

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: H.R.P Enfermaria:

Leito: _____ N° Prontuário: _____ Data: 01/08/19

Nome: Michael Kelox Silva Costa

Sexo: () Feminino Masculino Idade: 15 Peso: 75 kg Altura: _____ Cor: P

Data Nascimento: _____ Pressão Anterior Pulso: 160x75 / 70 Respiração: 16 l/min

Temperatura: 36,6 °C Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____

Hematocrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____

Urina: _____ Aparelho Respiratório: OK Asma: _____ Bronquite: _____

Aparelho Circulatório: OK Eletrocardiograma: _____

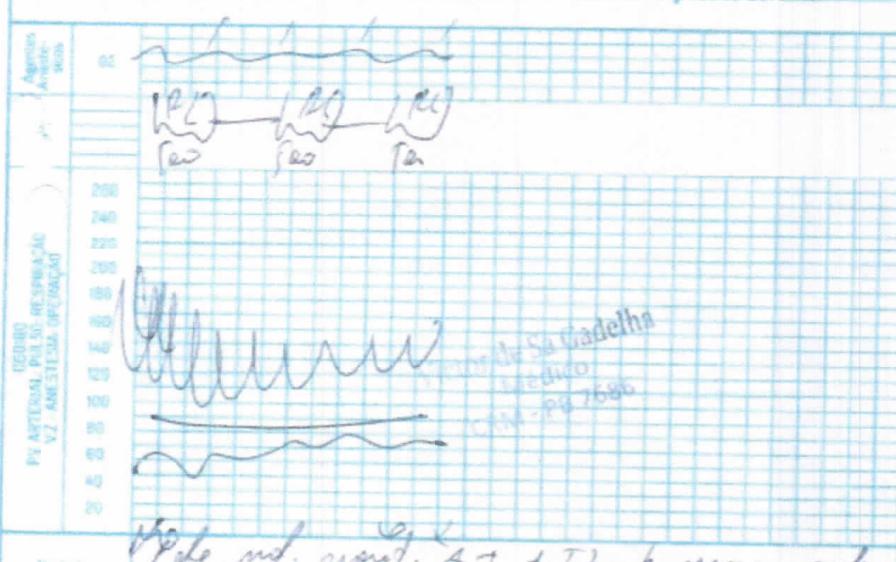
Aparelho Digestivo: OK Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: LOTE Ataraxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____

Diagnóstico Pré Operatório: Fratura fêmur Estado Físico: _____ Risco: _____

Anestesia Anteriores: _____

Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada ás: _____ Efeito: _____



Posição: própria - DDA
Agentes: O. Enfi. ms 17 + O. injeção de
Técnica: gaspari
Pões: 01 - V.O.

Cânula: _____
Operação: Fract. fem. fêmur
Anestesistas: Dr. V.P.

INDUÇÃO

Satisf _____ Excit _____ Tosse _____

Laringo Espasmo _____ Lenta _____

Náuseas _____ Vômitos _____

Outros: _____

MANUTENÇÃO

Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____

Não. porque? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO _____

Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____

Náuseas _____ Vômitos _____

Outros: _____

Com cânula para o leito sim _____ não _____



REG. 01 DEPUTADO
SANDUHY CARNEIRO 13/07

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

SUS 

PRONT...: 29846 N° REQUIS.: 15953
PACIENTE: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

EMISSÃO.: 30/07/2019
SEXO: M IDADE....: 15

GLICOSE JEJUM

Material.: SORO
Método...: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

NORMAL 70 A 100
ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125
SUGERE DIABETES > 126

mg/dL

RESULTADO..... 97

PACIENTE: MIKAEL KELVY SILVA COSTA
PACIENTE: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

DATA: 30/07/2019
PESO: 60 KG

GLICOSE JEJUM

Material.: SORO
Método...: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

NORMAL 70 A 100
ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125
SUGERE DIABETES > 126

mg/dL

RESULTADO..... 97


Lucas Araújo Silva
Biomédico
CRBM 9027



PRONT....: 29846 N°REQUIS.: 15405
PACIENTE: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

EMISSÃO.: 22/07/2019
SEXO: M IDADE....: 15

C.C 1201

COAGULOGRAMA

Material: SORO
Método...: AUTOMATICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:
T.P. Paciente.....: 16 seg.
T.P. Controle.....: 13 seg.
Atividade.....: 69,9 %
Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.
A. Enzimática: 70 a 100%.

INR

Resultado.....: 1,26
Valores de Referência:
sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2
uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:
T.T.P.A. Paciente.....: 41 seg.
T.T.P.A. Controle.....: seg.
Valores de Referência:
TAP Paciente.....: 26 a 36 seg.

Marlon Cleidson S. P. Pereira
CRM: 2.428516
Biomédico Patologista Clínico



PRONT...: 29846 N° REQUIS.: 15405
PACIENTE: MIKAEL KELVY SILVA COSTAEMISSÃO.: 22/07/2019
SEXO: M IDADE....: 15

CC

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE
Método...

NIHON KOHDEN

VALOR DE REFERÊNCIA

ERITROGRAMA
HEMÁCIAS.....: 4.190 milhões/mm³FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9 milhões/mm³

HEMOGLOBINA.....: 12,1 g/dL

FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO.....: 36,6 %

FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53VCM.....: 87,4 fL
IM.....: 28,9 pg
CHCM.....: 33,1 g/dL
IDW.....: 13,8 %NORMAL 80 a 100
NORMAL 26 a 34
NORMAL 31 a 55
NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 9.600 /mm³

NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0 NORMAL 0 a 0
MIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0 NORMAL 0 a 0
METAMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0 NORMAL 0 a 0
BASTONETES.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 5 NORMAL 0 a 9000
SEGMENTADOS.....: 79 % 7584 /mm³ NORMAL 35 a 65 NORMAL 1800 a 8500
EOSINÓFILOS.....: 2 % 0192 /mm³ NORMAL 1 a 4 NORMAL 35 a 600
BASÓFILOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 1 NORMAL 0 a 100
LÍNFÓCITOS.....: 11 % 1056 /mm³ NORMAL 25 a 45 NORMAL 875 a 4500
MONÓCITOS.....: 8 190 % 0768 /mm³ NORMAL 2 a 8 NORMAL 70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 132.000 MIL/mm³

NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

ERIE VERMELHA.....: 36,6

ERIE BRANCA.....:

ERIE PLAQUETÁRIA.....: 87,4

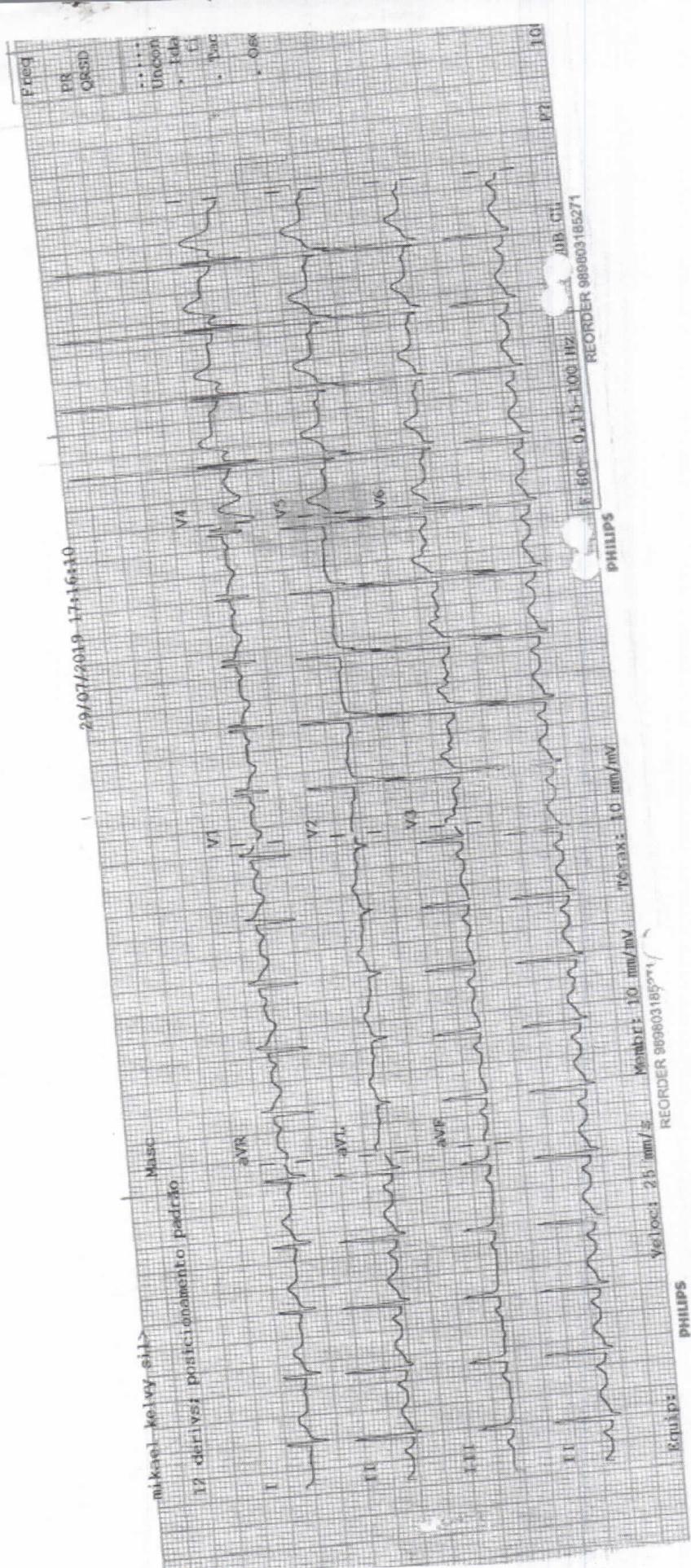
OUTRAS OBSERVAÇÕES

87,4
28,9
33,1

LEUCOCITOS

LEUCOCITOS.....: 9.600

000 0000
000 0000
000 0000M
A
S



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	54935	PRONTUÁRIO	29846
DATA	21/07/2019	OPERADOR	LCLEA
MÉDICO	MOURIBE ARRUDA FELINTO		
PACIENTE	MIKAEL KELVY SILVA COSTA	IDADE	15a 2m

RESUMO CLÍNICO:

Vítima de acidente de trânsito

DIAGNÓSTICO:
CID-10: Fractura torácica S72.8

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Placa fixa

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Parte 326 S/ Rua lma no hor

MENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Observação de artéria

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA Curado Melhorado Inalterado Óbito

DESTINO Residência Atendimento domiciliar

Transferência para _____

PATOS/PB, 04 DE 08 DE 2019.

João H. Souza Leite
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1417

MÉDICO/CRM





Atendimento: 201900394526
Paciente: MIKAEL KELVY SILVA COSTA
Data de Nascimento: 24/05/2004

Idade: 15 anos
Data: 27/07/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Ventículos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.
Sulcos, fissuras e cisternas encefálicas de amplitude habitual à faixa etária.
Quarto ventrículo anatômico.
Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.
Calcificação da pineal e plexos coroides, sem significado patológico.

Impressão Diagnóstica:

Estudo tomográfico do crânio sem evidência de alterações.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 28/07/2019 03:14.


Dr. Aluísio Pereira
CRM: 5227460.0



ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 21/07/19 Hora 14h00 Gênero M

Nome/Nome Social Michael Kelvin da Silva Teixeira

Origem* Hospital Públq

Regulado? Sim N

Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas

Encaminhado? Sim N

Motivo do atendimento* 007

Uiente Patoz

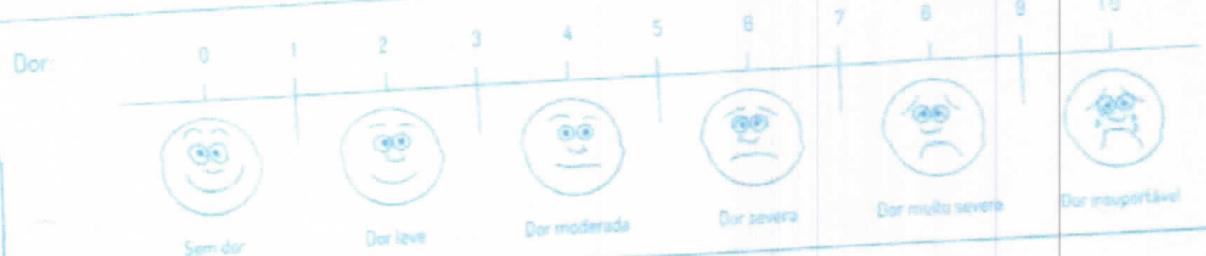
Transporte SAÚD

Alergia? Não Sim

Uso de medicação? Não Sim

Doença prévia? Não Sim

Temp. °C Pulso bpm Resp. irpm SpO₂ % PA mmHg HGT mg



Classificação de Risco: Vermelho Amarelo Verde Azul

Especialidade Médica Urgência

Acompanhante: S/Acomp. (Setor Crítico) S/Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado) Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

* Consultar tabela para preencher

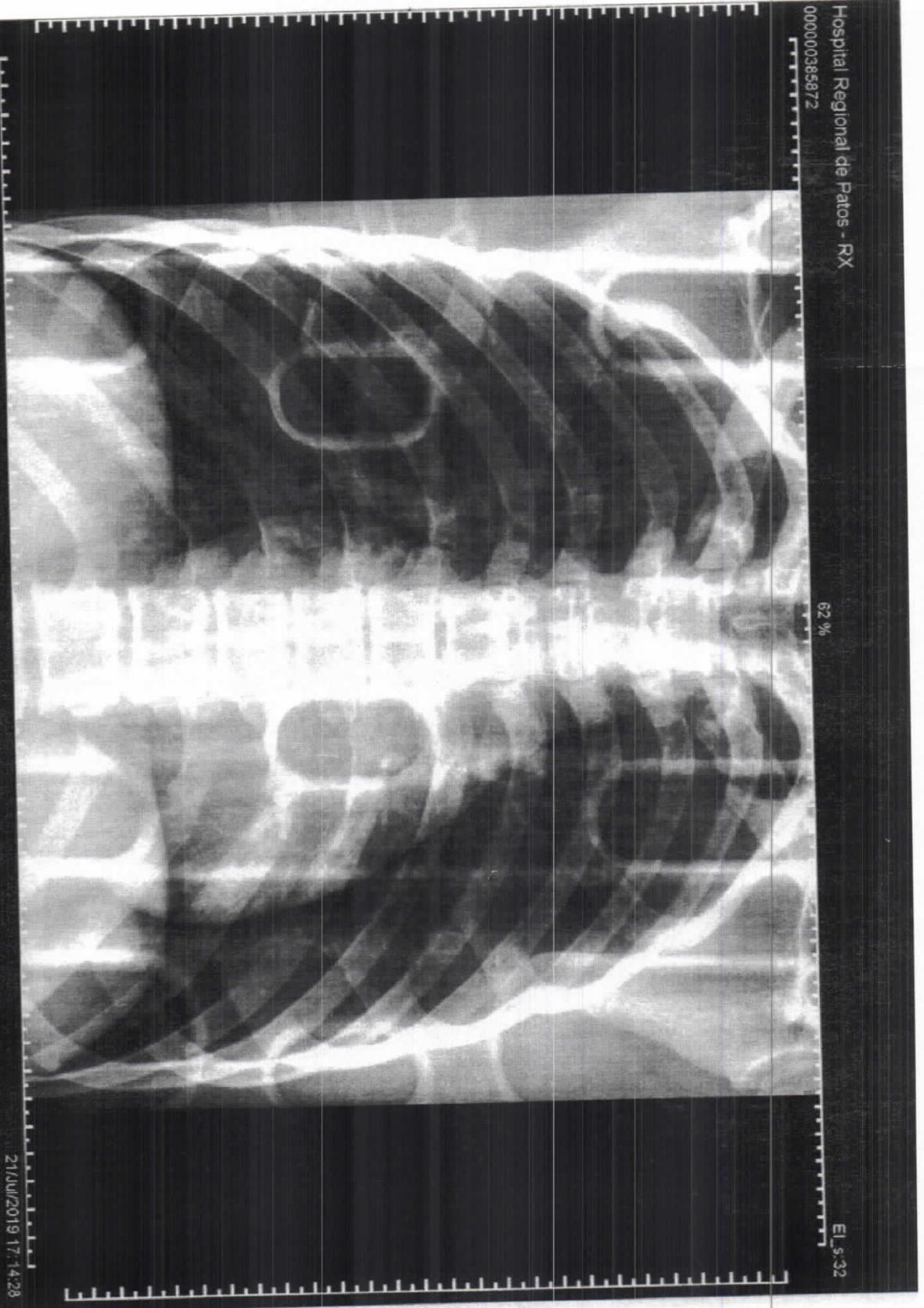
Região de Maracá de Água
Ente Federado
CÓD. INE 490-594

Enfermeiro/Enfermeira



Coluna Cervical, AP
000000023915

MIKAEL KELVY SILVA COSTA, *24/Mai/2004
21/Jul/2019 17:14:28

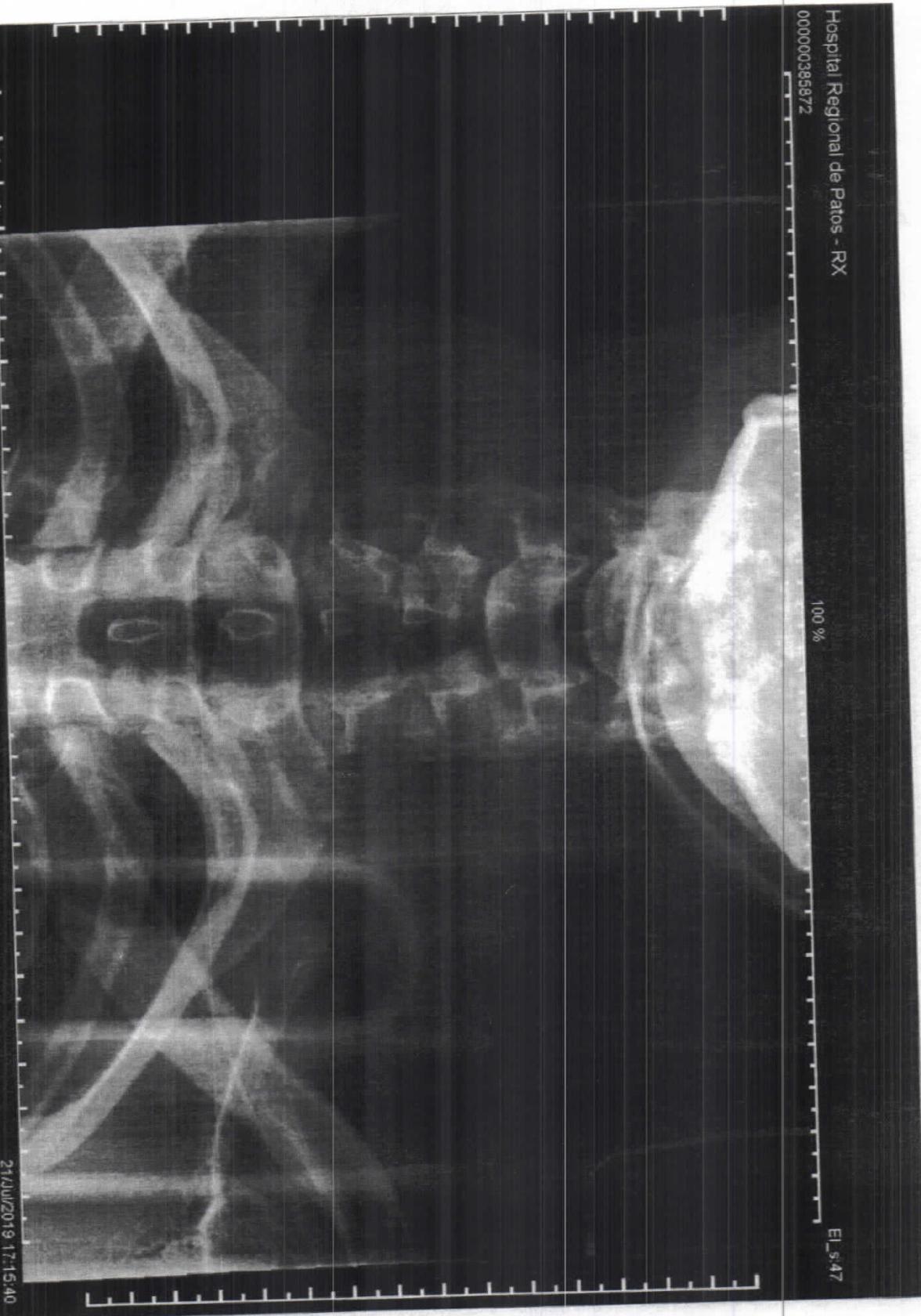


Hospital Regional de Patos - RX

00000385872

100 %

E1_S47



Coluna Cervical, AP
000000023915

MIKAEL KELVY SILVA COSTA, *24/Mai/2004



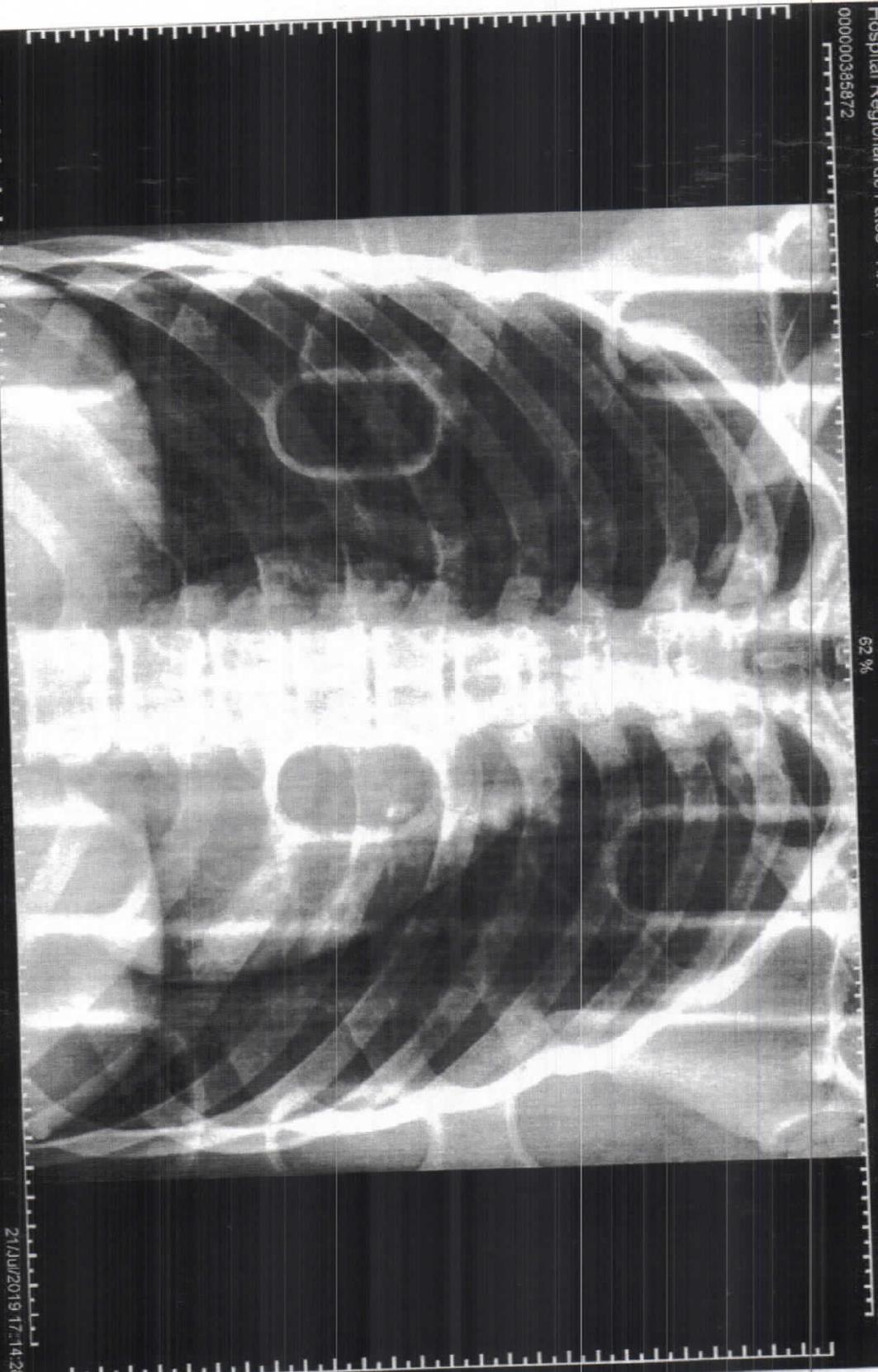
Assinado eletronicamente por: CARLIANE GONCALVES MEDEIROS - 12/08/2020 11:34:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081211345187200000031717847>
Número do documento: 20081211345187200000031717847

Num. 33134720 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: CARLIANE GONCALVES MEDEIROS - 12/08/2020 11:34:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008121134518720000031717847>
Número do documento: 2008121134518720000031717847

Num. 33134720 - Pág. 3



Coluna Cervical, AP
000000023915

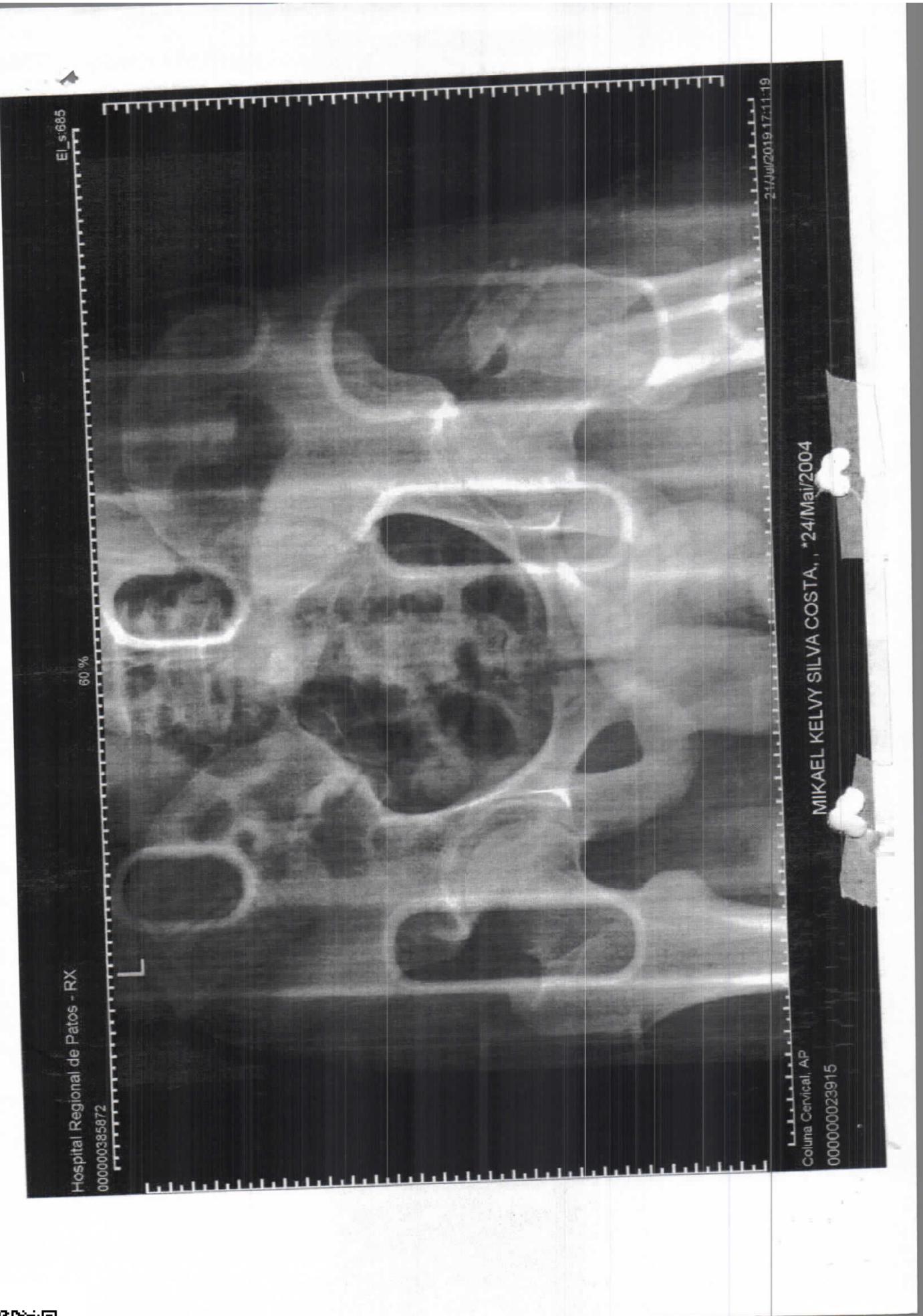
MIKAEL KELVY SILVA COSTA, *24/Mai/2004

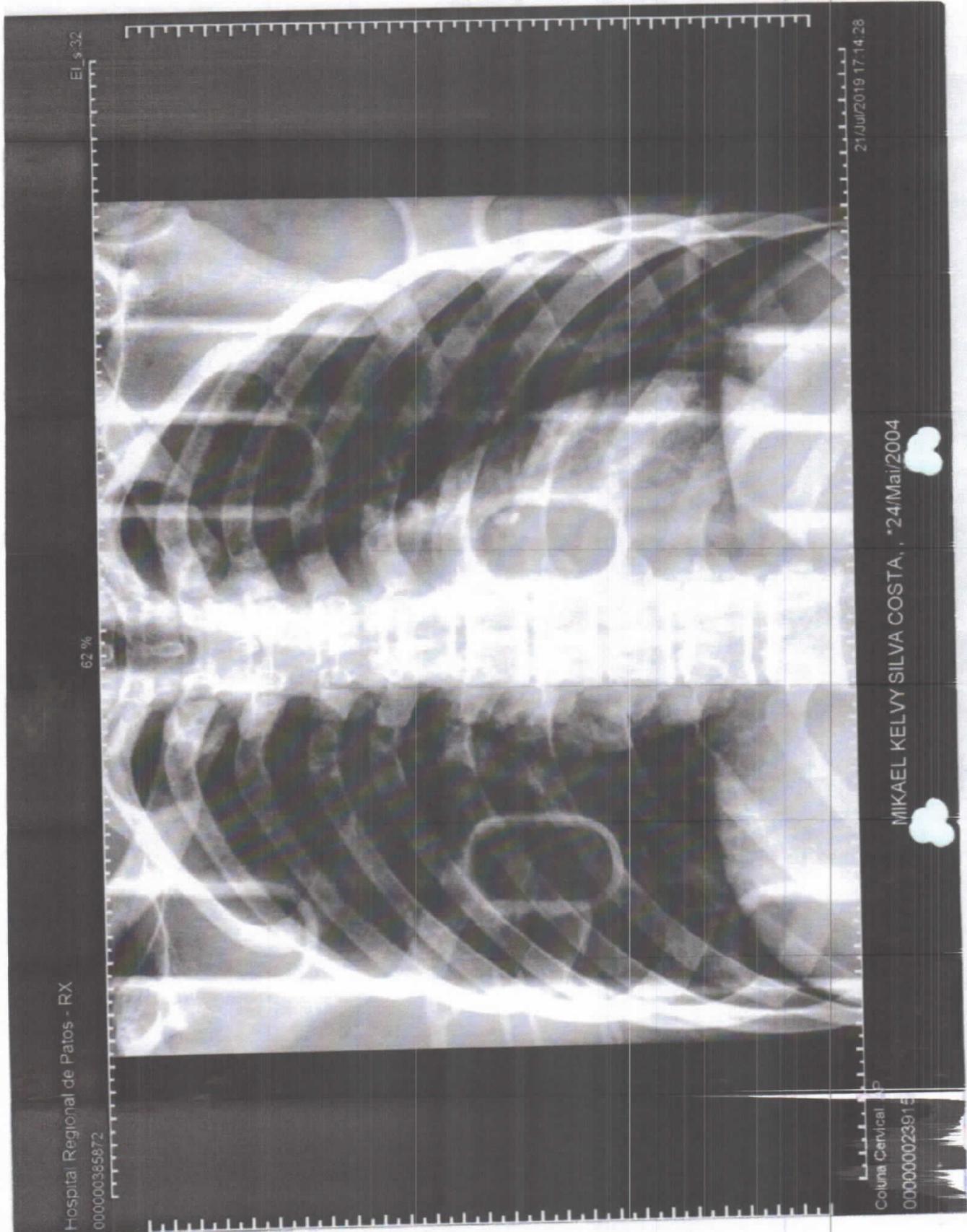
21/Jul/2019 17:14:28



Assinado eletronicamente por: CARLIANE GONCALVES MEDEIROS - 12/08/2020 11:34:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081211345187200000031717847>
Número do documento: 20081211345187200000031717847

Num. 33134720 - Pág. 4





Hospital Regional de Patos - RX
000000385872

Coluna Cervical
000000023915

MIKAEL KELVY SILVA COSTA, *24/Mai/2004

21/Jul/2019 17:14:28

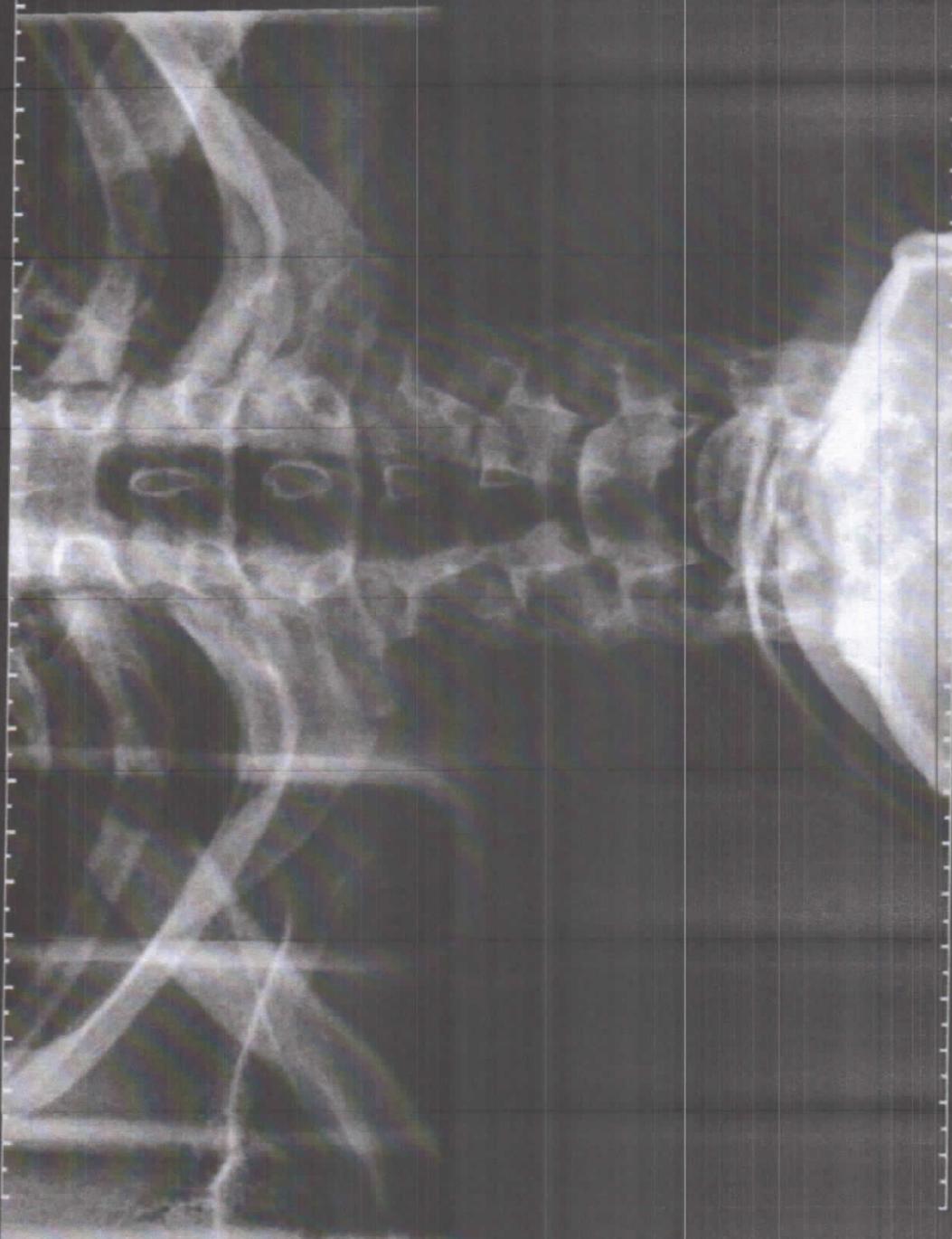


Hospital Regional de Patos - RX

000000385872

100 %

EIS 47



Coluna Cervical AP
000000023915

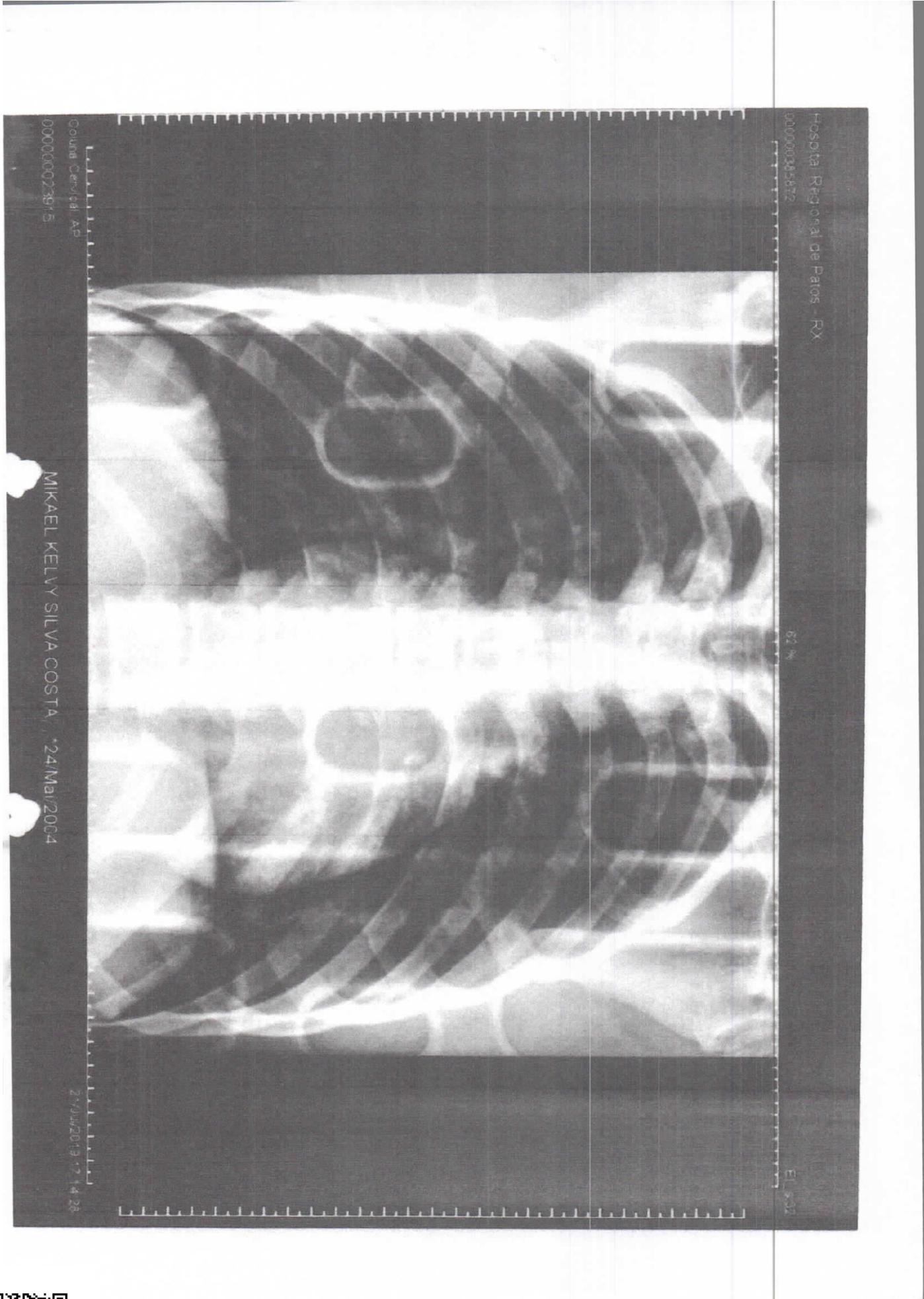
MIKAEL KELVY SILVA COSTA, *24/Mai/2004

21/Jul/2019 17:15:40



Assinado eletronicamente por: CARLIANE GONCALVES MEDEIROS - 12/08/2020 11:34:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081211345187200000031717847>
Número do documento: 20081211345187200000031717847

Num. 33134720 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: CARLIANE GONCALVES MEDEIROS - 12/08/2020 11:34:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081211345187200000031717847>
Número do documento: 20081211345187200000031717847

Num. 33134720 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: CARLIANE GONCALVES MEDEIROS - 12/08/2020 11:34:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081211345187200000031717847>
Número do documento: 20081211345187200000031717847

Num. 33134720 - Pág. 9

Hospital Regional de Patos - RX

000000401770

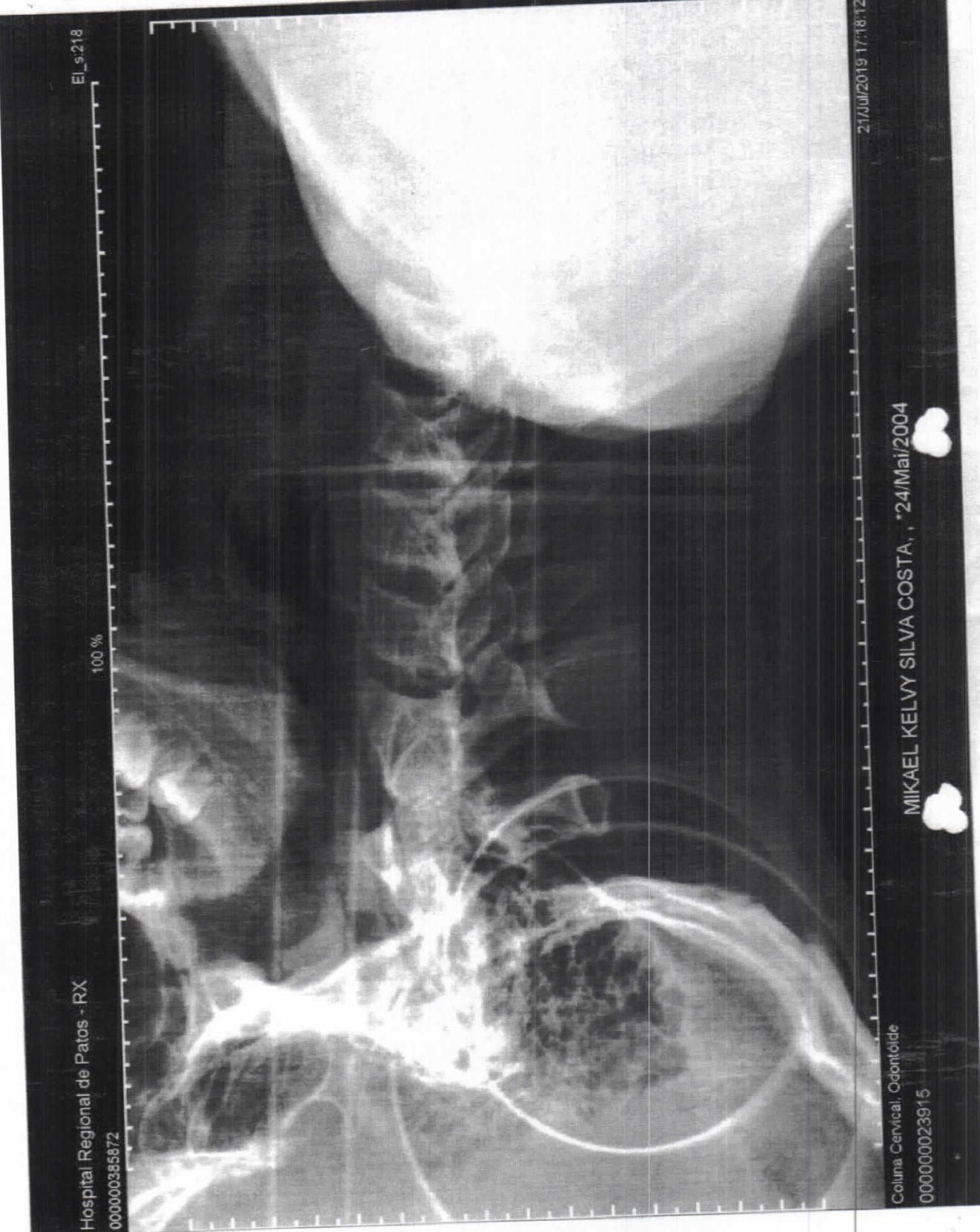
73 %

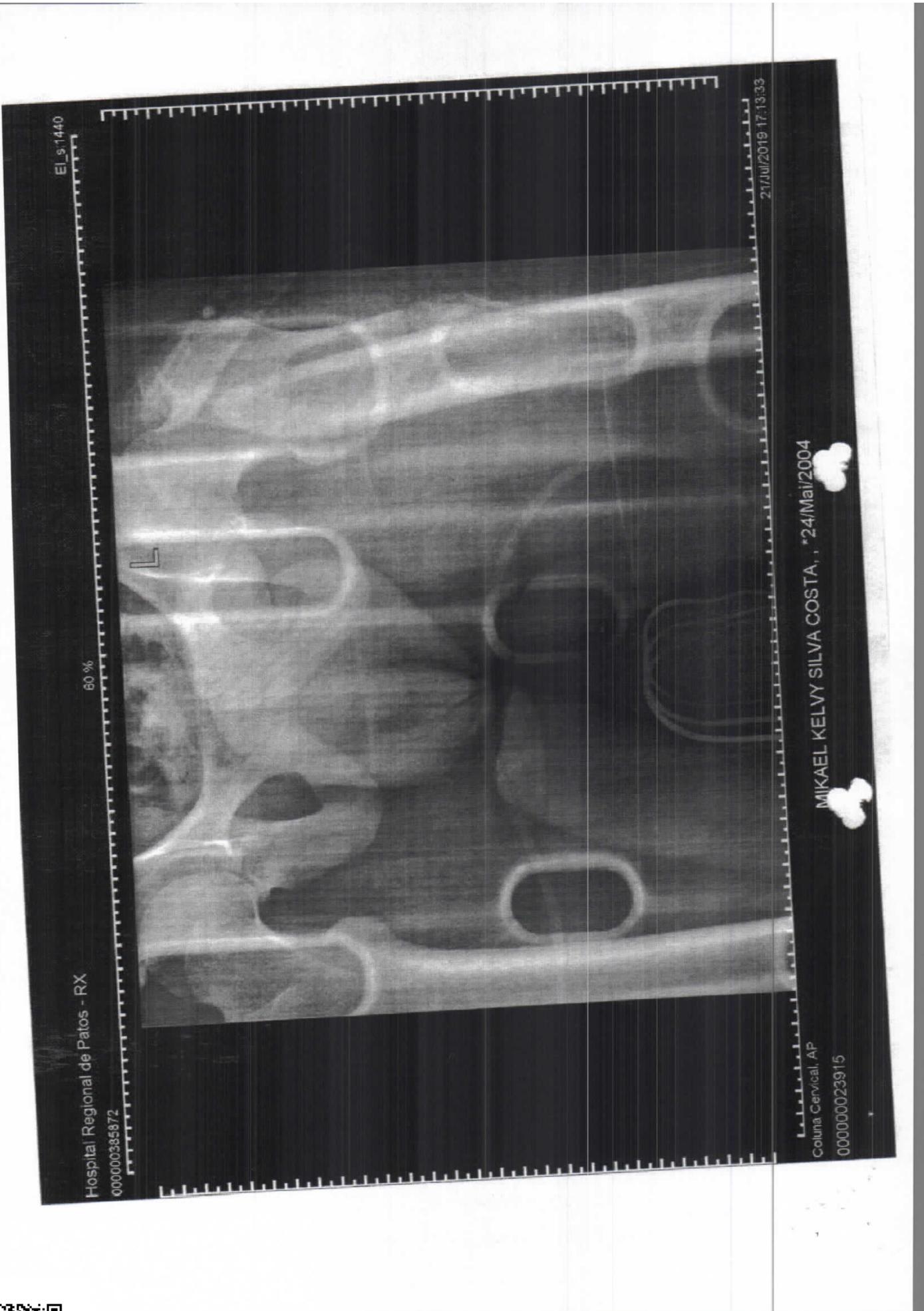
El_S:1315



Assinado eletronicamente por: CARLIANE GONCALVES MEDEIROS - 12/08/2020 11:34:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008121134518720000031717847>
Número do documento: 2008121134518720000031717847

Num. 33134720 - Pág. 10







Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **Maria das Dores Emiliano da Silva**PORTADOR(A) DO RG Nº **2.535.966 - 29 Vít** EXPEDIDO POR **OSP. PB** EM **21/09/2018** ECPF **068347414-61** /CNPJ **00000000000000000000**, PROFISSÃOE RENDA MENSAL DE R\$ **_____** (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA **Mirael Kelly da Silva Costa** AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
BANCO **001** • AGÊNCIA **1151-1** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE **69667-6**
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL **Petrópolis - PB**DATA **11/11/2019**

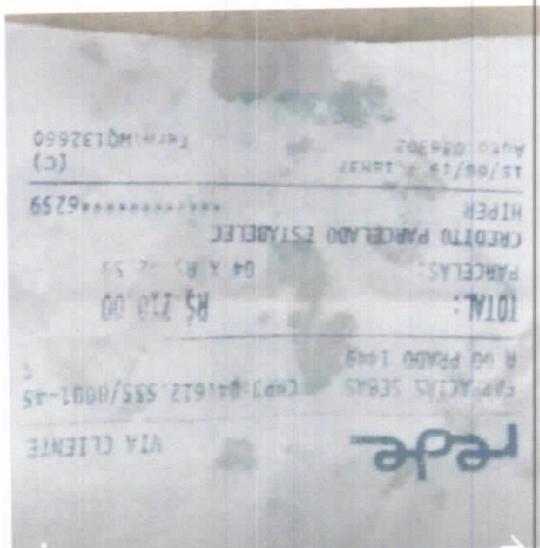
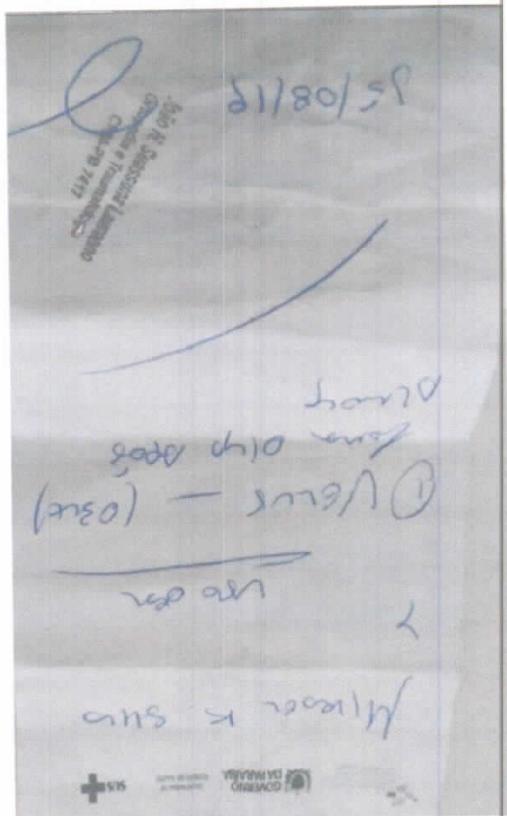
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) _____

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02865.01.2019.3.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02865.01.2019.3.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:24 horas do dia 11 de novembro de 2019, na cidade de Patos, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de Patos - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Manoel Martins Fernandes, matrícula 1355163, e lavrado por Ana Maria da Cruz Leandro, Agente de Investigação, matrícula 1384287, ao final assinado, compareceu **Maria das Dores Emiliano da Silva**, CPF nº 068.347.414-61, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Tec.saude Bucal, filho(a) de Maria Salete Guilherme da Silva e Manoel Emiliano da Silva, natural de Piancó/PB, nascido(a) em 05/10/1982 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Semeão Gentil, Nº S/N, complemento QD: 105, LOTE: 55, bairro Conjunto Bivar Olinto, tendo como ponto de referência Espetinho do Pedro, na cidade de Patos/PB, telefone(s) para contato (83) 99857-2636.

Dados do(s) Fatos:

Local: *, Patos/PB, bairro Conjunto Bivar Olinto; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/11/19 14:25h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

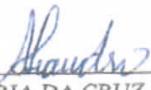
(1) Outros, descrição Lesão Por Acidente de Trânsito

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

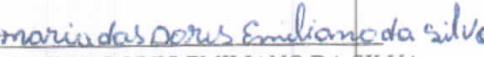
A Notificante afirma que, na data 21/07/2019, por volta das 16h:30min, seu filho (menor) MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA, CPF 158.740.574-12, conduzia uma motocicleta de marca/modelo HONDA/CG 125 FAN KS, Placa: NQD3498/PB, Renavam: 00233518517, ano/modelo: 2010/2010, cor: VERMELHA, chassi: 9C2JC4110AR687579. Licenciada em nome de Damião Jose Alexandre, quando em um cruzamento no Loteamento Itatiunga, nesta cidade, a moto que seu filho conduzia, foi abalroada por outra moto, tendo o motoqueiro se evadiu do local; que seu filho MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA, foi socorrido e conduzido ao Complexo Hospitalar Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade, pelo SAMU, onde foi submetido a uma cirurgia no fêmur esquerdo.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Patos/PB, 11 de novembro de 2019.


ANA MARIA DA CRUZ LEANDRO

Agente de Investigação


MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

Noticiante

 **Mikael kelly silva da Costa**
Procedimento Policial: 02865.01.2019.3.00.401

1/1



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	54935	PRONTUÁRIO	29846
DATA	21/07/2019	OPERADOR	LCLEA
MÉDICO	MOURIBÉ ARRUDA FELINTO		
PACIENTE	MIKAEL KELVY SILVA COSTA	IDADE	15a 2m

RESUMO CLÍNICO:

Vítima de acidente de trânsito

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

Foxa Foxa (G) S72.8

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Placa Foxa (G)

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Parte B36.5 (Ano 1m no trânsito)

INSTRUÇÕES APÓS A ALTA:

Observar os orteses

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA	<input type="checkbox"/> Curado	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Óbito
DESTINO	<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Atendimento domiciliar		
	<input type="checkbox"/> Transferência para _____			

PATOS/PB, 04 DE 08 DE 2019.

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417
MÉDICO/CRM

88



FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: H.R.P Enfermaria:

Leito: _____ Nº Prontuário: _____ Data: 01/08/14

Nome: Mikail Kelvy Silva Costa

Sexo: () Feminino Masculino Idade: 15 Peso: 75 kg Altura: _____ Cor: P

Data Nascimento: _____ / _____ / _____ Pressão Arterial Pulso: 100x75 / 70 Respiração: 16 l/min

Temperatura: 36,5 Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____

Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____

Urina: _____ Aparelho Respiratório: OK Asma: _____ Bronquite: _____

Aparelho Circulatório: OK Eletrocardiograma: _____

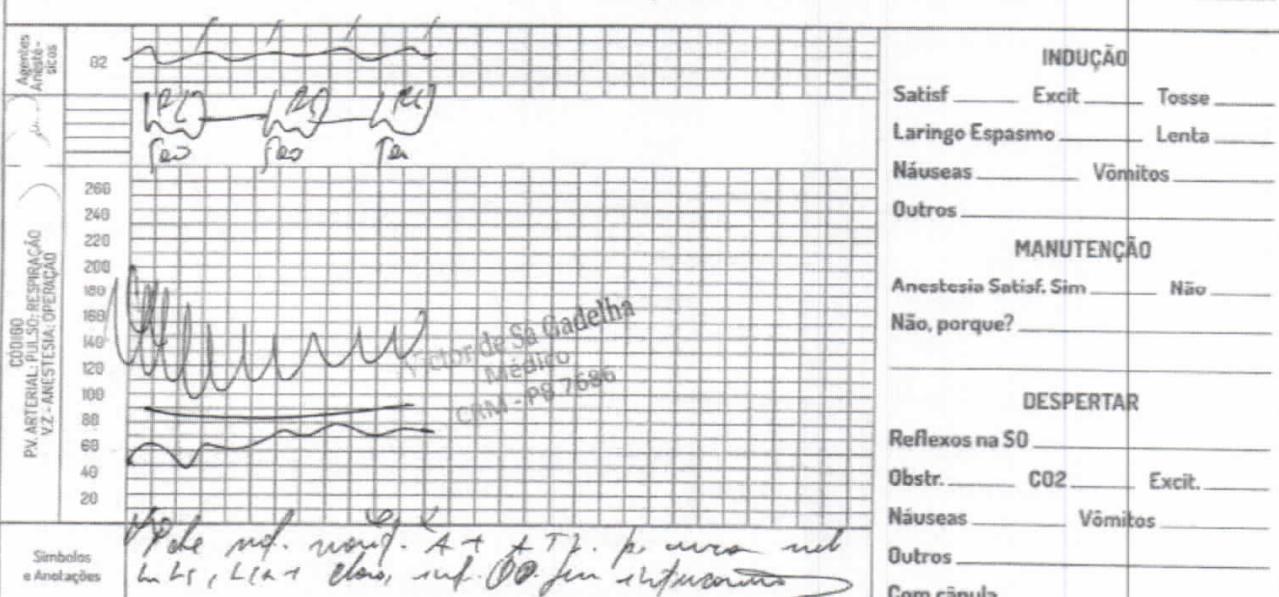
Aparelho Digestivo: OK Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: Leve Ataraxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____

Diagnóstico Pré Operatório: Fractura fémur Estado Físico: _____ Risco: _____

Anestesia Anteriores: _____

Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____



Posição: jugular - DOR

Agentes: 0,5% pi ms. IT + 0,5% dextro 6% Cânula: _____

Técnica: magri Operação: 9 mand. Col. fém.

Cirurgiões: Dr. V. B. Anestesistas: Dr. V. B.

Interações: _____



Nome do Paciente:		Nº Prontuário:
Mikael Keloy Silva		
Data da Cirurgia:	01.08.19	Enf.:
Cirurgião:	D. JPS Suassuna	1º Auxiliar: M. Vaz
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesia:		Tipo de Anestesia:
Diagnóstico Pré- Operatório: fracto lombosacra lombar (E)		
Tipo de Cirurgia: Sub trocântica (E) + transforaminal (E) / osteosíntese		
Diagnóstico Pós- Operatório: Osteosíntese		
Relatório Imediato do Patologista: N/A		
Exame Radiológico no ato: N/A		
Acidente Durante a Cirurgia: N/A		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. Paciente em Decúbito dorsal horizontal
2. Realizado anestesia Regional
3. Uso de equipamento de fixação da perna para redução de fratura trocântica (E).
4. Controle da redução com röntgenoscopia
5. Assepsia e antisepsia
6. Colocação de compressas estériles
7. Incisão e abertura por planos na região trocântica (E)
8. Colocação de placas DTS + parafusos
9. Fechamento dos planos
10. Conserto
11. RX controle

João H. Suassuna Lamego
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 06.2.009

RELATÓRIO DE CIRURGIA



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNACÃO	54935	HORA	18:01	PRONTUÁRIO 29846
DATA	21/07/2019	OPERADOR	LCLEA	
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA			
CLASSIF. RISCO				
ORIGEM	VIA PÚBLICA			
MÉDICO	MOURIBE ARRUDA FELINTO			
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA			
PACIENTE	MIKAEL KELVY SILVA COSTA	IDADE	15a 2m	GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA			
FILIAÇÃO II	LECIO ALVES DA COSTA			
CIDADE	PATOS	PB	58701610	
ENDEREÇO	RUA SEMEAO GENTIL SN Q 105 L 55			
JAIRRO	BIVAR OLINTO			
QUALIDADE	PATOS			
TELEFONE	83998572636	CELULAR		
C.N.S.	207913783350001	IDENTIDADE		
C.P.F.	158.740.574-12	REG. NAC.		
NASCIMENTO	25/05/2004	COR		
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO		
		PARDO		
		ESTUDANTE		

RESPONSÁVEL MARIA DAS DORES EMILIANO Ass. Resp./Paciente Maria das dores emiliano

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

DOL → TDMN → exa ⑥

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

DOL → TDMN

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO fx do fêmur ⑥

Mouribe Arruda Felinto
Ten.MED-Adm/02899755/MD
CRM-PB 7520 / CRM-PE 21154
S72.8

CID

João H. Suassuna Laureto
Ortopedista e Traumatologo
CRM-PB 7417

DADOS DA SAÍDA

Data 04/08/19

Hora 12 H 00 Min

MOTIVO

() Alta Curado Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2605473
NOME HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
ENDERECO RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N
CIDADE PATOS UF PB

CNPJ 08.778.268.0023/76

CLASSIF. RISCO	VERDE	FILIAÇÃO I	LECIO ALVES DA COSTA	GENERO M
ORIGEM	VIA PUBLICA	IDADE	15a 2m COR PARDO	
PACIENTE	MIKAEL KELVY SILVA COSTA	nºSN	BAIRRO	
NOME SOCIAL	MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA	U.F PB	CEP	
FILIAÇÃO I	25/04/2004	CELULAR	BIVAR OLINTO	
NASCIMENTO	ESTUDANTE	CPF	58701610	
PROFISSÃO	RUA SEMEAO GENTIL			
ENDERECO	PATOS			
CIDADE	(83)9985-7263			
TELEFONE	207913783350001			
CNS	R.G			
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO			
F.A.A	54925	PRONTUÁRIO	29846	
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA 21/07/2019 Horário: 17:02	OPERADOR	MCARMO	
ATR	02 -URGENCIA	TIPO DE SERVICO	URGENCIA E EMERGENCI	
PROCEDIMENTO	0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO			
CONVÉNIO	SUS AMBULATORIO			
TRANSPORTE	SAMU			
PRESTADOR	FRANCISCA SONALLY MELO DOS SANTOS			

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Maria das Dores Emiliano da Silva

PESO: _____ PA: _____ X: _____ mHg: _____ TEMP: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*paciente 15/ aludente seu alvaro /
Francisca femea.*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER

min

erigido

DIAGNÓSTICO

fratura femea

CID

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

Cirurgia de mama e pescoço

ESTADIMENTO PELO SISTEMA TNM

0301060061 0301010072



CARATER DO ATENDIMENTO

- CARACTER DO ATENDIMENTO () 01-ELETIVO () 02-URGÉNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVICO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVICIOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PREVISÃO /

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO DATA ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____

- CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO INTERNAÇÃO ALTA A PEDIDO EVASÃO ÓBITO ALTA MÉDICA

MÉDICO/CRM

MEDICO/CRM

E E C A O M U L T I P R O F I S S I O N A L
21/07/18
18:30h

Wongson

For firms in non Monopolistic
or perfect competition
or perfect competition

① As B.C. of MANAGA

DC 7.5. comes out of country

Source st. 90-90

PIRES

DATA HORA

Mourine Accrua Felinto
Ten.MED-Int 0702099755/MD
CIM-PE 73/22 / CIM-PE 73/22



ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 21/07/19 Hora 14h00 Gênero M

Nome/Nome Social Michael Kelvin da Silva testa

Origem* Atendimento PÚBLICO

Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas

Motivo do atendimento* 007

Cliente Pato

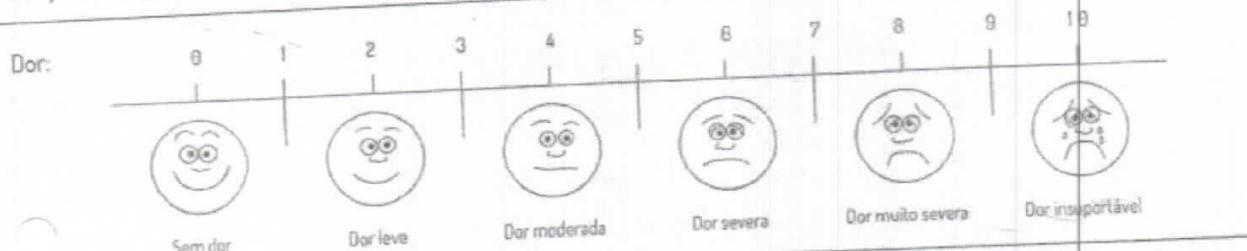
Transporte SAMU

Alergia? Não Sim

Uso de medicação? Não Sim

Doença prévia? Não Sim

Temp. _____ °C Pulso _____ bpm Resp. _____ irpm SpO₂ _____ % PA _____ mmHg HGT _____ mg/D



Classificação de Risco: Vermelho Amarelo Verde Azul

Especialidade Médica Urgência

Acompanhante: S/ Acomp. (Setor Crítico) S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)
 Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

* Consultar tabela para preencher

Região de Manaus de Araripe
Enfermeira
COREN/RR 490-594

Enfermeiro/Carimbo



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	54935	PRONTUÁRIO	29846
DATA	21/07/2019	HORA	18:01
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA	OPERADOR	LCEA
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
MÉDICO	MOURIBE ARRUDA FELINTO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	MIKAEL KELVY SILVA COSTA	IDADE	15a 2m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA		
FILIAÇÃO II	LECIO ALVES DA COSTA		
CIDADE	PATOS	PB	58701610
ENDEREÇO	RUA SEMEAO GENTIL SN Q 105 L 55		
BAIRRO	BIVAR OLINTO		
LOCALIDADE	PATOS		
TELEFONE	83998572636	CELULAR	
C.N.S.	207913783350001	IDENTIDADE	
C.P.F.	158.740.574-12	REG. NAC.	
NASCIMENTO	25/05/2004	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	ESTUDANTE

RESPONSÁVEL MARIA DAS DORES EMILIANO Ass. Resp./Paciente *Maria das dores Emiliano*

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

DOL = TROM. OR exs 5

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

DOL = TROMA

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *Exs Fumur 6* CID *572.8*

DADOS DA SAÍDA

Data *04/08/19* Hora *12 H 00* Min

MOTIVO

- (Alta Curado (Alta Melhorado (Alta a Pedido
(Transferência (Evasão (Óbito

MÉDICO/CRM

*João H. Suassuna Laureto
Dra. Odete Traumatofer
CRM-PB 7417*



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB **Nº 011753851313**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	PB	0023351851-7	00/00000000	2015
- NOME -				
DAMIAO JOSE ALEXANDRE				
CPF / CNPJ	PLACA		CHASSI	
04739144417	NQD3498/PB		9C2JC4110AR687579	
PLACA ANT / UF	ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
NOVO PB	MOTOCICLETA / MOTO APENAS		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. - ANO MOD.		
HONDA/CG 125 FAN KS		2010 9		
CAP / POT / CIL	CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
2 P/125 / CI	PARTIC		VERMELHA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA		VENC. / COTAS
PVA PAGO EM		21/01/2015		1 ^a
FAIXA IRVA.		PARCELAMENTO / COTAS		2 ^a
A *****				3 ^a
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****		*****	*****	21/01/2015
SEGURADO		OBSERVAÇÕES		
A.F BANCO BRADESCO FINANC SA				
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA				
PATOS-PB		LOCAL		0
36838		36838		21/01/2015

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU FOR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011753851313 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	04739144417	NQD3498/PB	2015	21/01/2015
RENAVAM		MARCA / MODELO		
0023351851		HONDA/CG 125 FAN KS		
ANO FAB.	DATA DE	NP CHASSI	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
2010	9	9C2JC4110AR687579	*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO		CUSTO DO BILHETE (R\$)		
FNS (R\$)		SEGURADO PAGO		
*****		PAGAMENTO		
DENATRAN (R\$)		TOTAIS PAGO PELO SEGURO (R\$)		
*****		21/01/2015		
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)		PAGAMENTO
*****		*****		21/01/2015
SEGURADO PAGO		PAGAMENTO		
PAGAMENTO		PARCELADO		
COTA ÚNICA		PARCELADO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.240.600/0001-00
www.seguradoralider.com.br

36838-1214406-20150121





ortopedia e traumatologia

Materiais Médico Hospitalar EIRELI

PEDIDO DE VENDAS

Nº

Caixa Fixa

卷之三

• 127 • 2016-17 學年 第一冊

Vanderlooy

Page 10

1056-1057 GOLDA'S SONGS, DANCE MUSIC

Data

Médico

Instrumentador
GE 9012

Convenio

Procedimento

to consider the following:

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidro da Silva, 24 - Bairro Timbi - Camaragibe/PE - CEP 54765-138
FONE: (81) 3129-2456 E-mail: cromusltda@gmail.com
CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

15100 Branca - Faturamento | 2^o Via Amarela - Hospital | 3^o Via Rosa - Comercial



Assinado eletronicamente por: CARLIANE GONCALVES MEDEIROS - 12/08/2020 11:34:54
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008121134534990000031718252>
Número do documento: 2008121134534990000031718252

Num. 33135028 - Pág. 11

PACIENTE: <i>Mikael Kelvyn Silva Costa</i>				
QT..	LEITO:	CONVÊNIO:	IDADE:	REGISTRO:
		SUS	15aas	29846
CIRURGIA:		CIRURGIÃO:		
<i>Fractura esquelética</i>		<i>Dr. Marib</i>		
ANESTESIA:		ANESTESISTA:		
<i>Abel</i>				
INSTRUMENTADORA:		DATA:	INÍCIO:	FIM:
		21.07.19	18:40	18:50



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	x	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocaín <i>51 Vaso</i>		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal	y	Atadura Gessada 10 cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Espadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf	y	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Espanin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		<i>Fio de Kirschner 4.5</i>



PACIENTE:	Mikael Kelly Silva Costa			
QT.:	LEITO:	CONVÉNIO:	IDADE:	REGISTRO:
10 CC	1301	SUS	15	29846
CIRURGIA:	Tireto - cirúrgico de fatura Pé de fêmea E			
ANESTESIA:	Rack			
INSTRUMENTADORA:	DATA:	INÍCIO:	FIIM:	
George	01.08.19	09:55	11:50	



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
x	TX. de Instrumentador	1	Equipos p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de infusão	1111	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi N° 24
x	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
x	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
x	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
x	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
x	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
x	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Espanadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
1	Forane ondulada 10 ml		Cideix
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan		Ajulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
111	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasill		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
11	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Espanrin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilitil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1111	nylon 2.0





Atendimento: 201900394526

Idade: 15 anos

Paciente: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

Data: 27/07/2019

Data de Nascimento: 24/05/2004

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Ventriculos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas. Sulcos, fissuras e cisternas encefálicas de amplitude habitual à faixa etária. Quarto ventrículo anatômico. Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame. Calcificação da pineal e plexos coroídes, sem significado patológico.

Impressão Diagnóstica:

Estudo tomográfico do crânio sem evidência de alterações.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 28/07/2019 03:14.


Dr. Aluísio Pereira
CRM: 5227460.0



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Mikael Kelly silva

Da Clínica _____ Enfermaria 13

A Clínica _____ Leito 01

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

risco cirúrgico

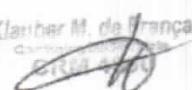
Data 29/07/19

Assinatura do Médico Consultante

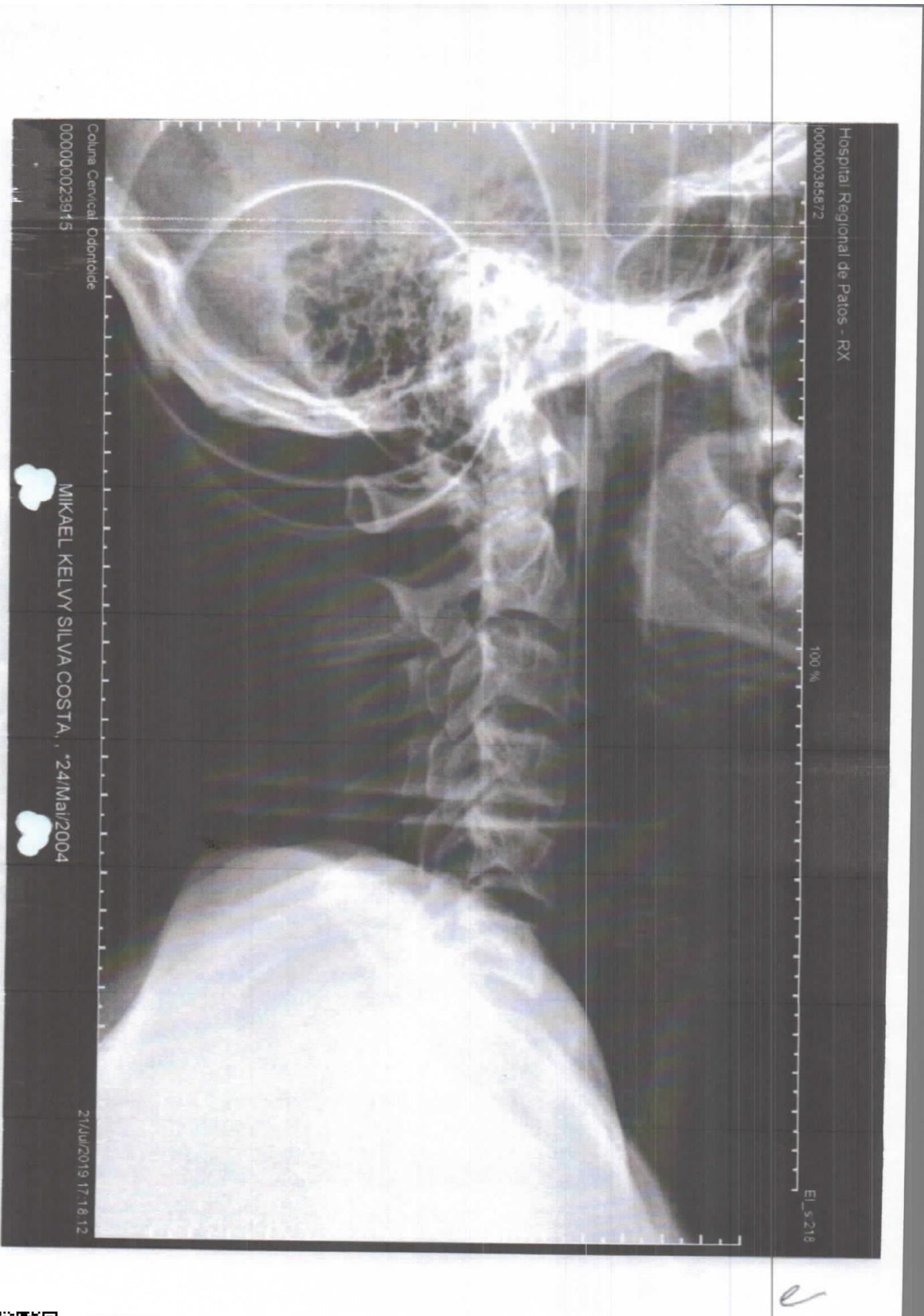
PARECER:

Paciente seu Quixos Cardiologus
Nega Comorbidades ou clínico multilimitosa.
Pc = 120x80 mmg
ECG = Taquicardia Sinusal
Risco Cirúrgico = Baixo Risco

Data 20/07/19


Klauber M. de França
Consultor Cardiologista
SUS





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, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190646097

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Data do Acidente: 21/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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 15308841



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, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190646097

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Data do Acidente: 21/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

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

Carta nº 15147741



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, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190646097

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Data do Acidente: 21/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Rebedor: MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000151-1

Conta: 0000069667-6

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br.
Para acompanhamento 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 1596 (Demais Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, pelo telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 1596. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190646097 Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Data do Acidente: 21/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 20/02/2020, 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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTES: MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA, brasileira, casada, técnica em saúde bucal, inscrita no CPF sob o nº 068.347.414-61 e RG: 2535966 SSP-PB, neste ato representante legal do menor MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA, residente e domiciliado à Rua Semião Gentil, Biva Olinto, quadra 105, lote 55, CEP:58.701-610, Patos, Paraíba.

OUTORGADOS: FRANCIVALDO DIAS DE FREITAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-PB sob o nº 21.823, e, CARLIANE GONÇALVES MEDEIROS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB-PB sob o nº 26.391, ambos com escritório profissional situado à avenida Rio Branco, 74, Edifício Cidade Patos, térreo, salas 4 e 6, Centro, Patos, Paraíba;

PODERES: Da Cláusula AD JUDICIA, Amplos, gerais e ilimitados para o foro em geral e extras, podendo representar o outorgante em juízo ou fora dele, defender os seus direitos em qualquer ação e acompanhá-la em todos os seus termos até final, produzir provas, fazer impugnações, desistir, tudo o mais usar, praticar e agenciar, requerer e assinar perante qualquer juízo, e, podendo inclusive, suscitar preliminares de litigância de má fé e demais que necessário se fizer, requerer diligências, fazer comunicações, recorrer de sentenças e despachos para qualquer Instância ou Tribunal, enfim, praticar todos os atos necessários ao fiel e cabal desempenho do presente mandato, em especial para promover ação em face do Estado da Paraíba, podendo ainda desentranhar e requerer documentos e fazer cópias dos mesmos, inclusive substabelecer com ou sem reservas de poderes.

Patos - PB, 04 de agosto de 2020.

Maria das Dores Emílano da Silva

MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

OUTORGANTE







MARIA SALETE GUILHERME DA SILVA
RUA SEMEAO GENTIL, S/N - BVAR OLINTO
PATOS/PB CEP: 58700000 (AG: 118)

Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Stc: PES3.MTC.B1 / RESIDENCIAL - BAIADA FENDA
Rotativo: 7-113-210-1900
Referência: Dez/2019
Emissão: 12/12/2019

energisa
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B1230, Km 25, Crotô Redutor, João Pessoa/PB - CEP 58097-089
CNPJ 09.695.193/0001-40 - Insc Est 16.015.823-0

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N°035 626.290
Cód. para Dáh. Automático: 00012887398

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

Conta referente a **Apresentação** **Data prevista da próxima leitura** **CPF/ CNPJ/ RANI**
Dez / 2019 12/12/2019 13/01/2020 726.652.464-49
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1266732-5

Canal de contato

* Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.439, de 26 de abril de 2002. Aproveite o 1º e regularize suas contas em atraso! Podemos negociar para você começar o ano novo numa boa!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
12/11/19	10300	12/12/19	10637	1
Demonstrativo				
Quantidade Tarifa C/ Tributos Total(R\$) 10MGR(R\$) ICMS Pw/Definida(R\$) I (1,645%) (4,6569%) 0801 Consumo ate 30kWh-BR 30.003 0,270670 8,12 8,12 27 2,19 8,12 0,08 0,29 0801 Consumo - 31 a 100kWh-BR 70.003 0,464280 32,50 32,50 27 8,77 32,50 0,34 1,58 0801 Consumo - 101 a 220kWh-BR 120.003 0,698510 83,58 83,58 27 22,57 83,58 0,88 4,08 0801 Consumo acima do 220kWh-BR 18.003 0,772900 12,38 12,38 27 3,34 12,38 0,13 0,80 0801 Adic. B. Vermeia 8,57 8,57 27 1,77 8,57 0,38 0,32 0801 Adic. B. Amarela 1,37 1,37 27 0,38 1,37 0,01 0,07 0810 Subsídio 48,78 48,78 27 13,17 49,78 0,51 2,37				
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0804 JUROS DE MORA 11/2019 0,83 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0805 MULTA 11/2019 2,92 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2018 0,14 0,09 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0806 Devolução Subsídio -32,73 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00				
TOTAL				
184,26 193,30 52,19 193,30 2,03 9,39 Tarifa/s/ Tributos: Até 30kWh 0,191720 Até 100kWh 0,311570 Até 220kWh 0,487270 Acima de 220kWh 0,510100				
Media últimos meses (kWh)		VENCIMENTO 19/12/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 164,26		
2019				
Histórico de Consumo (kWh)				
171 182 170 159 208 221 217 247 231 220 248 224 Dez/19 Jan/19 Feb/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/18 Out/19 Nov/18				
RESERVADO AO FISCO				
5dc8.d2de.e4e8.c81b.222e.d954.b990.6253.				

Indicadores de Qualidade 10/2018-Datação

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Composição do Consumo
DIC MENSAL 5,79	0,00	NOMINAL	Discriminação Valor (R\$) % Serviços de Dist. da Energisa/PB 37,18 22,93 Ocupação de Energia 48,87 28,69 Serviço de Transmissão 5,53 3,27 Encargos Sistêmicos 8,58 5,24 Impostos Diretos e Encargos 87,30 40,97 Outros Encargos 0,00 0,00 Total 164,26 100,00
DIC TRIMESTRAL 11,16	220		
DIC ANUAL 23,16			
FIC MENSAL 3,30	0,00	CONTRATADA	
FIC TRIMESTRAL 8,60	0,00	LIMITE INFERIOR	
FIC ANUAL 13,20	202	LIMITE SUPERIOR	
DICR 3,37	0,00	231	
DICRI 12,22			

ATENÇÃO

- Perdas do Primário 1 kWh
- Sua unidade foi faturada como Bala Renda, tendo um desconto de R\$32,73

Faturas em atraso





Poder Judiciário da Paraíba

5ª Vara Mista de Patos

DESPACHO

Vistos, etc.

A fim de viabilizar a apreciação do pedido de gratuidade da justiça, considerando que o NCPC prevê a possibilidade de redução ou de parcelamento das custas processuais, intime-se a parte autora para, em **15 (quinze) dias**:

1. Informar os seguintes dados:

- Profissão:
- Remuneração:
- Estado civil:
- Número de filhos menores de idade ou incapazes:
- Profissão do cônjuge/companheiro(a):
- Remuneração do cônjuge/companheiro(a):
- Empresas das quais é titular:
- Empresas das quais o cônjuge/companheiro(a) é titular:

2. Apresentar a simulação do valor das custas e despesas em relação às quais requer a gratuidade.

3. Juntar aos autos os seguintes documentos, referentes à parte autora e a eventual cônjuge/companheiro(a):

- Comprovantes de renda dos últimos 3 (três) meses (carteira de trabalho, contracheques, etc.);
- Extratos de contas bancárias dos últimos 3 (três) meses;
- Faturas de cartão de crédito dos últimos 3 (três) meses;
- Cópia da última DIRPF ou declaração de isenção assinada de próprio punho; e
- Cópia da última DIRPJ das empresas das quais é titular.

É facultado à parte autora, na mesma petição:

1. Recolher as custas judiciais e despesas processuais, ressaltando que tais verbas poderão lhe ser reembolsadas pela parte ré na hipótese de procedência dos pedidos formulados na exordial;

2. Requerer redução ou parcelamento (NCPC, art. 98, §§ 5º e 6º); ou

3. Ratificar o pedido de gratuidade da justiça.



PATOS, 12 de agosto de 2020.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: LUIZ GONZAGA PEREIRA DE MELO FILHO - 12/08/2020 12:02:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081212025698300000031720056>
Número do documento: 20081212025698300000031720056

Num. 33136977 - Pág. 2

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA 5^a VARA DA COMARCA DE PATOS PARAÍBA

Processo Nº: 0804041-11.2020.8.15.0251

MARIA DAS DORES EMILINO DA SILVA, já qualificada nos autos do Processo acima elencado, vem, respeitosamente, a presença de Vossa Excelência, com o devido acato e respeito de estilo, por intermédio de seu advogado infra-assinado, em atenção ao Despacho de ID 33136977, **RATIFICAR O PEDIDO DE GRATUIDADE DE JUSTIÇA:**

MM Juiz, em atenção ao despacho exarado, junta-se aos autos os contras-cheques, fatura de cartão de crédito, declaração de isenção de imposto de renda, bem como os extratos da conta bancária da Autora.

Deixa de juntar os mesmos documentos do seu marido (JOSÉ EDSON GALDINO), por motivo do mesmo ser autônomo (Pedreiro), e não possuir cartão de crédito, conta em banco, nem renda comprovada, salienta-se que no momento o mesmo não está trabalhando.

A autora, portando, só possui essa fonte de renda para arcar com todas as despesas sua e de sua família, tais como: alimentação, aluguel, água, luz e etc.

Assim, Excelência, ratificamos o pedido de gratuidade total de justiça para garantir o amplo acesso à justiça.

Termos em que,
Pede e espera deferimento.

Patos, 15 de setembro de 2020.

CARLIANE GONÇALVES MEDEIROS
OAB-PB: 26.391



Assinado eletronicamente por: CARLIANE GONÇALVES MEDEIROS - 15/09/2020 12:08:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091512084699200000032820260>
Número do documento: 20091512084699200000032820260

Num. 34318525 - Pág. 1

MARIA DAS DORES EMILIANO DA SI - 5447 XXXX XXXX 0806

Total Parcelado

Parcele as compras da fatura atual e das que ainda vão vencer.

Com o Total Parcelado, você se organiza para que suas compras caibam no seu bolso. Para facilitar, já simulamos algumas opções de plano para você.

Mais controle

Você sabe quanto vai pagar todo mês.

Mais organização

As parcelas são fixas e lançadas mensalmente na sua fatura.

Mais tranquilidade

Continue utilizando seu cartão conforme o limite disponível, que é restabelecido proporcionalmente a cada parcela paga.

Entenda como está o valor total do seu cartão:

Saldo Total	Fatura Atual	Compras e parcelas a vencer com Juros ¹	Compras e parcelas a vencer sem Juros ¹
859,95	= 503,96	+ 0,00	+ 355,99

Sugestão de Parcelamento:

21 parcelas fixas de R\$ 69,52²

Aproveite a taxa de 5,69 % ao mês.

Confira as opções de parcelamento³:

36 parcelas fixas de	R\$ 56,38
28 parcelas fixas de	R\$ 61,19
12 parcelas fixas de	R\$ 97,33
09 parcelas fixas de	R\$ 119,95
07 parcelas fixas de	R\$ 146,14
04 parcelas fixas de	R\$ 235,49

Para contratar a opção que cabe no seu bolso, basta efetuar um único pagamento do valor EXATO da 1^a parcela do plano escolhido até o dia 12/07/20. As demais parcelas serão lançadas mensalmente na sua fatura.

As parcelas aqui apresentadas não incluem a opção de seguro.

Para consultar outras opções de parcelas, faça uma simulação no Internet Banking ou nos Caixas Eletrônicos.

Lembre-se de que o crédito deve ser utilizado de forma consciente.

1. O Total Parcelado abrange todo o saldo devedor do seu cartão e dos adicionais, inclusive parcelas a vencer, com e sem juros. Ao parcelar o saldo, há incidência de juros sobre todo o saldo parcelado. Eventuais operações de crédito já contratadas no seu cartão, tais como o Parcelamento de Fatura, o Crediário e o Crédito Pessoal, estão incluídas no parcelamento com o desconto proporcional dos juros. Caso o pagamento da 1^a parcela não seja realizado até a data de vencimento desta fatura, serão cobrados encargos de mora sobre o saldo devedor, podendo ocorrer bloqueio do cartão até a identificação do pagamento. Se você já contratou ou simulou o Total Parcelado ou o Parcelamento desta fatura em algum outro canal do Santander, as ofertas aqui apresentadas não são mais válidas. 2. O Custo Efetivo Total (CET) da oferta em destaque é de 103,24% ao ano com IOF de R\$ 27,36 que corresponde a 3,18% do valor total devido no ato da contratação, considerando a simulação do Total Parcelado em 21 vezes. 3. O CET máximo das opções aqui apresentadas é de 109,15% ao ano com IOF de R\$ 8,64 que corresponde a 1,00 % do total devido no ato da contratação, considerando a simulação do Total Parcelado em 04 vezes. Para saber o CET das demais opções de parcelamento disponíveis, faça uma simulação no Internet Banking ou Caixas Eletrônicos.





Olá, MARIA! Esta é a fatura do seu cartão SANTANDER FREE MASTERCARD contendo compras e pagamentos realizados até 30/06.

Opções de Pagamento até a Data de Vencimento

1 Pagamento Total R\$503,96

Sempre a sua MELHOR opção!

No caso de pagamentos após a data de vencimento você tem alguns custos adicionais por conta do atraso: Juros: 12,29% a.m. + Juros por atraso: 1,00% a.m. + IOF: 0,246 a.m. + IOF adicional de 0,38% + Multa de 2,00%.

2 Total Parcelado 21x de R\$69,52

Esta é a MELHOR opção caso não consiga pagar o total da fatura.

O Total Parcelado divide o valor da sua fatura atual + parcelas futuras com e sem juros. Pagando o valor EXATO de R\$69,52 até o dia 12/07, utilizando o código de barras desta fatura, você contratará o Total Parcelado em 21x e ficará em dia, no final do contrato você terá pago um valor de R\$1.459,92. Você pode encontrar outras [opções de parcelamento nos nossos canais acesse:](#) App Way, Internet Banking ou App Santander.

Encargos já incorporados nas parcelas: Juros: 5,69% a.m. e IOF: 0,246% a.m. + 0,38% CET: 103,24% a.a. As demais parcelas serão cobradas nas próximas faturas.

3 Pagamento Mínimo R\$75,59

Com esta opção, nenhuma forma de parcelamento é contratada.

O valor restante de R\$ 428,37 será lançado na próxima fatura com acréscimo de Juros: 12,29% a.m. + IOF: 0,24% a.m. + IOF adicional: 0,38% (CET: 348,88% a.a.).

MARIA DAS DORES EMILIANO DA SI - 5447 XXXX XXXX 0806

Total a Pagar
R\$ 503,96

Vencimento
12/07/2020

Melhor Data para Compra
30/07/2020

Histórico de Faturas

MAI. R\$ 437,99

JUN. R\$ 627,27

JUL. R\$ 503,96

AGO. R\$ 355,99

Pagamento

R\$ 437,99



R\$ 627,30



Esta Fatura

Fatura Aberta

Posição do seu Limite de Crédito em 30/06

Seu Limite é:
R\$990,00

Limite Disponível:
R\$130,05

Limite de Saque
à Crédito:
R\$0,00

Consulte e atualize seus limites no App Way

CONTRATACOES DE OPERACOES DE CREDITO REALIZADAS A PARTIR DE 04/07/20
TERAO CALCULO E COBRANCA DE IOF (DECRETO 10.305 DE 1 DE ABRIL DE 2020)

ANUIDADE Entenda como é calculada

Cartão	Parcela	Redução Mês Vigente	Valor a pagar
MARIA DAS DORES	0806	R\$31,17	100,00% - utilização acima de R\$100,00
TOTAL			R\$0,00

Orientações para Pagamento:

O código de barras pode ser utilizado para pagamento de qualquer valor desejado. Seu limite será reestabelecido logo após o pagamento da fatura quando realizado em nossos canais digitais. Pagamentos realizados em outros bancos ou lotéricas seu limite será reestabelecido em até 3 dias úteis.

Beneficiária

Banco Santander (Brasil) S.A. - CNPJ: 90.400.888/0001-42 Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep 04543-011

Agência / Código. Beneficiária

050 04 92836 9

Autenticação Mecânica

Santander	033-7	03399.49281 36981.924206.20458 901020 9 0000000000000000	Santander
Agência Recebedora		Vencimento	12/07/2020
Pagável preferencialmente no banco Santander		Agência/Cód. Beneficiário	050 04 92836 9
Beneficiário		Nosso Número	8192420204589
Banco Santander (Brasil) S.A. - CNPJ: 90.400.888/0001-42		Vencimento	12/07/2020
Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep 04543-011		Total desta Fatura R\$	503,96
Data Documento 30/06/2020	Número do Documento 7097660116062690	Espécie FT-CI	Acrite N
Uso Banco CENTRAL	Carteira COB	Quantidade R\$	Data Process 30/06/2020
Instruções	PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO <VALOR DO DOCUMENTO> FATURAS PAGAS APOS O VENCIMENTO TERÃO ACRESCIMO E ENCARGOS, CALCULADOS A PARTIR DA DATA DO VENCIMENTO E INCLUIDOS NA SUA PRÓXIMA FATURA MENSAL. APOS 01/08/2020, PAGAR SOMENTE NAS AGENCIAS DO SANTANDER.		
			7097660116062690

MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA
R SEMEAO GENTIL Q 105 L 55
PX ESPETINHO DE PEDR BIVAR OLINTO
58701-610 PATOS PB



Pagador
Autenticação Mecânica
Ficha de Compensação

Autenticação no verso



Assinado eletronicamente por: CARLIANE GONCALVES MEDEIROS - 15/09/2020 12:08:52
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091512084987600000032820262
Número do documento: 20091512084987600000032820262

Num. 34318528 - Pág. 2

Detalhamento da Fatura

MARIA DAS DORES EMI - 5447 XXXX XXXX 0806

Pagamento e Demais Créditos

Compra	Data	Descrição	Parcela	R\$	US\$
	12/06	PAGAMENTO DE FATURA-CAIXA		-627,30	

Parcelamentos

Compra	Data	Descrição	Parcela	R\$	US\$
	12/03	MERCADOPAGO *DOUGLASG	04/05	115,32	
	17/05	MERCADOPAGO *DOUGLASG	02/03	65,67	
	12/06	SUMUP *JOAOPAULOHNOD	01/02	50,00	
	15/06	SUMUP *LUCASTAXI	01/02	125,00	

Despesas

Compra	Data	Descrição	Parcela	R\$	US\$
	12/06	QUEIROZ ATACADAOPATOS		110,00	
	19/06	AUTOPOSTO BIVAR OLINTO		10,00	
	28/06	PANELA VELHA		28,00	
VALOR TOTAL				503,99	0,00

Resumo da Fatura

Descrição	R\$	US\$
Saldo Anterior	627,27	
(+) Total Despesas/Débitos no Brasil	503,99	
(+) Total Despesas/Débitos no Exterior	0,00	
(-) Total de pagamentos	627,30	
(-) Total de créditos	0,00	
(-) Saldo Desta Fatura	503,96	

Esfera_

Explore descontos de até 50% e opções para juntar e trocar pontos para comprar, viajar e curtir.



Acesse o site esfera.com.br e descubra mais!

Juros e Custo Efetivo Total (CET) para o próximo período

Atenção correntista: caso o pagamento da fatura não ocorra no vencimento, o Santander está autorizado, nos termos do contrato, a realizar o débito em sua conta corrente no valor mínimo da fatura, desde que haja saldo suficiente. O titular pode cancelar essa autorização através da central de atendimento Santander. Crédito Rotativo: 12,29% am CET 301,87% aa | Juros Remuneratórios: 1,00% a.m | Multa de 2,00% | Saque à vista: 17,89% am Tarifa R\$ 18,80 | IOF Crédito: 0,24% am, IOF Adicional 0,38% e IOF Câmbio 6,38% | Compras Parceladas c/ Juros: 4,99% | Parcelamento de Fatura: 9,29% am CET 341,73% aa Seguro Prestamista 4,10% | Parcelamento de transação: 0,99% CET 12,55% aa | Credor: 0,99% am CET 12,55% aa | Total Parcelado: 5,29% am CET 203,97% aa Seguro Prestamista 5,10% | Os valores máximos de CET consideram a contratação de Seguro Prestamista para os produtos que possuem essa opção. Lembre-se: a contratação do seguro prestamista é opcional. Consulte demais opções e condições nos nossos canais de contratação. Caso você queira antecipar o parcelado contratado, entre em contato com a nossa central de atendimento.

Central de Atendimento

Consultas informações e transações:
4004 3535 Capital e regiões metropolitanas
0800 702 3535 Demais localidades
0800 723 5007 Deficientes Auditivos
Atendimento digital 24h, 7 dias por semana.

SAC

Reclamações, cancelamento e informações:
0800 762 7777 Todo território nacional
0800 771 0401 Deficientes Auditivos
55 (11) 3012 3336 Exterior (ligue a cobrar)
Atendimento digital 24h, 7 dias por semana.

Ouvintoria

Se não ficar satisfeito com a solução apresentada:
0800 726 0322 Todo território nacional
0800 771 0301 Deficientes Auditivos
Disponível de segunda a sexta-feira, das 8h às 22h e sábados das 9h às 14h, exceto feriados.



Assinado eletronicamente por: CARLIANE GONCALVES MEDEIROS - 15/09/2020 12:08:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091512084987600000032820262>
Número do documento: 20091512084987600000032820262

Num. 34318528 - Pág. 3

MARIA DAS DORES EMILIANO DA SI - 5447 XXXX XXXX 0806

Total Parcelado

Parcele as compras da fatura atual e das que ainda vão vencer.

Com o Total Parcelado, você se organiza para que suas compras caibam no seu bolso. Para facilitar, já simulamos algumas opções de plano para você.

Mais controle

Você sabe quanto vai pagar todo mês.

Mais organização

As parcelas são fixas e lançadas mensalmente na sua fatura.

Mais tranquilidade

Continue utilizando seu cartão conforme o limite disponível, que é restabelecido proporcionalmente a cada parcela paga.

Entenda como está o valor total do seu cartão:

Saldo Total	Fatura Atual	Compras e parcelas a vencer com Juros ¹	Compras e parcelas a vencer sem Juros ¹
901,81	= 901,81	+ 0,00	+ 0,00

Sugestão de Parcelamento:

18 parcelas fixas de R\$ 76,98²

Aproveite a taxa de 5,69 % ao mês.

Confira as opções de parcelamento³:

36 parcelas fixas de	R\$ 56,22
28 parcelas fixas de	R\$ 61,64
09 parcelas fixas de	R\$ 123,76
07 parcelas fixas de	R\$ 151,17
04 parcelas fixas de	R\$ 244,50

Para contratar a opção que cabe no seu bolso, basta efetuar um único pagamento do valor EXATO da 1^a parcela do plano escolhido até o dia 12/08/20. As demais parcelas serão lançadas mensalmente na sua fatura.

As parcelas aqui apresentadas não incluem a opção de seguro.

Para consultar outras opções de parcelas, faça uma simulação no Internet Banking ou nos Caixas Eletrônicos.

Lembre-se de que o crédito deve ser utilizado de forma consciente.

1. O Total Parcelado abrange todo o saldo devedor do seu cartão e dos adicionais, inclusive parcelas a vencer, com e sem juros. Ao parcelar o saldo, há incidência de juros sobre todo o saldo parcelado. Eventuais operações de crédito já contratadas no seu cartão, tais como o Parcelamento de Fatura, o Crediário e o Crédito Pessoal, estão incluídas no parcelamento com o desconto proporcional dos juros. Caso o pagamento da 1^a parcela não seja realizado até a data de vencimento desta fatura, serão cobrados encargos de mora sobre o saldo devedor, podendo ocorrer bloqueio do cartão até a identificação do pagamento. Se você já contratou ou simulou o Total Parcelado ou o Parcelamento desta fatura em algum outro canal do Santander, as ofertas aqui apresentadas não são mais válidas. 2. O Custo Efetivo Total (CET) da oferta em destaque é de 94,27% ao ano com IOF de R\$ 0,00 que corresponde a 0,00% do valor total devido no ato da contratação, considerando a simulação do Total Parcelado em 18 vezes. 3. O CET máximo das opções aqui apresentadas é de 94,27% ao ano com IOF de R\$ 0,00 que corresponde a 0,00 % do total devido no ato da contratação, considerando a simulação do Total Parcelado em 18 vezes. Para saber o CET das demais opções de parcelamento disponíveis, faça uma simulação no Internet Banking ou Caixas Eletrônicos.



Olá, Maria! Esta é a fatura do seu cartão SANTANDER FREE MASTERCARD contendo compras e pagamentos realizados até 30/07.

Opções de Pagamento até a Data de Vencimento

1 Pagamento Total R\$901,81

Sempre a sua MELHOR opção!

No caso de pagamentos após a data de vencimento você tem alguns custos adicionais por conta do atraso: Juros: 12,29% a.m. + Juros por atraso: 1,00% a.m. + IOF: 0,00 a.m. + IOF adicional de 0,00% + Multa de 2,00%.

2 Total Parcelado 18x de R\$76,98

Esta é a MELHOR opção caso não consiga pagar o total da fatura.

O Total Parcelado divide o valor da sua fatura atual + parcelas futuras com e sem juros. Pagando o valor EXATO de R\$76,98 até o dia 12/08, utilizando o código de barras desta fatura, você contratará o Total Parcelado em 18x e ficará em dia, no final do contrato você terá pago um valor de R\$1.385,64. Você pode encontrar outras [opções de parcelamento nos nossos canais](#) acesse: App Way, Internet Banking ou App Santander.

Encargos já incorporados nas parcelas: Juros: 5,69% a.m. e IOF: 0,00% a.m. + 0,00% CET: 94,27% a.a. As demais parcelas serão cobradas nas próximas faturas.

3 Pagamento Mínimo R\$135,27

O valor mínimo que deve ser pago para evitar o atraso da fatura.

Pagando esse valor, a diferença entre o pagamento mínimo e pagamento total da fatura será lançada na próxima fatura com o acréscimo de juros no valor de R\$ 766,54. Juros: 12,29% a.m. + IOF: 0,00% a.m. + IOF adicional: 0,00% (CET: 319,84% a.a.).

MARIA DAS DORES EMILIANO DA SI - 5447 XXXX XXXX 0806

Total a Pagar

R\$ 901,81

Vencimento

12/08/2020

Melhor Data para Compra

31/08/2020

Histórico de Faturas

JUN. R\$ 627,27

JUL. R\$ 503,96

AGO. R\$ 901,81

SET. R\$ 0,00

Pagamento

R\$ 627,30



R\$ 503,96



Esta Fatura

Fatura Aberta

Posição do seu Limite de Crédito em 30/07

Seu Limite é:

R\$990,00

Limite Disponível:

R\$88,19

Limite de Saque à Crédito:

R\$0,00

Consulte e atualize seus limites no App Way

NAO HAVERA A COBRANCA DE IOF PARA AS CONTRATACOES DE OPERACOES DE CREDITO REALIZADAS ATE 02/10/20, CONFORME DECRETO 10.414 DE 02/07/2020. O CONTRATO DO SEU CARTAO DE CREDITO FOI ALTERADO EM 10/07/20, CONSULTE EM SANTANDER.COM.BR/CARTOES, CLIQUE EM SAIBA MAIS E PROCURE POR CONTRATOS E REGULAMENTOS.

ANUIDADE Entenda como é calculada

Cartão	Parcela	Redução Mês Vigente	Valor a pagar
MARIA DAS DORES	0806	R\$31,17	100,00% - utilização acima de R\$100,00
TOTAL			R\$0,00

Orientações para Pagamento:

O código de barras pode ser utilizado para pagamento de qualquer valor desejado.

Seu limite será reestabelecido logo após o pagamento da fatura quando realizado em nossos canais digitais. Pagamentos realizados em outros bancos ou lotéricas seu limite será reestabelecido em até 3 dias úteis.

Beneficiária

Banco Santander (Brasil) S.A. - CNPJ: 90.400.888/0001-42 Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep 04543-011

Agência / Código. Beneficiária

050 04 92836 9

Autenticação Mecânica

	033-7	03399.49281 36981.924206.20458 901020 9 0000000000000000	
Agência Recebedora		Vencimento	12/08/2020
Pagável preferencialmente no banco Santander		Agência/Cód. Beneficiário	050 04 92836 9
Beneficiário		Vencimento	12/08/2020
Banco Santander (Brasil) S.A. - CNPJ: 90.400.888/0001-42		Total desta Fatura R\$	901,81
Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep 04543-011		Pagamento Minimo R\$	135,27
Data Documento 30/07/2020	Número do Documento 7097660116062690	Valor Pago R\$	
	Espécie FT-CI	CPF/CNPJ	068.347.414-61
	Acite N	RECIBO DO CLIENTE	
	Data Process 30/07/2020		
Uso Banco CENTRAL	Carteira COB	Valor do documento	
Instruções	PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO <VALOR DO DOCUMENTO> FATURAS PAGAS APOS O VENCIMENTO TERÃO ACRESCIMO E ENCARGOS, CALCULADOS A PARTIR DA DATA DO VENCIMENTO E INCLUIDOS NA SUA PRÓXIMA FATURA MENSAL. APOS 01/09/2020, PAGAR SOMENTE NAS AGENCIAS DO SANTANDER.	7097660116062690	

MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA
R SEMEAO GENTIL Q 105 L 55
PX ESPETINHO DE PEDR BIVAR OLINTO
58701-610 PATOS PB



Pagador
Autenticação Mecânica
Ficha de Compensação



Autenticação no verso



Assinado eletronicamente por: CARLIANE GONCALVES MEDEIROS - 15/09/2020 12:08:54
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091512085232500000032820266
Número do documento: 20091512085232500000032820266

Num. 34318532 - Pág. 2

Detalhamento da Fatura

MARIA DAS DORES EMI - 5447 XXXX XXXX 0806

Pagamento e Demais Créditos

Compra	Data	Descrição	Parcela	R\$	US\$
	13/07	PAGAMENTO DE FATURA		-503,96	

Parcelamentos

Compra	Data	Descrição	Parcela	R\$	US\$
	12/03	MERCADOPAGO *DOUGLASG	05/05	115,32	
	17/05	MERCADOPAGO *DOUGLASG	03/03	65,67	
	12/06	SUMUP *JOAOPAULOHNOD	02/02	50,00	
	15/06	SUMUP *LUCASTAXI	02/02	125,00	

Despesas

Compra	Data	Descrição	Parcela	R\$	US\$
	29/06	PANELA VELHA		18,00	
	10/07	PAG*SOLANGERODRIGUES		39,00	
	12/07	HIPER QUEIROZ		70,00	
	14/07	LOJA V E V MODAS		166,14	
	15/07	HIPER QUEIROZ		252,68	
		VALOR TOTAL		901,81	0,00

Resumo da Fatura

Descrição	R\$	US\$
Saldo Anterior	503,96	
(+) Total Despesas/Débitos no Brasil	901,81	
(+) Total Despesas/Débitos no Exterior	0,00	
(-) Total de pagamentos	503,96	
(-) Total de créditos	0,00	
(=) Saldo Desta Fatura	901,81	

Esfera_

Explore descontos de até 50% e opções para juntar e trocar pontos para comprar, viajar e curtir.



Acesse o site esfera.com.vc e descubra mais!

Juros e Custo Efetivo Total (CET) para o próximo período

Atenção correntista: caso o pagamento da fatura não ocorra no vencimento, o Santander está autorizado, nos termos do contrato, a realizar o débito em sua conta corrente no valor mínimo da fatura, desde que haja saldo suficiente. O titular pode cancelar essa autorização através da central de atendimento Santander. Crédito Rotativo: 12,29% am CET 301,87% aa | Juros Remuneratórios: 1,00% a.m | Saque à vista: 17,89% am Tarifa R\$ 18,80 | IOF Câmbio 6,38% | Compras Parceladas c/ Juros: 4,99% | Parcelamento de Fatura: 9,99% am CET 340,95% aa Seguro Prestamista 4,10% | Parcelamento de transação: 0,99% CET 12,55% aa | Credíario: 0,99% am CET 12,55% aa | Total Parcelado: 5,29% am CET 180,73% aa Seguro Prestamista 5,10% | Pagamento de Contas: Tarifa R\$ 25,50 CET 35,27% aa | Os valores máximos de CET consideram a contratação do Seguro Prestamista para os produtos que possuem essa opção. Lembre-se: a contratação do seguro prestamista é opcional. Consulte demais opções e condições nos nossos canais de contratação. Caso você queira antecipar o parcelado contratado, entre em contato com a nossa central de atendimento.

Central de Atendimento

Consultas informações e transações:
4004 3535 Capital e regiões metropolitanas
0800 702 3535 Demais localidades
0800 723 5007 Deficientes Auditivos
Atendimento digital 24h, 7 dias por semana.

SAC

Reclamações, cancelamento e informações:
0800 762 7777 Todo território nacional
0800 771 0401 Deficientes Auditivos
55 (11) 3012 3336 Exterior (ligue a cobrar)
Atendimento digital 24h, 7 dias por semana.

Ouvidoria

Se não ficar satisfeito com a solução apresentada:
0800 726 0322 Todo território nacional
0800 771 0301 Deficientes Auditivos
Disponível de segunda a sexta-feira, das 8h às 22h e sábados das 9h às 14h, exceto feriados.



Assinado eletronicamente por: CARLIANE GONCALVES MEDEIROS - 15/09/2020 12:08:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091512085232500000032820266>
Número do documento: 20091512085232500000032820266

Num. 34318532 - Pág. 3



Internet Banking

MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

Cartão: Final 0806

COMPROVANTE CARTÕES DE CRÉDITO FATURA EM ABERTO

Resumo da fatura

Data de vencimento:	12/10/2020	Saldo Parcial:	R\$ 722,78
Melhor data para compra:	28/09/2020		

Data	Descrição	Valor (US\$)	Valor (R\$)
NºCartao	Final:0806	Titular:MARIA DAS DORES EMI	
14/08/2020	SUMUP *ARTDECORACAO(02/02)	US\$ 0,00	R\$ 125,00
17/08/2020	COMERCIAL PINHEIRO(02/10)	US\$ 0,00	R\$ 32,56
30/08/2020	HIPER QUEIROZ	US\$ 0,00	R\$ 89,37
30/08/2020	FARMACIAS SEBASTIAO	US\$ 0,00	R\$ 2,00
05/09/2020	PARAIBA CALCADOS 6(01/02)	US\$ 0,00	R\$ 55,00

Resumo das despesas

Saldo anterior:	R\$ 418,85	Total despesas em US\$:	US\$ 0,00
Total de pagamentos(-):	R\$ 0,00	Total convertido em R\$:	R\$ 303,93
Total de créditos (+):	R\$ 0,00	Cotação do Dólar dia 14/09/2020 :	R\$ 5,6100
Despesas/Débitos:	R\$ 303,93		

Limites de Crédito

Limite Total:	R\$ 1.050,00	Limite para saque a vista:	R\$ 0,00
Limite Disponível:	R\$ 11,75		

O saldo desta fatura é parcial e está sujeito a alterações até a data do fechamento.
A variação cambial está sujeita a alterações, de acordo com o dólar do fechamento da fatura.
Tarifas e encargos serão demonstrados apenas no fechamento da fatura.



Central de Atendimento Santander

4004 - 3535 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 - 702 - 3535 (Demais Localidades)

SAC 0800 - 762 - 7777
Ouvidoria 0800 - 726 - 0322



Assinado eletronicamente por: CARLIANE GONCALVES MEDEIROS - 15/09/2020 12:08:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091512085505600000032820268>
Número do documento: 20091512085505600000032820268

Num. 34318534 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA DE PESSOA FÍSICA

Eu, **MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA**, brasileira, casada, inscrito no CPF sob o nº 068.347.414-61, e RG nº 2535966, DECLARO ser isenta da apresentação da Declaração de Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) no (s) exercício (s) de 2017, 2018, 2019 e 2020 por não incorrer em nenhuma das hipóteses de obrigatoriedade estabelecidas pelas Instruções Normativas (IN) da Receita Federal do Brasil (RFB).

Esta declaração está em conformidade com a IN RFB nº 1548/2015 e a Lei nº 7.115/83.

Declaro ainda, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações acima prestadas.

DATA: 14/09/2020

maria das dores emiliano da silva

(DECLARANTE)



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA**, brasileira, casada, inscrito no CPF sob o nº 068.347.414-61, e RG nº 2535966, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem, prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

DATA: 14/09/2020

Maria das dores Emílio da Silva

MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA



BANCO DO BRASIL S.A.

11/09/2020 - AUTO-ATENDIMENTO - 13.01.59
0015175327

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0151-1 CONTA: 69.667-6
CLIENTE: MARIA D D E DA SILVA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----27/08/2020-----		
Saldo Anterior		37,640
-----03/09/2020-----		
TED-Pag Fornecedores 745 0001 10573521000191 MERCADOPAGO.CO	263154	586,000
Saque no TAA 03/09 13:57 SAA-PATOS	753281	600,000
Saldo		23,640
-----08/09/2020-----		
Tarifa Pacote de Servicos 256458 Cobranca referente 08/09/2020		13,250
S A L D O		10,390
Saldo		10,390
Juros *		0,00
Data de Debito de Juros		01/10/2020
IOF *		0,00
Data de Debito de IOF		01/10/2020
(*)Apurados de acordo com o somatorio dos saldos devedores diarios no mes anterior ao debito.		

Tem premio todo dia. So nao tem desculpa pra nao participar. Acesse bb.com.br/promocaoourocard, inscreva-se e concorra a R\$ 1 mil todos os dias.

OBSERVACOES:

- INFORMACOES CDC INDISP. TEMPORARIAMENTE

Leta no verso como conservar este documento, entre outras informacoes.

BANCO DO BRASIL S.A.

11/09/2020 - AUTO-ATENDIMENTO - 13.04.06
0015175327

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0151-1 CONTA: 69.667-6
CLIENTE: MARIA D D E DA SILVA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----28/07/2020-----		
Saldo Anterior		1,340
-----05/08/2020-----		
Tarifa Pacote de Servicos 060598 Cobranca referente 05/08/2020		1,340
Saldo		0,000
-----13/08/2020-----		
Transferencia recebida 13/08 0151 69284-0 RACHEL A G D R	069284	795,000
Saque no TAA 13/08 13:12 SAA-PATOS	753281	780,000
Tarifa Pacote de Servicos 070601 Cobr parc ref a 05/08/2020		11,910
Saldo		3,090
-----18/08/2020-----		
TED-Pag Fornecedores 745 0001 10573521000191 MERCADOPAGO.CO	723902	595,000
Pgto CDC Renovacao	165970	189,810
Saldo		408,280
-----19/08/2020-----		
Saque no TAA 19/08 13:50 SAA-PATOS	753281	400,000
Saldo		8,280
-----21/08/2020-----		
Recebimento Fornecedor EBANX LTDA.	188847	41,360
Saldo		49,640
-----27/08/2020-----		
Compra com Cartao 27/08 13:53 PATOS IMPORTADOS	508161	12,000
S A L D O		37,640

Tem premio todo dia. So nao tem desculpa pra nao





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

68735332

N. OSP

24489290

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

MARIA SALETE G DA SILVA
RUA SEMEAO GENTIL, S/N - BIVAR OLINTO PATOS PB
58701- 610

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
075.012.055.0105.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y12N281663	11/09/2012	FYT LACRE	LIGADO	POTENCIAL		

Consta(m) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
AER/2020	03/05/2020	64,30			
MAI/2020	03/06/2020	47,69			
JUN/2020	03/07/2020	64,11			

EMISSÃO:

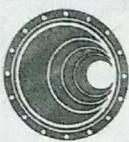
21/07/2020

Total a Pagar:

R\$ 176,10

Digitalizado com CamScanner





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cime, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

68735332

N. OSP

24489290

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

MARIA SALETE G DA SILVA
RUA SEMEAO GENTIL, S/N - BIVAR OLINTO PATOS PB
58701- 610

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
075.012.055.0105.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y12N281663	11/09/2012	EXT LACRE	LIGADO	POTENCIAL		

Consta(m) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
AER/2020	03/05/2020	64,30			
MAI/2020	03/06/2020	47,69			
JLN/2020	03/07/2020	64,11			

EMISSÃO:

21/07/2020

Total a Pagar:

R\$ 176,10



Câmara Municipal de Patos		ADM.: 01/03/2019			
Rua Horácio Nóbrega, 600 - Belo Horizonte - 58.704-000 - - - 8(33)3421-3639		Ref.: 07/2020 PIS/PASEP:16392771744			
09.309.618/0001-02		Dt. Nascimento 05/10/1982			
CAMARA MUNICIPAL - COMISSIONADOS		CAMARA MUNICIPAL - COMISSIONADOS			
Código	Nome do Servidor	CBO	Cargo		
490	MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA	411010	ASSESSOR DE COMISSAO PERN		
C.P.F.:	068.347.414-61		CAMARA MUNICIPAL - COMISSIONADOS		
Cód	Descrição	Ref.	Vantagens	Descontos	
2 23	VENCIMENTO INSS	31 7,50%	1.045,00	78,37	
			1.045,00	78,37	
		Valor Líquido →	966,63		
C/C: 104 0043 4		Base de Cálculo FGTS	FGTS do Mês	Base Cálc. I.R.R.F	Base de Imposto
Salário Base 1.045,00					0,00
Demonstrativos de Pagamento de Salário					
Regime: 1-Comissionado					
Data: 01/03/2019					
Assinatura do Servidor					
Assinatura do Serviço					





CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

loterias CAIXA

246-403007081-6

02/SET/2020

HORA DF 12:20:46

LOT. 13.015795-3

TERM 042602

LOCALIDADE: PATOS

AG. VINCULADA: 4982

CONTROLE: 080235710



loterias CAIXA

COMPROVANTE DE SALDO
REDE COMPARTILHADA

CLIENTE	MARIA D D E DA SILVA	
AGENCIA	0151-1 CONTA	69.667-6
SALDO		37,640
LIM	0,00 DISPONIVEL	37,640
JUROS	0,00 IOF	0,00



loterias CAIXA

INTERLIGADO À REDE
BANCO DO BRASIL

SAC 0800 729 0722
OVIDORIA BB 0800 729 5678
www.bb.com.br

246-403007081-6

1ª VIA

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: CARLIANE GONCALVES MEDEIROS - 15/09/2020 12:09:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091512090919000000032820900>
Número do documento: 20091512090919000000032820900

Num. 34319221 - Pág. 3

Demonstrativo de Pagamento de Salário				
P.F.: Je Patos Av. Presidente Vargas, 600 - Belo Horizonte - 58.704-000 - - 8(33)3421-3639 01-02 Ref.: 06/2020 PIS/PASEP: 16392771744 MUNICIPAL - COMISSIONADOS Dt. Nascimento 05/10/1982		Regime: 1-Comissionado ADM.: 01/03/2019 T.Serv.: 01/03		
Nome do Servidor P.F.: MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA 068.347.414-61		CBO	Cargo	
		411010	ASSESSOR DE COMISSAO PERN CAMARA MUNICIPAL - COMISSIONADOS	1
Cód.	Descrição	Ref.	Vantagens	Descontos
223	VENCIMENTO INSS	30 7,50%	1.045,00	78,37
			1.045,00	78,37
		Valor Líquido ➔		966,63
C/C: 104 0043 4	1.1			
Salário Base: 1.045,00	Salário Contr. INSS	Base de Cálculo F.G.T.S	F.G.T.S do Mês	Base Calc. I.R.R.F. Faixa do Imposto: 0,00

DECLARO PELO RECEPTO A IMPORTE ANTES ESPECIFICADO FOLHA DE PAGAMENTO RECEBIDA

Maria das Dores Emiliano da Silva
ASSINATURA DO SERVIDOR

DATA

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: CARLIANE GONCALVES MEDEIROS - 15/09/2020 12:09:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009151209118500000032820905>
 Número do documento: 2009151209118500000032820905

Num. 34319226 - Pág. 1



ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DE PATOS – 5^a VARA MISTA

DESPACHO

PROCESSO N° 0804041-11.2020.8.15.0251

Vistos.

Defiro ao(à) promovente a gratuidade da justiça, em face da inexistência de fundadas razões para o indeferimento do benefício (Lei 1.060/50, art. 5º; NCPC, art. 99, §§ 2º e 3º), esclarecendo que ele comprehende todos os atos do processo até decisão final do litígio, em todas as instâncias (Lei 1.060/50, art. 9º, c/c NCPC, art. 98, § 1º).

Com a entrada em vigor do Novo Código de Processo Civil, o réu não mais é citado para oferecer resposta, mas para comparecer à audiência de conciliação ou de mediação (NCPC, art. 334). Todavia, é de conhecimento deste Juízo que a promovida só celebra acordos quando há perícia nos autos, de forma que se afigura desnecessária e mesmo desaconselhável, por se tratar de ato ineficiente (CF, art. 37) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (CF, art. 5º, inciso LXXVII), a designação exclusiva de audiência de conciliação, quando já se anuncia infrutífera a sua realização. Nada impede, entretanto, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como fase preliminar da própria audiência de instrução (NCPC, art. 359), motivo pelo qual não vislumbro prejuízo às partes. Destarte:

1. Cite-se a promovida para apresentar resposta, num prazo de 15 (quinze) dias.

2. Em seguida, intime-se a parte autora para, em 15 (quinze) dias, se manifestar sobre as preliminares e os documentos eventualmente apresentados pela parte ré.

3. Ao final, tragam-me os autos conclusos para designação de perícia médica.

Patos/PB, 9 de novembro de 2020.

Luiz Gonzaga Pereira de Melo Filho



Assinado eletronicamente por: LUIZ GONZAGA PEREIRA DE MELO FILHO - 10/11/2020 07:45:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111007454313300000034772400>
Número do documento: 20111007454313300000034772400

Num. 36422577 - Pág. 1

JUIZ DE DIREITO



Assinado eletronicamente por: LUIZ GONZAGA PEREIRA DE MELO FILHO - 10/11/2020 07:45:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111007454313300000034772400>
Número do documento: 20111007454313300000034772400

Num. 36422577 - Pág. 2



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
5ª Vara Mista de Patos**

PROCESSO N° 0804041-11.2020.8.15.0251

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Seguro]

AUTOR: MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

INTIMAÇÃO ELETRÔNICA

PARA CIÊNCIA



Assinado eletronicamente por: JOAO PAULO MEDEIROS DE MARIZ - 10/11/2020 10:50:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111010502814200000034810031>
Número do documento: 20111010502814200000034810031

Num. 36462738 - Pág. 1



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
5ª Vara Mista de Patos**

PROCESSO N° 0804041-11.2020.8.15.0251

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Seguro]

AUTOR: MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CITAÇÃO ELETRÔNICA

Cite-se a promovida para apresentar resposta, num prazo de 15 (quinze) dias.



Assinado eletronicamente por: JOAO PAULO MEDEIROS DE MARIZ - 10/11/2020 10:50:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111010502884000000034810032>
Número do documento: 20111010502884000000034810032

Num. 36462739 - Pág. 1



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
5ª Vara Mista de Patos**

PROCESSO N° 0804041-11.2020.8.15.0251

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Seguro]

AUTOR: MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

INTIMAÇÃO ELETRÔNICA

PARA CIÊNCIA



Assinado eletronicamente por: JOAO PAULO MEDEIROS DE MARIZ - 10/11/2020 10:50:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111010502981600000034810034>
Número do documento: 20111010502981600000034810034

Num. 36462741 - Pág. 1