



Número: **0801835-67.2019.8.15.0151**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Conceição**

Última distribuição : **16/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
E. Y. D. L. S. (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31514 405	12/06/2020 16:05	2725495_CONTESTACAO_Anexo_01-compactado	Outros Documentos

FRANCISCO JOAO DA SILVA
RUA SOLOH DE LUCENA, 492 - CENTRO
CONCEICAO / PB CEP: 5970000 (AQ-181)

Ligação: MONOFÁSICO
Causa: RES-MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 1 - 181 - 10 - 7880 Referência: Jun / 2019
Medidor: 00008617323 Emissão: 03/06/2019

energisa
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-200, km 25 - Costa Rica - Paraíba/PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.143/0001-40 Ins. Est. 15.016.529-0
Nota Fiscal Contador Energia Eletrica Nº 05.763.900
Cda. para S/A. Autenticação: 9808230484

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAN
Jun / 2019	03/06/2019	04/07/2019	146.618.744-87 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 6/29049-4

Canal de contato

Atenção ao MOVIMENTO VACINA BRASA, Siga mais em
saude.gov.br/vacinatexas

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 03/05/19	Leitura 14534	Data 03/06/19	Leitura 14645	111
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Desc. Aliq. Imposto Base Cda. Fc/Pd
0021	Consumo em kWh	111,000	0,854400	94,83 27 25,80 94,83 1,02 4,73
0001	Adic. S. Amarela	1,58	1,58	27 0,42 1,58 0,02 0,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTROLE LUM. PÚBLICA	11,01	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0804	JUROS DE MORA 03/2019	9,58	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0804	JUROS DE MORA 04/2019	0,03	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0805	MULTA 03/2019	3,81	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0805	MULTA 04/2019	2,07	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019	9,29	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2019	0,83	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 121,62 98,39 28,02 98,39 1,04 4,81
Tarifa s/ Tributos: 0,571770

VENCIMENTO 10/06/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 121,62

Histórico de Consumo (kWh)

198	82	481	88	258	156	285	218	87	223	121	103
Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20	Maio/20

RESERVAÇÃO ALETRICO
33f9.4539.9d6d.7ba0.b884.d3f3.e8f3.ce57.

Indicadores de Qualidade - 4/2019 - Base				Classificação de Consumo		
Limites de ANEEL	Agrupado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DC MENSAL	0,00	NOMINAL	220	Serviços de Dist. da Energia	21,89	18,00
DC TRIMESTRAL	0,00			Compra de Energia	29,99	24,66
DC ANUAL	0,00			Serviço de Manutenção	2,58	2,12
FC MENSAL	0,00	CONTRA TELA	303	Impostos Sobre Valor	9,41	7,73
FC TRIMESTRAL	0,00	LIMITE INFERIOR	303	Impostos Sobre Lucro e Encargos	57,10	46,95
FC ANUAL	0,00	LIMITE SUPERIOR	303	Outros Serviços	0,00	0,00
CMC	0,00			Total	121,62	100,00
OCRI	0,00					

ATENÇÃO: Fatura em atraso

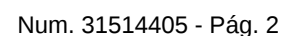
- Leitura confirmada

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PEE



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A
~~XXXXXXXXXX~~
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



FRANCISCO JOAO DA SILVA
RUA SOLOH DE LUCENA, 492 - CENTRO
CONCEICAO / PB CEP: 5970000 (AQ-181)

Ligação: MONOFÁSICO
Código: RES-MTC 61 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 1 - 181 - 10 - 7880 Referência: Jun / 2019
Medidor: 00008617323 Emissão: 03/06/2019

energisa
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-230, km 25 - Costa Rica - Paraíba/PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.143/0001-40 Ins. Est. 15.016.529-0
Nota Fiscal Contador Energia Eletrônica Nº 05.783.900
Cód. para SDA Autenticação: 9808230484

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAN
Jun / 2019	03/06/2019	04/07/2019	146.618.744-87 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 6/29049-4

Canal de contato

Atenção ao MOVIMENTO VACINA BRASA, Siga mais em
saude.gov.br/vacinatrabalho

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 03/05/19	Leitura 14534	Data 03/06/19	Leitura 14645	111
Demonstrativo				
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base
0021	Consumo em kWh	111,000	0,854400	94,83
0001	Adic. S. Amarela	1,58	1,58	2,49
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTROLE LUM. PÚBLICA	11,01	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 03/2019	9,58	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 04/2019	0,03	0,00	0,00
0805	MULTA 03/2019	3,81	0,00	0,00
0805	MULTA 04/2019	2,07	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019	9,29	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2019	0,83	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 121,62 98,39 28,02 98,39 1,04 4,81
Tarifa s/ Tributos: 0,571770

VENCIMENTO 10/06/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 121,62

Histórico de Consumo (kWh)

106	82	481	88	258	156	285	218	87	223	121	103
Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20	Maio/20

RESERVAÇÃO ALETRISCO
33f9.4539.9d6d.7ba0.b884.d3f3.e8f3.ce57.

Indicadores de Qualidade - 4/2019 - Base				Classificação de Consumo		
Limites de ANEEL	Agrupado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	0,00	NOMINAL	220	Serviços de Dist. da Energia Elétrica	21,89	18,00
DIC TRIMESTRAL	0,00			Compra de Energia	39,99	32,89
DIC ANUAL	0,00			Serviços de Manutenção	2,58	2,12
PIC MENSAL	0,00	CONTRA TELA	303	Impostos Sobre Serviços	9,41	7,73
PIC TRIMESTRAL	0,00	LIMITE INFERIOR	303	Impostos Sobre Produtos Industrializados	57,10	46,95
PIC ANUAL	0,00	LIMITE SUPERIOR	303	Outros Serviços	0,00	0,00
DIC MENSAL	0,00			Total	121,62	100,00

ATENÇÃO: - Leitura confirmada

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PEE

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 COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

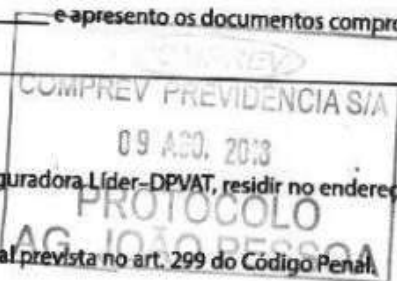
Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manuel Jaciel de Sousa Tibério inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.532.024 / 63, do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Manuel Jaciel de Sousa Tibério inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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		Número	Complemento
Rua Manoel Pereira Caiana		58	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Itaperanga	PB	58.780-000
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD)
sentar-assessoria@hotmail.com	83/999471520		83/996978811

Itaperanga 13 de Julho de 2018
Local e Data

X Edilson Rodrigues dos Santos
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 COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manuel Jacinto de Sousa Tibiriçá inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.532.024 / 63 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Manuel Jacinto de Sousa Tibiriçá inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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		Número	Complemento
<u>Rua Manoel Pereira Cariana</u>		<u>58</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Itaporanga</u>	<u>PB</u>	<u>58.780-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>santos.assessoria@hotmail.com</u>	<u>831999471520</u>		<u>831996978811</u>

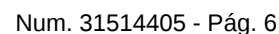
Itaporanga 13 de Julho de 2018
Local e data

X Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante



DLRL001 V001/2017



[illegible]

Ficha de Acolhimento

Nome:	Suelio Moreira Torres		
End:	Rua 100m, 100m, 100m, 100m		
Data de Nascimento:	20/01/2015	Documento de Identificação:	445
Queixa:	Dor no peito		
Acidente de trabalho?	() Sim (X) Não	Hora:	15:00
		Documento:	de 100m

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

ENFERMEIRA

COREN-PA 223.352

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110





	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CRES
3 - SIGLA DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CRES

Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Ademir dos Reis Vieira</i>		6 - Nº DO PRONÓRIO <i>1368405</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CDD: CIDE MUNICÍPIO	15 - UF
	16 - CEP	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR	19 - CDD DO PROCEDIMENTO ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL <i>Intox. Exógena</i>	23 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
24 - CDD DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - CDD DO PROCEDIMENTO ASSOCIADO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Intoxicação Exógena</i>	27 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☒ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III	
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	32 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>Pete a necessidade de cuidados intensivos.</i>
--

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Ademir dos Reis Vieira</i>	39 - DATA DE SOLICITAÇÃO <i>18/01/17</i>
40 - DOCUMENTO 41 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 42 - ASSINATURA E CARIMBO IN-DO REGISTRO DO CONSELHO <i>Ademir dos Reis Vieira</i> <i>Intensivista</i> <i>CRM 6520</i>	

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	44 - CDD DO CDDO EMISSOR
45 - DOCUMENTO 46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	47 - ASSINATURA E CARIMBO IN-DO REGISTRO DO CONSELHO <i>Ademir dos Reis Vieira</i> <i>Intensivista</i> <i>CRM 6520</i>

MOD. 017



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Comanuel Vaslei de Macedo Soares</i> <i>Dr= 20/02/15</i>					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes
	<i>Sala 06</i>	<i>SUS</i>	<i>1,9 meses</i>	<i>1360482</i>	
CIRURGIA		CIRURGIÃO			
<i>Botão de Petalho</i>		<i>D. Diniz</i>			
ANESTESIA		ANESTESIA			
<i>Qual</i>		<i>D. Izabela</i>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
		<i>11/01/17</i>	<i>09:00</i>	<i>10:30</i>	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp	Catet. pr. Oxi.		Catgut cromado Serfix	
	Atropina amp	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serfix	
	Diazepam amp	Compressa Grande		Catgut cromado Serfix	
	Dimore amp	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp	Colonoide		Catgut Simples Serfix	
<i>20</i>	<i>Sumane ml</i>	Dreno		Catgut Simples Serfix	
	Fenegan amp	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Serfix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°	<i>01</i>	Cera plástica	
	Indra ml	Dreno Pezzar n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Aerocina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serfix	
	Pavulon amp	Equipo de PVC		Fio de Algodão Serfix	
	Proglumina amp	Esparadrapo Larco cin		Fio de Algodão Sutapak	
<i>01</i>	<i>Propofol</i>	Furacin ml		Fio de Algodão Sutapak	
<i>01</i>	Quelicin ml	Gase Pacote cl 10 unidades		Fio cardiaca	
	Rapifen amp	H.O. ml	<i>03</i>	Mononylon	<i>2-0</i>
	Thionembul ml	Intracath Adulto	<i>01</i>	Mononylon	<i>4-0</i>
	Tracrium amp	Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi n° <i>24</i>	Prolene Serfix	
	Agua Gessliada amp	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi n° <i>12</i>	Prolene Serfix	
	Dexatran amp		Lâmina de Bisturi n° <i>15</i>	Prolene Serfix	
<i>01</i>	Dipirona amp		Luvas 7.0	Vicryl Serfix	
	Flanidol amp	<i>01</i>	Luvas 7.5	Vicryl Serfix	
	Flebocron amp		Luvas 8.0	Vicryl Serfix	
	Geramicina amp		Luvas 8.5		
	Glicose amp	<i>05</i>	Oxigênio lm		
	Glucos de Calcio amp		Polidif		
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml		
	Heparina ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS
	Kanadon amp		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
<i>01</i>	<i>Hidrocortisona</i>	<i>04</i>	Saco coletor <i>4x20/100</i>		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotilazol	<i>02</i>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
<i>01</i>	<i>Nauredrin</i>		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Proamina	<i>02</i>	Seringa desc. 05 ml	<i>02</i>	SG fr 500 ml
	Revivan amp	<i>01</i>	Sonda TQT n° 4.5	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Stupatan amp		Sonda Foley		
<i>01</i>	<i>Salazolidina</i>	<i>01</i>	Sonda Nasogástrica		
			Sonda Uretral n° 10		
			Steridrom ml		
			Tomeirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7	<i>01</i>	Gelcon <i>22</i>		
	Agulha desc. 28 x 28		Látex		
	Agulha desc. 3 x 4.5	<i>05</i>	<i>Colétopos</i>		
	Agulha p. raque n°	<i>05</i>	<i>Microscópio</i>		
	Alcool de Enfermagem	<i>05</i>	<i>Kit Bandagem</i>		
	Alcool Iodado ml	<i>01</i>	<i>Filtro</i>		
<i>02</i>	Ataduras de Crepon	<i>10 em</i>	<i>gilete n° 24</i>		
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp				
	Benzina ml				

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

Stela
CIRCULANTE RESPONSÁVEL





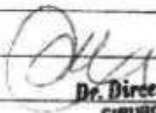
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

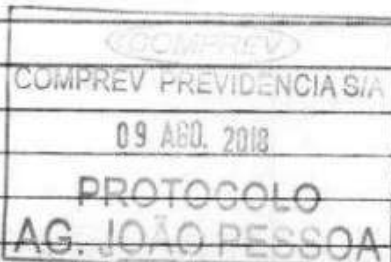
Nome do Paciente <i>Emanuel Lucena</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>11.07.2017</i>	Enf.	Leito
Operador <i>D. Dantas</i>	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia <i>Geral</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Painel de Sinais refer cirúrgico</i>		
Tipo de Operação <i>Redução e retenção</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O normal</i>		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Anomalia do Rim direito
Operação por via microminor (Escomma)
Ligadura de vasos do Rim direito.
Anomalia do Rim esquerdo
Sutura e drenagem 2-0 e 4-0
Cicatrização da pele.
Cicatrização da pele


Dr. Dirceu M. Carvalho
Cirurgião Plástico
CRM - 4978


COMPREV PREVIDENCIA S/A
09 ABO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Assuel Yaeli de Almeida</i>		Nº Prontuário <i>1360462</i>
Data da Operação	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Flávio Faleas</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Sérgio Chaves</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia <i>Dr. Faleas</i>	Tipo de Anestesia <i>Local</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura de mandíbula</i>		
Tipo de Operação <i>Redução + fixação</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia <i>N houve</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>N houve</i>		
Acidente Durante a Operação <i>N houve</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1. <i>Exame pré-operatório</i>
2. <i>Exame intra-operatório</i>
3. <i>Exame pós-operatório</i>
4. <i>Exame de fixação</i>
5. <i>Exame de placa</i>
6. <i>Exame de sutura</i>
7. <i>Exame de drenagem</i>
8. <i>Exame de sutura</i>
9. <i>Exame de sutura</i>
10. <i>Exame de sutura</i>
11. <i>Exame de sutura</i>
12. <i>Exame de sutura</i>
13. <i>Exame de sutura</i>
14. <i>Exame de sutura</i>
15. <i>Exame de sutura</i>
16. <i>Exame de sutura</i>
17. <i>Exame de sutura</i>
18. <i>Exame de sutura</i>
19. <i>Exame de sutura</i>
20. <i>Exame de sutura</i>
21. <i>Exame de sutura</i>
22. <i>Exame de sutura</i>
23. <i>Exame de sutura</i>
24. <i>Exame de sutura</i>
25. <i>Exame de sutura</i>
26. <i>Exame de sutura</i>
27. <i>Exame de sutura</i>
28. <i>Exame de sutura</i>
29. <i>Exame de sutura</i>
30. <i>Exame de sutura</i>
31. <i>Exame de sutura</i>
32. <i>Exame de sutura</i>
33. <i>Exame de sutura</i>
34. <i>Exame de sutura</i>
35. <i>Exame de sutura</i>
36. <i>Exame de sutura</i>
37. <i>Exame de sutura</i>
38. <i>Exame de sutura</i>
39. <i>Exame de sutura</i>
40. <i>Exame de sutura</i>
41. <i>Exame de sutura</i>
42. <i>Exame de sutura</i>
43. <i>Exame de sutura</i>
44. <i>Exame de sutura</i>
45. <i>Exame de sutura</i>
46. <i>Exame de sutura</i>
47. <i>Exame de sutura</i>
48. <i>Exame de sutura</i>
49. <i>Exame de sutura</i>
50. <i>Exame de sutura</i>
51. <i>Exame de sutura</i>
52. <i>Exame de sutura</i>
53. <i>Exame de sutura</i>
54. <i>Exame de sutura</i>
55. <i>Exame de sutura</i>
56. <i>Exame de sutura</i>
57. <i>Exame de sutura</i>
58. <i>Exame de sutura</i>
59. <i>Exame de sutura</i>
60. <i>Exame de sutura</i>
61. <i>Exame de sutura</i>
62. <i>Exame de sutura</i>
63. <i>Exame de sutura</i>
64. <i>Exame de sutura</i>
65. <i>Exame de sutura</i>
66. <i>Exame de sutura</i>
67. <i>Exame de sutura</i>
68. <i>Exame de sutura</i>
69. <i>Exame de sutura</i>
70. <i>Exame de sutura</i>
71. <i>Exame de sutura</i>
72. <i>Exame de sutura</i>
73. <i>Exame de sutura</i>
74. <i>Exame de sutura</i>
75. <i>Exame de sutura</i>
76. <i>Exame de sutura</i>
77. <i>Exame de sutura</i>
78. <i>Exame de sutura</i>
79. <i>Exame de sutura</i>
80. <i>Exame de sutura</i>
81. <i>Exame de sutura</i>
82. <i>Exame de sutura</i>
83. <i>Exame de sutura</i>
84. <i>Exame de sutura</i>
85. <i>Exame de sutura</i>
86. <i>Exame de sutura</i>
87. <i>Exame de sutura</i>
88. <i>Exame de sutura</i>
89. <i>Exame de sutura</i>
90. <i>Exame de sutura</i>
91. <i>Exame de sutura</i>
92. <i>Exame de sutura</i>
93. <i>Exame de sutura</i>
94. <i>Exame de sutura</i>
95. <i>Exame de sutura</i>
96. <i>Exame de sutura</i>
97. <i>Exame de sutura</i>
98. <i>Exame de sutura</i>
99. <i>Exame de sutura</i>
100. <i>Exame de sutura</i>

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Flávio Faleas Araújo
Cirurgião Especialista em Otorrinolaringologia
CRO-316513-3849/RN

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Conanuel Vaslei Leane da Silva 20/02/2015						GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
	Sala 01	Sus	1,9	1360484			
CIRURGIA TTO. cir. com Plac. de fixação de mandíbula				CIRURGIAO Dr. Filáximo			
ANESTESIA geral				ANESTESIA Dr. Isabelle			
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM			
Regina		04/01/14	08:00	09:50			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS		CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calef. pl. Oxy.		Catgut cromado Serfix		
	Atropina amp.		Calef. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serfix		
	Propofol 50mg		Compressa Grande		Catgut cromado Serfix		
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Serfix		
	Domnamid 2mg		Dreno		Catgut Simples Serfix		
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Serfix		
	30mg		Dreno Penrose n°		Cera pl. osso		
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond		
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serfix		
	lidocaina 4V		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serfix		
	Protigmine amp.		Esperadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupek		
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupek		
	30mg		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca		
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml		Mononylon		
	Thionembital ml		Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 20		Prolene Serfix		
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 12		Prolene Serfix		
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serfix		
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serfix		
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serfix		
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix		
	Geramicina amp.		Procedimento		4-0		
	Glicose amp.		Oxigenio l/m				
	Glucon de Cálcio amp.		Polióxido				
	Haemacel ml.		PVPi Tópico ml.				
	Heparema ml.		Sabão Antisséptico	Qtd.	SOROS		
	Kanakion amp.		Saco coletor		SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.		Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrozinazol.		Seringa desc. 20 ml		SG Hipertermico fr 500 ml		
	Piasil amp.		Seringa desc. 05 ml		SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina		Sonda	Qtd.	SG 500 ml		
	Revivan amp.		Sonda Foley				
	Stuption amp.		Sonda Nasogátrica				
	500mg		Sonda Uretral n°				
	hidrocort 100mg		Sterydrem ml				
			Tomelrinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
	Agulha desc. 25 x 7		Geicon 18				
	Agulha desc. 28 x 28		Lalese				
	Agulha desc. 3 x 4,5		elcturdo				
	Agulha pl raque n°		gel condutor				
	Alcool de Enfermagem		Stulco				
	Alcool Iodado ml		balas				
	Ataduras de Crepon						
	Ataduras de Gessade						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						
				ORTOSE E PRÓTESE			
				material usado da qualidade			
				EQUIPAMENTOS			
				☒ Oxímetro de Pulso ☐ Serra ☐ Desfibrilador ☒ Foco Auxiliar ☐ Foco de Luz ☐ Foco Auxiliar ☒ Electrocautério ☐ Oxícaplografo ☐ Cardiomonitor ☐ Perfurador Elétrico			
				CIRCULANTE RESPONSÁVEL			
				Silvana			



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Emmanuel Yaeli de Lacerda Soares</u>			IDADE: <u>1 ano 4 m</u>	SEXO: <u>masculino</u>
DATA: <u>04/01/2017</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO: <u>14 kg</u>	ALTURA
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICÉRIA	URÉIA	OUTROS
URINA		História de atropelamento DIA 01.01				
AP. RESPIRATÓRIO	Jejum desde 00:00h				FEAT. DE CRÂNIO:	ABDOME
AP. CIRCULATÓRIO	História de alergia				ELETCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO	Edema de face acentuado				AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL	Hematoma orbital E				ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	⇒ FEAT. EXPOSTA LATERAL E DE MANDÍBULA				ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						
Bromuquid 2mg EV				APLICADA em Sala	EFEITO	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO 1) Sevoflurano 30ml 2) Propofol 50mg 3) Quelicim 20mg 4) Atropina 0,1mg 5) Cefazolin 300mg 6) Hidrocort. 100mg 7) Fentanyl 3mg ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co2: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____				
POSICÃO		b. dorsal				
AGENTES		VIDE LATERAL				
TÉCNICA		GEEAL com indução inabdomina sob máscara 4,5 yuff.				
OPERAÇÃO		Tratamento com placa de fr. de mandíbula -				
CIRURGIOS		Dr. Fabiano /				
ANESTESISTAS		Bra. Iobelle Dini				
OBSERVAÇÕES		ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POB-OPERATÓRIAS.				



NOME: EMANUEL YARLEI DE L. SOARES
SEXO: MASCULINO
IDADE: 02 ANOS
DATA: 19/07/2017

A) ESPECIFICAÇÃO TÉCNICAS

Constante de Tempo: 0.1 s
Frequência de amostragem: 256 / amostra / canal / segundo
Método de Interpolação Quadrática

B) CARACTERÍSTICAS DO EXAME

Condições Técnicas do Exame: Satisfatórias
Colaboração do Paciente: Boa
Exame Realizado em sono

C) RESULTADOS OBTIDOS:

EEG Digital com Ritmo de Base: Regular e simétrico.

Conclusão: EEG Digital normal



Oláudia B. Gonçalves
DR. CLÁUDIA B. GONÇALVES CUNHA
CRM: 3771



Relatório Médico

Emanuel Iarley de Lacerda Soares

Paciente vítima de acidente de trânsito no dia , Apresentou como lesão trauma crânio-encefálico com ferimento de corto-contuso de aproximadamente quinze centímetros e fratura bilateral de mandíbula. Realizou limpeza, desbridamento e sutura em couro cabeludo, e imobilização cruenta em mandíbula. Apresenta como sequelas desalinhamento de arcada dentária, com dificuldade de mastigação. Apresenta mudança de comportamento, cefaleia recorrente. Alta médica a partir desta data.

01/08/2019

Dr. Wryell Gomes Muniz
Médico
CRM-11400



1. 91 4603024
1. 91 4603024. 1. 91 4603024





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

Ficha de Acolhimento

Nome:	[Handwritten Name]		
End:	[Handwritten Address]		
Data de Nascimento:	Documento de Identificação:	Bairro:	[Handwritten]
Queixa:	Data do Atend.: 15/07/2020	Hora:	15:00
Acidente de trabalho?	() Sim	(X) Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Agitado	() Facies de dor	() Neutro
Frequência respiratória:								
Pressão arterial:								
Dosagem de HGT:								
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca	Frequência cardíaca:	[Handwritten: 90 bpm]			
				Temperatura axilar:	[Handwritten: 36.5°C]			
				Mucosas:	() Normocorada	() Pálida	[Handwritten: Pálida]	

MOD. 110

Estratificação

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

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

ENFERMEIRA
COREIA, M. J. 23.352

Assinatura e carimbo do profissional





SUS	Sistema	Ministério	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
	União de	da		
	Saúde	Saúde		

Identificação do Estabelecimento de Saúde		3 - CUES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CUES

Identificação do Paciente		5 - Nº DO PROTOCOLO
6 - NOME DO PACIENTE		1368405
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		10 - SEXO
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - CID DO PROCEDIMENTO
13 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA		14 - CID DO PROCEDIMENTO
15 - CID DO PROCEDIMENTO		16 - CID DO PROCEDIMENTO

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR	19 - CID DO PROCEDIMENTO ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - CID DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO	23 - CID DO PROCEDIMENTO
24 - CID DO PROCEDIMENTO	25 - CID DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	27 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	29 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
Pete a necessidade de cuidados intensivos.

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	34 - DATA DE SOLICITAÇÃO
35 - Nº DO DOCUMENTO (CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	36 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
37 - Nº DO DOCUMENTO (CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	38 - DATA DE SOLICITAÇÃO
AUTORIZAÇÃO	
39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	40 - DATA DE SOLICITAÇÃO
41 - Nº DO DOCUMENTO (CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	42 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

MOD. 017



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Comunidade Yacaré de Igarapé São José</i> <i>Dr = 20/02/15</i>					 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	
	<i>Sulda Ok</i>	<i>SUS</i>	<i>1,9 meses</i>	<i>1360482</i>	
CIRURGIA		CIRURGIÃO			
<i>Botão de Petalho</i>		<i>Dr. Jurema</i>			
ANESTESIA		ANESTESIA			
<i>Genal</i>		<i>Dr. Jurema</i>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM	
		<i>11/01/17</i>	<i>09:00</i>	<i>10:30</i>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Boia Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Azelenina amp	Cale. p. Osg.		Calgut cromado Sertix	
	Atropina amp	Cale. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix	
	Diazepam amp	Compressa Grande		Calgut cromado Sertix	
	Dimore amp	Compressa Pequena		Calgut Simples	
	Dolanina amp.	Colonoide		Calgut Simples Sertix	
<i>212</i>	<i>Eleonora - Sumare ml</i>	Dreno		Calgut Simples Sertix	
	Fenogam amp	Dreno Kari n°		Calgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Perroze n°	<i>01</i>	Cera p. asso	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°	<i>01</i>	Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercana % m	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubolan amp	Equipo de Sangue		Fio de Agulha Sertix	
	Pavulon amp	Equipo de PVC		Fio de Agulha Sertix	
	Probumine amp	Espiradrapo Larco cm		Fio de Agulha Sutupak	
<i>01</i>	<i>Rebasado - m</i>	Furacim ml		Fio de Agulha Sutupak	
<i>01</i>	<i>Quelcin ml</i>	Gasa Pacote c. 10 unidades		Fria cardiaca	
	Rapifen amp	H.O. ml	<i>03</i>	Mononylon	<i>2-0</i>
	Thiambutul ml	Intracath Adulto	<i>01</i>	Mononylon	<i>4-0</i>
	Tracium amp	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>01</i> Lâmina de Bisturi n° <i>23 24</i>		Prolene Sertix	
	Agua Gessada amp	<i>01</i> Lâmina de Bisturi n° <i>11 12</i>		Prolene Sertix	
	Decadron amp	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
<i>01</i>	Dipirona amp	Luvax 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp	Luvax 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp	Luvax 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramycin amp	Luvax 8.5			
	Glucon amp	Oxigênio .m			
	Glucon de Calcio amp	Pouffix			
	Haemaco ml	PVPi Degemante ml			
	Heparina ml	PVPi Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kantron amp	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
<i>01</i>	<i>Levofloxacina</i>	Saco coelior <i>lixo/relaxo</i>		SG Gelado fr 500 ml	
	Medroclonazol	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
<i>01</i>	<i>Rilax amp</i>	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Protamina	Seringa desc. 05 ml	<i>02</i>	SG fr 500 ml	
	Revivan amp	Sonda TOT n° 4.5			
	Stupilon amp	Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
<i>01</i>	<i>Gelatina 1g</i>	Sonda Nasogástrica			
		Sonda Uretral n° 10			
		Sternostron ml			
		Tomelirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaseline ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon <i>22</i>			
	Agulha desc. 28 x 28	Látex			
	Agulha desc. 3 x 4.5	<i>05 Colétydos</i>			
	Agulha p. raque n°	<i>03 Micropore</i>			
	Alcool de Enfermagem	<i>05 Del Bandutan</i>			
	Alcool Iodado ml	<i>01 Filtro</i>			
<i>02</i>	<i>Ataduras de Crepon</i>	<i>01 Filtro n° 24</i>			
	Ataduras de Gessada				
	Agulha motreno amp				
	Benzina ml				
EQUIPAMENTOS					
☒ Oxímetro de Pulso ☐ Serra ☐ Desfibrilador ☒ Foco Frontal ☐ Fonte de Luz					☐ Foco Auxiliar ☒ Eletrocutâneo ☒ Oxicapnógrafo ☒ Cardiomonitor ☐ Parturador Elétrico
CIRCULANTE RESPONSÁVEL					





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Emmanuel Lourenço</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>11.07.2017</i>		Enf.	Leito
Operador <i>D. D. D. D.</i>		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia <i>Local</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Tumor de glândula parotídea</i>			
Tipo de Operação <i>Ressecção</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O. M. D.</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Ampliar a incisão
Aplicar fios de náilon (descartáveis)
Ligadura de náilon bilateral.
Remover do retalho
Sutura de náilon 2-0 e V.O.
Cuidar da parte remanescente.
Cicatrização secundária

[Assinatura]
Dr. Dirceu M. Corvalim
Cirurgião Plástico
CRM - 4878

COMPREV PREVIDENCIA S/A
~~XXXXXXXXXX~~
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

52-118

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Araceli Gomes da Lencina</i>		Nº Prontuário <i>36662</i>
Data da Operação	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Flávio Faleas</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Sérgio Chaves</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia <i>Dr. Fagundes</i>	Tipo de Anestesia <i>Local</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fístula de mandíbula</i>		
Tipo de Operação <i>Exatose + fístula</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>OK</i>		
Relatório Imediato da Patologia <i>Não houve</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>Não houve</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Não houve</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) - <i>Exatose de fístula</i>
2) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
3) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
4) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
5) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
6) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
7) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
8) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
9) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
10) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
11) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
12) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
13) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
14) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
15) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
16) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
17) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
18) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
19) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
20) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
21) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
22) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
23) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
24) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
25) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
26) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
27) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
28) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
29) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
30) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
31) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
32) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
33) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
34) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
35) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
36) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
37) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
38) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
39) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
40) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
41) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
42) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
43) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
44) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
45) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
46) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
47) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
48) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
49) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
50) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
51) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
52) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
53) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
54) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
55) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
56) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
57) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
58) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
59) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
60) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
61) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
62) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
63) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
64) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
65) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
66) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
67) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
68) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
69) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
70) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
71) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
72) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
73) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
74) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
75) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
76) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
77) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
78) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
79) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
80) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
81) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
82) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
83) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
84) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
85) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
86) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
87) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
88) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
89) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
90) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
91) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
92) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
93) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
94) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
95) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
96) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
97) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
98) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
99) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>
100) - <i>Exatose de fístula - bucal e sublingual em 2º e 3º</i>

COMPREV - PREVIDÊNCIA S/A

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

Flávio de Araújo
CRM-10.103-38498

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

Silvonia

ECO 800



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	NP PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Emmanuel Yaeli de Lacerda Soares</u>		IDADE: <u>1 ano 4 m</u>	SEXO: <u>Masculino</u>	COR: <u></u>
DATA: <u>04/01/2017</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO: <u>14 kg</u>	ALTURA
TIPO SANGÜINEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICOSE	UREIA	OUTROS
HISTÓRIA DE ATOPELAMENTO DIA 01.01						
AR RESPIRATÓRIO	Tosse desde 00:00h			FEAT. DE CÉFALO:		
AR CIRCULATÓRIO	S/ história de alergia			ELETROCARDIOGRAMA: <u>Normal</u>		
AR DIGESTIVO	Edema de face acentuado			AR URINÁRIO		
ESTADO MENTAL	Hematoma orbital E			ALERGIA		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	FEAT. EXOSTA LATERAL E DE MANDÍBULA			ESTADO FÍSICO: <u>ASST</u>		
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESIA: <u>Somnoluid 2mg EV</u>				APLICADA: <u>em Sala</u>	EFETO	
GRÁFICO DE VIDA Ar: <u>10ml</u> — <u>20ml</u> COLOCOS: <u>Ar</u> INTERVAL: 0 PULSO, 6 RESPIRAÇÃO, 6 ANESTESIA, 6 OPERAÇÃO SAÍDOS E ANOTAÇÕES: <u>0-1</u> MANUTENÇÃO 1) Sufurquel 30ml 2) Propofol 30mg 3) Quelicim 20mg 4) Atropina 0,1 mg 5) Cefazolin 300mg 6) Hidrocort. 100mg 7) Fentanil 30ug ANESTESIA SATISF. Sim ☒ Não ☐ Não, por quê? <u></u> DESPERTAR Reflexo na SO: <u></u> Obstr.: <u></u> Co.: <u></u> Excl.: <u></u> Núcleos: <u></u> Vômitos: <u></u> Outros: <u></u> Com cântida: <u></u> Para o Leito: Sim ☐ Não ☒ CONDIÇÕES: <u></u>						
FISICÃO		<u>D. Dorval</u>				
ALIENTER		<u>VIDE LATERAL</u>				
TÉCNICA		<u>GEAL com indução inalatória sob máscara 4,5 g/uff.</u>				
OPERAÇÃO		<u>Tratamento com placa de fr. de mandíbula -</u>				
CIRURGIÃO		<u>D. Fabiano</u>				
ANESTESISTA		<u>Dr. Roberto Luiz</u>				
OBSERVAÇÕES		<u></u>				
AN/DIA, NO VÉCIO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						
<u>PR</u> <u>CRM 900</u> PERDA SANGÜÍNEA						

FOLHA DE ANESTESIA - SPS



NOME: EMANUEL YARLEI DE L. SOARES
SEXO: MASCULINO
IDADE: 02 ANOS
DATA: 19/07/2017

A) ESPECIFICAÇÃO TÉCNICAS

Constante de Tempo: 0,1 s
Frequência de amostragem: 256 / amostra / canal / segundo
Método de Interpolação Quadrática

B) CARACTERÍSTICAS DO EXAME

Condições Técnicas do Exame: Satisfatórias
Colaboração do Paciente: Boa
Exame Realizado em sono

C) RESULTADOS OBTIDOS:

EEG Digital com Ritmo de Base: Regular e simétrico.

Conclusão: EEG Digital normal



Cláudia B. Gonçalves
DR. CLÁUDIA B. GONÇALVES CUNHA
CRM: 3771





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME

EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

MATRÍCULA

0706150155 2015 1 00015 188 0026459 83

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala

DATA DE NASCIMENTO(POR EXTENSO) vinte de fevereiro de dois mil e quinze DIA 20 MÊS 02 ANO 2015

HORA DE NASCIMENTO 17:50 MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO CONCEIÇÃO-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF CONCEIÇÃO-PB LOCAL DE NASCIMENTO Hospital e Maternidade Caçula Leite - CONCEIÇÃO-PB SEXO masculino

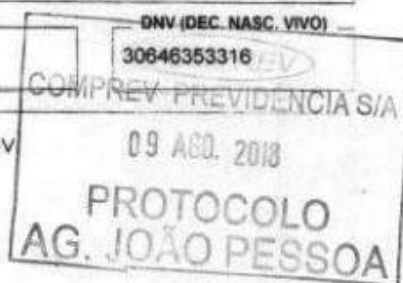
FILIAÇÃO MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO e NATHALY SAMARA DE LACERDA

AVÓS
PATERNO(S): JÚLIO SOARES DE OLIVEIRA e BENEDITA FRANCO RIBEIRO ;
MATERNO(S): JOSÉ GONÇALO DE LACERDA e MARCIA CRISTINA DE LACERDA.

GÊMEOS NÃO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) vinte e seis de fevereiro de dois mil e quinze (26/02/2015).

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Registro lavrado em 26/02/2015, no livro A-00015, Nº 26459, folha 188-V



NOME DO OFÍCIO Cartório de Registro Civil de Conceição

OFICIAL REGISTRADOR Maria das Graças Braga Rangel

MUNICÍPIO/UF CONCEIÇÃO-PB

ENDEREÇO Centro Administrativo Governador Wilson Leite Braga CONCEIÇÃO-PB - CEP 58970000 Fone:

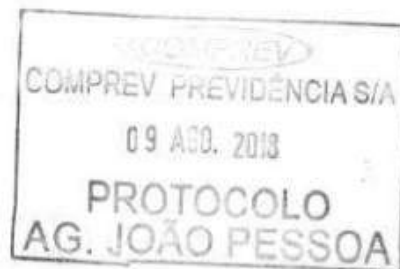
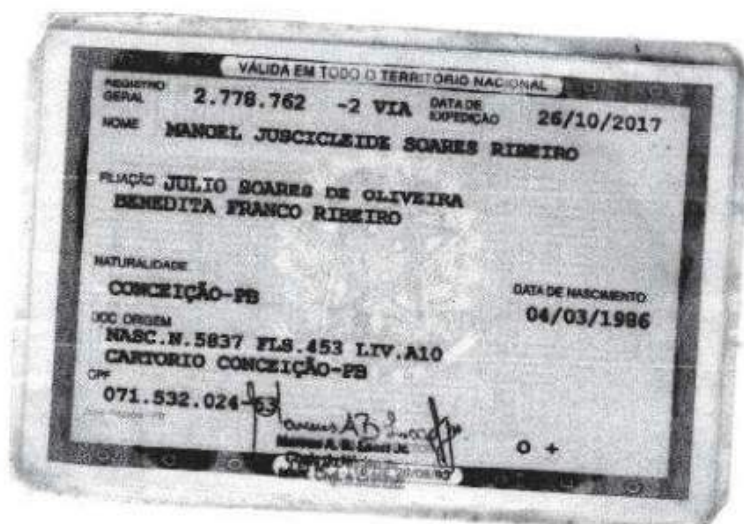
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fe
CONCEIÇÃO-PB, 26 de Fevereiro de 2015

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala do Registro Civil

Selo Digital: **AAI27609-PF0E**
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 INSTITUTO NACIONAL DE REGISTRO DE TÍTULOS E TERREIRAS
 INSTITUTO NACIONAL DE REGISTRO DE TÍTULOS E TERREIRAS

ADILSON RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 039.247.044-09 DATA NASCIMENTO: 13/06/1978

ADILSON DOS SANTOS

OSIRIS RODRIGUES DA SILVA

CPF: 04119219871 DATA NASCIMENTO: 20/06/2025 DATA REGISTRO: 14/06/2007

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1424948517

INSCRIÇÃO

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

LOCAL: SERRA TALADA, PE DATA EMISSÃO: 21/06/2007

PERNAMBUCO

DEMATRAM - CONTRAM

COMPREV
 COMPREV PREVIDENCIA S/A
 09 AGO. 2013
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA




Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
108.691.215-29

Nome
EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

Nascimento
20/02/2015



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:30:54 do dia 12/12/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 80
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME

EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

MATRÍCULA

0706150155 2015 1 00015 188 0026459 83

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala

DATA DE NASCIMENTO(POR EXTENSO) _____ DIA _____ MÊS _____ ANO _____
vinte de fevereiro de dois mil e quinze 20 02 2015

HORA DE NASCIMENTO _____ MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO _____
17:50 CONCEIÇÃO-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF _____ LOCAL DE NASCIMENTO _____ SEXO _____
CONCEIÇÃO-PB Hospital e Maternidade Caçula Leite - CONCEIÇÃO-PB masculino

FILIAÇÃO _____
MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO e NATHALY SAMARA DE LACERDA

AVÓS _____
PATERNO(S): JÚLIO SOARES DE OLIVEIRA e BENEDITA FRANCO RIBEIRO
MATERNO(S): JOSÉ GONÇALO DE LACERDA e MÁRCIA CRISTINA DE LACERDA

GÊMEOS _____ NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) _____
NÃO _____ NÃO POSSUI _____

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) _____ DIA _____ MÊS _____ ANO _____
vinte e seis de fevereiro de dois mil e quinze (26/02/2015).

OBSERVAÇÕES / AVERSAÇÕES _____
Registro lavrado em 26/02/2015, no livro A-00015, Nº 26459, folha 188-V



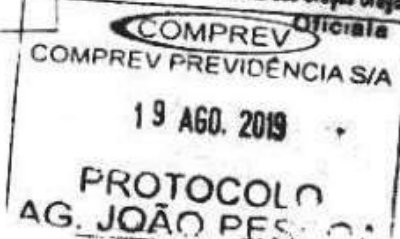
NOME DO OFÍCIO _____
Cartório de Registro Civil de Conceição
OFICIAL REGISTRADOR _____
Maria das Graças Braga Rangel
MUNICÍPIO/UF _____
CONCEIÇÃO-PB

ENDEREÇO _____
Centro Administrativo Governador Wilson Leite Braga
CONCEIÇÃO-PB - CEP 55670000 Fone _____

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fe
CONCEIÇÃO-PB, 26 de Fevereiro de 2015
Maria das Graças Braga Rangel
Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala do Registro Civil

Selo Digital: AA127609-PF0E
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala




Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
108.691.215-29

Nome
EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

Nascimento
20/02/2015

CÓDIGO DE CONTROLE

3954.1C5B.5381.8591



BRASIL 2018

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 09:30:54 do dia 12/12/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 80

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME

EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

MATRÍCULA

0706150155 2015 1 00015 188 0026459 83

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala

DATA DE NASCIMENTO(POR EXTENSO) _____ DIA _____ MÊS _____ ANO _____
vinte de fevereiro de dois mil e quinze 20 02 2015

HORA DE NASCIMENTO _____ MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO _____
17:50 CONCEIÇÃO-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF _____ LOCAL DE NASCIMENTO _____ SEXO _____
CONCEIÇÃO-PB Hospital e Maternidade Caçula Leite - CONCEIÇÃO-PB masculino

FILIAÇÃO _____
MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO e NATHALY SAMARA DE LACERDA

AVÓS _____
PATERNO(S): JÚLIO SOARES DE OLIVEIRA e BENEDITA FRANCO RIBEIRO
MATERNO(S): JOSÉ GONÇALO DE LACERDA e MÁRCIA CRISTINA DE LACERDA

GÊMEOS _____ NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) _____
NÃO _____ NÃO POSSUI _____

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) _____ DIA _____ MÊS _____ ANO _____
vinte e seis de fevereiro de dois mil e quinze (26/02/2015).

OBSERVAÇÕES / AVERSAÇÕES _____
Registro lavrado em 26/02/2015, no livro A-00015, Nº 26459, folha 188-V

DNV (DEC. NASC. VIVO) _____
30648353310
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NOME DO OFÍCIO _____
Cartório de Registro Civil de Conceição
OFICIAL REGISTRADOR _____
Maria das Graças Braga Rangel
MUNICÍPIO/UF _____
CONCEIÇÃO-PB
ENDEREÇO _____
Centro Administrativo Governador Wilson Leite Braga
CONCEIÇÃO-PB - CEP 55670000 Fone _____

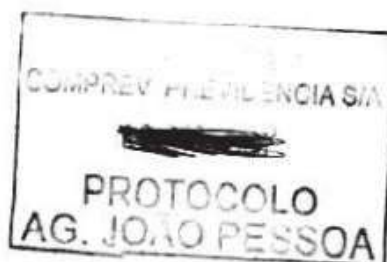
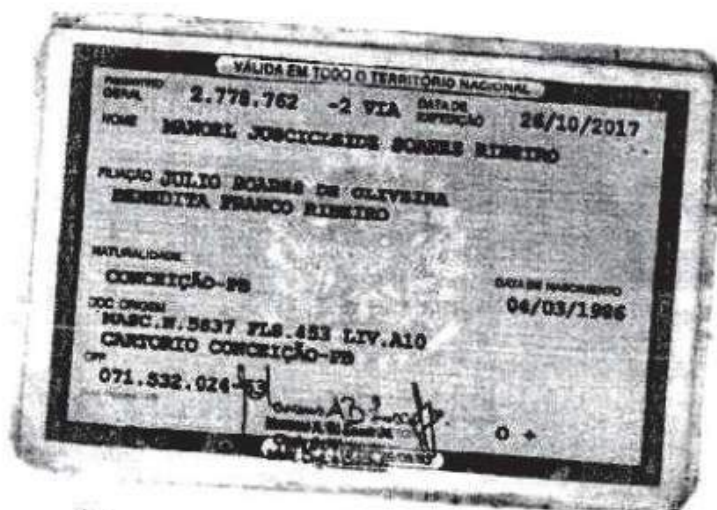
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fe
CONCEIÇÃO-PB, 26 de Fevereiro de 2015
Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala do Registro Civil

Selo Digital: AA127609-PF0E
Consulte a autenticidade em: <https://selaodigital.tjpb.jus.br>

Maria das Graças Braga Rangel
Oficiala

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 IDENTIFICAÇÃO NACIONAL

NOME
EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOB. GENTILEZA / Gênero / Estado / UF
2432161 SEP PE

CPF
839.347.444-89

DATA NASCIMENTO
23/04/1978

FILIAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS

ENDEREÇO
CRISTO RODRIGUES DA SILVA
VA

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
04119719971

VALIDADE
30/06/2025

DATA DE EMISSÃO
14/08/2007

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
SERRA TALADA, PE

DATA DE EMISSÃO
21/06/2017

IDENTIFICADOR
3264500707
0079781386

ESTADO
PERNAMBUCO

DENATRAM - CONTRAN

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

PROCESSO ELETRÔNICO
1424948517

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 19 AGO. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 19 AGO. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.384.421 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/01/2016

NOME
MATHEUS PEDRO DA SILVA

RELACÃO
MARCOS PEDRO DA SILVA
JUCIVANIA FERREIRA DA SILVA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
ITAPORANGA-PB 01/06/1999

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº5.051 - LIV.A-07 - FLS.118 - CARTÓRIO BOA VENTURA PB

705.478.524-57

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

TESTEMUNHA

COMPREV
COMPREV E EVIDÊNCIA S/A
19 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-238

MATHEUS PEDRO DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE



CLAUDÉCI VICENTE DA SILVA
RUA SAC. FRANCISCO SBT - ALTO DAS NEVES
ITAPERIANGA/PB CEP: 5870000 (AO: 154)

LINHA MONOFÁSICA
Classe RES MYC BT / RESIDENCIAL - BARRA RENDA
Referência: Jul/2019
Roteiro: 13-154-85-4280
Medidor: 00302955252 Emissão: 19/07/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Oito Releitor - João Pessoa/PB - CEP 53071-000
CNPJ 08.046.189/0001-40 - Insc. Est. 18.019.825-0

100% Fossil / Custo de Energia Elétrica: R\$ 0,287 220
Cód. para Dth Automática: 0000047972
Acesse: www.energisa.com.br

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196
Conta referente a: Jul/2019
Apresentação: 19/07/2019
Data prevista da próxima leitura: 20/08/2019
CPF/CNPJ/RAM: 068.990.724-40
Insc. Est.: 51264797-2

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 24.09.2002 e 2013-02-2007.
- JUREMOS AO MOVIMENTO VACINA BRASIL. Selo mais am
94008 07M Divisão de

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
18/06/18	8407	19/07/19	8505			
Demonstrativo						
Quantidade Total		Valor Base Cálculo		Valor Base Cálculo		Consumo
Total (R\$) (CUSTO)		Total (R\$) (CUSTO)		Total (R\$) (CUSTO)		Consumo
0001 Consumo de 330VW-2R		36.000 0,279030		9,28 25		2,06 0,08 0,41
0801 Consumo - 31 a 100W/h-2R		88.000 0,479229		32,05 25		8,14 22,88 0,36 1,63
0801 Alim. B. Antena		0,85		0,85 25		0,84 0,01 0,03
0810 Substido		37,97		37,97 25		9,50 27,97 0,41 1,90
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS		8,43		8,43 5		0,00 0,00 0,00 0,30
0801 CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA		-26,17		-26,17 0		0,00 0,00 0,00 0,00
0806 Devolução Substido						

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
113.351.084-16

Nome
LUAN VICENTE DE SOUSA

Nascimento
12/05/1993

CÓDIGO DE CONTROLE
FE39.66FD.A89C.84C7

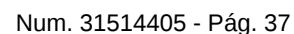


Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:51:22 do dia 21/03/2019 (hora e data de Brasília)
digite validador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

TESTEMUNHA



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 AGO. 2019
PROTUCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CARTA A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

Itaporanga/PB, 01 de agosto de 20 19.

BENEFICIÁRIO: Emanuel Zorley de Lacerda Soares

CPF: 071 532 024 63

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSEP nº 332 de 09/12/2015, § 4º (O procurador a que se refere o parágrafo anterior deve ter poderes específicos reclamar o DPVAT, inclusive para apresentar e firmar documentos, direito que lhe é assegurado pela legislação).

Eu: **Edilson Rodrigues dos Santos**, brasileiro, casado, autônomo, portador do CPF: 039.247.064-09, podendo ser localizado na Rua: Euvídio Figueiredo, nº 22, Centro, Itaporanga/PB, bem como ser contratado pelo telefone (83) 999471520 e/ou endereço eletrônico: sertão.assessoria@hotmail.com, atuando como bom e fiel Procurador do beneficiário: Emanuel Zorley de Lacerda Soares portador do CPF: 071 532 024 63.

Senhor Analista, venho respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria, com base no Art: 92 e 94, do Código de Ética Médica (Art. 92: assinalar laudos periciais, auditorias ou verificação médico-legal quando não tenha realizado o exame pessoalmente. Art 94: intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado reservando suas observações para relatório), que o beneficiário acima identificado seja encaminhado ao setor de perícia e que o parecer relativo as suas seqüelas não sejam classificadas, apenas por médicos que não o examinem-no pessoalmente, por isso, ratifico meu pedido com respaldo no Art. 5º da Lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974 (Art. 5º o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado), a fim de garantir um direito ao qual se faz jus.

O documento segue assinado por mim, EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS.

O referido é verdade. Dou fé.

Certo de atendido, agradeço antecipadamente.

Edilson Rodrigues dos Santos

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 039.247.064-09



A SEGURADORA LÍDER DE CONCONSÓRCIO DPVAT:

Eu Emmanuel Varela de Macedo Soares sinistro 31904872 93, inscrito no CPF de nº 1086912 15 29, venho respeitosamente a vossa senhoria solicitar o seguinte:

A priori informo a Seguradora Líder que não posso aceitar o indeferimento da minha indenização, razão pela qual, me encontro com sequelas graves em decorrência do acidente.

Informo ainda que a meu ver, não fui bem avaliado pelo médico do setor, e não passei por nenhum médico cadastrado na Seguradora Líder.

Informo que me encontro à disposição de auditoria caso achem necessário.

Por ter ciência que cabe recurso judicial para tal esta carta tem apenas uma finalidade: que haja nova reanálise no meu processo para que um médico perito possa analisar minhas lesões.

Diante de todo exposto, solicito-lhes, que me encaminhe o mais breve possível para perícia médica, onde de fato, poderei comprovar definitivamente minhas sequelas, objetivando receber a indenização devida à qual tenho direito, conforme preceitua a **Lei nº 6.194 de 19 de dezembro de 1974**.

Certo de vossa atenção antecipo-lhes meus sinceros agradecimentos.

Itaporanga/PB 29 de 10 de 2019

Edilson Rodrigues dos Santos
PROCURADOR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190487293 **Cidade:** Conceição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES **Data do acidente:** 31/12/2016 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA MANDÍBULA ESQUERDA.. PG1,8 ,9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190487293 **Cidade:** Conceição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES **Data do acidente:** 31/12/2016 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA MANDÍBULA ESQUERDA.. PG1,8 ,9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190487293 **Cidade:** Conceição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES **Data do acidente:** 31/12/2016 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA MANDÍBULA ESQUERDA.. PG1,8 ,9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190487293 **Cidade:** Conceição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES **Data do acidente:** 31/12/2016 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA MANDÍBULA ESQUERDA.. PG1,8 ,9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO

Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Solteiro

Profissão: Servidor público

Identidade: 2.778.762-2ª via / CPF: 071.932.024-63

Endereço: Rua José Antônio de Góes, 495, São Geraldo, Conceição / PB

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos

Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado

Profissão: Autônomo

Identidade: 5.652.761 / CPF: 039.247.064-09

Endereço: Rua Manoel Pereira Caiana, 58, Centro, Itaporanga / PB

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: Emanuel Joslei de Paiva da Soares

Local e Data: Itaporanga / PB, 23 de julho de 2018

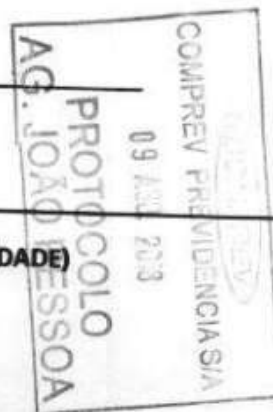
Manoel Juscicleide Soares Ribeiro

ASSINATURA DO OUTORGANTE (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

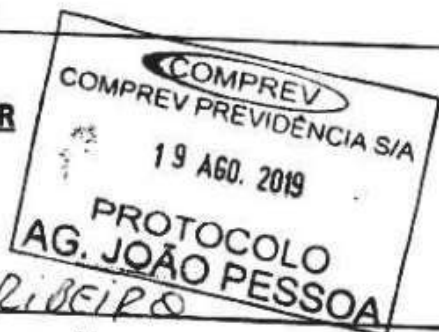
CARTÓRIO JOSÉ BARROS SOBRINHO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL 1º OFÍCIO DE NOTAS
RECONHEÇO a firma por AUTENTICIDADE de MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO.

ITAPORANGA/PB, 23 de julho de 2018.
Em test. Manoel Juscicleide Soares Ribeiro da verdade
Mº do Socorro Costa Barros (Tab. Substituto)

Selo Digital - AHF20381-GXHD
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: MANUEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO

Nacionalidade: Brasileira / Estado Civil: Solteiro

Profissão: Senador público

Identidade: 2.778.762-2ª via / CPF: 071.932.024-63

Endereço: Rua José Antônio de Góes, 495, São Geraldo, Conceição/PB

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos

Nacionalidade: Brasileira / Estado Civil: Casado

Profissão: Autônomo

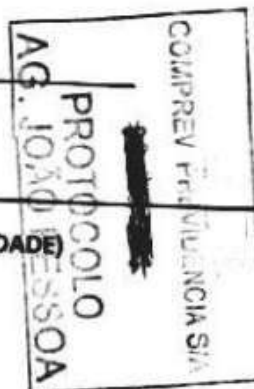
Identidade: 5.652.761 / CPF: 039.247.064-09

Endereço: Rua Manoel Pereira Caiado, 58, Centro, Itaporanga/PB

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: Emmanuel Góes de Paes da Soares

Local e Data: Itaporanga/PB, 23/ Julho/ 2018



ASSINATURA DO OUTORGANTE (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARIMHO JOSE BASSO SOBRINHO
SERVIDOR NOTARIAL E REGISTRAR, 1º OFÍCIO DE NOTAS
RECONHEÇO a firma por AUTENTICIDADE de MANOEL JUSCICLEIDE
SOARES RIBEIRO.

ITAPORANGA/PB, 23 de julho de 2018
Em test. Manoel Juscleide Soares Ribeiro de verdade
Mº do Socorro Costa Barros (Tab. Substituto)
Selo Digital - AHF20381-0XHO
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0284574/19

Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

CPF: 108.691.215-29

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 31/12/2016

Titular do CPF: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

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

MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO : 071.532.024-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 19/08/2019
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

RENATO LUNA DIAS



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0284574/19

Número do Sinistro: 3190487293

Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

CPF: 108.691.215-29

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 31/12/2016

Titular do CPF: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO : 071.532.024-63

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/10/2019
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190487293

Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

Data do Acidente: 31/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO

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

Carta nº 14726081





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190487293

Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

Data do Acidente: 31/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
----------------------------------	---

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

Pag. 01973/01974 - carta_03 - INVALIDEZ

00030987



Carta nº 14726494



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/06/2020 16:05:41

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061216053850500000030225110>

Número do documento: 20061216053850500000030225110



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190487293

Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

Data do Acidente: 31/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00061/00062 - carta_02 - INVALIDEZ

00050031



Carta nº 14855106



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/06/2020 16:05:41

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061216053850500000030225110>

Número do documento: 20061216053850500000030225110



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190487293

Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

Data do Acidente: 31/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **001**

Agência: **000002176-8**

Conta: **0000026233-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190487293

Vítima: EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES

Data do Acidente: 31/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 05/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00227/00228 - carta_09 - INVALIDEZ

00070114



Carta nº 15074189



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Manoel Juscicleide Soares Ribeiro</i>		CPF titular da conta <i>071.532.024-63</i>	Profissão <i>Serv. público</i>
Endereço <i>Rua José Antônio de Góes</i>		Número <i>495</i>	Complemento <i>Casa</i>
Bairro <i>São Geraldo</i>	Cidade <i>Conceição</i>	Estado <i>PB</i>	CEP <i>58.970-000</i>
Email <i>sentao.assessoria@hotmail.com</i>		Telefone (DDD) <i>83 999471920/996978811</i>	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRD.	DIV	CONTA NRD.	DIV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome	NRO
<i>Banco do Brasil</i>	<i>001</i>
AGÊNCIA NRD.	DIV
<i>2176</i>	<i>8</i>
CONTA NRD.	DIV
<i>26233</i>	<i>1</i>
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

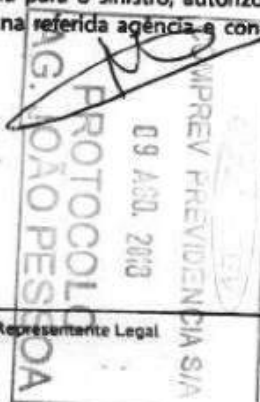
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Apresenta 13 de Julho de 2018
Local e Data

X *Manoel Juscicleide Soares Ribeiro*
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

108.691.215.29

Immanuel Karlei de Lucena Soares

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Immanuel Karlei de Lucena Soares

108.691.215.29

Estudante

Rua Solon de Lucena

467

Centro

Centro

Curitiba

PR

81.250-000

immanuelsoares@hotmail.com 83 982616835

99912152074

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Immanuel Karlei de Lucena Soares Ribeiro

071.532.024.63

Genov. publico

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: da Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

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

22 - 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 (assinale 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 LIDER 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esteu ciente de que a Seguradora LIDER 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.

34

COMPREV

COMPREV 49 RENDIMENTO BANCÁRIO

19 AGO. 2019

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

PROTOCOLO

37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

AB. JOÃO PESSOA

38 - 1ª Nome: Matheus Pedro da Silva

CPF: 805.429.524.52

Matheus Pedro da Silva

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Juan Vicente de Souza

CPF: 113.351.024.16

Juan Vicente de Souza

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itapiranga 01/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CDC 001 10003/2010





BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Nº. 485 / 2018.

NATUREZA DA Ocorrência: Acidente de Trânsito (Atropelamento)

DATA DO FATO: 31 / Dezembro / 2016 **HORAS:** 21h20min.

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL. POL. Ivaldo Pedro de Araujo Dias

Notificante/Vítima:

MANOEL JUSCILEIDE SOARES RIBEIRO, natural de Conceição/PB, Solteiro, Servidor Público, nascido no dia 04/03/86, filho de Julio Soares de Oliveira e Benedita Franco Ribeiro, RG 2.778.762 SSP/PB e CPF 071.532.024-63, residente na R. José Antonio de Gois - Nº. 495 Bairro São Geraldo Conceição/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, seu filho "EMANUEL YARLEI DE LACERDA SOARES", nascido no dia 20/Fevereiro/2015, ao atravessar a Rua onde reside, foi atropelado por um veículo tipo GOL, conduzido por alguém que não lhes prestou socorro, sendo a vítima socorrida por seu familiar de nome 'João Soares Ribeiro', para o Hospital e Maternidade Caçula Leite, onde recebeu atendimento Médico, em seguida removido para o Hospital de Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em Campina Grande/PB.



ITAPORANGA/PB, 13 DE Julho DE 2018.

Manoel Juscelide Soares Ribeiro
NOTIFICANTE/VÍTIMA

ESCRIVÃO PLANTONISTA:

Pto. Silva Rodrigues
ESC. POLICIA / DEL. CIVIL
CHefe DE CARTÓRIO





BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Nº. 485 / 2018.

NATUREZA DA Ocorrência: Acidente de Trânsito (Atropelamento)

DATA DO FATO: 31 / Dezembro / 2016 **HORAS:** 21h20min.

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL. Ivaldo Pedro de Araujo Dias

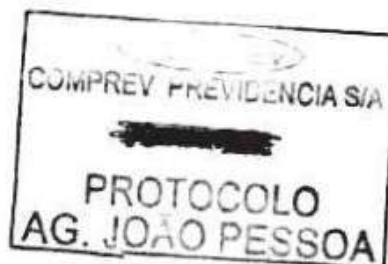
Notificante/Vítima:

MANOEL JUSTI-LEIDE SOARES RIBEIRO, natural de Conceição/PB, Solteiro, Servidor Público, nascido no dia 04/03/86, filho de Julio Soares de Oliveira e Benedita Franco Ribeiro, RG 2.778.762 SSP/PB e CPF 071.532.024-63, residente na R. José Antonio de Góis - Nº. 495 Bairro São Geraldo Conceição/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, seu filho "EMANUEL YARLEY DE LACERDA SOARES", nascido no dia 20/Fevereiro/2015, ao atravessar a Rua onde reside, foi atropelado por um veículo tipo GOL, conduzido por alguém que não lhes prestou socorro, sendo a vítima socorrida por seu familiar de nome 'João Soares Ribeiro', para o Hospital e Maternidade Caçula Leite, onde recebeu atendimento Médico, em seguida removido para o Hospital de Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em Campina Grande/PB.

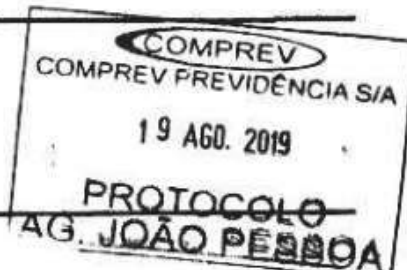


ITAPORANGA/PB, 13 DE Julho DE 2018.

Manoel Justileide Soares Ribeiro
NOTIFICANTE/VÍTIMA

ESCRIVÃO PLANTONISTA:

Pe. João Rodrigues
SEC. POLICIA DE TRAF. DE DROGAS
GRUPO DE CAMPINA



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

Manuel Jaciele de Paiva Soares

CPF da Vítima

Data do Acidente

31/Agosto/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Manoel Jacieleide Soares Rodrigues Ribeiro

CPF do Representante legal

071.532.024-63

Email

seitas-assessoria@hotmail.com

Telefone (DDD)

83 999447520/996978844

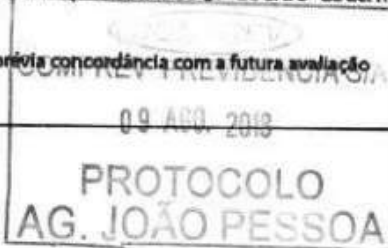
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



Itapetininga, 13 de Julho de 2018
Local e Data

X Manoel Jacieleide Soares Ribeiro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

001/2017





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

108.691.215-29

Immanuel Karlei de Lucena Soares

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Immanuel Karlei de Lucena Soares

108.691.215-29

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Estudante

Rua Solon de Lucena

467

Centro

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Centro

Camocim

PE

55.050-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

soares.immanuel@hotmail.com 83 982816835

99912152074

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Immanuel Karlei de Lucena Soares Ribeiro

Genov. publico

18 - CPF do Representante Legal:

071.532.024-63

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: da Brasil

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3126 8 CONTA: 26.273 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (assinale 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 LIDER 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nos filhos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esteu ciente de que a Seguradora LIDER 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.

34

COMPREV

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

19 AGO. 2019

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

PROTOCOLO

37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: Matheus Pedro da Silva

CPF: 805.429.524-52

Matheus Pedro da Silva

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Juan Vicente de Souza

CPF: 113.351.024-16

Juan Vicente de Souza

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itapocanga 01/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CDC 001 10003/2010





PREFEITURA DE
Conceição
Uma nova cidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO
SECRETARIA DE SAÚDE
CNPJ: 08.943.227/0001-82



HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE CAÇULA LEITE

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE

Nome do Paciente:

Nº do Prontuário:	Data: 31/12/16	Hora: 21:25
Nome do Paciente:	Emanuel Garlei de Moura Soares	
Endereço:	Rua José Antônio de Góis	
Cidade:	Conceição	Bairro: São Geraldo Estado: PB
Nome da Mãe:	Nataly Somara de Moura	
Documento Rg:	CPF:	
Estado Civil: menor	Data Nasc: 20/02/2015	
Sexo: () F (X) M	Data da Saída: / /	
Raça Cor: () Branca (X) Parda	Profissão: menor	
Cartão SIS Pré-Natal:	Religião: menor	
Cartão Nacional de Saúde:	898004810030522	
Ass. Responsável:	Jorge de Oliveira Leite	Fone: 99987-1432

HISTÓRIA CLÍNICA: (Registre as palavras do doente e de todos achados do exame a que foi submetido)

Menor Vital, de
estágio de 1º ano
com 1 ano e 10 meses
de idade, com peso
de 10 kg e altura de
70 cm, com desenvolvimento
adequado para a idade.

PROCEDIMENTOS

- () Consulta Clínica
- () Medicação
- () Observação
- () Internamento
- () Peq. Cirurgias
- () Drenagens
- () Ret. Corpo Est.
- () Consulta Especializada
- () Parto Normal
- () Parto Cesária
- () Cirurgias
- () Outros

SINAIS VITAIS

Temp: _____
Pressão: _____
Glicose: _____
BIOTIPO: _____
Idade: 1 ano
Altura: _____
Peso: Kg _____

Médico:

Hipótese Diagnóstica

+ CE?
Fome e sede

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Médico

Rua Pe. Manoel Otaviano, S/N - CEP: 68.970-000 - Conceição - PB - Fone: (83) 3453 - 2305 / 3453 - 2526



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/06/2020 16:05:41

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061216053850500000030225110

Número do documento: 20061216053850500000030225110



Conceição
Uma nova cidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO
SECRETARIA DE SAÚDE
CNPJ: 08.943.227/0001-82

HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE CAÇULA LEITE

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE

Nome do Paciente: _____

Nº do Prontuário: _____ Data: 31/12/16 Hora: 21:25

Nome do Paciente: Emanuel Garlei da Moura Soares

Endereço: Prefeitura Antônio de Góis N.º _____

Cidade: Conceição Bairro: São Geraldo Estado: PB

Nome da Mãe: Nataly Soares de Macedo

Documento Rg: _____ CPF: _____

Estado Civil: menor Data Nasc: 20/02/2015

Sexo: () F (X) M Data da Saída: / /

Raça Cor: () Branca (X) Parda Profissão: menor

Cartão SIS Pré-Natal: _____ Religião: menor

Cartão Nacional de Saúde: 898.0048.1003.0522

Ass. Responsável: Jorge de Oliveira Leite Fone: 99987-1432 (83)

HISTÓRIA CLÍNICA: (Registre as palavras do doente e de todos achados do exame a que foi submetido)

Menor vítima de
abuso sexual por
seu pai. Foi
levada a um
hospital e
passou por
exames e
tratamento.
Foi encaminhada
para o
hospital de
Conceição.

PROCEDIMENTOS

- () Consulta Clínica
- () Medicação
- () Observação
- () Internamento
- () Peq. Cirurgias
- () Drenagens
- () Ret. Corpo Est.
- () Consulta Especializada
- () Parto Normal
- () Parto Cesária
- () Cirurgias
- () Outros

SINAIS VITAIS

Temp: _____

Pressão: _____

Glicose: _____

BIOTIPO: _____

Idade: 1 ano

Altura: _____

Peso: Kg _____

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 AGO. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA
Médico: _____

Hipótese Diagnóstica

+ CE?
Fusão de Fossos

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Médico

Rua Ps. Manoel Otaviano, S/N - CEP: 68.970-000 - Conceição - PB - Fone: (83) 3453 - 2305 / 3453 - 2526



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	25/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL JUSCICLEIDE SOARES RIBEIRO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02176-8

CONTA: 000000026233-1

Nr. da Autenticação 1B6CB1F9B1640439



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 228 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.120.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

31422500

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ENEDITA FRANCO RIBEIRO

RUA JOSE ANTONIO DE GOES, 495 - SAO GERALDO
CONCEICAO PB 58970-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
E79.004.015.0144.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
01A428822	04/04/2002	EXTERNO LIGADO	POTENCIAL	

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
3936	20	29		04/08/2018
IST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.				
JUN/2018	20	17	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
MAI/2018	20	17	TURBIDEZ	0 0 0
ABR/2018	20	17	CLORO	0 0 0
MAR/2018	20	17	COL. TERHOT	0 0 0
FEV/2018	20	17	COR	0 0 0
JAN/2018	20	17	COL. TOTAIS	0 0 0
MEDIA(M)	20		DADOS REFERENTES A: MAI/2018	

DATA DA IMPRESSÃO: 05/07/2018

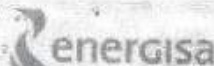
HORA DA IMPRESSÃO: 07:19:05

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	48,90
ESGOTO		



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CARA, 55 - CENTRO
TAPORANGA/PS CEP: 88700-000 JAG: 154

Emissão: 13/04/2018 Referência: Abr/2018
Classe/Sucla: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOPHÁSICO B250 kWh
Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3880 NF med por: 20000200001



ENERGISA PARAIBA-DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 06.906.102/0001-40 Ins. Est. 14.018.004-0

Nota Fiscal: Conto de Energia Elétrica Nº 14.018.004-0
Cód. por Dth. Automático: 91000276634

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAM
Abr/2018	13/04/2018	15/05/2018	3924708409 Rec. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/27663-4

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.037 de 26 de julho de 2009,
informamos a quitação dos débitos referentes aos "serviços"
relacionados à energia elétrica desta unidade consumidora
verificados no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta
declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das
obrigações do consumidor, as quitações das faturas mensais
mínimas dos débitos de seu e sua de referência e dos anos anteriores.
Viu em fe. 0000 no chof? Não toques ou se aproxime. Ligue imediatamente para a Energisa e pague o devido para evitar o corte.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
14/03/18	10032	13/04/18	10280	

Cód.	Descrição	Demonstrativo							
		Quantidade	Tarifa	Valor	Base	Dec.	Adi.	Importe	Subtot.
0801	Consumo em kWh	66.000	0.707930	41.08	41.08	25	10.25	41.08	2.37
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0804	JUROS DE MORA 03/2018	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 03/2018	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

