
Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200240173

Vítima: DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

Data do Acidente: 10/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200240173

Vítima: DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

Data do Acidente: 10/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

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 dos punhos
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

Recebedor: DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000938

Conta: 0000035741-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 080 988 204 32 4 - Nome completo da vítima: Dalvanete dos Santos Cipriano

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

5 - Nome completo: Dalvanete dos Santos Cipriano 6 - CPF: 080 988 204 32
7 - Profissão: agricultora 8 - Endereço: Rua Manoel Antonio Simões 9 - Número: 167 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Frei Domício 12 - Cidade: Mamão 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58495000
15 - E-mail: verão.assessoria@hotmail.com (83) 987616835 16 - Tel. (DDD): 999471520 24

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0938 CONTA: 35241 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mamão 06/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Advogado (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Superintendência Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaporanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL:

Nº. 225 / 2020

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

DATA E HORA DO FATO: 10 / Fevereiro / 2020 HORAS 18h.

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL: José Pereira de Sousa

Notificante/Vítima:

DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO, natural de Princesa Isabel -PB, Solteira, agricultora, nascida no dia 28.08.85, filha de Antonio Cipriano da Silva Neto e Maria de Lourdes da Silva, RG 3.320953/SSP/PB e CPF 080.988.204-32, residente na R. Manoel Antonio Simão, 167 Bairro Frei Damião Manaira-PB.

Dados dos Fatos:

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

Que no dia e horas acima mencionadas, regressava de Santana de Mangueira para sua residência, pela Redevia que liga as duas cidades, no caraiva do veículo HONDA CG 150 TITAN KS, cor vermelha, ano 2006 placa KIP3403/PE e chassi 9C2KC08106R921338, em nome de ADELMA MEDEIROS NOGUEIRA DELFINO e conduzida na ocasião por EDMILSON, quando em uma curva da Redevia ocorreu uma colisão, vindo ambos a cair no acostamento, sendo a Notificante levada para sua residência e em seguida acionaram o Serviço de SAMU que a conduziu para atendimento Hospitalar.

Itaporanga, PB Em, 13 de Fevereiro de 2020

Notificante/Vítima: X Dalvanete dos Santos Cipriano

Escrivão Plantonista: _____

Eco. Silva
Delegacia Distrital de Itaporanga
Cartão

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 080 988 204 32 4 - Nome completo da vítima: Dalvanete dos Santos Cipriano

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

5 - Nome completo: Dalvanete dos Santos Cipriano 6 - CPF: 080 988 204 32
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: Rua Manoel Antonio Simões 9 - Número: 167 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Frei Domício 12 - Cidade: Mamãoira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58995000
15 - E-mail: dalvanete@homal.com (83) 987616835 16 - Tel. (DDD): 999471520 24

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0938 CONTA: 35741 5 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (reser)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mamãoira 06/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Advogado (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00938

CONTA: 000000035741-5

Nr. da Autenticação F12B610F58D0677F

DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO
RUA MANOEL ANTONIO SIMAO, 167 / CASA - FRENTE
MANAIRA / PB - CEP 58990001 (AG 164)



ENERGISA PARANÁ (CONTRIBUÍDA ENERGISA)
Br 230, km 5 - Centro Industrial - Jussara / PB - CEP 50071-080
Linha 0800 083 0196 - Social 10015-1234

Ligação MONOFÁSICA

Cla/Sda: RES-MT-111/RE-ECH-94 - 15A/14-15A
Plano 15 - 169-420 1982 Referência Fev/2020
Medidor 0000057222 Encargos 21/02/2020

Nota Fiscal de Energia Elétrica nº 450076
Cód. para Deb. Automática: 00012807943

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAM
Fev / 2020	21/02/2020	24/03/2020	080.968.204-32 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1260794-3

Canal de contato

- Tarifas de Energia Elétrica - TSEE fixada pela Lei nº 10.430, de 26 de abril de 2002.
- Consulte a ONS, nossa diretoria de vendas do WhatsApp?
- Ela pode te ajudar com orientações sobre tarifas, e-mails e regularização da fatura de energia e fazer pedido de Relação. Solve seu problema e nos chame porque que precisa - (63) 90195-5540

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
23/01/20	50,39	21/02/20	6098	1	79	29	
Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos Totais	Valor Base Calc. (R\$) R.M.(R\$)	Reg. à med (R\$) Base Calc. Pós-ajuste (R\$) (0,040/1%)	Coef. (R\$) (0,0025)	
0601	Consumo de 300 kWh (08)	300,00	0,111000	33,30	0,00	0,05	0,25
0603	Consumo de 31 a 1000 kWh (08)	40,00	0,111000	4,44	0,00	0,15	0,70
0601	Ade. B Anueta	0,13	0,00	0,00	0,13	0,00	0,00
0610	Subtotal	21,50	0,00	0,00	21,50	0,00	0,93
LARIAMENTOS E SERVIÇOS							
0604	JUROS DE MOROSIDADE	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA (01/2020)	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0606	Devolução de Fatura	-20,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Cuidado ao Cliente	TOTAL	71,71	0,00	0,00	47,58	0,40	1,00
Adição últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					
92	03/03/2020	R\$ 23,71					
	Histórico de Consumo (kWh)						

73	75	66	64	61	119	0	10	65	104	95	80
Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Agos/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20

RESERVADO AO FISCO

6d86.cd77.f667.15b2.305e.cf9d.2c02.b56a

Indicadores de Qualidade			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DI MENSAL	7,26	0,00	
DI TRIMESTRAL	14,51		
DI ANUAL	29,02		
PI MENSAL	3,55	0,00	
PI TRIMESTRAL	7,10		
PI ANUAL	14,20		
DIAR	4,14	0,00	
DIAR	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia (PS)	8,18	34,50
Impostos de Energia	10,21	42,96
Impostos de Transmissão	1,23	5,15
Impostos de Distribuição	1,23	5,15
Impostos de Outros Serviços	2,87	12,10
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	23,71	100,00

ATENÇÃO Potência em atraso

- Sua unidade de faturação está em atraso, sendo um atraso de R\$ 20,48

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
E INFRAESTRUTURA NACIONAL DE TRANSPORTES

ROSE
EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5652161 SEP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

PRIMAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS

COGNE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
AUTOMOTORA

ACC
AUTOMOTORA

DATA HAB.
14/06/2007

1º REGISTRO
04119219971

VALIDADE
20/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

32584560707
PE079781306

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA EUMÉIO FIGUEIREDO, 22 - CENTRO
ITAPORANGA/PE CEP: 5670000 (AQ: 154)

Ligação MONOFÁSICO

Classe RES.MTC, B1 / RES. ENCL. - RESIDENCIAL

Ribeiro 7 - 154 - 25 - 3110

Referência Fev/2020

Medidor 0000886/477

Emissão 11/03/2020

Energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 241, Km 35 - Centro Pederneiras - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
(ANEXO 05 111.0001-4) Ins. Est 18.016.823-0

Nota Fiscal: C/C de Energia Elétrica Nº 002.714.620

Cód. para Dth. Automático: 0000282825

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2020	11/02/2020	12/03/2020	039.247.064-09

Ins. Est

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

Canal de contato

Conheça a Fica, nossa atendimento virtual do WhatsApp.
Ela pode te ajudar com informações sobre dívidas,
enviar a segurança da sua rede elétrica e de fato, pedir
de Relação. Sobre nossos conteúdos e
nos chamamos sempre que precisar. (03) 88125-5540

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
13/01/20	4750	11/02/20	4835	1	85	29

Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa U.	Valor Base Calc.	Alíq.	Valor Base (R\$)
		Tarifa U.				
		Tarifa U.				
0801	Consumo em kWh	85,000	0,702150	59,68	59,68	25
0801	Adic. B. Amarela	1,00	1,00	25	0,25	1,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTROLE ADIC. IMPUB. CA	0,00	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2020	0,15	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2020	0,90	0,00	0	0,00	0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200240173 **Cidade:** Santana de Mangueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO **Data do acidente:** 10/02/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL NO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO (FIOS DE KIRSCHNER)
ALTA MEDICA (P1/2/5FC/11)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Edilson Rodrigues dos Santos

inscrito (a) no CPF/CNPJ 039 242 064 1 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Valvanete dos Santos Cipriano inscrito (a) no CPF sob o Nº 080 988 204 32

do sinistro de DPVAT cobertura involuntária da Vítima Valvanete dos Santos Cipriano

inscrito (a) no CPF sob o Nº 080 988 204 1 32, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua, Curvelino Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Itaporanga</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>verton.arenas@bol.com.br (83)</u>	CEP: <u>58280 000</u>	Tel. (DDD): <u>999471520 24</u>

Local e Data: Itaporanga 06/07/2020

Edilson Rodrigues dos Santos

Assinatura do Declarante



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 MANAÍRA - PB

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: UBS 15

IDENTIDADE / OCORRÊNCIA

DN:

SUS:

DATA: 30/02/2020	OCORRÊNCIA Nº: 326	PACIENTE: DALVANNE DOS SANTOS CIPRIANO	IDADE: 37a	SEXO: ☐ MAS ☒ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua Francisco P. de Sá	BAIRRO: Centro	MÉDICO REGULAR: DR. YLCÊNIO		
QTA: ☐ SOCORRO POR TELEFONE	☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO	☐ OUTRO		
TIPO DE AGRAVO				
☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO	☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL	
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO	☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL	
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGADO/AFOGAMENTO	☐ AVC	☐ DROGA	
☐ DESABAMENTO SOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ METROS	☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL	
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS	☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES _____	
☐ F.A.B	☐ OUTROS	☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS	
☐ F.A.B.(P.A.F)		☐ DOENÇAS CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO		☐ DOENÇA-INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS	
☐ LESÕES TÉRMICAS				
EXAME INICIAL				
A	Via aérea	☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo Estranho ☐ Broncoaspiração ☐ Edema de Glote		
B	Respiração	☒ Normal ☐ Insuficiência Resp. Aguda ☐ Parada Ventilatória ☐ Ventilação Espontânea ☐ Assistida ☐ Controlada ☐ Ausculta Normal ☐ Sibilos ☐ Roncos ☐ Superficial ☐ Eritema Sub-cutânea		
C	Circulação	☐ Pulso Regular ☐ Irregular ☐ Ausente ☐ Chelo ☐ Fino ☐ Parada Cárdio Respiratória ☐ Pele Normal ☐ Palidez ☐ Cianose ☐ Quente ☐ Fria ☐ Seca ☐ Úmida ☐ Choque Hipovolêmico		
D	Neurológico	Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
		Esontâneas ☒ 04	Orientada ☒ 05	Obedece comandos ☒ 05
		A voz ☐ 03	Confusa ☐ 04	Localiza dor ☐ 05
		A dor ☐ 02	Palavras inapropriadas ☐ 03	Movimento de retirada ☐ 04
		Nenhuma ☐ 01	Palavras incompreensíveis ☐ 02	Flexão anormal ☐ 03
		☒ 05	Nenhuma ☐ 01	Extensão anormal ☐ 02
		Nenhuma ☐ 01		
		☐ Normal Sonolência ☐ Agitação ☐ Coma Pupilas: ☒ Miose ☐ Midriase ☐ Foto Reagente ☐ Não Reagente Déficit Sensitivo ☐ à Direita ☐ Esquerda ☐ Convulsão ☐ Otorragia		

E.C.G.: ☐ Normal ☐ Coronária ☐ Art Condução ☐ Não Realizado

SINAIS VITAIS

P.A.: 120 X 80 mmhg FC: 95 FR: 19 TEMP: 36,4 °C GLICEMIA: mg/dl Saturação O2: 100%

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO AMEAÇA ☐ ESPONTÂNEO ☐ PROVOCADO ☐ METRORRAGIA ☐ PARTO A TERMO
☐ PRÉ TERMO ☐ PÓS TERMO ☐ TRABALHO DE PARTO

OUTROS: _____ DUM: _____

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
INTERVENÇÕES:**

BSU + PNEUOG LONORA

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO (História):

PACIENTE VÍTIMA ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, GLASGOW 15, CORTE CONTINUA
COM MEDICAMENTO DE SUICIDA NA REGIÃO FRONTAL, FRATURA DE PUNHO,
IMOBILIZADA, RADIOLÓGICA PW, MEDICADA CPN, ENCAMINHADA A UPA.

PROCEDIMENTOS:

() DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS () INTUBAÇÃO NASOOROTRAQUEAL () CÂNULA OROFARÍNGEA () CRICOTIREOIDOSTOMIA () RESPIRADOR
() VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") () INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) () DRENAGEM TORÁCICA () MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA
() DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☒ CONTROLE DE HEMORRÁGIA ☒ CURATIVO ☒ PUNÇÃO VENOSA () Sonda GÁSTRICA () S. VESICAL
() SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS () COLAR CERVICAL () TALAS/TRACÇÃO () OROTRAQUEAL () OUTROS:

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

SIC 100ml

DESTINO DO PACIENTE / UNIDADE DE ATENDIMENTO:

RESPONSÁVEL RECEBIMENTO:

FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE:

() APOIO DIAGNÓSTICO ☒ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE () TRANSFERÊNCIA SIMPLES
() OUTROS:

ENCAMINHAMENTO:

() LIBERADO APÓS ATENDIMENTO () ÓBITO NO LOCAL () ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
() ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☒ DECÚBITO DORSAL () DECÚBITO LATERAL () DECÚBITO VENTRAL () SENTADO
() ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME:

RG:

ASSINATURA:

IDENTIDADE DA EQUIPE:

ENFERMEIRO(a): Beano Ferreira

COREM:

MAT:

TÉC. DE ENFER: Thamara

COREM:

MAT:

CONDUTOR: Josimar L da Silva

CNH:

MAT:

FICHA DE INTERNAÇÃO

(AM 07)

INTERNAÇÃO	94253	PRONTUÁRIO	46972
DATA	10/02/2020	OPERADOR	WRAMALHO
OCORRÊNCIA	URGENCIA		
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRINCESA-ISABEL HOSPITAL REGIONAL DE PRI		
MEDICO	DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO AUTOMOVEL		
PACIENTE	DALVANETE DOS SANTOS CÍPRIANO	IDADE	34a 5m GÊNERO FEMININO
FILIAÇÃO I	MARIA DE LOURDES DA SILVA		
FILIAÇÃO II	ANTONIO CIPRIANO DA SILVA NETO		
CIDADE	MANAIRA PB 58995000		
ENDEREÇO	RUA ADELINO SANTOS DINIS 67		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE	PRINCESA ISABEL		
TELEFONE	CELULAR 83998967479		
C.N.S.	700808438111588	IDENTIDADE	3320953
C.P.F.		REG. NAC.	
NASCIMENTO	28/08/1985	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	AGRICULTORA

RESPONSÁVEL MARIA DE LOURDES DA SILVA Ass. Resp./Paciente

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

*Vítima acidente em (Carro/carro) - acidente
hoje in tgh.
Ficou em n/s @*

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

*orientada
n/e.
dor
edema HH 4+*

leve deformidade p/ha @

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

Fratura p/ósis distal @

CID

*Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10302 TEOT 15140*

DADOS DA SAÍDA

Data *13/02/2020*

Hora *08* H *00*

MOTIVO

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

MÉDICO/CRM

*Dr. Leonarso Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10302 TEOT 12.881*

PACIENTE: Dalvaete dos Santos Cipriano					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL CIP (ANTIQUE CANAD 10)  GOVERNO DA PARAÍBA
QT.:	LEITO:	CONVÊNIO: Sus	IDADE: 34a	REGISTRO: 46972	
CIRURGIA: Redução do Pterno ①		CIRURGIÃO: Condeirino			
ANESTESIA: Sedação		ANESTESISTA: Tavio			
INSTRUMENTADORA: Triago		DATA: 11.02.20	INÍCIO: 11:10	FIM: 11:30	

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ (soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
2	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
2	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
2	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
1	Nesocin Triago		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		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
	Xilocaína a 2%	1	Esparadrapo
	Etodimidate		Xilocaína Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	1	PVPi Tintura
	Dímorf	2	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	1	Agulha Descartável
1	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
1	Efortil Watermelon		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plasil Endoneurone		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		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		

Nome do Paciente: <i>Alvares dos Santos Epurano</i>		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia: <i>11/02/2010</i>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <i>Dr. Sanderico Filho</i>	1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesista: <i>Dr. Davy</i>	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>Fratura média distal @</i>		
Tipo de Cirurgia: <i>Fxo unguis</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório:		
Relatório imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no ato:		
Acidente Durante a Cirurgia:		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. acesso em PCH na punção / Antissepsia + lavagem unguis / Redução imediata + fixação percutânea a 02 fios = K' / Curativos + Talco

[Assinatura]
Dr. Sanderico Mendes de S. Filho
CRM-PB 7515

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Diagnóstico: _____
Data: 11/02/2018 _____

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

HORÁRIOS

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

SINAIS VITAIS

Luciano de S. David
CONV. 10/10/77-TE

Guilherme Fernandes Lucena
CATEDRA DE HISTÓRIA DA ARQUITETURA

Valdet Zamea Soraim
CORES 300 115.72

DIGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

() DOR AGUDA relacionada a agente lesivo e/ou trauma evidenciado p/ relato verbal	() Risco para disfunção neurovascular relacionado ao trauma evidenciado por obstrução vascular, desorientação, agitação, torpor e coma;
() DOR AGUDA relacionada a patologia inespecífica evidenciado por relato verbal	() Risco para infecção relacionado a trauma, exposição ambiental aumentada, queimaduras e evidenciada por elevação da temperatura corpórea, destruição da pele e exsudatos, relato verbal de dor;
() DOR CRÔNICA relacionada a patologia evidenciada por incapacidade de deambular	() RISCO PARA DÉBITO CARDÍACO relacionado a resistência vascular aumentada, vasoconstrição, isquemia do miocárdio evidenciado por elevação da pressão arterial, relato de tonturas, mal estar e cefaléia;
() DÉBITO CARDÍACO ALTERADO relacionado a frequência cardíaca alterada evidenciado por bradicardia, taquicardia e/ou precordialgia	() RISCO DE LESÃO Prevenir compressão da mucosa traqueal pelo balonete ("cuff") insuflando-o adequadamente
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ relacionado a ansiedade evidenciado por, dispnéia, tosse e batimentos da asa do nariz, tiragem intercostal e saturação alterada	() RISCO para perfusão gastrointestinal ineficaz relacionado a peristaltismo e evidenciado por relatos de eliminação gastrointestinal alterada (diarreia e cólica)
() NAUSEA / ÊMESE relacionada ingestão de alimentos evidenciada por palidez cutânea	() PERFUSÃO TISSULAR RENAL ALTERADA relacionada a circulação sanguínea alterada evidenciada por edemas (face, abdome e membros)
() HIPOTERMIA relacionada a alterações corpóreas evidenciada por tremor, pele fria e pegajosa, cianose nos leitos ungueais e hipertensão arterial	() Mobilidade gastrointestinal disfuncional - relacionado a ausculta hipoativa do intestino e relacionado a tempo prolongado entre uma evacuação e outra
() HIPOTERMIA relacionada ao aumento da temperatura corpórea evidenciada por pele avermelhada, calor ao toque, frequência respiratória aumentada e taquicardia	() RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL relacionada monitoração inadequada da glicemia evidenciada pela falta de controle do diabetes e auto consumo cerebral
() Mobilidade física prejudicada relacionada a força insuficiente para movimentar-se e evidenciada por queda da própria altura e/ou de veículo automotivo	() Volume de líquidos excessivos / relacionado a mecanismos reguladores e evidenciado por derrame pleural, congestão pulmonar, anasarca, reflexo hepatojugular positivo
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA relacionada a fatores mecânicos (FAB) e evidenciado por destruição de camadas da pele;	() Risco de choque relacionado a pacientes com hipovolemia e hipotensão severa evidenciado por cansaço aos mínimos esforços, fraqueza e cianose ungueal
() Proteção ineficaz relacionado a patologias crônicas e/ou tratamento oncológico e evidenciado por fadiga, fraqueza e imobilidade física	() Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado a desidratação, diarreia, disfunção renal evidenciado por perda de elasticidade e turgor da pele
() Eliminação urinária prejudicada, relacionado a bloqueio no esfíncter urinário evidenciado por presença de globo vesical, disúria e bexigoma	() Risco de sangramento relacionado a aneurismas / distúrbios gastrointestinais como varizes, doenças ulcerativa gástrica, pólipos evidenciado por presença de melena, hemorragia digestiva alta e choque hipovolêmico

Intercorrências diurna

Intercorrência noturna

Paciente em pós-operatório imediato, acordado, EGR, consciente, orientada, deambulando, apneia, eufórica, normotensa, apresentando saturação extensa na face, dieta oral apete, eliminação fisiológicas preservadas, segue aos cuidados da equipe.


 Enfermeira
 ENFERMEIRA 085.814

Enfermeira

RELATÓRIO DIURNO	RELATÓRIO NOTURNO
paciente 34 anos consciente orientado, sono e repouso preservado, ventilado SSV, medicado conforme prescrição médica e segue aos cuidados da enfermagem. <i>Girleide Fernandes Lucena</i> COREN-PB/944.281-TE Técnico em enfermagem	PACIENTE 34 ANOS EVOLUI EM ESTADO GERAL REGULAR CONSCIENTE ORIENTADO DE AMBU- LADO, SONO E REPOUSO PRE- SERVADO, VV EPM, FOI MEDICADO CONFORME PRE- SCRIÇÃO SEM QUEIXAS NO MO- MENTO E SEGUIR AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. <i>Valdeir Soares Cordeiro</i> COREN-PB/359.115-TE Técnico em enfermagem

DIGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

() DOR AGUDA relacionada a agente lesivo e/ou trauma evidenciado p/ relato verbal	() Risco para disfunção neurovascular relacionado ao trauma evidenciado por obstrução vascular, desorientação, agitação, torpor e coma.
() DOR AGUDA relacionada a patologia inespecífica evidenciado por relato verbal	() Risco para infecção relacionado a trauma, exposição ambiental aumentada, queimaduras e evidenciada por elevação da temperatura corpórea, destruição da pele e exsudatos, relato verbal de dor.
() DOR CRÔNICA relacionada a patologia evidenciada por incapacidade de deambular	() RISCO PARA DÉBITO CARDÍACO relacionado a resistência vascular aumentada, vasoconstrição, isquemia do miocárdio evidenciado por elevação da pressão arterial, relato de tonturas, mal estar e cefaleia.
() DÉBITO CARDÍACO ALTERADO relacionado a frequência cardíaca alterada evidenciado por bradicardia, taquicardia e/ou precordialgia	() RISCO DE LESÃO Prevenir compressão da mucosa traqueal pelo balonete ("cuff") insuflando-o adequadamente
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ relacionado a ansiedade evidenciado por, dispnéia, tosse e batimentos da asa do nariz, tiragem intercostal e saturação alterada	() RISCO para perfusão gastrointestinal ineficaz relacionado a peristaltismo e evidenciado por relatos de eliminação gastrointestinal alterada (diarréia e cólica)
() NAUSEA / ÊMESE relacionada ingestão de alimentos evidenciada por palidez cutânea	() PERFUSÃO TISSULAR RENAL ALTERADA relacionada a circulação sanguínea alterada evidenciada por edemas (face, abdome e membros)
() HIPOTERMIA relacionada a alterações corpóreas evidenciada por tremor, pele fria e pegajosa, cianose nos leitos ungueais e hipertensão arterial	() Mobilidade gastrointestinal disfuncional - relacionado a ausculta hipoativa do intestino e relacionado a tempo prolongado entre uma evacuação e outra
() HIPOTERMIA relacionada ao aumento da temperatura corpórea evidenciada por pele avermelhada, calor ao toque, frequência respiratória aumentada e taquicardia	() RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL relacionada monitoração inadequada da glicemia evidenciada pela falta de controle do diabetes e auto consumo cerebral
() Mobilidade física prejudicada relacionada a força insuficiente para movimentar-se e evidenciada por queda da própria altura e/ou de veículo automotivo	() Volume de líquidos excessivos / relacionado a mecanismos reguladores e evidenciado por derrame pleural, congestão pulmonar, anasarca, reflexo hepatojugular positivo
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA relacionada a fatores mecânicos (FAB) e evidenciado por destruição de camadas da pele:	() Risco de choque relacionado a pacientes com hipovolemia e hipotensão severa evidenciado por cansaço aos mínimos esforços, fraqueza e cianose ungueal
() Proteção ineficaz relacionado a patologias crônicas e/ou tratamento oncológico e evidenciado por fadiga, fraqueza e imobilidade física	() Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado a desidratação, diarréia, disfunção renal evidenciado por perda de elasticidade e turgor da pele
() Eliminação urinária prejudicada, relacionado a bloqueio no esfíncter urinário evidenciado por presença de globo vesical, disúria e bexigoma	() Risco de sangramento relacionado a aneurismas / distúrbios gastrointestinais como varizes, doenças ulcerativa gástrica, pólipos evidenciado por presença de melena, hemorragia digestiva alta e choque hipovolêmico
Intercorrências diurna	Intercorrência noturna
<i>paciente com 66 anos, sexo masculino, com queixa de dor no abdômen, relatando que a dor é tipo cólica, localizada no epigástrio, com início há alguns dias, piorando após refeições, especialmente após leite e carne. Não há náusea, vômito ou febre. Relato de perda de peso e fadiga.</i>	<i>12-02-2020 às 21:45h. Paciente em repouso, consciente, orientado, hidratado, normotérmico, com frequência cardíaca normal, saturação de oxigênio normal, sem alterações significativas na pele, sem sinais de desidratação ou edema. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações.</i>
	Maria Luana Alves do Nascimento Enfermeira COREN-PA 511926
Enfermeiro	Enfermeiro

RELATÓRIO DIURNO

Paciente evolui em ECR, higiene, realizada curativo em região frontal, com melhora fisiológica, clonidina à 2%, aferição dos SSVV, comparece rotina, administrado medicação, sob Prescrição médica. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Edna Lira de Oliveira
Téc. em Enfermagem
COREN-PB 609.304

Técnico em enfermagem

RELATÓRIO NOTURNO

Paciente consciente, orientada, deambulando, dieta por VO, diurese espontânea. Realizado aferição de SSVV e medicação cpm. Sem nenhuma queixa. Sem nenhuma queixa. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Vânia Lucena
Téc. em Enfermagem
COREN-PB 980.976

Ufental

Técnico em enfermagem

Hospital Regional de Patos - RX

000000000000

100 %

D1, s. 755 000000000000

100 %

E7, s. 604



Punho D, PA

10/Fev/2020 21:18:24 Punho D, Lateral

10/Fev/2020 21:18:40

000000000000

DALVANE DOS SANTOS CIPRIANO, '28/Ago/1985



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
E MEIO AMBIENTE - DNT

ROSE
EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5652161 SEP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

PRIMAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS

COGNE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
AUTOMOBILAR

ACC
AUTOMOBILAR

DATA HAB.
14/06/2007

1º REGISTRO
04119219971

VALIDADE
20/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
32584560707
PE079781306

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA EUMÉIO FIGUEIREDO, 22 - CENTRO
ITAPORANGA/PE CEP: 5670000 (AQ: 154)

Ligação MONOFÁSICO

Classe RES.MTC, B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Ribeiro 7 - 154 - 25 - 3110

Referência Fev/2020

Medidor 0000886/477

Emissão 11/03/2020

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 241, Km 35 - Centro Pederneiras - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
(ANEXO 05 111.0001-4) Ins. Est 18.016.823-0

Nota Fiscal: C/C de Energia Elétrica Nº 002.714.620

Cód. para Dth. Automático: 0000282825

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2020	11/02/2020	12/03/2020	039.247.064-09

Ins. Est

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

Canal de contato

Conheça a FENIA, nossa atendimento virtual do WhatsApp.
Ela pode te ajudar com informações sobre dívidas,
enviar a segurança da sua rede elétrica e de fato, pedir
de Relação. Sobre nossos conteúdos e
nos chamamos sempre que precisar. (03) 88125-5540

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
13/01/20	4750	11/02/20	4835	1	85	29

Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa U.	Valor Base Calc.	Alíq.	Valor Base (R\$)
0801	Consumo em kWh	85,000	0,702150	59,68	25	14,92
0801	Adic. B. Amarela	1,00		1,00	25	0,25
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTROLE ADIC. IMPUB. CA	0,00		0,00	0	0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2020	0,15		0,00	0	0,00
0805	MULTA 01/2020	0,90		0,00	0	0,00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3320955 DATA DE EXPEDIENTE 04 MAI 2005

NOME DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

FILIAÇÃO Antonio Cipriano da Silva Neto
Maria de Lourdes da Silva

Princesa Isabel-PB 28.08.1985

NATURALIDADE

Cert. Nascimento Nº 5.155.116-V, Liv. A-06

Cert. de Manaira-PB.

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

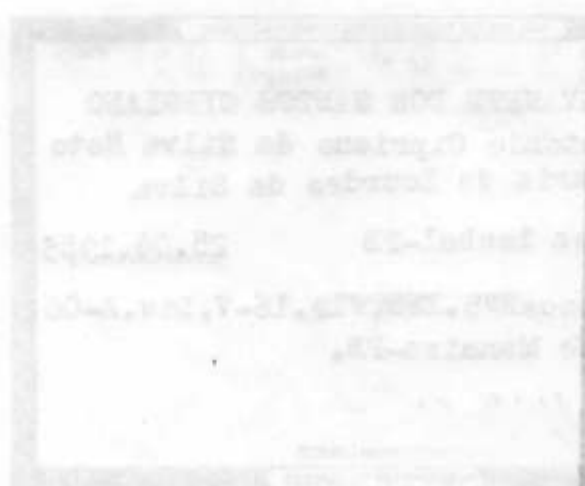
CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
080.988.204-32

Nome
DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

Nascimento
28/08/1985



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014959374086

VIA	COD. RENAVAM	RNTIC	EXERCÍCIO
1	682717219	*****	2019

ADELMA MEDEIROS NOGUEIRA DELEFINO

9 C BAIXA VERDE-PE

CHASSI	PLACA
129.246.154-37	RIP2403

PLACA RNTIC/UF	CHASSI
*****	9C2XC06106R921398

ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PA3 MOTOCICLETA	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN K3	2006	2006

CAP/POT/OL	CATEGORIA	COR PRINCIPAL
29/149CL	PARTIC	VERMELHA

COTA ÚNICA	VENO COTA ÚNICA	VENO COTAS
ISVA 2019 QUITADO	1º *****	
FAIXA I P/A	PARCELAMENTO/COTAS	2º *****
	*****	3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	OP. (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.22	80.33	25/02/19

SEM RESERVAÇÃO DE FORTES OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

Assinado **20/11/19**

9 C BAIXA VERDE-PE **20/11/19**

Carlos Nogueira Fontelles

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO OPVAT

PE Nº 014959374086 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ADELMA MEDEIROS NOGUEIRA DELEFINO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	OPV / CBRU	PLACA
1	129.246.154-37	RIP2403

REN / AN	MARCA / MODELO
682717219	HONDA/CG 150 TITAN K3

ANO FAB.	CAT. (R\$)	Nº CHASSI
2006	09	9C2XC06106R921398

PRÊMIO TARIFÁRIO		
PNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
26.08	4.01	30.09
CUSTO DO BILHETE (R\$)	OP (R\$)	TOTAL SEGURO SEGUADO (R\$)
4.15	0.92	34.58

☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
		25/02/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT
 CNPJ 08.248.808/0001-00

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

JUL-2019

PROCURAÇÃO

Outorgante: Valvanete do Santos Cipriano, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão Agricultora, residente e domiciliado à Rua Ranuel Antonio Simões, nº 167, bairro Faz. Namica, Município de Itaporanga, Estado da(o) Paraíba, Cep: 58995-000, portador(a) do RG nº 3320953 e CPF nº 080.988.204.32

Outorgado: Edilson Rodrigues do Santos, brasileiro, estado civil casado, profissão autonomo, residente e domiciliado à Rua Euvidio Figueiredo, nº 22, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da Paraíba, Cep: 58780 – 000, portador do RG nº 5652161, e CPF nº 039.247.064-09.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou ocorrido em 10.10.2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza invalidez 1

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ITAPORANGA 06 de Julho de 2020

X Valvanete do S. Cipriano
.....
outorgante

CPF Nº 080.988.204.32

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0188056/20

Vítima: DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

CPF: 080.988.204-32

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 10/02/2020

Titular do CPF: DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

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

DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO : 080.988.204-32

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/07/2020
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/07/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA