

Documentos de identificação



REPUbLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 491966 SSP PB

CPF: 250.739.154-53 DATA NASCIMENTO: 15/04/1958

PLACAR: JOSE PEREIRA DA SILVA
ANAIZA TAVARES DA SILVA

PERMISSÃO: ACC CALHAR AB

Nº REGISTRO: 06300024837 VÁLIDADE: 14/04/2019 1º HABILITAÇÃO: 10/02/2015

OBSERVAÇÕES: A ;

Selviano Pereira da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO: 22/02/2016

Assinatura: Arlindo Chaves Souza
Dir. de Documentos - DETRAN/PB

ASSINATURA DO EMISSOR

78550186693
PB032164700

DETTRAN-PB (PARAÍBA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1169411201

Ricardinho

Itaucard Itau

Consulte sua fatura na Internet
ou nas caixas eletrônicos do Itaú

FAC

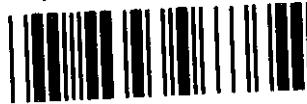


CTC RECIFE PE PL8



JANDUI BARBOSA DE ANDRADE
R JOAO SUASSUNA 83 AP 301
CENTRO
58401-130 CAMPINA GRANDE - PB

Comprovante de residência



Data de Postagem: 12/08/2019
Data de Vencimento: 26/08/2019
Data de fechamento (emissão): 10/08/2019
Data prevista de fechamento da próxima fatura: 10/09/2019

SEVERINO PEREIRA DA SILVA
SIT LAGOA DO JUCA, S/N - ÁREA RURAL
QUEMADAS / PB CEP: 58475000 (AG 401)

Ligação MONOFÁSICO
BR220-KM 153-Alça Sudeste - Três Irmãos-Campina Grande/PB
CNPJ 08.326.599/0001-95 Ins. Est. 16.003.639-1
Roteiro 17-463-359-6748 Referência: Mai/2019
Medidor: A1073072377 Emissas: 28/05/2019

ENERGIA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR220-KM 153-Alça Sudeste - Três Irmãos-Campina Grande/PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.326.599/0001-95 Ins. Est. 16.003.639-1
Nota Fisco/ Conta de Energia Elétrica N°003 632 635
Cód. para Débito Automático: 00001009316

Atendimento ao Cliente ENERGISA - 0800 02310196 - Acesse www.energisa.com.br

Conta referente a **Apresentação** Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Maio / 2019 28/05/2019 27/06/2019 250.739.154-53
Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): **4/100931-6**

Canal de contato:

Anterior **Atual** **Constante** **Consumo** **Dias**

Data	Leitura	Data	Leitura			
28/04/19	15856	28/05/19	16006	1	51	32

De Demonstrativo: Quantidade Total: Valor Base Cál. Alq. Icms/RGS Base Cál. PIS/PASEP Correção

Tributos Totais (R\$) IOM/RS/PI/ICMS PIS/PASEP (R\$) (1.067,76) (4.855,96)

0601 Consumo em kWh 51.007 0.558420 38,47 28,47 25 7,11 28,47 0,30 1,39
0601 Adic. E. Amarela 0,05 0,05 25 0,18 0,05 0,01 0,03
0610 Subsídio 5,98 5,99 25 2,25 5,99 0,39 0,44

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0607 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA 2,37 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0906 Devolução Subsídio -6,21 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 40,27 36,11 0,52 36,11 0,40 1,26
Tributos e/ou Impostos 0,395610

VENCIMENTO: **04/06/2019** **VALOR A PAGAR:** **R\$ 40,27**

Histórico de Consumo (kWh):

50	100	150	200	250	300	350	400	450	500	550	600	650	700	750	800	850	900	950	1000	1050	1100	1150	1200	1250	1300	1350	1400	1450	1500	1550	1600	1650	1700	1750	1800	1850	1900	1950	2000	2050	2100	2150	2200	2250	2300	2350	2400	2450	2500	2550	2600	2650	2700	2750	2800	2850	2900	2950	3000	3050	3100	3150	3200	3250	3300	3350	3400	3450	3500	3550	3600	3650	3700	3750	3800	3850	3900	3950	4000	4050	4100	4150	4200	4250	4300	4350	4400	4450	4500	4550	4600	4650	4700	4750	4800	4850	4900	4950	5000	5050	5100	5150	5200	5250	5300	5350	5400	5450	5500	5550	5600	5650	5700	5750	5800	5850	5900	5950	6000	6050	6100	6150	6200	6250	6300	6350	6400	6450	6500	6550	6600	6650	6700	6750	6800	6850	6900	6950	7000	7050	7100	7150	7200	7250	7300	7350	7400	7450	7500	7550	7600	7650	7700	7750	7800	7850	7900	7950	8000	8050	8100	8150	8200	8250	8300	8350	8400	8450	8500	8550	8600	8650	8700	8750	8800	8850	8900	8950	9000	9050	9100	9150	9200	9250	9300	9350	9400	9450	9500	9550	9600	9650	9700	9750	9800	9850	9900	9950	10000	10050	10100	10150	10200	10250	10300	10350	10400	10450	10500	10550	10600	10650	10700	10750	10800	10850	10900	10950	11000	11050	11100	11150	11200	11250	11300	11350	11400	11450	11500	11550	11600	11650	11700	11750	11800	11850	11900	11950	12000	12050	12100	12150	12200	12250	12300	12350	12400	12450	12500	12550	12600	12650	12700	12750	12800	12850	12900	12950	13000	13050	13100	13150	13200	13250	13300	13350	13400	13450	13500	13550	13600	13650	13700	13750	13800	13850	13900	13950	14000	14050	14100	14150	14200	14250	14300	14350	14400	14450	14500	14550	14600	14650	14700	14750	14800	14850	14900	14950	15000	15050	15100	15150	15200	15250	15300	15350	15400	15450	15500	15550	15600	15650	15700	15750	15800	15850	15900	15950	16000	16050	16100	16150	16200	16250	16300	16350	16400	16450	16500	16550	16600	16650	16700	16750	16800	16850	16900	16950	17000	17050	17100	17150	17200	17250	17300	17350	17400	17450	17500	17550	17600	17650	17700	17750	17800	17850	17900	17950	18000	18050	18100	18150	18200	18250	18300	18350	18400	18450	18500	18550	18600	18650	18700	18750	18800	18850	18900	18950	19000	19050	19100	19150	19200	19250	19300	19350	19400	19450	19500	19550	19600	19650	19700	19750	19800	19850	19900	19950	20000	20050	20100	20150	20200	20250	20300	20350	20400	20450	20500	20550	20600	20650	20700	20750	20800	20850	20900	20950	21000	21050	21100	21150	21200	21250	21300	21350	21400	21450	21500	21550	21600	21650	21700	21750	21800	21850	21900	21950	22000	22050	22100	22150	22200	22250	22300	22350	22400	22450	22500	22550	22600	22650	22700	22750	22800	22850	22900	22950	23000	23050	23100	23150	23200	23250	23300	23350	23400	23450	23500	23550	23600	23650	23700	23750	23800	23850	23900	23950	24000	24050	24100	24150	24200	24250	24300	24350	24400	24450	24500	24550	24600	24650	24700	24750	24800	24850	24900	24950	25000	25050	25100	25150	25200	25250	25300	25350	25400	25450	25500	25550	25600	25650	25700	25750	25800	25850	25900	25950	26000	26050	26100	26150	26200	26250	26300	26350	26400	26450	26500	26550	26600	26650	26700	26750	26800	26850	26900	26950	27000	27050	27100	27150	27200	27250	27300	27350	27400	27450	27500	27550	27600	27650	27700	27750	27800	27850	27900	27950	28000	28050	28100	28150	28200	28250	28300	28350	28400	28450	28500	28550	28600	28650	28700	28750	28800	28850	28900	28950	29000	29050	29100	29150	29200	29250	29300	29350	29400	29450	29500	29550	29600	29650	29700	29750	29800	29850	29900	29950	30000	30050	30100	30150	30200	30250	30300	30350	30400	30450	30500	30550	30600	30650	30700	30750	30800	30850	30900	30950	31000	31050	31100	31150	31200	31250	31300	31350	31400	31450	31500	31550	31600	31650	31700	31750	31800	31850	31900	31950	32000	32050	32100	32150	32200	32250	32300	32350	32400	32450	32500	32550	32600	32650	32700	32750	32800	32850	32900	32950	33000	33050	33100	33150	33200	33250	33300	33350	33400	33450	33500	33550	33600	33650	33700	33750	33800	33850	33900	33950	34000	34050	34100	34150	34200	34250	34300	34350	34400	34450	34500	34550	34600	34650	34700	34750	34800	34850	34900	34950	35000	35050	35100	35150	35200	35250	35300	35350	35400	35450	35500	35550	35600	35650	35700	35750	35800	35850	35900	35950	36000	36050	36100	36150	36200	36250	36300	36350	36400	36450	36500	36550	36600	36650	36700	36750	36800	36850	36900	36950	37000	37050	37100	37150	37200	37250	37300	37350	37400	37450	37500	37550	37600	37650	37700	37750	37800	37850	37900	37950	38000	38050	38100	38150	38200	38250	38300	38350	38400	38450	38500	38550	38600	38650	38700	38750	38800	38850	38900	38950	39000	39050	39100	39150	39200	39250	39300	39350	39400	39450	39500	39550	39600	39650	39700	39750	39800	39850	39900	39950	40000	40050	40100	40150	40200	40250	40300	40350	40400	40450	40500	40550	40600	40650	40700	40750	40800	40850	40900	40950	41000	41050	41100	41150	41200	41250	41300	41350	41400	41450	41500	41550	41600	41650	41700	41750	41800	41850	41900	41950	42000	42050	42100	42150	42200	42250	42300	42350	42400	42450	42500	42550	42600	42650	42700	42750	42800	42850	42900	42950	43000	43050	43100	43150	43200	43250	43300	43350	43400	43450	43500	43550	43600	43650	43700	43750	43800	43850	43900	43950	44000	44050	44100	44150	44200	44250	44300	44350	44400	44450	44500	44550	44600	44650	44700	44750	44800	44850	44900	44950	45000	45050	45100	45150	45200	45250	45300	45350	45400	45450	45500	45550	45600	45650	45700	45750	45800	45850	45900	45950	46000	46050	46100	46150	46200	46250	46300	46350	46400	46450	46500	46550	46600	46650	46700	46750	46800	46850	46900	46950	47000	47050	47100	47150	47200	47250	47300	47350	47400	47450	47500	47550	47600	47650	47700	47750	47800	47850	47900	47950	48000	48050	48100	48150	48200	48250	48300	48350	48400	48450	48500
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
 SEGUNDA GERÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE QUEIMADAS-PB

CERTIDÃO

RECEBIDO

05 SET 2019

Seguradora Lider DPVAT

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada aos **VINTE E OITO** dias do mês de **MAIO** do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de Queimadas, Estado da Paraíba e na DEPOL LOCAL, presente a Autoridade Policial, **Bela**, **JULIANA FERNANDA BRASIL BARBOSA BRUCE**, comigo, Escrivão (ã) de Polícia AD HOC, ao final assinado (a) e declarado (a), aí, por volta das 11h30min, compareceu (o) a Senhora (a) **ADÉLIA PEREIRA DA SILVA "ADÉLIA"**, brasileira, portadora do RG nº 381.09 SSP/PB, inscrita no CPF 147.990.064-87, nascida em 20/08/1952, filha de José Pereira da Silva e de Anailza Tavares Pereira, natural de Queimadas/PB, professora aposentada, vive em união estável, com ensino médio completo, com 66 anos, residente no Sítio Capim de Planta, próximo ao bar de Zé de Nena, no município de Queimadas/PB. Telefone: 83 9 9137-2635, para noticiar haja vista que o acidentado, **SEVERINO PEREIRA DA SILVA "SEVERO"**, brasileiro, portador do RG nº 491.966 SSP/PB, inscrito no CPF 250.739.154-53, nascido em 15/04/1958, filho de José Pereira da Silva e de Anailza Tavares Pereira, natural de Queimadas/PB, agricultor, casado, com ensino fundamental incompleto, com 61 anos, residente no Sítio Lagoa do Jucá, próximo ao Grupo Escolar José Pereira, no município de Queimadas/PB. Telefone: 83 9 9149-2551, está impossibilitado de se locomover, (o) a qual depois de cientificado das penalidades cominadas no art. 299 do CPB vimos notificar o **SEGUINTE**: Que no dia 23/03/2019, por volta das 09h30min, **SEVERINO** conduzia a motocicleta HONDA/NXR150 BROS ES, placa MNQ 8733/PB, chassi 9C2KD03307R031218, ano de fabricação 2007, modelo 2007, de cor vermelha, RENAVAM 0091204801-8 registrada em nome de Severino Pereira da Silva, nas proximidades do Sítio Lutador, na cidade de Queimadas, quando um ônibus conduzido por Zezé Mendes, em uma curva, colidiu com a motocicleta; QUE **SEVERINO** sofreu diversas fraturas, tendo sido socorrido pelo SAMU, vindo a ficar hospitalizado no Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande/PB por 17 dias, onde foi submetido a diversas cirurgias; Que possui as seguintes testemunhas: **ANTONIO JOSE PEREIRA**, residente no Sítio Capim de Planta, próximo ao Bar de Zé de Nena – Zona Rural, Queimadas/PB e **CREUZA PEREIRA DA SILVA**, residente no Sítio Capim de Planta, próximo ao Bar de Zé de Nena – Zona Rural. Era o que tinha a Certificar. Eu Simone Vilela dos Anjos, escrivã AD HOC que o digitei, data e assino.

Queimadas/PB, 28 de maio de 2019

Simone Vilela dos Anjos
 Matrícula 182.055-9
 Agente de investigação

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

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, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190529845

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JANDUI BARBOSA DE ANDRADE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SEVERINO PEREIRA DA SILVA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

250.738.154-53 SEVERINO PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo:

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

CPF:

250.738.154-53

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

SITIO LAGOA DO JUZ

Número:

Complemento:

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

QUEIMADAS

Estado:

PARÁ/BA

CEP:

58475-000

E-mail:

abg.cg.pt@gmail.com

Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Name do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2508

9

CONTA: 5.845-

9

(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.

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: QUEIMADAS - PB 26/08/2019
Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CPF: 250.738.154-53

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

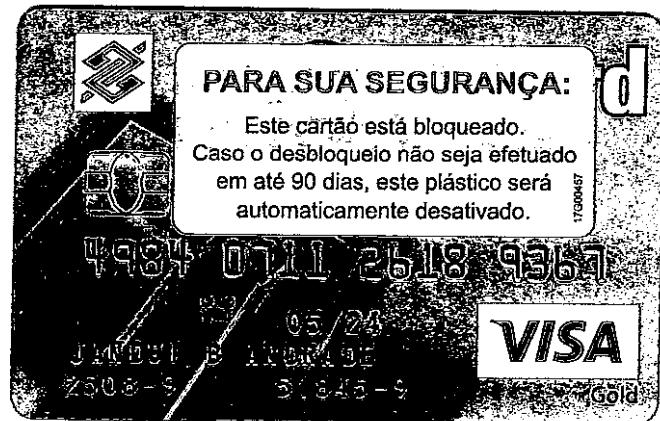
2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190529845

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JANDUI BARBOSA DE ANDRADE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190529845

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JANDUI BARBOSA DE ANDRADE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317138/19

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

CPF: 250.739.154-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2019

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JANDUI BARBOSA DE ANDRADE : 725.814.924-49

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

SEVERINO PEREIRA DA SILVA : 250.739.154-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2019
Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CPF: 250.739.154-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Cristina Limeira Alves

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317138/19

Número do Sinistro: 3190529845

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

CPF: 250.739.154-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2019

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JANDUI BARBOSA DE ANDRADE : 725.814.924-49

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

SEVERINO PEREIRA DA SILVA : 250.739.154-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2019
Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CPF: 250.739.154-53

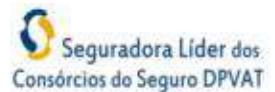
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Cristina Limeira Alves

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317138/19

Número do Sinistro: 3190529845

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

CPF: 250.739.154-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2019

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JANDUI BARBOSA DE ANDRADE : 725.814.924-49

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

SEVERINO PEREIRA DA SILVA : 250.739.154-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2019
Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CPF: 250.739.154-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Cristina Limeira Alves

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE(S): SEVERINO PEREIRA DA SILVA, casado, agricultor, RG. 491966, SSP/PB., CPF. 250.739.154-53, residente no Sítio Lagoa do Jucá, Queimadas-PB. (próximo ao Grupo Escolar José Pereira).

OUTORGADOS: Dr. JANDUÍ BARBOSA DE ANDRADE, brasileiro, casado, advogado, OAB-PB 9.652 com endereço profissional na Rua João Belarmino Barbosa, 11, Centro, Queimadas-PB, onde deverá ser intimado.

PODERES: Para o Foro em geral, com a cláusula ad-judicia, na forma do art. 38 do Código de Processo Civil para que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante, e defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, **firme e valioso especialmente para requerer Seguro Obrigatório DPVAT.**

DECLARAÇÃO: O (a) (s) outorgante (s) **DECLARA (M)**, para todos os fins de direito sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com despesas inerentes à presente Ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º da Lei 1.060 de 1950.

Queimadas-PB., 26 / 08 /2019

Severino Pereira da Silva
OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE BÁNOS PESSOAIS, AUSADOS POR VEÍCULOS AUTONÔMOS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS, TRANSPORTADAS QUÃO SEGURO DPVAT.

DETAN - PB		Nº 014797753516	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO		DESENTRALIZADO	
PLACA	VIA	2013011800167304-1	PERÍODO
RE 1	0091204801-8	00/00/00000000	2019

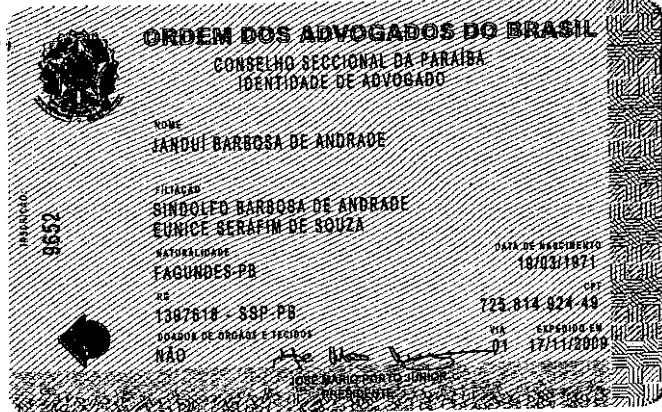
NOME
D. SEVERINO PEREIRA DA SILVA

CPF/CNPJ	25077915453	PLACA	MN08732798
PLACA ANT / UF	BB	CHASSI	9C2RD03307R031218
ESPECIE/TIPO	MOTOCICLETA	COMBUSTIVEL	GASOLINA
MARCA / MODELO	HONDA / NXR150 Bros ES	ANO/RE	2007
CAP / POT / CL	2 P/149 / CI	CATEGORIA	Partic
COTA UNICA	00/00/0000	COR/FREQUENTANTE	VERMELHA
P		VEICO/TOCA UNICA	veiculos
V	*****	PARCELAMENTO / COTAS	2
A	0	IP	3
PREMIOS TARIFARIO (P)		PREMIO TOTAL (P)	DATA DE PRAZO
3	8	P A G 8	08/03/2019
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		OBSERVAÇÕES	
QUEIMADAS - PB		LOCAL	DATA
33375		9393	08/03/2019

BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT			
PROTEGE MÍNS INFORMAÇÕES, ISIA NO VERSO			
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
VISITE OS SITES DOPVAT.COM.BR			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO	2019	DATA EMISSÃO	08/03/2019
PLACA	MNQ8733/EB		
MARCA / MODELO	HONDA / NXR150 Bros ES		
Nº CHASSI	00912048018		
PREMIO TARIFFARIO			
VALOR PREMIO	SEGURO	VALOR PREMIO	SEGURO
VALOR PREMIO	PARCELADO	VALOR PREMIO	PARCELADO
SEGURADORA LINER - DPVAT		DATA DE OUTRAÇÃO	
08/03/2019		08/03/2019	

DUT







ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUEIMADAS
SECRETARIA DE SAÚDE

NOME: <i>Silvana</i>		SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IDADE:		
NÚMERO DA OCORRÊNCIA: <i>3763394</i>		CIDADE: <i>Queimadas</i>			
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <i>estrada baturitá</i>					
DATA: <i>23-03-2014</i>	HORA: <i>09:56</i>	ALERGIAS: <i>não</i>			
MEDICAÇÃO EM USO:		ANTECEDENTES:			
MÉDICO REGULADOR: <i>D. B. B. B.</i>	MÉDICO USA: _____	USA: <input type="checkbox"/>	USB: <input checked="" type="checkbox"/> 42		
ENFERMEIRO(A): <i>Andréa Alves Gomes</i>		COREN nº <i>414.025</i>			
TÉC. DE ENFERMAGEM: <i>Andréa Alves Gomes</i>		COREN nº <i>3224975</i>			
CONDUTOR <i>motorista</i>					
TIPO DE AGRADO:					
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de motocicleta <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Desabamento/Soterramento <input type="checkbox"/> Eletrocussão		<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Gineco-obstétrico <input type="checkbox"/> Lesões térmicas <input type="checkbox"/> Pediátrico <input type="checkbox"/> Psiquiátrico			
<input type="checkbox"/> Quase afogamento/Afogamento <input type="checkbox"/> Queda _____ metros <input type="checkbox"/> Queda da própria altura <input type="checkbox"/> Queda de andaime <input type="checkbox"/> Queimaduras <input type="checkbox"/> Outros: <i>edema abdominal e rectal</i>					
SISTEMA NEUROLÓGICO:					
<input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Desorientado		<input type="checkbox"/> Coma <input checked="" type="checkbox"/> Orientado			
<input type="checkbox"/> Consciente		<input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Sonolência			
PUPILAS: <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input checked="" type="checkbox"/> Arreagentes <input type="checkbox"/> Fotomisergentes <input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Midriáticas <input type="checkbox"/> Mióticas					
ESCALA DE COMA DE GLASCOW					
ABERTURA OCULAR:	(1) Não abre	(2) Com estímulo doloroso	(3) Com estímulo auditivo	(4) Espontânea	
RESPOSTA VERBAL:	(1) Não verbaliza	(2) Sons ou gemidos	(3) Palavras impróprias	(4) Confuso	(5) Orientado
RESPOSTA MOTORA:	(1) Não reage	(2) Reage a dor com extensão	(3) Reage com flexão anormal	(4) Flexão normal	
TOTAL:	(5) Localiza a dor	(6) Obedece às ordens e movimentos espontâneos			
PELE:	(+) Afebril <input type="checkbox"/> Hipocorada	(-) Anictérica <input type="checkbox"/> Hipotérmico	(-) Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica	(-) Cianótica <input type="checkbox"/> Normocorada	(+) Hipertérmico
SISTEMA CARDIOVASCULAR: <input type="checkbox"/> Bradicardio <input type="checkbox"/> Hipertenso <input type="checkbox"/> Hipotensão <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdio <input type="checkbox"/> Normotensão					
SINAIS VITAIS: VVA: <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstruída		RESPIRAÇÃO: <input type="checkbox"/> >30rpm <input checked="" type="checkbox"/> <30rpm		PA: <i>130/80</i> x <i>140/90</i>	
PULSO RADIAL: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente		Glicemia: <i>160</i> mg/dl		FC: <i>39</i> /SAT	O ₂ : <i>100%</i> T. Axilar: _____
EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: <input type="checkbox"/> Abortamento <input type="checkbox"/> Hemorragia Vaginal <input type="checkbox"/> Trabalho de parto <input type="checkbox"/> Outros: _____					
TERAPÉUTICA/MEDICAMENTOS (prescrição por telemedicina): <i>Solo Nitropristina 40mg + 10ml</i> <i>Salbutamol 100mcg</i>					
SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnóstico):					
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada <input type="checkbox"/> Confusão aguda <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Deambulação prejudicada <input type="checkbox"/> Débito cardíaco diminuído <input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das VVA <input type="checkbox"/> Disreflexia autonômica			<input checked="" type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Integridade tissular prejudicada <input type="checkbox"/> Interção social prejudicada <input type="checkbox"/> Intolerância à atividade <input type="checkbox"/> Mucosa oral prejudicada		
			<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Retenção urinária <input type="checkbox"/> Termorregulação ineficaz <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada <input type="checkbox"/> Volumes de líquidos deficientes <input type="checkbox"/> Volumes excessivos de líquidos <input type="checkbox"/> Outros: _____		
INTERVENÇÕES:					
<i>Recidiva no Dr. Antônio Gondim</i> <i>Médico: CRM-PB-03757</i> <i>A. Treinaria C (C-CPH-03757)</i>					

ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES DO(A) ENFERMEIRO(A)

Paciente vítima de colisão envolvendo moto, o mesmo estava no momento acidente com capacete, mas no momento da ocorrência estava sem capacete, clipes e óculos, não levava luvas, não havia com fratura exposta no nível do tornozelo direito, apresentava ferida com hemorragia de tecido vivo p/ o tornozelo direito, realizada limpeza e higienização local e protocolo de trauma, a pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, hipotensão, dor mandibular, ferimento no tornozelo direito e no encarceramento do hospital de Trauma de Campinas Grande.

Ariadne Alves Góes
COREN 417.035
ENFERMEIRA

ANOTAÇÕES DO(A) TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM:

Paciente vítima de colisão moto X ônibus, estava na moto, "SEGU" estava com capacete, no momento da ocorrência estava sem capacete, clipes e óculos, apresentando lesões expostas no nível do tornozelo direito + provável luxação no pé esquerdo. Foi imobilizado e encaminhado para hospital de trauma, Campinas Grande.

Data da internação: 23/03/2019 Hora: 12:20:06

SUS

Sistema
Único do
da
Saúde
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1859239

7 - CARTÃO DO SUS

705007443032558

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/04/1958

9 - SEXO

Masc

Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

ANAIZA TAVARES DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDA N° DE TELEFONE

83 91372635

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

SITIO LAGOA DE JUCA , 0 , ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Queimadas

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

251250

PB

16 - CEP

58475000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Parante vítima de acidente de moto com fratura no pé esquerdo e ferimento no pé direito.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame Fisico + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
fratura luxada do T11/12 (L1) Eléctro

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016004457154

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ANTONIO DE SA BARRETO GONDIM NETO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/03/2019

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

DR. JOSE RENNA GOMES

CRM-PB 9121

CRA-PB 9121

33 - () ACIDENTE DE TRANSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR		() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
/ /	

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



CONTROLE CIRÚRGICO

• Rua Capitão José da Luz, 25^o Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-79

0730

MA

Paciente: Sueliara Priscila da Silva
Hospital: H. Fazenda de L. Sávio de
Médico: Dra. Angélica + Dr. Edvaldo
Data da Cirurgia: 07/06/19 Procedimento: Fist. Plat. Ileal
Prontuário: 185970 Convênio:
Instrumentadora(O): Bruna Circulante:

Recife, 23 de setembro de 2019

Circulante

Médico Responsável

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Silviano Pereira da Silva DN 1504-1958

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

QI

LEITE

CONVÊNIO

IDADE

REGISTRO

CIRURGIA

Platô Tibial
Protomeia Crugio

CIRURGIÃO

Dr. Antônio + Dr. Edvaldo

ANESTESIA

Roxo

ANESTESIA

D. Ricardo

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

Ana

03-04-19

13:40

15:50

Qtd.

MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostoma

Qtd.

FIOS

CÓDIGO

Adrenaliná amp.

01

Atropina amp.

Catet. p/ Óxg.

Diazepam amp.

Catet. De Urinar Sist. Fech.

Dimore amp.

Compressa Grande

Dolantina amp.

Compressa Pequena

Efrane ml

Cotonoide

Fenegam amp.

Dreno

Fentanil ml

Dreno Kerr nº

Inova ml

Dreno Penrose nº

Ketalar ml

Equipo de Macrogotas

Mercaina 0.2 % ml

Equipo de Macrogotas

Nubetino amp.

Equipo de Sangue

Pavulon amp.

Equipo de PVC

Protigmine amp.

Espasadrapo Larco cm

Protocolo i/m

Furacim ml

Quelicin ml

Gase Pacote c/ 10 unidades

Rapifen amp.

H₂O₂ ml

Thionembutal ml

Intracath Adulto

Tracrium amp.

Intracath Infantil

Qtd.

MEDICAÇÕES

Lâmina de Bisturi nº 23

01

Agua Destilada amp.

Lâmina de Bisturi nº 11

02

Decadron amp.

Lâmina de Bisturi nº 15

03

Dipirona amp.

Luvas 7.0

04

Flexidol amp.

Luvas 7.5

05

Flebotortid amp.

Luvas 8.0

06

Geramicina amp.

Luvas 8.5

07

Glicose amp.

Proceder

08

Glucon de Cálcio amp.

Oxigênio i/m

09

Haemacel ml.

Poliflix

10

Heparema ml.

PVPI Degemante ml

11

Kanakion amp.

Sabão Antiséptico

12

Lasix amp.

Saco coletor pl. liso

13

Medrotinazol.

Seringa desc. 10 ml

14

Plasili amp.

Seringa desc. 20 ml

15

Prolamina

Seringa desc. 05 ml

16

Revivan amp.

Sonda

17

Stuptanon amp.

Sonda Foley

18

Cefalotina 1g

Sonda Nasogástrica

19

Aguilha desc. 25 x 7

Vaselina ml

20

Aguilha desc. 28 x 28

Gelcon 18

21

Aguilha desc. 3 x 4,5

Latese

22

Aguilha p/ raque nº

05 e letarcal

23

Álcool de Enfermagem

70%

24

Álcool Iodado ml

5

25

Ataduras de Crepon

15

26

Ataduras de Gessada

27

Azul metíleno amp.

28

Benzina ml

Qtd.

SOROS

01

SG Normotérmico fr 500 ml

02

SG Gelado fr 500 ml

03

SG Hipertérmico fr 500 ml

04

SG Ringr fr 500 ml

05

SG 500 ml

06

Proceder

07

Proceder

08

Proceder

09

Proceder

10

Proceder

11

Proceder

12

Proceder

13

Proceder

14

Proceder

15

Proceder

16

Proceder

17

Proceder

18

Proceder

19

Proceder

20

Proceder

21

Proceder

22

Proceder

23

Proceder

24

Proceder

25

Proceder

26

Proceder

27

Proceder

28

Proceder

29

Proceder

30

Proceder

31

Proceder

32

Proceder

33

Proceder

34

Proceder

35

Proceder

36

Proceder

37

Proceder

38

Proceder

39

Proceder

40

Proceder

41

Proceder

42

Proceder

43

Proceder

44

Proceder

45

Proceder

46

Proceder

47

Proceder

48

Proceder

49

Proceder

50

Proceder

51

Proceder

52

Proceder

53

Proceder

54

Proceder

55

Proceder

56

Proceder

57

Proceder

58

Proceder

59

Proceder

60

Proceder

61

Proceder

62

Proceder

63

Proceder

64

Proceder

65

Proceder

66

Proceder

67

03/04/2019

HTCG-Painel Administrativo

CNPJ: 08.778.268/0

Data: 03/04/2019

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME : Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO DA PARAÍBA



Número do Prontuário: 131429

DATA DA CIRURGIA: 31/12/1969

Número do Atendimento: 1859239 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 3 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Data da Internação: 23/03/2019

Atendimento: 1859239

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA PL

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: Data da Cirurgia:

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Tipo de anestesia: RAQUI

Relatório Imediato do Patologista: NAO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NAO

Descrição da Operação: 01-PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

03-COLOCACÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS

04-INCISÃO EM FACE ANTERO MEDIAL E LATERAL DE PÉRНА DIREITA + DISSECÇÃO
POR PLANOS + HEMOSTASIA

05-REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA + OSTEOSÍNTSE COM DUAS PLACAS EM L
4.5 2X5 + PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS, SOB ESCÓPIA

06-LAVADO FO COM SF(0,9%) + SUTURA + CURATIVOS

Data 03/04/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo

Wagner Luiz Egito De Araujo
HR-ORTOPEDIA-TRATOGOG
C.R.M. - PR - K926

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Silvano Pereira da Silva - DV-13/04/1958

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO
		SUS	60 anos	1859170
CIRURGIA	bloco cirúrgico P/ Dr. Rocca	CIRURGÃO	Dr. Wagner	
ANESTESIA	Silvano em evacuador Raque + Sedação	ANESTESIA	Dr. Shiddarata	
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM	
	23/03/19	14:300	14:50	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	01 Calef. p/ Oxi.		Calgut cromado Sertix
	Atropina amp.			Calgut cromado Sertix
	Diazepam amp.	04 Compressa Grande		Calgut cromado Sertix
01	Dimorfan amp.	01 Ximino		Calgut Simples
	Dolantina amp.			Calgut Simples Sertix
	Efrane ml			Calgut Simples Sertix
	Fenegam amp.			Calgut Simples Sertix
	Fentanil ml			Cera p/ osso
	Inova ml			Ethibond
	Ketalar ml			Ethibond
01	Mercaina 015% % ml			Ethibond
	Nubahin amp.			Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.	01,5		Fio de Algodão Sutupak
	Protocolo l/m			Fio de Algodão Sutupak
	Quelicin ml	06		Fila cardíaca
	Rapifen amp.		04	Mononylon 70 3-0
	Thionembutal ml			Mononylon
	Tracrium amp.			Prolene Serfix
Qtd.	MEDICAÇÕES	01		Prolene Serfix
03	Água Destilada amp.			Lâmina de Bisturi nº 23
01	Decadron amp.			Lâmina de Bisturi nº 11
02	Dipirona amp.	02		Lâmina de Bisturi nº 15
	Flaxidol amp.	0,9		Luvas 7,0
	Flebocortil amp.	0,9		Luvas 7,5
	Geramicina amp.	0,1		Luvas 8,0
	Glicose amp.	0,1/14,4		Luvas 8,5
	Glucos de Cálcio amp.			Oxigênio l/m
	Haemacei ml.			Polifix
	Heparema ml.			PVPI Degemente ml
	Kanakion amp.	0,05		PVPI Tópico ml.
	Lasix amp.	0,5	02	Sabão Antiséptico
	Medrotinazol.	0,2		Saco coletor
	Plasil amp.	0,1		Seringa desc. 10 ml
	Prolamina	0,2		Seringa desc. 20 ml
	Revivan amp.			Seringa desc. 05 ml
	Stuptanori amp.			Sonda
	Cefalotina 1g			Sonda Foley
02	Cefalotaxima		01	Sonda Nasogástrica
01	metileodion			Sonda Uretral nº
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml	Qtd.	SOROS
	Aguilha desc. 25 x 7		02	Sabão Antiséptico fr 500 ml
03	Aguilha desc. 28 x 28	400/12		SG Normotérmico fr 500 ml
	Aguilha desc. 3 x 4,5			SG Gelado fr 500 ml
01	Aguilha p/ raque nº 27-5	05		SG Hipertérmico fr 500 ml
01	Alcool de Enfermagem	0,3		SG Ringer fr 500 ml
	Alcool Iodado ml			SG fr 500 ml
04	Aladuras de Crepon	150ml		300ml SF p/ lavar
	Aladuras de Gessada			0,5 ORTESE E PROTESE
	Azul metileno amp.			0,5 Sest de direção para sítio
	Benzina ml			line fer p/ tatu
Qtd.	MODIFICAÇÕES	Bolsa Colostoma	Qtd.	EQUIPAMENTOS
	Agulha desc. 25 x 7			Oxímetro de Pulso
	Agulha desc. 28 x 28	400/12		() Foco Auxiliar
	Aguilha desc. 3 x 4,5			() Eletrocautério
01	Aguilha p/ raque nº 27-5	05		() Oxicardiografo
01	Alcool de Enfermagem	0,3		() Desfibrilador
	Alcool Iodado ml			() Foco Frontal
04	Aladuras de Crepon	150ml		() Fonte de Luz
	Aladuras de Gessada			() Perfurador Elétrico
	Azul metileno amp.		01	Fluotac
	Benzina ml			CIRCULANTE RESPONSABILIZANTE

Lote: 01135 Código: FOB 7 203
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEOA
SARTORI-LINEFIX TIBIA T
250 - ESTERIL
Fab.: 27/08/2018 Val.: 09/09/2023
Registro Anvisa Nº 000856650031

Lote: 01135 Código: AFIS 8 680
PRO INTRAMEDULAR OSSEO - R
XCK 45 X 200 XT
Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 01.61.623/0001-00 - Rio Claro - SP
Tel: +55 19 3358-1910 info@sartoriliner.com.br

Lote: 04125 Código: AFIS 8 680
PRO INTRAMEDULAR OSSEO - R
XCK 45 X 200 XT
Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.61.623/0001-00 - Rio Claro - SP
Tel: +55 19 3358-1910 info@sartoriliner.com.br

Lote: 04125 Código: AFIS 8 680
PRO INTRAMEDULAR OSSEO - R
XCK 45 X 200 XT
Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.61.623/0001-00 - Rio Claro - SP
Tel: +55 19 3358-1910 info@sartoriliner.com.br

02

01

02

01

01

01

01

MOD 066



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Silvana Pereira da Silveira PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 592.7 NO CID. DURANTE O PERÍODO DE 23 / 03 / 99 A 08 / 04 / 99 NECESSITANDO DE 90 (NOVENTA) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 08 / 04 / 99

*Ass. do Médico ou Técnico de Araújo
Dr. Wagner de Araújo
MR. ORTOPEDIA - RAD. CIR.
CRM - PB 8924*

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável