente de trabalho? () Sim () Não

VAZIO RELATAMENTO

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente

Frequência respiratória: Frequência cardíaca: Temperatura axilar: Mucosas: () Normocorada () Pálida

Pressão arterial: Pressão de rodadas () Maca

Dosagem de HGT:

Deambulação: () Livre () Gafeta

SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA SIA
14 JAN. 2019
PROTOCOLO
GAFETA DE RODAS

Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato
- () Verde - atendimento até 4 horas
- () Amarelo - atendimento até 1 hora
- () Azul - atendimento ambulatorial

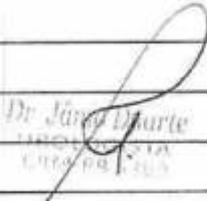
Assinatura e carimbo do profissional

[Handwritten Signature]



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>Astomija</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação <i>no hemis.</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
① <i>Pit em decúbito dorsal</i>
② <i>inspeção e palpação</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>curativo</i>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A</p> <p>14 JAN. 2019</p> <p>PROTÓCOLO</p> <p>AG. JOÃO PESSOA</p> </div>
 Dr. João Duarte UROLOGIA 010/08/11

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

EXERCÍCIO DE DIREITO DE VOTO

58/2018

Mr. Pessoa

TO

EXERCÍCIO DE DIREITO DE VOTO

EXERCÍCIO DE DIREITO DE VOTO

EXERCÍCIO DE DIREITO DE VOTO

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

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Severina Cabral da Silva DN: 20/11/68

QI: Salv04 LEITE: Salv04 CONVÊNIO: SUS IDADE: 49 anos REGISTRO: 4494332

CIRURGIA: LE + estomago + sutura de Dn Carlos + Dn. Jônio + Dn. Bruno CIRURGIÃO

ANESTESIA: Cotoide de pé + fixação ANESTESIA: Dn. Sécuro Abrantes + Dn. Rafael

INSTRUMENTADORA: Cândido DATA: 28/08/16 INÍCIO: 08:30 FIM: 3h

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qt. d.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qt. d.	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	
	Fenagam amp.			Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml <u>200ug</u>			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	
	Quelicin ml	07		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		06	Mononylon 2-0...	
03	Thienembul ml <u>Propofol</u>		03	Mononylon 3-0...	
02	Tracrium amp <u>Rombutonio</u>		03	Prolene Serfix -1-...	
Qt. d.	MEDICAÇÕES				
04	Água Destilada amp.	03		Prolene Serfix	
01	Decadron amp.			Prolene Serfix	
02	Dipirona amp.	08		Prolene Serfix	
	Flaxidól amp.	02		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	03		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	01			
	Glicose amp.				
	Glucon de Cálcio amp.				
	Haemacel ml.	015			
	Heparema ml.				
	Kanakion amp.	015			
	Lasix amp.	04			
	Medrolinazol.	03			
01	Piasil amp. <u>nauseobron</u>	03			
	Prolamina	02			
	Revivan amp				
	Stuplanon amp.	01			
	Cefalotina Ig				
02	<u>Ceftriaxone</u>	02			
02	<u>Tilatil</u>	01			
Qt. d.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
02	Agulha desc. 25x7 <u>4011</u>	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				
	Bolsa Colostoma				
	Calet. pl Oxyg.				
	Calet. De Urinar Sist. Fech.				
	Compressa Grande				
	Compressa Pequena				
	Cotoide				
	Dreno <u>Succo 6.4</u>				
	Dreno Kerr nº				
	Dreno Penrose nº				
	Dreno Pezzer nº				
	Equipo de Macrogotas				
	Equipo de Macrogotas				
	Equipo de Sangue				
	Equipo de PVC				
	Esparradrapo <u>Carbocri</u>				
	Furacilina				
	Gasol Pacote c/ 10 unidades				
	H.O. ml				
	Intracath Adulto				
	Intracath Infantil				
	Lâmina de Bisturi nº 23				
	Lâmina de Bisturi nº 11				
	Lâmina de Bisturi nº 15				
	Luvas nº <u>procedi mentos</u>				
	Luvas 7.5				
	Luvas 8.0				
	Luvas 8.5				
	Oxigênio l/m				
	Poliflix				
	PVPI Degemante ml				
	PVPI Tópico ml.				
	Sabão Antiséptico				
	Saco coletor				
	Seringa desc. 10 ml				
	Seringa desc. 20 ml				
	Seringa desc. 05 ml				
	Sonda				
	Sonda foley <u>22/03/16</u>				
	Sonda Nasogálica				
	Sonda Uretral nº <u>20</u>				
	Sterydrem ml				
	Torneirinha				
	Vaselina ml				
	Gelcon II				
	Latese				
	<u>Buandas</u>				
	<u>Tet 8.0</u>				
	<u>Filtro</u>				
	<u>Gel condutor</u>				
	<u>folha nº 14</u>				
	<u>seringa 60 ml</u>				

PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
14 JAN. 2019

- EQUIPAMENTOS**
- Oxímetro de Pulso
 - Serra
 - Desfibrilador
 - Foco Frontal
 - Fonte de Luz
 - Foco
 - Eletr
 - Oxíc
 - Carc
 - Perf
- Adriana Pereira + Salixina

Validade: 17/11/13
VAPOR - VERDE Classe I
Autoclavável
STERICONTROL 0800 606 1516
Processado em Operador I
Validade: 17/11/13
VAPOR - VERDE Classe I
Autoclavável
STERICONTROL 0800 606 1516
Processado em Operador I
Validade: 17/11/13
VAPOR - VERDE Classe I
Autoclavável
STERICONTROL 0800 606 1516
Processado em Operador I
Validade: 17/11/13
VAPOR - VERDE Classe I
Autoclavável
STERICONTROL 0800 606 1516
Processado em Operador I
Validade: 17/11/13
VAPOR - VERDE Classe I
Autoclavável
STERICONTROL 0800 606 1516
Processado em Operador I



Nome do Paciente <i>Severino Cabral 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. Sano</i>	2º Auxiliar	
3º Auxiliar	Instrumentador		Anestesia <i>total</i>
Tipo de Anestesia <i>total</i>		Diagnóstico Pré-Operatório <i>fratura exposta 3/10 da perna (B) sem (3) A ; fratura no (E) e fratura exposta do osso (C)</i>	
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

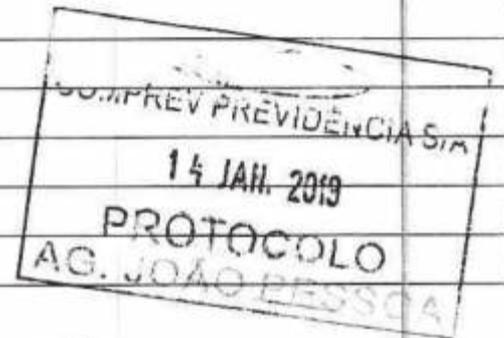
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1º tipo: *antissepsia cirúrgica
após de campo estéril
ligadura de IF 0,9% iodado
adrenais / abstinência de fumar e álcool 4 fixador
ostomia úmida para (B)
luzes azul
antissepsia*

2º tipo: *10mm ferimento no (B)*

3º tipo: *fratura para alcatraz do osso (B)
ligadura de IF 0,9% 5 JOTA
após de campo estéril
luzes
antissepsia*

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 Wegner</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 OPH sob anestesia
- 2) ASsepsia e antissepsia
- 3) Campos estéreos
- 4) Incisão anterior perna D por plans + hemostasia
- 5) Redução aberta de fcs de fratura + fixação com placa OCP longa 8 furos + parafusos corticais
- 6) Incisão quadril E por plans + hemostasia
- 7) Retirada de enxerto ósseo esponjoso
- 8) Colocação de enxerto ósseo esponjoso em fcs de fratura
- 9) Sutura por plans
- 10) Curativo

Dr. João Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12.9865



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

8230

Hospital: Hospital de São Paulo Código: _____Procedimento: Implante de Prótese de Cava Cód. Procedimento: _____Paciente: Suzelita das JuntasData da Cirurgia: 28/09/12 Nº prontuário: 9495356 Convênio: _____Cirurgião: R. Amaral Código: _____ Reposição Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa longa de 150mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

					Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (5) 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.					

14 JAN. 2013
 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:

Severino Cabral da Silva DN = 10/10/1968

QI *LEITE Sala 03* CONVÊNIO *SUS* IDADE *49 anos* REGISTRO *1494332*



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA

CIRURGIÃO

DA =

ANESTESIA

ANESTESIA

DA = Felix

INSTRUMENTADORA

DATA

28/04/2017

INICIO

17:00

FIM

18:50

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp	Calef. p/ Oxg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
<i>21</i>	Dimorfa amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
<i>01</i>	<i>Sentonim neocaina</i>	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketsar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak
	Proloxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml	<i>03</i>	Mononylon <i>M = 2.02</i>
	Thionembutal ml	Intracath Adulto	<i>02</i>	Mononylon <i>B = 0.5</i>
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
	Dipirona amp.	Luvax 7.0		Vicryl Sertix <i>2.0</i>
	Flaxidol amp.	Luvax 7.5		Vicryl Sertix
	Flebocortid amp.	Luvax 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.	Luvax 8.5		
	Glicose amp.	Oxigênio l/m <i>plk</i>		
	Glucos de Cálcio amp.	Pollifix		
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml		
	Heparoma ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.	Saco coletor <i>plk</i>		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		<i>instruments</i>
	Stuptanon amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica	<i>03</i>	<i>plk en bca luvax 4.5x 0.8</i>
		Sonda Uretral nº	<i>06</i>	<i>plk en bca</i>
		Sterydrem ml		
		Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml		
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18		
	Aguilha desc. 28 x 28	Latase		
	Aguilha desc. 3 x 4,5	<i>05 eletródos.</i>		
<i>01</i>	Aguilha p/ raque nº <i>25</i>			
	Álcool de Enfermagem			
	Álcool Iodado ml			
	Ataduras de Crepon			
	Ataduras de Gessada			
	Azul metileno amp.			
	Benzina ml			

ANEXO
121017 / 01
280917 / 02
0802 / 31

COMITÊ PREVIDÊNCIA SIA
14 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

- EQUIPAMENTOS**
- Oxímetro de Pulso
 - Serra
 - Desfibrilador
 - Foco Frontal
 - Fonte de Luz
 - Foco Auxiliar
 - Eletrocautério
 - Oxícapiógrafo
 - Cardiomonitor
 - Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
 MARCELO JOSÉ DE ARAÚJO
 TEC. DE ENFERMAGEM
 COREN - PB 001.162.920

Diagnóstico

- Politraum.
- Lesão da cápsula da bexiga
- DO Cistografia
- PE Exosto

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convenção
Junior Roberto da Silva	SARA		
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28.08	1) 870,9% 100mg EV agora	2º 4º	Paciente admitido às 2h da manhã na EPA vítima de acidente de trânsito com quadro de abdome agudo e lesão vesical, submetido a LE + cistografia + fratura exposta de perna (D), com fixação aberta.
4:30h	2) RL 1000ml EV agora	3º	
	3) Hidrocontensão 100mg EV	8:30	
28.08			Grupo: estável s/ DVA, sedado sob 10F-VM, Dreno conectado, SNG.
14.08			SSV: FC: 100 FC: 121/64 SpO2 100% Diurese: ? TIG?
			CD: Hidratação Hidrocontensão Gase arterial Ex. laboratoriais. Aguarda UTI.

Roberto Dória de Faria Costa
 Assistente Social
 CRM 9057-4/8

Roberto Dória de Faria Costa
 Assistente Social
 CRM 9057-4/8

SEM NEV PREVIDENCIAS
 14 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 AC. JOÃO PESSOA

APETÊNCIA SEMPRE BAIXA
FRONTO BOMBAS

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: SARACENA CAROL Alojamento: 7 Leito: 4 Convênio: 4

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/8	1 - Dieta livre		dieta livre
	2 - S.R.L 500 ml I.V. 12h 6/6L	12h 3/4	FRONTO BAIXA
	3 - Dipirona 02 mL + S.F 10mL I.V 8 / 8 h (lentamente)	14h 22 06	FRONTO BAIXA
	4 - Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F 0,9% 100mL I.V 12 / 12 h. (correr em 20 min.)	18h 24	FRONTO BAIXA
	5 - Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente).	06h 24	FRONTO BAIXA
	6 - C. C. Gerais	18h 24	FRONTO BAIXA
	7 - Cloridrato de Parol		
	8 - Cloridrato de Glicose		
	19h 24		
	19h 24		
	19h 24		

IMPRESSÃO PREVIDÊNCIA S/A
14 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA



Neuro

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>Suzanne Cabral do Silva</i>	Idade: <i>49</i>
Convênio: <i>S.A.S.</i>	Data: <i>22/01/12</i>
Procedimento: <i>1. Fixação cirúrgica de rotunda da p. + fixação fratura. exposta.</i>	
Cirurgião: <i>Dr. Carlos José</i>	Auxiliar: <i>Dr. Bruno</i>
Anestesista: <i>A.S. Soares</i>	
Início: <i>08:30</i>	Término: <i>10:30</i>
Anestesia: <i>geral</i>	

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
04:00	137 x 66	92	100%	<i>[Signature]</i>	-	<i>Sedada</i>
05:30	138 x 67	89 bpm	100%	<i>[Signature]</i>	-	<i>Sedado</i>
07:20	141 x 68	103	100%	<i>Jubiana</i>		<i>Sedado</i>
08:30	131 x 62	100	100%	<i>Jubiana</i>		
09:40	143 x 78	100	100%			
13:15	135 x 88	86	100%			
15:00	174 x 86	87	100%			
15:30	179 x 91	93	97%	<i>Kathleen</i>	+	<i>consciente</i>

Medicamentos/Materiais	Quantidade
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>COMPREV PREVIDENCIA S/A</p> <p>14 JAN. 2013</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>AG. JOÃO PESSOA</p> </div>	

Observações:

*Realizado oximetria capilar, traça e revisões de curativos sem anormalidades. Também feita gasometria arterial e medicado C.P.M. Solicitado laboratório às 8:00h. *[Signature]**

20/01/12

5/12
A. F. S. R. A.
[Signature]

Assinatura Anestesista

Circulante



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: 56432-809
Atendente: Melissa Wanessa Da Silva Pereira
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 06 Nascimento: 10/01/1968

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA
Sexo: M

Endereço: SÍTIO SAO JOSE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DA SILVA

Responsável: GILVAN

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: RETORNO

Médico: ARISTOTELES CORREIA DE Q NETO

Telefone:

Bairro: ZONA RURAL

Nº 0

Profissão: AGRICULTOR

CNS: 898000530474591

CONVÊNIO: SUS

Especialidade: ORTOPEDISTA

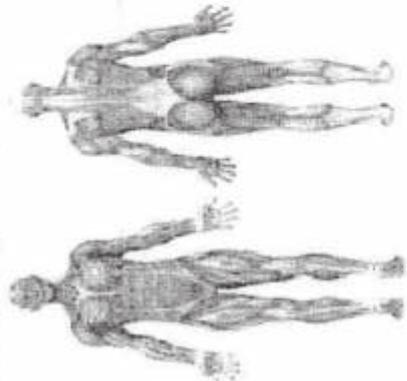
Data de Atend: 11/12/2017

Hora: 11:03:56

CRM: 6817

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abraceção
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. Corante
15. F. Corante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinlia
25. Luvação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoval
28. Objeto Encaixado
29. Ciorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Finorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

R. Tubo Raor 3H

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

CCIH
Data: 25/01/18
Responsável: *Romane*

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

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:

P. Tubo
Dr. Aristoteles Queiroz Neto
ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA
CURSOS: 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 TIBIA 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 3. CLINDAMICINA 600MG + SE EV 6/6H 4. DAPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 5. OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM 6. DEAMBULAR COM MULETAS 7. MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE 8. CURATIVO 1X DIA 9. SSVV + CCGG	cto 14 12 18 24 12 18 24 12 18 24	27 = DIH / 3 = DP, PO: OK Beb, estável, s/ distúrbios e S/ qüoritas. Po: boa evolução. Durante (5) evacuações (4) Cef: VPP Mantida.
08			08/01/18 - Primeira visita wd - ASVE / ABS (00) - curativo diário - Não mais puna (0) - Wd: Antib. Oral - Wd

14 JAN. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
CUMPREV PREVIDENCIA S/A

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

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



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

8391

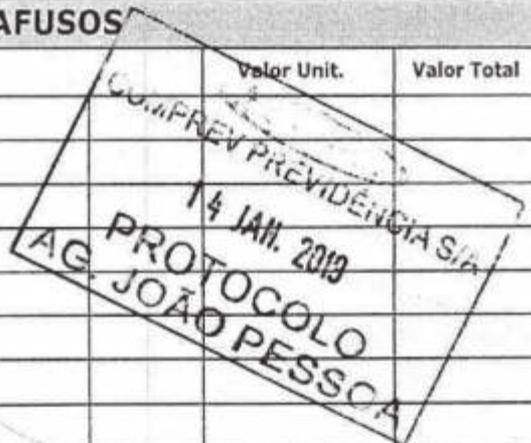
Hospital: de Genesimela e Joaquim de C. Bezerra Código: _____Procedimento: Trat. Cir. Com Fixação de Tábua Cód. Procedimento: _____Paciente: Selma Maria Caldeira da SilvaData da Cirurgia: 09/09/18 Nº prontuário: 35597 13 Convênio: _____Cirurgião: Dr. Alisson Código: _____ Reposição Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Fixador Bateria híbrido TAP			
	PRESTON			
	para fêmur 100 50mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

	Nº	Qtd.	Cód.	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

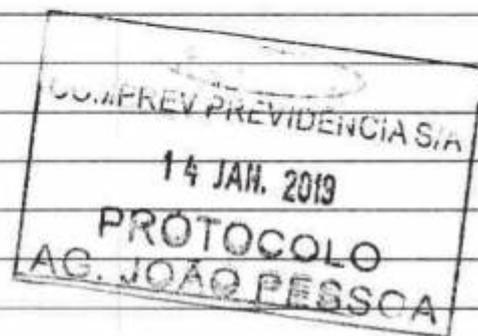
Condições de Pagamento: _____

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 Eudimar</i>		1º Auxiliar <i>Dr Hollison (mez)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr Yung (mez)</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
<i>1) Paciente em DDM sob Anestesia.</i>
<i>2) Assepsia + Antissepsia + Campos Estereis.</i>
<i>3) Incisão em pele anterior por (D).</i>
<i>4) Dissociação por planos + Hemostasia.</i>
<i>5) RMIS placa + parafusos.</i>
<i>6) Coleta de fragmento ósseo para cultura.</i>
<i>7) Osteossíntese cf tipo Externa tipo Preston sob escopio.</i>
<i>8) Lavagem de fô cf (H2O2).</i>
<i>9) Fechamento por planos.</i>
<i>10) Curativo</i>

Yury de Oliveira Cabral
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRP/PA 16307

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Serrurino Cabral da Silva em 10/01/68</i>						 GOVERNO DA PARAÍBA <small>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</small> 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 tubos</i>	CIRURGIÃO <i>Dr. Halisson + Dr. Eudina</i>		ANESTESIA <i>Raqui</i>			
ANESTESIA <i>Dr. Isabelle</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.	<i>01</i>	Catet. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<i>05</i>	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	<i>01</i>	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	<i>0.5</i>	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutopak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutopak	
	Quelicin ml	<i>0.5</i>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	<i>03</i>	Mononylon 2-0	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23			
<i>04</i>	Água Destilada amp.	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serfix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serfix	
<i>02</i>	Dipirona amp.	<i>02</i>	Luvax 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidól amp.		Luvax 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.		Luvax 8.5		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	<i>0.5</i>	Luvax <i>Proceed</i>			
	Glicose amp.	<i>0.5</i>	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacei ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	<i>0.5</i>	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	<i>06</i>	Saco coletor <i>p/ lixo</i>		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	<i>01</i>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.	<i>01</i>	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
<i>01</i>	<i>Proclama omprazol</i>	<i>01</i>	Seringa desc. 05 ml	<i>02</i>	SG fr 500 ml	
<i>02</i>	<i>Revivan amp. Nauseidun</i>		Sonda	<i>05</i>	<i>ST p/ limpeza</i>	
<i>01</i>	<i>Suptanon amp. omprazol</i>		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica		<i>Bis implants</i>	
<i>01</i>	<i>micropesada</i>		Sonda Uretral n°			
<i>01</i>	<i>Donmanid</i>		Sterydrem ml			
<i>02</i>	<i>Tracrium</i>		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml <i>Gelcon 20</i>		EQUIPAMENTOS	
<i>01</i>	Aguilha desc. 25x7 <i>40 x 12</i>	<i>01</i>	Gelcon 18		<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese		<input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Eletrocautério
	Aguilha desc. 3 x 4.5	<i>0.5</i>	<i>Alça Tubular</i>		<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input checked="" type="checkbox"/> Oxícapiógrafo
<i>02</i>	Aguilha p/ raque n° 25	<i>05</i>	<i>eletrodos</i>		<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
<i>05</i>	Álcool de Enfermagem	<i>04</i>	<i>escarinas</i>		<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico
	Álcool Iodado ml					
<i>01</i>	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

COMITÊ DE PREVENÇÃO S.M.
 14 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Rosângela da C. Quintans
 CIRCULANTE RESPONSÁVEL 850



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 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. DAPIRONA 1G + ABD. EV. 6/6H	18	13
	4. OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM	18	
	5. DEAMBULAR COM MULETAS		BEG. Esteve!
	6. MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE		sem intercorrências
	7. CURATIVO 1X DIA		
	8. SSW + CCGG		
	9. Clonazepam 1x 6/6h	18	# CD: VPM
10			
11			
12			
13			
14			
15			

[Signature]
Dr. João Pessoa
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10.155/2005

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
14 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTADO DA PARANÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
REGISTRO DE POLÍCIA CIVIL
REGISTRADOR DE IDENTIFICAÇÃO

P-022

REGISTRO GERAL 4.221.128

DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2014

NOME SEVERINO CABRAL DA SILVA

PLAÇA: GERALDO CABRAL DA SILVA
MARIA BELARMINA DA SILVA

NACIONALIDADE
ALAGOA NOVA-PB

DATA DE NASCIMENTO
10/01/1968

DOC ORIGEM
NASC.N.3569 FLS.219 LIV.A4
CARTORIO ALAGOA NOVA PB

CPF
056.227.304-22

ASSINATURA DO TITULAR

Não Alfabetizado(a)

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTADO DA PARANÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
REGISTRO DE POLÍCIA CIVIL
REGISTRARDO DE IDENTIFICAÇÃO

P-022

REGISTRO GERAL 4.221.128

DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2014

NOME SEVERINO CABRAL DA SILVA

PLACAS: GERALDO CABRAL DA SILVA
MARIA BELARMINA DA SILVA

NACIONALIDADE ALAGOA NOVA-PB

DATA DE NASCIMENTO 10/01/1968

DOC ORIGEM
NASC.N.3569 FLS.219 LIV.A4
CARTORIO ALAGOA NOVA PB

CPF 056.227.304-22

ASSINATURA DO TITULAR

Não Alfabetizado(a)

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV PREVIDENCIA S/A
14 JAN. 2019
PROCOLO
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
CARTORIO 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

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

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

14 JAN. 2013

PROTÓCOLO
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
CARTORIO 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

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:04:04 do dia 09/06/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

14 JAN. 2013

PROTÓCOLO
AQ. JOÃO PESSOA



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome
ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Filiação
PAULO MENINO DE FARIAS
MARIA ROSA DE SOUZA FARIAS

Naturalidade
ALAGOA NOVA-PB

Nº
3406238 - 6SP/PB

Quanto ao exercício da profissão
NÃO DECLARADO

Data de nascimento
01/08/1988

CPF
082.917.124-09

Via
01

Expiração em
01/04/2019

PAULO ANTONIO SILVA DE SILVA
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO
25870

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14930416

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS PMS LEVANTAR
[Art. 13, Lei nº 1.069/50]



ASSINATURA DO PORTADOR

Israel de Souza Farias



OBSERVAÇÃO



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

JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
 LOÇ EMSENHO OLHO DA GUÁ, 85 (LOTEAMENTO REJANE UMA - OLHO DA GUÁ)
 ALAGOA NOVA / PB CEP: 58126000 (AQ-71)

Emissão: 10/12/2018 Referência: Dez / 2018
 Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
 Roteiro: 5 - 77 - 614 - 290 Nº medidor: 0008718750

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 9229, Km 25 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 58071-690
 CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 10.016.523-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 18.805.336
 Cd. para Dct. Automático: 80017321514

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

Conta referente a **Dez / 2018** Apresentação **10/12/2018** Data prevista da próxima leitura **10/01/2019** CPF/ CNPJ/ RANI **083.610.664-66**
 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	
08/11/18	3204	10/12/18	3266	31

Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Calc.	Alc.	Imposto(R\$)	Base Calc. Pag(R\$)	Celent(R\$)		
		Tabela Total(R\$) NCMB(R\$) K/Wh		Pw/Cobrança(R\$) (1,2845%)		(4,9965%)				
0801	Consumo em kWh	151,000	0,654400	129,01	129,01	27	34,83	129,01	1,39	6,45
0801	Adic. B Amarela			1,52	1,52	27	2,41	1,52	0,02	0,07
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			3,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 10/2018			0,86	0,30	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2018			2,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			0,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

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**

108 **11/01/2019** **R\$ 137,16**

Histórico de Consumo (kWh)

83 | 83 | 86 | 130 | 118 | 101 | 113 | 112 | 105 | 114 | 130 | 140
 Dez/17 Jan/18 Feb/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

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

Indicadores de Qualidade 10/2018 - Área

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL 6,47	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. da Energia PB	31,00	23,81
DIC TRIMESTRAL 17,94			Civismo de Energia	44,21	32,23
DIC ANUAL 25,89			Serviço de Transmissão	4,82	3,51
FIC MENSAL 3,48	0,00	CONTRATAÇÃO LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231	Encargos Setoriais	7,33	5,34
FIC TRIMESTRAL 6,37			Impostos Cíveis e Encargos	49,80	36,31
FIC ANUAL 13,95			Outros Serviços	0,00	0,00
DMC 3,80	0,00		Total	137,16	100,00
DICF 12,22					

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

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Leitura confirmada

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

Roteiro: 5 - 77 - 614 - 290 **11/01/2019** **R\$ 137,16**
 Matrícula: 1732151-2018-12-9
 8365000001-0 37160054000-4 17321512018-4 12800077019-5



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 CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Izadora da Silva de Souza Farias



CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.668.818 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 26/07/2017

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
CARTORIO ALAGOA NOVA-PB

CPF 017.073.724-31

Manoel A. B. Costa Jr.
Chefe de Núcleo de Identificação

0 +

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 MAR. 2019

PROTOCOL

AG. JOÃO PESS

JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
 LOC ENGENHO OLHO D'ÁGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'ÁGUA
 ALAGOA NOVA / PE CEP: 58125000 (AQ: 71)
 Emissão: 10/12/2018 Referência: Dez / 2018
 Classe/Sigla: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Pr20, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
 Roteiro: 5-77-814-290 NF medidor: 00008716753



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ: 09.096.189/0001-40 - Insc. Est. 16.015.320-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica Nº 16.903.326
 Cód. para Dta. Automática: 00817321914

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	
08/11/18	3204	10/12/18	3256	31

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Aliq. Icms(R\$)	Base Calc	Por(R\$)	Coef(R\$)
		Tributa Total(R\$)	IDMS(R\$)	ICMS	ProCoef(R\$)	(1,0945%)	(4,955%)	
0801	Consumo em kWh	151,000	0,954400	129,01	129,01	27	94,83	128,01
0801	Adic. B Amarela			1,52	1,52	27	0,41	1,52
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA			3,06	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE MOROSIDADE 10/2018			0,88	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2018			2,33	0,00	0	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			0,58	0,00	0	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 137,16 130,55 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 | 103 | 108 | 113 | 118 | 123 | 128 | 133 | 138 | 143 | 148
 Dez/17 Jan/18 Feb/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVA DO FISCO

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

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	0,47	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,94		
DIC ANUAL	25,89		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 200 LIMITE SUPERIOR 231
FIC MENSAL	3,46	0,00	
FIC TRIMESTRAL	9,37		
FIC ANUAL	12,95		
DMC	3,80	0,00	
DICI	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PE	31,00	22,61
Compra de Energia	44,21	32,23
Serviço de Transmissão	4,82	3,51
Estágio Eletroa	7,33	5,34
Impostos Diretos e Encargos	48,60	35,31
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	137,16	100,00

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

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

PARAIBA

Roteiro: 5-77-814-290
 Matrícula: 1732151-2018-12-6

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**

11/01/2019 **R\$ 137,16**

8365000001-0 37160054000-4 17321512018-4 12900077019-5



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 MAR. 2019

PROTÓCOLO
 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

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

DOU CANCEL NASC.N.22802 FLS.83 LIV.A25

DET CARTORIO ALAGOA NOVA-PB

Assinatura do Diretor

SEPN 7116 DE 26/08/83

P.917

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA SOCIAL

REGISTRO DE POVOÇA CIVIL - A

IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS

SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA

CAPTEIRA DE IDENTIDADE




MINISTERIO 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
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Emissão: 08/02/2019 Referência: Fev / 2019
Classif/Subclif: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B 230 Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
Roteiro: 4 - 77 - 903 - 8520 IP medidor: 00000115358

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 08.065.120/0001-40 Insc. Est: 15.025.823-0

Nota Fiscal: Centro de Energia Eletrônica Nº 019.728.454
Cód. para Dtb. Automática: 00002419881

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

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

UC (Unidade Consumidora): **5/241088-4**

Canal de contato

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

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
09/01/19	1587	09/02/19	1592	1	25	29

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Taxa/Valor	Base Calc. Aliq. (R\$)	Valor (R\$)	Base Calc. Por (R\$)	Por (R\$)	Cobrança (R\$)	Cobrança (%)
		Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Por Cobrança (R\$)	(0,9905%) (45624%)			
0001	Custo de Disponibilidade	24,69	24,69	25	6,17	24,69	0,24	1,12	
0804	JUROS DE MORA 01/2019	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0904	JUROS DE MORA 12/2018	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
3805	MULTA 01/2019	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
3806	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	48	48	32	32	32	30	32
Fev/18	Mar/18	Abr/18	Ma/18	Jun/18	Jul/18	Agol/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. MENSA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DISC. TRIMESTRAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DISC. ANUAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DISC. SEMESTRAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DISC. QUINZENAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DISC. MENSAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DISC. BILHETIM	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DISC. DIÁRIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DISC. HORARIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DISC. PICO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Valor de Emissão Ref. 12/12/18: R\$ 9,07 **Faturas em atraso**

PARAIBA **VENCIMENTO** **13/02/2019** **TOTAL A PAGAR** **R\$ 26,00**
Roteiro: 4 - 77 - 803 - 8500
Medicção: 241088-2019-02-8

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



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
13 MAR. 2019
PROJ. 00000000
AG. JOÃO BESS

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 DIGITAL

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
 CARTORIO 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

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 PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome
ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Filiação
PAULO MENINO DE FARIAS
MARIA ROSA DE SOUZA FARIAS

Naturalização
ALAGOA NOVA-PB

Nº
3406238 - 6SP/PB

Quanto ao exercício da profissão
NÃO DECLARADO

Data de Nascimento

01/08/1988

CPF

082.917.124-09

Via

01 04/07/2018

PAULO ANTONIO SILVA DE SILVA
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO
25870

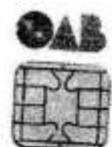
TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14930416

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS PMS LEI 10.406/02
[Art. 13, Lei nº 1.069/00]



ASSINATURA DO PORTADOR

Israel de Souza Farias



OBSERVAÇÃO



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

JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
 LOÇ EMSENHO OLHO DA GUÁ, 85 (LOTEAMENTO REJANE UMA - OLHO DA GUÁ)
 ALAGOA NOVA / PB CEP: 58128000 (AQ-71)

Emissão: 10/12/2018 Referência: Dez / 2018
 Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
 Roteiro: 5 - 77 - 614 - 290 Nº medidor: 0008718750

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 9229, Km 25 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 58071-690
 CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 18.018.523-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 18.805.336
 Cód. para Dct. Automático: 80017321514

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

Conta referente a **Dez / 2018** Apresentação **10/12/2018** Data prevista da próxima leitura **10/01/2019** CPF/ CNPJ/ RANI **083.610.664-66**
 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 08/11/18 3204	Data Leitura 10/12/18 3266	1	62	31

Demonstrativo										
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cat. A/C	Items (R\$)	Base Calc. Pag (R\$)	Cat. (R\$)		
		Tabela Total (R\$) / KWh (R\$)		Pw/Cat. (R\$) (1,2845%)		Pw/Cat. (R\$) (1,2845%)		(R\$) (4,9960%)		
0801	Consumo em kWh	151,000	0,654400	129,01	129,01	27	34,83	129,01	1,39	6,45
0801	Adic. B Amarela			1,52	1,52	27	2,41	1,52	0,02	0,07
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA			3,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 10/2018			0,86	0,30	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2018			2,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			0,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCl 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**

108 **11/01/2019** **R\$ 137,16**

Histórico de Consumo (kWh)

83 | 83 | 86 | 130 | 118 | 101 | 113 | 112 | 105 | 114 | 130 | 140
 Dez/17 Jan/18 Feb/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

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

Indicadores de Qualidade 10/2018 - Área

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL 6,47	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. de Energia PB	31,00	23,81
DIC TRIMESTRAL 17,94			Código de Energia	44,21	32,23
DIC ANUAL 25,89			Serviço de Transmissão	4,82	3,51
FIC MENSAL 3,48	0,00	CONTRATAÇÃO LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231	Encargos Setoriais	7,33	5,34
FIC TRIMESTRAL 6,37			Impostos Cíveis e Encargos	49,80	36,31
FIC ANUAL 13,95			Outros Serviços	0,00	0,00
DMC 3,80	0,00		Total	137,16	100,00
DICF 12,22					

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

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Leitura confirmada

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

Roteiro: 5 - 77 - 614 - 290 **11/01/2019** **R\$ 137,16**
 Matrícula: 1732151-2018-12-9
 83850000001-0 37180054000-4 17321512018-4 12800077019-5



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

V-02
P-022

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Izadora da Silva de Souza Farias



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.668.818 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 26/07/2017

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
CARTORIO ALAGOA NOVA-PB

CPF 017.073.724-31

Manoel A. B. Costa Jr.
Chefe de Núcleo de Identificação

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: 58125000 (AQ: 71)
 Emissão: 10/12/2018 Referência: Dez / 2018
 Classe/Sigla: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Pr20, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
 Retiro: 5-77-814-290 NF medidor: 00008716753



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ: 09.096.189/0001-40 - Insc. Est. 16.015.320-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica Nº 16.903.326
 Cód. para Dto. Automático: 00817321914

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							
08/11/18	3204	10/12/18	3256		151	31				
Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Aliq. Icms(R\$)	Base Calc	Por(R\$)	Coef(R\$)		
				Tributa Total(R\$)	IDMS(R\$)	ICMS	Fru(Cofre(R\$))	(1,0945%) (4,9955%)		
0801	Consumo em kWh	151,000	0,954400	129,01	129,01	27	94,83	129,01	1,29	8,46
0801	Adic. B. Amarela			1,52	1,52	27	0,41	1,52	0,00	0,07
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILLUM PUBLICA			3,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MOROSIA 10/2018			0,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2018			2,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,50
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			0,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL		137,16	130,55	35,24	130,53	41	8,52	

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
109	11/01/2019	R\$ 137,16

Histórico de Consumo (kWh)

93	98	103	108	113	118	123	128	133	138	143	148
Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18

RESERVA DO FISCO

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

Indicadores de Qualidade 10/2018-Jane

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	0,47	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,94		
DIC ANUAL	25,89		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 200 LIMITE SUPERIOR 231
FIC MENSAL	3,46	0,00	
FIC TRIMESTRAL	9,37		
FIC ANUAL	12,95		
DMC	3,80	0,00	
DICI	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PE	31,00	22,61
Compra de Energia	44,21	32,23
Serviço de Transmissão	4,82	3,51
Estágio Eletroa	7,33	5,34
Impostos Diretos e Encargos	49,80	36,31
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	137,16	100,00

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

ATENÇÃO		Faturas em atraso
- Leitura confirmada		

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11/01/2019	R\$ 137,16

8365000001-0 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

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

DOU CANCELADO NASC.N.22802 FLS.83 LIV.A25

DEPARTAMENTO CARTORIO ALAGOA NOVA-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

SEMP Nº 1116 DE 26/08/83

P.917

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA SOCIAL

REGISTRO DE POVOÇA CIVIL - A

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA

CAPTEIRA DE IDENTIDADE




MINISTERIO 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

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

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
 CARTORIO 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

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
 ESCRIVENTE

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 ATAÍDE 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
 COMISSÃO PREVIDÊNCIA SIM



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 ATAÍDE 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
COMISSÃO PREVIDÊNCIA SIM

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Serenino 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 - Alagoas 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 - Alagoas 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: Esc. Engenheiro Othon Dreyfus, 6/1 - loteamento Pajuru Lima - Alto Dreyfus - Alagoas 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

Serenino Cabral da Silva

Data do sinistro: 26/03/2018 Natureza: Imobilidade Permanente.

TESTEMUNHA (1)



RG 3668818 CPF: 01707372411

ASSINATURA: Isadora da Silva de Souza Farias

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

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Bezerra de Melo
TABELIÃO PÚBLICO
Reconheço, por autenticidade, o(s) firma(s) de:
IZADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS
Dou fé. Alagoas Nova/PB - 27/02/2019
Escrivente: FAGNER RODRIGUES SOARES
Selo Digital: A1G3D113-E1TJ
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$9,91 Farpen R\$0,29 MP R\$0,16 Fapj R\$1,82

Cartório "Alípio Bezerra"
ALAGOAS NOVA-PB
Fagner Rodrigues Soares
ESCRIVENTE

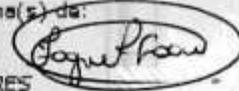
TESTEMUNHA (2)



RG 3.668.775 CPF: 093.940.534-25

ASSINATURA: Silvana Cosmo Pereira da Silva

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Bezerra de Melo
 TABELIÃO PÚBLICO
 R. Osmarino Leite, 21 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (33) 3365-1066

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
 SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA 
 Dou fe. Alagoa Nova/PB - 27/02/2019
 Escrevente: FAGNER RODRIGUES SOARES
 Selo Digital: A1G30113-4C0A
 Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
 Emol R\$9,91 Farpan R\$0,29 MP R\$0,16 Fapj R\$1,82

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

Alagoa Nova - PB - 27/02/2019

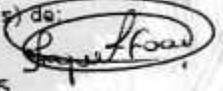
Local e data



Israel de Souza Farias

Assinatura do A rogo

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Bezerra de Melo
 TABELIÃO PÚBLICO
 R. Osmarino Leite, 21 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (33) 3365-1066

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
 ISRAEL DE SOUZA FARIAS 
 Dou fe. Alagoa Nova/PB - 27/02/2019
 Escrevente: FAGNER RODRIGUES SOARES
 Selo Digital: A1G30116-P007
 Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
 Emol R\$9,91 Farpan R\$0,29 MP R\$0,16 Fapj R\$1,82

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

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Serenino 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 - Alagoas 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 - Alagoas 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: Esc. Engenheiro Othon Dreyfus, 67/Intermundo Pajens Lima - Volta Redonda - Alagoas 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

Serenino Cabral da Silva

Data do sinistro: 26/03/2018 Natureza: Imobilidade Permanente.

TESTEMUNHA (1)



RG 3668818 CPF: 01707372411

ASSINATURA: Isadora da Silva de Souza Farias

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

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Bezerra de Melo
TABELIÃO PÚBLICO
Reconheço, por autenticidade, o(s) firma(s) de:
IZADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS
Dou fé. Alagoas Nova/PB - 27/02/2019
Escrivente: FAGNER RODRIGUES SOARES
Selo Digital: A1G3D113-E1TJ
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$9,91 Farpen R\$0,29 MP R\$0,16 Fapj R\$1,82

Cartório "Alípio Bezerra"
ALAGOAS NOVA-PB
Fagner Rodrigues Soares
ESCRIVENTE

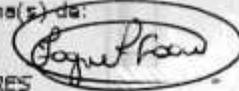
TESTEMUNHA (2)



RG 3.668.775 CPF: 093.940.534-25

ASSINATURA: Silvana Cosmo Pereira da Silva

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Bezerra de Melo
TABELIÃO PÚBLICO
R. Oliveira Leite, 21 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (33) 3365-1066

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
SILVANA COSMO PEREIRA DA SILVA 
Dou fé. Alagoa Nova/PB - 27/02/2019
Escrivente: FAGNER RODRIGUES SOARES
Selo Digital: A1G30113-4C0A
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$9,91 Farpan R\$0,29 MP R\$0,16 Fapj R\$1,82

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

Alagoa Nova - PB - 27/02/2019

Local e data



Israel de Souza Farias

Assinatura do A rogo

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Bezerra de Melo
TABELIÃO PÚBLICO
R. Oliveira Leite, 21 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (33) 3365-1066

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
ISRAEL DE SOUZA FARIAS 
Dou fé. Alagoa Nova/PB - 27/02/2019
Escrivente: FAGNER RODRIGUES SOARES
Selo Digital: A1G30116-P067
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$9,91 Farpan R\$0,29 MP R\$0,16 Fapj R\$1,82

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

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

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 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 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 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 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.

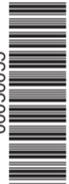
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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.

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.

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 056227304-22	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 05622730422	Profissão Agricultor
Endereço Sítio São José - RD CID UNIV		Número 3/N	Complemento
Bairro Área Rural	Cidade Alagoa Nova	Estado PE	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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text" value="3854"/> D/V <input type="text" value="8"/> <small>(Informar dígito se existir)</small>	CONTA NRO. <input type="text" value="39863"/> D/V <input type="text" value="2"/> <small>(Informar dígito se existir)</small>	BANCO Name <input type="text"/> NRO <input type="text"/>	AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> <small>(Informar dígito se existir)</small>
		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> <small>(Informar dígito se existir)</small>	

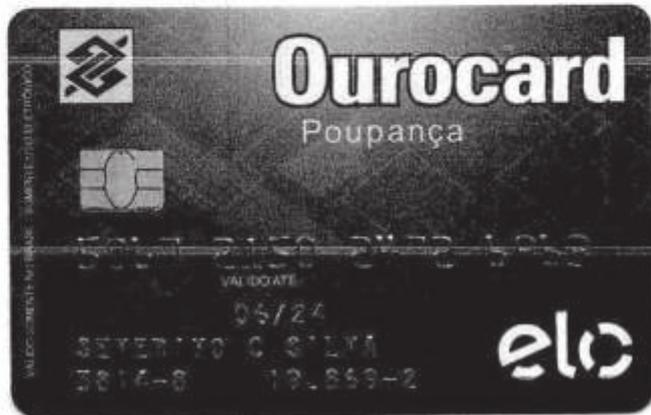
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Alagoa Nova - PE, 08 de 03 de 2019
Local e Data

Andrezza Calval da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
14 JAN. 2019 ✓
PROTOCOLO
AQ. JOÃO PESSOA

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 056227304-22	Nome completo da vítima Serenino Caloral da Silva
---------------------------	-------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Serenino Caloral da Silva		CPF titular da conta 05622730422	Profissão Agricultor
Endereço Sítio São José - RD CID UNIV		Número 3/N	Complemento
Bairro Área Rural	Cidade Alagoa Nova	Estado PE	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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text" value="3854"/> D/V <input type="text" value="8"/> <small>(Informar dígito se existir)</small>	CONTA NRO. <input type="text" value="39863"/> D/V <input type="text" value="2"/> <small>(Informar dígito se existir)</small>	BANCO Name <input type="text"/> NRO <input type="text"/>	AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> <small>(Informar dígito se existir)</small>
		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> <small>(Informar dígito se existir)</small>	

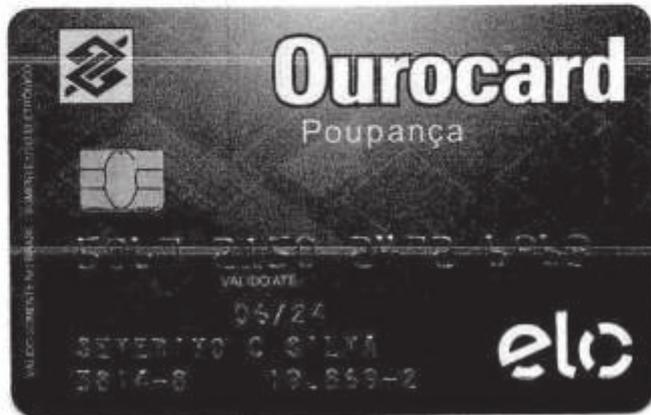
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Alagoa Nova - PE, 08 de 03 de 2019
Local e Data

Andrezza Caloral da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
14 JAN. 2019 ✓
PROCOLO
AQ. JOÃO PESSOA

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 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: 056 227 304 22
 Profissão: Agricultor Endereço: Sítio São José Número: S/N Complemento: _____
 Bairro: Área Rural - 30 CID VRSU Cidade: Alagoinha Nova Estado: PB CEP: 58325000
 E-mail: _____ Tel.(DDD): (83) 383032790

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, o título de crédito em favor 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 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 - 27/02/2019
 Nome: Serenino Cabral da Silva
 CPF: 056.227.304-22

Serenino Cabral da Silva
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Andrezza Cabral 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 Aparecida Pereira da Silva
 CPF: 083.940.534-25
Silviana Aparecida 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 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: 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) 383032790

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, o título de crédito 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 - 27/02/2019

Nome: Serenino Cabral da Silva

CPF: 056.227.304-22

Serenino Cabral da Silva

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Andrezza Cabral 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 Aparecida Pereira da Silva

CPF: 083.940.534-25

Silviana Aparecida 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

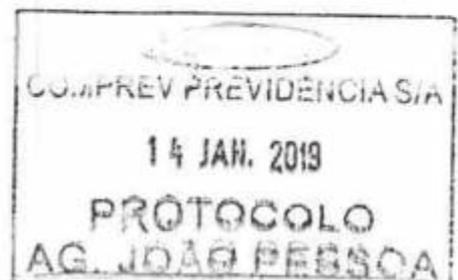
VERSANDO SOBRE: ACIDENTE DE TRÂNSITO

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 integra: 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.: 168.434-5





CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

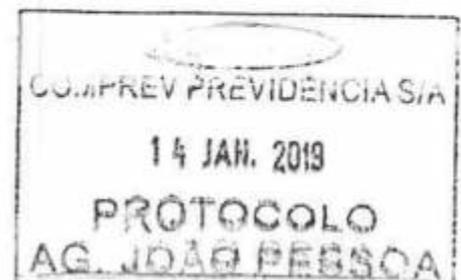
VERSANDO SOBRE: ACIDENTE DE TRÂNSITO

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 integra: 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.: 168.434-5



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

Severino Calval da Silva

CPF da Vítima

05622730422

Data do Acidente

27/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Andrezza Calval da Silva

CPF do Representante legal

32334053466

Email

Telefone (DDD)

(83) 983367743

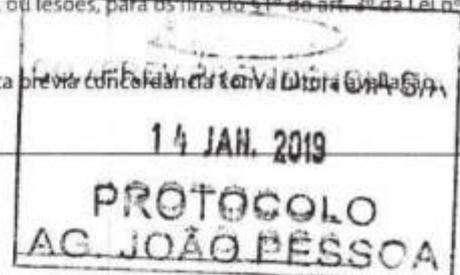
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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. 2º 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 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 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

Severino Calval da Silva

CPF da Vítima

05622730422

Data do Acidente

27/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Andrezza Calval da Silva

CPF do Representante legal

32334053466

Email

Telefone (DDD)

(83) 983367743

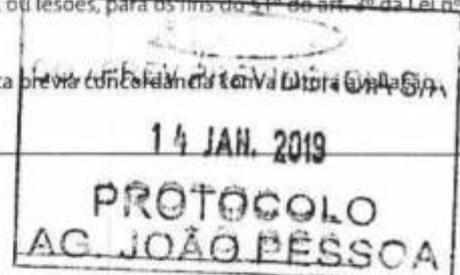
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 §1º do art. 2º 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 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: 056 227 304 22 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: 056 227 304 22
 Profissão: Agricultor Endereço: Sítio São José Número: S/N Complemento: _____
 Bairro: Área Rural - 30 CID VRSU Cidade: Alagoinha Nova Estado: PB CEP: 58325000
 E-mail: _____ Tel.(DDD): (83) 383032790

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, o título de crédito 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;
 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 - 27/02/2019
 Nome: Serenino Cabral da Silva
 CPF: 056.227.304-22
Serenino Cabral da Silva
 (* Assinatura de quem assina A ROGO)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: Isadora da Silva de Souza Farias
 CPF: 017073724-11
Isadora da Silva de Souza Farias
 Assinatura
 2º | Nome: Silviana Aparecida Pereira da Silva
 CPF: 083.940.534-25
Silviana Aparecida Pereira da Silva
 Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Serenino Cabral da Silva
 Assinatura do Representante Legal (se houver)
 Assinatura do Procurador (se houver)

(* 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 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: 056 227 304 22
 Profissão: Agricultor Endereço: Sítio São José Número: S/N Complemento: _____
 Bairro: Área Rural - 30 CID VRSU Cidade: Alagoinha Nova Estado: PB CEP: 58325000
 E-mail: _____ Tel.(DDD): (83) 383032790

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, o título de crédito 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 - 27/02/2019

Nome: Serenino Cabral da Silva

CPF: 056.227.304-22

Serenino Cabral da Silva

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Andrezza Cabral 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 Aparecida Pereira da Silva

CPF: 083.940.534-25

Silviana Aparecida 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		
DADOS DA REMOÇÃO		
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		
DADOS DA REMOÇÃO		
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

BEVERINO CABRAL DA SILVA
SIT SAO JOSE, SN - JO CO UNIV
ALAGOANOVA/PB CEP 58125000 (AG 71)

Emissao 19/11/2018 Referencia Nov/2018
Classe/Subcl: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO
Rotac: 10-77-694-7460 Nº medidor 0008857524

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Bd 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ 09 096 193/0001-40 Insc Est 16 016 823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 016 715 554
Cód. para Dib. 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. Pos(R\$)	Coef(R\$)
				Tributo Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pos(Coef(R\$) (0,9440%)(4,3483%)
0801	Consumo em kWh	177,000	0,422690	74,80	0,00	0	0,00 74,80 0,70 3,25
0801	Adic. B. Vermelha			3,95	0,00	0	0,00 3,95 0,04 0,17
0801	Adic. B. Amarela			1,07	0,00	0	0,00 1,07 0,01 0,05
0810	Subsídio			32,06	0,00	0	0,00 32,06 0,30 1,39
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0808	Devolução Subsídio			-30,35	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 81,51 0,00 0,00 111,97 1,05 4,68

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

Histórico de Consumo (kWh)

140 | 141 | 133 | 138 | 133 | 156 | 142 | 147 | 149 | 155 | 180 | 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 - Anual

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,94	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	23,89		
DIC ANUAL	47,78		
FIC MENSAL	7,52	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	15,04		
FIC ANUAL	31,06		
DMC	6,53	0,00	
DMCI	16,80		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	28,38	32,34
Compra de Energia	38,80	47,72
Serviços de Transmissão	4,10	5,03
Encargos Setoriais	6,24	7,66
Impostos, Custos e Encargos	5,91	7,25
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	81,51	100,00

Valor do EUSO (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

COMISSÃO DE PREVIDÊNCIA SIM
14 JAN. 2019
PROTOCOLO
AGUÍLÃO BESSA

BEVERINO CABRAL DA SILVA
SIT SAO JOSE, SN - JO CO UNIV
ALAGOANOVA/PB CEP 58125000 (AG 71)

Emissao 19/11/2018 Referencia Nov/2018
Classe/Subcl: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO
Rotac: 10-77-694-7460 Nº medidor 0008857524

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Bd 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ 09 096 193/0001-40 Insc Est 16 016 823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 016 715 554
Cód. para Dib. Automático: 0001499842

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

Conta referente a **Nov / 2018** Apresentação **19/11/2018** Data prevista da próxima leitura **17/12/2018** CPF/ CNPJ/ RANI **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. Pos(R\$)	Colo(R\$)
					ICMS(R\$)	Pos(Colore)(R\$) (0,9440%)	(4,3483%)
					Tributos Totais(R\$)		
0801	Consumo em kWh	177,000	0,422690	74,80	0,00	0	0,00
0801	Adic. B. Vermelha			3,95	0,00	0	0,00
0801	Adic. B. Amarela			1,07	0,00	0	0,00
0810	Subsídio			32,06	0,00	0	0,00
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0808	Devolução Subsídio			-30,35	0,00	0	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 81,51 0,00 0,00 111,97 1,05 4,68

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

Histórico de Consumo (kWh)

140 | 141 | 133 | 138 | 133 | 156 | 142 | 147 | 149 | 155 | 180 | 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 - Anual

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,94	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	23,89		
DIC ANUAL	47,78		
FIC MENSAL	7,52	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	15,04		
FIC ANUAL	31,06		
DMC	6,53	0,00	
DMCI	16,80		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	28,38	32,34
Compra de Energia	38,80	47,72
Serviços de Transmissão	4,10	5,03
Encargos Setoriais	6,24	7,66
Impostos, Custos e Encargos	5,91	7,25
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	81,51	100,00

Valor do EUSO (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

COMISSÃO PREVIDENCIÁRIA SIM
14 JAN. 2019
PROTOCOLO
AGUÍLÃO BESSA