Seguradora LÍDER

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: 479 191 834-72

4 - Nome completo da vítima: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: SEVERINO XAVIER DOS SANTOS

6 - CPF: 105 012 318-09

7 - Profissão: AGRICULTOR

8 - Endereço: RUA ANTONIO CONSTANTINO DANTAS

9 - Número: S/N

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: MARIA FAUSTINO

12 - Cidade: NOVA FLORESTA

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58178-000

15 - E-mail: nilotdantas@hotmail.com

16 - Tel.(DDD): (83) 3371-2274

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: 4316 (Informar o dígito se existir) CONTA: 14670 - 5 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (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 o banco, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em ter submetida à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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: 15/04/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO

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: 10 Falecidos: 00

30 - Vítima deixou nascituro(s)/sinaes(s)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital do dedo polegar do declarante

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: JESSICA ARIADNE DANTAS SILVA

CPF: 123.541.164-89

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: FRANCISCO SERGIO DA COSTA MARCOLINO

CPF: 026 696 734-00

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Picuí-PB, 05/04/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Seguradora LÍDER

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 AS:

3 - CPF da vítima: 479 191 834-72

4 - Nome completo da vítima: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: MARIA DAS GRAÇAS XAVIER

6 - CPF: 014 595 694-66

7 - Profissão: PENSIONISTA

8 - Endereço: RUA SANTOS DUMONT

9 - Número: S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro: CENTRO

12 - Cidade: NOVA FLORESTA

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58176-000

15 - E-mail: nilotdantas@hotmail.com

16 - Tel. (DDD): (83) 3371-2274

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: 4916 (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 909725452 9 (Informar o dígito se existir) **AGÊNCIA:** (Informar o dígito se existir) **CONTA:** (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta acima 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

Por motivo ou motivos assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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: 15/02/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHA

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: 10 Falecidos: 00

30 - Vítima deixou nascituro (vinaçoa)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS

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

021 143 974-67

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

Josefa do Nascimento

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: JÉSSICA ARIADNE D. SILVA

CPF: 123.541.164-89

Jéssica Ariadne D. Silva

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: FRANCISCO SERGIO DA SILVA MARCOLINO

CPF: 026 696 334-00

Francisco S. da S. Marcolino

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PICUÍ - PB, 06/04/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PPS.001 V002/2019

Seguradora LÍDER

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:	4 - Nome completo da vítima:
	479 191 834 -72	ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: FRANCISCA MARIA DA SILVA
6 - CPF: 049.559.304-91
7 - Profissão: AGRICULTORA
8 - Endereço: RUA SEVERINA CLEMENTINO DE MEDEIROS
9 - Número: 239
10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO
12 - Cidade: AMAPA
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58396-000
15 - e-mail: nilotdantas@hotmail.com
15 - Tel.(DDD): (83) 3371-2274

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: 0038 ( ) CONTA: 58676 (4)
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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: 15/02/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO
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: 10 Falecidos: 00
30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, a meu, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital do dedo polegar do lado direito do beneficiário, conforme ordem abaixo:

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: JÉSSICA ARIADNE DANTAS SILVA
CPF: 123.541.164-89
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: FRANCISCO SERGIO DA COSTA MARCOLINO
CPF: 028 696 734-00
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Picuí-PB, 05/04/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora LÍDER

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: 479.191.834-72

4 - Nome completo da vítima: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS

6 - CPF: 021.143.874-67

7 - Profissão: APOSENTADA

8 - Endereço: RUA SANTOS DUMONT

9 - Número: S/N

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CENTRO

12 - Cidade: NOVA FLORESTA

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58176-000

15 - E-mail: nilotdantas@hotmail.com

16 - Tel.(DDD): (83) 3371-2274

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. Assine a uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0657 (2) CONTA: 5412 (7)

(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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 15/02/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima: VIUVA

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: 10 Falecidos: 00

30 - Vítima deixou nascituro(a) vivo(a)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: JÉSSICA ARIADNE DANTAS SILVA

CPF: 123.541.164-89

Jessica Ariadne D. Silva

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: FRANCISCO JEMOIO DA COSTA MACEDO

CPF: 028.656.234-00

Francisco J. da C. Macedo

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Pilões, 05/04/2021

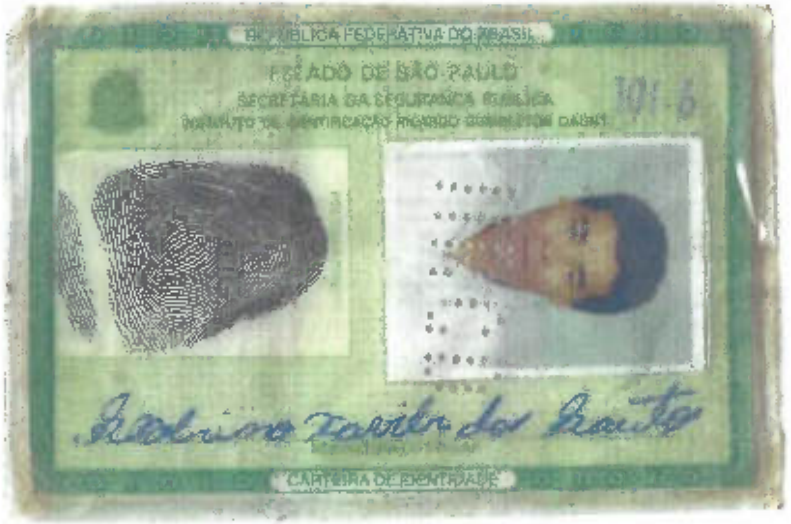
Josefa do Nascimento Santos

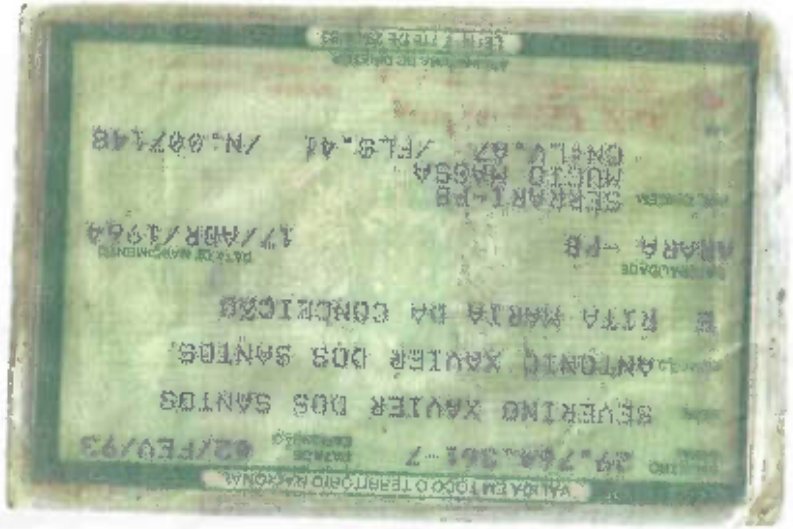
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FRS 001 V002/2010


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
CARTEIRA DE IDENTIDADE


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
SEVERINO XAVIER DOS SANTOS
ANTONIO XAVIER DOS SANTOS
RITA MARIA DA CONCEIÇÃO
ALAGOAS
17/ABR/1964
SERRANI-PB
MUCIO MAOSA
CNH.L.67 /FLS.41 /N.007148


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal
CPF
105.212.318-09
SEVERINO XAVIER DOS SANTOS
17/04/1964


CORREIOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

L-253

NÃO ALFABETIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

014.595.694-66

Nome

MARIA DAS GRAÇAS XAVIER

Nascimento

29/05/1963

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.049.927 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 18/05/2016

NOME

MARIA DAS GRAÇAS XAVIER

FILIAÇÃO

ANTÔNIO XAVIER
RITA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE

NOVA FLORESTA-PB

DATA DE NASCIMENTO

29/05/1963

DOC ORIGEM

CERT. NASC. Nº2381 - LIV.3-A - FLS.181 - CARTORIO NOVA FLORESTA-PB

CPF

014.595.694-66

A+

DE 29/05/63

Entregue

CORREIOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

L-253

NÃO ALFABETIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

014.595.694-66

Nome

MARIA DAS GRAÇAS XAVIER

Nascimento

29/05/1963

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.049.927 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 18/05/2016

NOME

MARIA DAS GRAÇAS XAVIER

FILIAÇÃO

ANTÔNIO XAVIER
RITA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE

NOVA FLORESTA-PB

DATA DE NASCIMENTO

29/05/1963

DOC ORIGEM

CERT. NASC. Nº2381 - LIV.3-A - FLS.181 - CARTORIO NOVA FLORESTA-PB

CPF

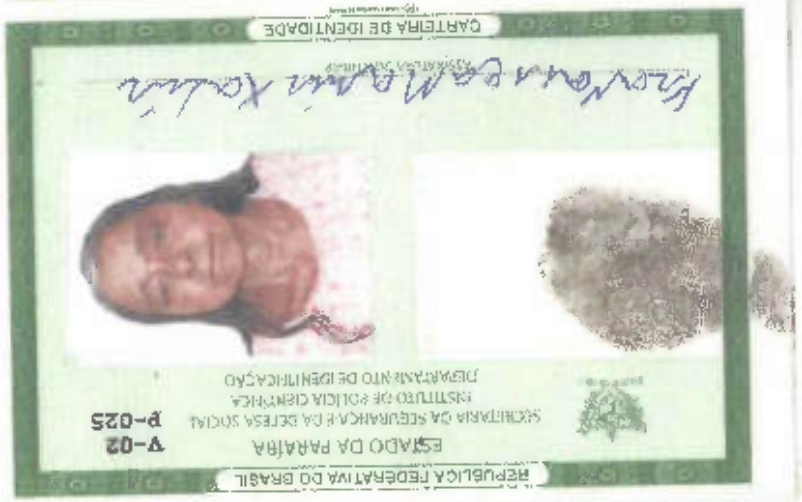
014.595.694-66

A+

DE 29/05/63

Entregue

CORREIOS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-025

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.063.912 -2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/07/2017

NOME FRANCISCA MARIA XAVIER

FILIAÇÃO ANTONIO XAVIER
RITA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE
NOVA FLORESTA-PB

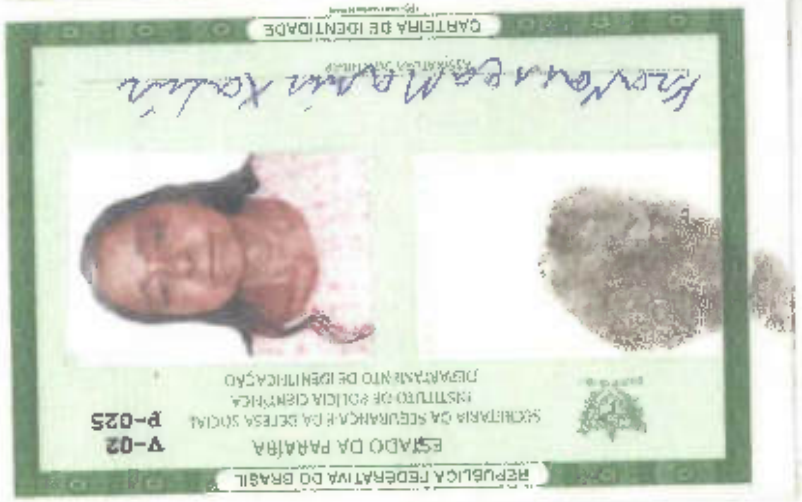
DATA DE NASCIMENTO
03/06/1957

DOC ORIGEM
NASC.N.2358 FLS.190 LIV.3A
CARTORIO NOVA FLORESTA PB

CPF
049.559.304-11

Nº Pessoa: 19

B +



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-025

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.063.912 -2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/07/2017

NOME FRANCISCA MARIA XAVIER

FILIAÇÃO ANTONIO XAVIER
RITA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE
NOVA FLORESTA-PB

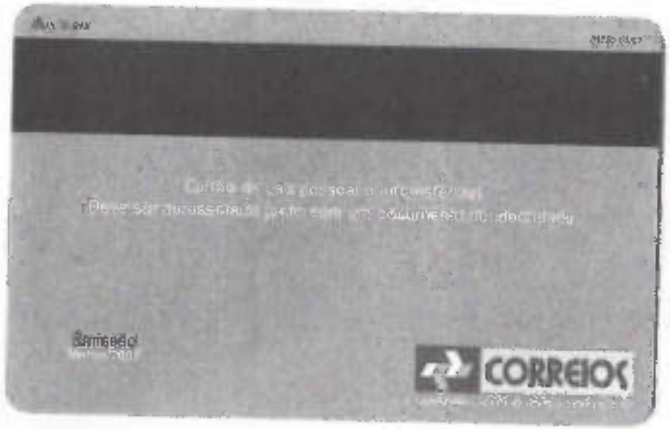
DATA DE NASCIMENTO
03/06/1957

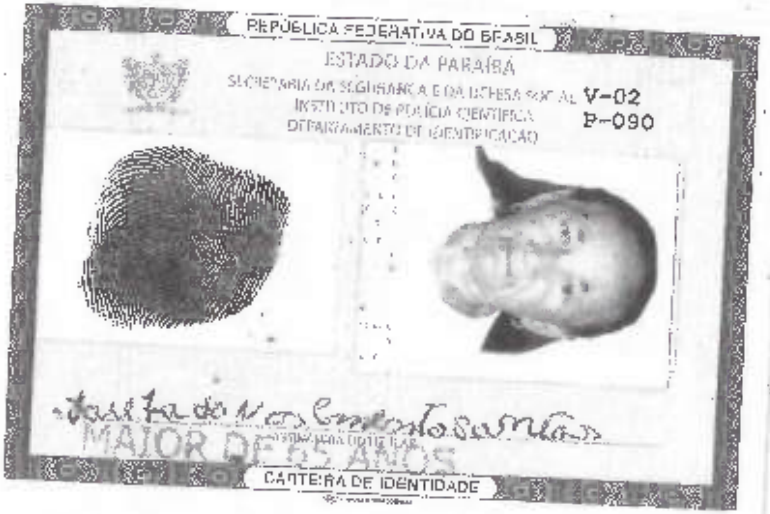
DOC ORIGEM
NASC.N.2358 FLS.190 LIV.3A
CARTORIO NOVA FLORESTA PB

CPF
049.559.304-11

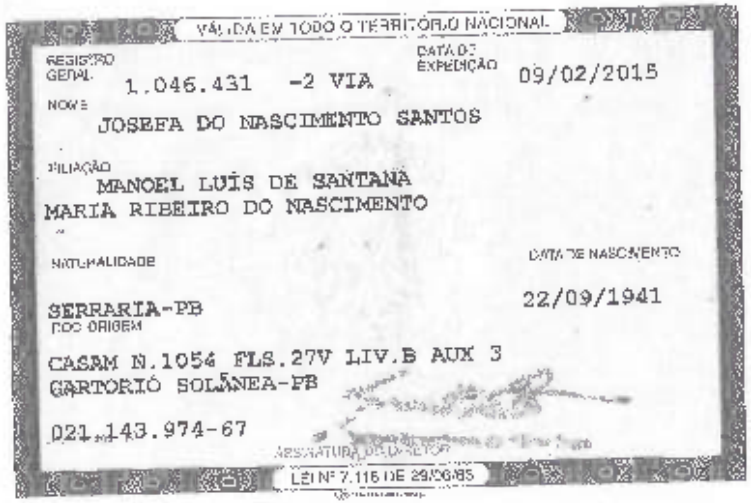
Nº Pessoa: 19

B +


Assinatura
CORREIOS


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
V-02
P-090
MAIOR DE 65 ANOS
CARTEIRA DE IDENTIDADE


MINISTÉRIO DA FAZENDA
CPF
Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
021.143.974-67
Nome
JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS
Nascimento
22/09/1944


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL
1.046.431 -2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO
09/02/2015
NOME
JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS
FILIAÇÃO
MANOEL LUÍS DE SANTANA
MARIA RIBEIRO DO NASCIMENTO
NATURALIDADE
SERRARIA-PB
DATA DE NASCIMENTO
22/09/1941
DOC ORIGEM
CASAM N.1054 FLS.27V LIV.B AUX 3
CARTORIO SOLANEA-PB
021.143.974-67
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83


TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
05461822
USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)
OAB


ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO
NILO TRIGUEIRO DANTAS
NILVAN ARAÚJO DANTAS
MARLI LÚCIA TRIGUEIRO DANTAS
JOÃO PESSOA-PB
09/06/1983
047.951.774-65
2886925 - SSP/PB
NÃO
01 18/01/2013
13220

Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão
Fevereiro/2015

CORREIOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO

V-02
P-090

NÃO ALFABETIZADO
MAIOR DE 65 ANOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
479.191.834-72

Nome
ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

Nascimento
30/05/1928

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
872.043 -2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO
09/02/2015

NOME
ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

FILIAÇÃO
SANTINO XAVIER DE ABREU
ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE
AREIA-PB

DATA DE NASCIMENTO
30/05/1928

DOC ORIGEM
CASAM N.1054 FLS.27V LIV.B AUX 3
CARTORIO SOLÂNEA-PB

479.191.834-72

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER

DADOS DA OCORRÊNCIA

ORIGEM DO CADÁVER
- ☐ LOCAL DE MORTE VIOLENTA PERICIADO
- ☐ LOCAL DE MORTE VIOLENTA NÃO PERICIADO
- ☐ SVO / UNIDADE DE SAÚDE

ARMA UTILIZADA
- ☐ ARMA DE FOGO
- ☐ ARMA BRANCA
- ☐ OUTROS OBJETOS:

DATA: 16/02/2020
HORA: 5:57h

LOCAL PRINCIPAL DA OCORRÊNCIA (Sítio, fazenda, rodovia, etc.): Hosp. de Emerg. e Trauma C. Grande - PB
LOGRADOURO (rua, avenida, rodovia, etc.):

NÚMERO:
COMPLEMENTO (APTO, SALA, ANDAR, ETC.):
BAIRRO: Malvinas

LOCALIDADE / COMUNIDADE:
MUNICÍPIO / UF: Campina Grande PB

PONTO DE REFERÊNCIA:
LATITUDE:
LONGITUDE:

DADOS DA VÍTIMA

NOME: Antonio Xavier Rosendo
APELIDO:

MÃE: Adelina Maria da Conceição

SEXO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO ☐ IGNORADO
DATA NASCIMENTO: 30.05.1929
IDADE APARENTE: 91 anos
IDENTIDADE: 372043

CPF: 479.193.934
COR DA PELE / ETNIA: ☐ PRETA ☐ PARDA ☐ BRANCA ☐ AMARELA ☐ INDÍGENA

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:
MATRÍCULA Nº:
ÓRGÃO
- ☐ GRECRIM / NUCRIM ☐ PC
- ☐ UNIDADE DE SAÚDE ☐ SVO
- ☐ OUTRO

ASSINATURA

DELEGADO DE POLÍCIA (NOME):
MATRÍCULA Nº:
ASSINATURA

CORPO ENCAMINHADO PARA
- ☐ GENOL
- ☐ NUMOL

ESTADO DA PARAÍBA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

Nº: 20185478
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL

GUIA DE RECOLHIMENTO DE CADÁVER Nº

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AV. FLORIANO PEIXOTO, 1045 - SÃO JOSÉ - CEP 58110-001 - C. GRANDE - PB.

NOME: Antonio Xavier Rosendo

FILIAÇÃO: MÃE: Adelina Maria da Conceição

PAI:

SEXO: M COR: B IDADE: 91a.

PROFISSÃO: Aposentado ENDEREÇO: Rua Felipe Florentino, 5M

LOCAL DE ÓBITO: Hosp. E. de Trauma C. Grande, PB

DATA E HORA DO ÓBITO: 15/02/2020 - 10.03h.

BREVE HISTÓRICO DO C.O.: Paciente deu entrada no hospital em data 03/02/20 20 [illegible] o 20:31h realizado [illegible] HIP volumosa temporal direita [illegible] Após procedimento [illegible]

SOCORRO MÉDICO (data / hora / onde foi medicado / qual medicação usada / retirada do corpo estranho (especificar sítio de retirada) / qual intervenção? Retirada órgãos ou segmentos, quais? [illegible] às 11:25h [illegible] com PCR [illegible] e [illegible]

OUTRAS INFORMAÇÕES JULGADAS NECESSÁRIAS:

Campina Grande - PB.

José Gilvan G. Andrade
Med. Clín. Geral
CRM-PB 7828

Assinatura e carimbo do Médico Assistente

(PREENCHER EM LETRA DE FORMA OU À MÁQUINA)

IOD. 04

GENALDO FIRMINO DOS SANTOS
RUA ANTONIO CONSELHEIRO CANTOS, S/N, JARAPA, STAO
IGUA ALGUEFRA / PE CEP: 56175000 (AG 60)

energisa

OFICIO JURAN 315 321 31-48

Grupo: CONVENCIONAL PARA TENSÃO Subgrupo: B1
Classe: RESIDENCIAL Subclasse: BAIXA RENDA EFO
Ligação: MONOFASICO
Relógio: 17-199-595-4650 Nº Medidor: 00095955265

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1259655-7

CADASTRE SUA FATURA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 000125965567

VALOR DA FATURA: R$ 12,65	VENCIMENTO: 26/10/2020
REFERÊNCIA: Out / 2020	CONSUMO: 1kWh — 0,00 kWh Média Diária — 0,07 kWh Consumo Dia

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Mar/20	R$12,65
Nov/19	R$12,65

DESCRIÇÃO

COD	Descrição	Quant	Tarifa Vigente	Valor Base Cálc Total (R$)	Base Cálc ICMS (R$)	Alíq ICMS	ICMS (R$)	Base Cálc PIS/COFINS (R$)	PIS/COFINS (R$)	Alíquotas PIS/COFINS
001	Consumo kWh mês-BF	30	0,194000	5,82	0,00	0	0,00	5,82	0,04	0,69
1910	Subtotais			10,81	0,00	0	0,00	10,81	0,07	0,69
	LANÇAMENTOS FEDERAIS									
0848	DEBITO ANTERIOR 08/2020			5,48	0,00	0	0,00	5,00	0,06	0,00
0836	Devolução Subsídio			-10,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

001	Consumo Classificação do Fator	TOTAL	12,65	0,00	0,00	16,63	0,11

RESERVADO AO FISCO

47ce 6a73.a1b3.d6b0.76a2.c22a.7cb5.a03b.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Out/19	3
Nov/19	3
Dez/19	3
Jan/20	3
Fev/20	3
Mar/20	3
Abr/20	3
Mai/20	3
Jun/20	3
Jul/20	3
Ago/20	3
Set/20	3
Out/20	3
Média	3

LEITURAS

Anterior	31/08/20	31[illegible]
Atual	30/09/20	31[illegible]
Consumo		1kWh
Período		30 dias

Consumo de residência

PRÓXIMA LEITURA
18/11/2020

COMPOSIÇÃO DO VALOR

Categoria	Valor (R$)	%
Remuneração Distribuidora (TUSD)	1,28	10,11
Compra de Energia	2,40	18,97
Encargos de Transmissão	0,03	0,40
Encargos Setoriais	0,48	3,79
Impostos Diretos e Encargos	0,82	6,50
Outros Serviços	8,04	60,22
Total	12,65	100,00

Desconto de Longa Duração (Ref. 10/2020): R$ 0,05

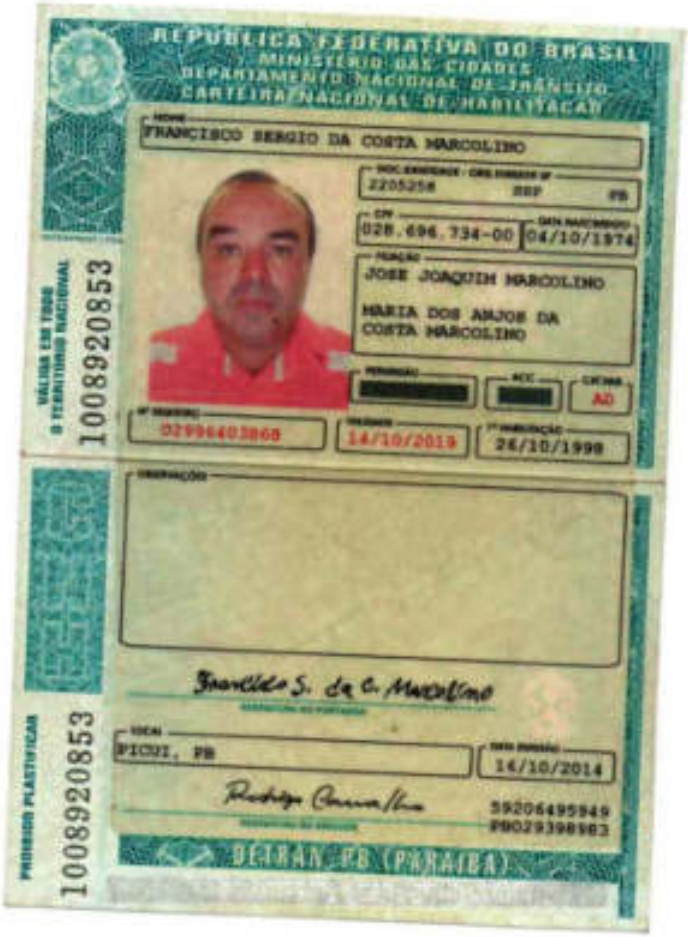
REFERÊNCIA 08/2020 CONSUMO (kWh)

META	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)	
Demanda de Conforto Térmico-DCT	4,66	0,00	11,10	22,21	NOMINAL 220
Redução de Demanda-RD	3,78	0,00	0,00	13,30	CONTRATADA
Duração Equivalente de Interrupção-DEC	2,70				LIMITE INFERIOR 202
Duração Equivalente de Interrupção-FEC	13,33				LIMITE SUPERIOR 238

ATENÇÃO

- Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438 de 26 abril de 2002.
- Pelo exposto acima, informamos que o registro do Bônus Verde atualmente no programa de Tarifa Social Federal de Energia Elétrica, o seu benefício será cancelado. Caso o Governo Federal, Estadual e Governo Municipal, que pode prorrogar o benefício. Se a fatura de agosto/2020 do Governo Federal, Estadual e Municipal não for pagos, o benefício será cancelado. Procure a Energisa e saiba como você pode ter desconto de 30 a 65%.
- Para esclarecimentos, acesse a Energisa pelo site www.energisa.com.br ou ligue para nossos atendimentos pelos canais abaixo: Atendimento Cliente Whatsapp (98) 98126-1040
- AVISO: Para evitar cobranças de DÉBITOS ANTERIORES, acompanhamento e suspensão do fornecimento ocorre a qualquer momento após o decurso de prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
- Bônus Verde foi faturado com Tarifa Renda, gerando um desconto de R$ 10,51
- Leitura confirmada

Autenticação: 1F1L4eaz



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

NOME
FRANCISCO SERGIO DA COSTA MARCOLINO

2205258 SSP PB

CPF 028.696.734-00
DATA NASCIMENTO 04/10/1974

FILIAÇÃO
JOSE JOAQUIM MARCOLINO
MARIA DOS ANJOS DA COSTA MARCOLINO

PERMISSÃO [redacted]
ACC [redacted]
CATEGORIA AD

Nº REGISTRO 02996403868
VALIDADE 14/10/2019
1ª HABILITAÇÃO 26/10/1998

OBSERVAÇÕES

Francisco S. da C. Marcolino
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL PICUI, PB
DATA EMISSÃO 14/10/2014

Rodrigo Carvalho
ASSINATURA DO EMISSOR

59206495949
PB029398983

DETRAN PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1008920853

PROVISÓRIO PLASTIFICADA
1008920853

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-096

Jéssica Ariadne Dantas Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.902.918 -2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 30/10/2019

NOME JÉSSICA ARIADNE DANTAS SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ VITÓRIO DE CASTRO SILVA
JOSIANE ALICE DANTAS SILVA

NATURALIDADE PICUI-PB

DATA DE NASCIMENTO 05/07/2001

DOC ORIGEM NASC.N.19429 FLS.215V LIV.A20
CARTORIO PICUI-PB

CPF 123.541.164-89

O +

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Chefe do Registro de Identidade

energisa

JOSIANE ALICE DANTAS

UNIDADE CONSUMIDORA (UC) 5/97768-6

VALOR DA FATURA R$ 199,14

VENCIMENTO 09/02/2021

REFERÊNCIA Fev / 2021

CONSUMO 226kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRITIVO

RESERVADO AO FISCO

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

LEITURAS

PRÓXIMA LEITURA 05/03/2021

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

INDICADORES DE QUALIDADE

ATENÇÃO

Quer ter mais praticidade pagando com PIX? Em breve teremos novidades!

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03268.926007 25897.907173 2 85260000019914

PAGADOR: JOSIANE ALICE DANTAS - CPF/CNPJ: 056 281 504-01

RUA ELIAS ENOQUE DE MACEDO, 101 - MONTE SANTO

PICUÍ / PB CEP: 58186-000

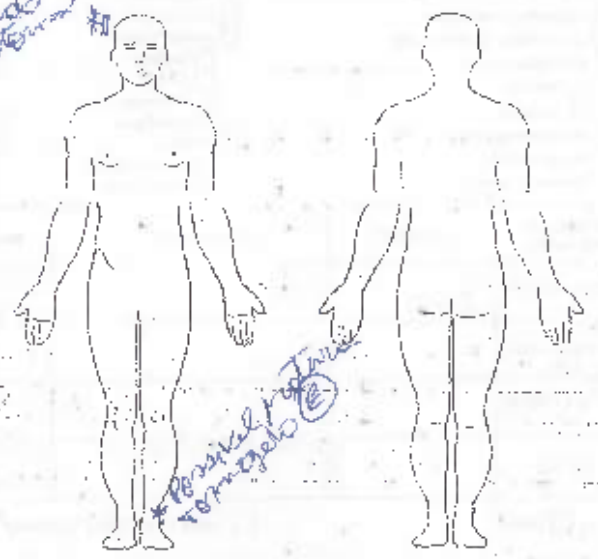
Nosso Nº	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
32698260002589790 7	000097768202102	09/02/2021	R$ 199,14	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09 095 183 / 0001-40

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-890

Agência / Código do beneficiário: 3054-5/2447-3

Laceração em avaliado região Hemotórax



LEGENDA
- Dor
- Hemorragia
- Queimadura
- Laceração
- Ausência Perfusão

Possível pneumotórax

CONDIÇÕES DO PACIENTE

Levado pelo hospital local, após avaliação do médico local, o mesmo foi solicitado apoio do USA.

ESCALA DE COMA GLASGOW				
	ADULTOS	MENORES DE 5 ANOS		ESCALA
ABERTURA OCULAR	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	X
	Com Estímulos Auditivos	Com Estímulos Auditivos	3	
	Com Estímulos Dolorosos	Com Estímulos Dolorosos	2	
	Não Abre os Olhos	Não Abraze Olhos	1	
MELHOR RESPOSTA VERBAL	Orientado	Balbucia	5	
	Confuso	Choro Irritado	4	X
	Palavras Inapropriadas	Choro a dor	3	
	Sons ou Gemidos	Gemido a dor	2	
	Nenhum	Nenhum	1	
MELHOR RESPOSTA MOTORA	Obedece Solicitações	Movimentos Espontâneos	6	X
	Localizar Dor	Reage ao Toque	5	
	Flexão Normal	Retira a Dor	4	
	Flexão Anormal	Flexão Normal	3	
	Extensão a Dor	Flexão Anormal	2	
	Nenhum	Nenhuma	1	
ESCALA DE COMA GLASGOW				14

ESCORE DO TRAUMA			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (ciclos/min)	10-24	4	
	25-35	3	
	≥35	2	
	01-09	1	
	0	5	
PRESSÃO SISTÓLICA (Mmhg)	>90	4	
	70-89	3	
	50-69	2	
	01-49	1	
	0	0	
ESCALA GLASGOW	14 a 15	5	
	11 a 13	4	
	8 a 10	3	
	5 a 7	2	
	3 a 4	1	
ESCORE TRAUMA			

SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE CHAMADAS

SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

CUITÉ

CHAMADA (Telecontrole): Nº 00020019 DATA: 05/02/2019 HORA: 16 h 06 min.

Médico(a) Regulador(a) Dr. (a) Livia CRM:

MOTIVO: [X] SOCORRO [ ] TRANSPORTE [ ] INFORMAÇÃO* [ ] OUTRO* (Registrar no campo)

Solicitante: Everton Telefone:

Município de Origem: Nova Floresta

SOCORRO (Tec. em Regulação):

TIPO	QUEIXA DO SOLICITANTE	OBSERVAÇÕES
[X] TRAUMÁTICO	Acidente moto	Nº de vítimas? 01
[ ] CASO CLÍNICO		Frequência Cardíaca?
[ ] OBSTÉTRICO		Nível de Consciência?
[ ] PSIQUIÁTRICO		

PACIENTE (Tec. em Regulação):

Nome Completo: Antonio Xavier dos Santos [X] Masc. [ ] Fem. 41 Anos

Endereço onde se encontra o(a) Paciente (Rua, Nº, APT, Bairro, Ponto de referência): Em frente posto gasolina (zé Eliziel) N.F.

Nº do Documento: Nº do Cartão do SUS se houver: 101 2022 6923 2278

AVALIAÇÃO DO ESTADO DO PACIENTE À DISTÂNCIA (Médico Regulador):

ESTADO DE CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	PULSO	SANGRAMENTO	DOR AGUDA
[ ] Consciente	[ ] Espontânea	[X] SIM	[X] Ouvido	[ ] Abdominal
[ ] Orientado	[X] Superficial	[ ] Normal	[X] Nariz/Boca	[ ] Cefaléia
[X] Desorientado	[ ] Irregular	[X] Rápido	[ ] Vaginal	[ ] Torácica ou Abdominal em idoso
[ ] Inconsciente	[ ] Não Respira	[ ] Lento	[X] Hemotórax	[ ] Outro
[ ] Outros	[ ] Não Sabe	[ ] Irregular	[ ] Grande	
		[ ] Sem pulso	[ ] Outro	
		[ ] Não Sabe		

TRABALHO DE PARTO	TRAUMA		
[ ] 0 Contração / 10 min.	[X] Atropelamento	[ ] Queda da própria Altura	[ ] PAB
[ ] 1 - 3 Contração / 10 min.	[ ] Acidente Ciclístico	[ ] Queda de Altura inf. a 4 m	[ ] PAF
[ ] 3 - 5 Contração / 10 min.	[ ] Acidente Motociclista	[ ] Queda de Altura sup. a 4 m	[ ] Despolamento
[ ] Não Sabe	[ ] Acidente Automobilístico	[ ] Explosão	[ ] Encarceramento
[ ] Bolsa Rota	[ ] Outro:		[ ] Queimaduras
[ ] Sangramento			
[ ] Nascimento			

GRAVIDADE PRESUMIDA			
[ ] ILESO	[ ] PEQUENA	[ ] MÉDIA	
[ ] SEVERA	[ ] MORTE	[ ] INDETERMINADA	

TRANSPORTE UTILIZADO:

MEIOS	[ ] USA	[X] USB	[ ] UT	[ ] RÁPIDO
HORÁRIOS	16:00 (Chamada Original)	16:12 (Partida)	16:21 (Local)	17:40 (Ponto de Apoio) / 17:47 (Destino) / — (Retorno) / 18:10 (Base/Unidade)
EQUIPE	Motorista	Jakelyne (Enfermeiro(a))	Alexandre (Tec. de Enfermagem)	Francineide (Condutor)

APOIO SOLICITADO:

[ ] Corpo de Bombeiros	[ ] Polícia Militar	[ ] Defesa Civil	Outros
[ ] DPTRAN	[ ] Polícia Civil	[ ] INFRAERO	
[ ] STTRANS	[ ] Pol. Rod. Federal	[ ] IML	

INCIDENTE:

[ ] Cancelado	[ ] Recusou Remoção	[ ] Outro
[ ] Recusou Atendimento	[ ] Óbito no Local	
[ ] Não se Encontra no Local	[ ] Óbito no Transporte	

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (No cenário do Acidente)

- [ ] Acidente com Automóvel
- [ ] Capotamento
- [ ] Colisão
- [x] Motorista
- [x] Atropelamento
- [ ] "Air Bag"
- [ ] Passageiro
  - [ ] Banco Dianteiro
  - [ ] Banco Traseiro
- [ ] Uso do Cinto
- [ ] Não
- [ ] Ignorado
- [ ] Acidente com moto
  - [ ] Com Capacete
  - [x] Sem Capacete
- [ ] Queda
- [ ] Altura Aprox. ____
- [ ] Agressão Física
- [ ] Fer. P/ Arma Branca
- [ ] Fer. P/ Arma de Fogo
- [ ] Espancamento
- [ ] Outros ____
- [ ] Que Natureza Agente?
  - [ ] Fogo
  - [ ] Outro ____
- [ ] Vítima Projetada
- [ ] Encarceramento
- [ ] Afogamento
- [ ] Outros ____

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
[x] Dispnéia	[ ] M. V. Diminuído	[x] Bradicárdio	[ ] A V D N
[ ] Bradipnéia	[ ] M. V. Ausente	[ ] Taquicárdio	[ ] Miose
[ ] Taquipnéia	[ ] Hipertimpanismo	[ ] Arrítmico	[ ] Midríase
[ ] Resp. Ruidosa	[ ] Macicez	[ ] Perfusão Periférica ≥ 2	[ ] Anisocoria
[ ] Obstruída	[ ] Ferida Aspirativa	[ ] Ausente	[ ] Ausente
[ ] Apnéia	[x] presente	[ ] ____	[ ] Otorréia ____
[ ] Outro ____			[ ] Otorragia ____
			[ ] Rinorréia ____
			[ ] Rinorragia ____
			[x] DIU

SINAIS VITAIS E ESCORES

HORA	PA mmHg	FC bpm	FR Mpm	Sat. O2 %	T. Axilar °C	Glicemia	ECG	APGAR
INÍCIO 190	120	70	19	96		139		
FIM								

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX	ABDOME
[x] Normocorada	[ ] Contusão	[ ] Contusão	[ ] Contusão	[ ] Contusão	[ ] Contusão
[ ] Quente	[ ] Escoriações	[ ] Escoriações	[ ] Escoriações	[ ] Escoriações	[ ] Escoriações
[ ] Hipocorada	[x] Lacerações	[ ] Lacerações	[ ] Lacerações	[ ] Lacerações	[ ] Lacerações
[ ] Fria	[x] Hematoma	[ ] Ferimento Ocular	[ ] Hematomas	[ ] Tórax Instável	[ ] Distendido
[ ] Úmida	[ ] Abaulamento	[ ] ____	[ ] Desvio da Traquéia	[ ] Resp. Paradoxal	[ ] Em tábua
[ ] Seca	[ ] Fer. Penetrante		[ ] Enfisema Sub-Cutâneo	[ ] Tamponamento	[ ] Doloroso
[ ] Cianótica	[ ] ____		[ ] ____	[ ] ____	[ ] Exteriorização
					[ ] ____

PELVE	COLUNA DORSAL	MEMBROS
[ ] Contusão	[ ] Contusão ____	[ ] Contusão ____
[ ] Escoriações	[ ] Hematoma ____	[ ] Escoriações ____
[ ] Lacerações	[ ] Dor ____	[ ] Lacerações ____
[ ] Dor	[ ] ____	[ ] Luxação ____
[ ] Instabilidade		[x] Fratura Fechada MIE (tornozelo)
[ ] ____		[ ] Fratura Exposta
[ ] ____		[ ] Amputação ____
		[ ] ____

Possível

AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PREGRESSA
[ ] Ritmo Sinusal	[ ] Respiratória	[ ] Diabetes
[ ] Taquicardia	[ ] Neurológica	[x] Cardiopatia
[ ] Flutter	[ ] Psiquiátrica	[x] HAS
[x] Bradicardia	[ ] Metabólica	[ ] Alergias
[ ] Fibrilação Átrio	[ ] Cardiovascular	[ ] Outros
[ ] Fibrilação Ventricular	[ ] Digestiva	[ ] Medicamentos em uso Anlodipino
[ ] Assistolia	[ ] Infecciosa	
[ ] ____	[ ] Obstétrica	
	[ ] Pediátrica	
	[ ] Outra ____	

GRAVIDADE COMPROVADA: [ ] ILESO [ ] PEQUENA [x] MÉDIA [ ] SEVERA [ ] MORTE [ ] INDETERMINADA

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- [x] Oxigênio
- [ ] Aspiração da Vias Aéreas
- [ ] Cânula Nasal / Orofaríngeana
- [ ] Entubação Traqueal: ____
  - [ ] Via Oral
  - [ ] Via Nasal
- [ ] Cricotireoidostomia
- [ ] Punção Venosa
- [ ] Dissecção Venosa
- [ ] Traqueostomia
- [ ] Toracocentese
- [x] Acesso Venoso
  - [x] Periférico
  - [ ] Central
  - [ ] Dissecção
  - [ ] Intra-Ósseo
- [ ] Ventilação
  - [ ] Monitorização
  - [ ] Cardioversão
- [ ] Curativo Compressivo
- [ ] Colar Cervical
- [ ] KED
- [x] Imobilização ____
- [ ] Parto
- [ ] Outros ____

TERAPÊUTICA INSTITUÍDA

REPOSIÇÃO VOLÊMICA	VOLUME	MEDICAÇÕES	DOSE	VIA	HORÁRIO
RINER LACTATO	500		ind	EV	
SOL. FISIOLÓGICO 0,9%					
SOL. GLICOSADO 5,5%					
OUTRO		Ranitidina	50mg	EV	

DESTINO DO(A) PACIENTE

- [ ] ISEA
- [ ] FAP
- [ ] CLIPSI
- [ ] HOSP. UNIVERSITÁRIO
- [ ] UPA
- [ ] HOSP. DA CRIANÇA
- [ ] HOSP. ANTÔNIO TARGINO
- [ ] HOSP. DE URGÊNCIA E TRAUMA
- [ ] HOSP. JOÃO XXIII
- [ ] HOSP. PEDRO I
- [ ] HOSP. DR. MAIA
- [x] OUTRO: Hosp. local

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO (UNIDADE DE DESTINO)

PERTENCES DO PACIENTE

Descrição: Chegando ao local pte consciente, porem desorientado, encontrava-se sentado c/ ajuda da população, vítima atropelamento queixando-se de dor + Lacerações em região parietal (D)

Nome do Receptor: epistaxe, sangramento lado (D), vômito, possível fratura MIE (tornozelo) c/ corte profundo

Função do Receptor: SFC perdeu o nível consciência porem no momento estava acordado, R.M - conforme a

Assinatura do Receptor: data adm. S.R. + pausadrom, amam

TERMO DE RECUSA

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU /Campina Grande - PB nesta oportunidade:

Assinatura do paciente responsável: ____ RG ____

EQUIPE

MÉDICO	ENFERMAGEM
Assinatura Carimbo	Alexandre de Sousa Silva Coren-PB 144.144 TE

FAR Brasil — SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

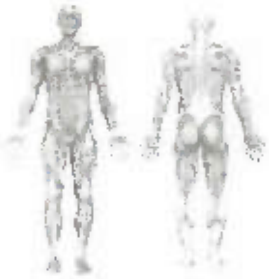
AFENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº:2098636 **CLASS. DE RISCO:** [redacted]

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 06.772.258/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-509 Data: 03/02/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : conhecimento

PACIENTE: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS
Endereço:RUA FELIPE FLORENTINO
Cidade: Nova Floresta
Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO
Responsável: SEVERINO XAVIER DOS SANTOS
Estado Civil:Casado(a)
Motivo: ACIDENTE DE BICICLETA BICICLETA X OBSTÁCULO

LEP:217/BICD — Nascimento:30/05/1928
Sexo:M — Telefone: 993692327
Idade:091 — Bairro:CENTRO
RG: 872042 — Nº:0
CPF: 479191534472 — Profissão:APOSENTADO
Data de Atend:03/02/2020 — CNS:701808264232279
Hora: 20:31:47 — CONVÊNIO:SUS

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalamento
9. Esmagamento
10. Equimose
11. Fratura
12. Hemorragia
13. Laceração
14. Perfuração
15. Queimadura
16. Objeto Estranho
17. Deformidade
18. Parestesia
19. Paraplegia
20. Fratura exposta fechada
21. Hematoma
22. Hipertensão arterial
23. Lesão medular
24. Lesão vertebral
25. Luxação
26. Mordedura
27. Abdômen agudo cirúrgico
28. Objeto Estranho
29. Choque
30. Anemia
31. Parada
32. Paraplegia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Síndrome de Hipertensão
36.

OBS:

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

H-TCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS
Vítima de atropelamento há 1h; socorrido pelo SAMU

ALERGIA: Nega
MEDICAMENTOS: Losartana } Segundo SAMU
PATOLOGIAS: HAS

EXAME FÍSICO
PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) .....
Glasgow: 3 PA: ..... RGT: ..... SatO2: .....
A: VA c/ mascara laringea
B: 100% SO2
C: Hemodinamicamente estável
D: Pelvemia
E: Fraturas em membro E e exposição óssea

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratoriais ( )Ultrassonografia: .....
( )Gasometria arterial ( )Radiografias: .....
( )Tomografia Computadorizada ( ) .....

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: NCR / ..... às ..... Data: ..../..../....
Especialista: ortopedia / ..... às ..... Data: ..../..../....

MÉDICO SOLICITANTE .....
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Alta da C. Cir	
2		
3		
4	03.02.2020	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

03/02/2020 H-TCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Ortopedia 22:14
Paciente politraumatizado
c/ TCE, Contusão
pulmonar, pelve
fratura pelvica, fratura de costela
Ao Exame: Lucido, orientado, (Glasgow 15)
apos Neurologia
Dra NCR (Neurocirurgia)
e Ortopedia
Sutura de pele + Curativo
Alta
Ortopedia

Dr. [illegible] CRM [illegible]
Ortopedia e Traumatologia

Anexo Clínica Médica Urgência
TCE Alta Neurocirurgia
Fratura Costela / Sindrome Dolorosa
Fratura Pelve
Ortopedia - Solicito Alta da Ortopedia
03/02/2020

DESTINO DO PACIENTE: ..../..../.... às ..... hs.
( )Centro cirúrgico .....
( )Internação (setor) ..... ( )Alta hospitalar / ( )A revelia / ( )Óbito Medico
( )Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL ..... ( )Outro
Assinatura pelo paciente
Ass. do paciente ou responsável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	ISAQ

HTCG-Painel Administrativo

Data da Impressão: 15/02/2020
Hora da Impressão: 00:23:07
Médico(a) Diarista : Jose Sidney Oliveira De Andrade

Somos todos PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2998776 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 091

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: LARANJA Leito: 3 Diagnóstico: POLITRAUMA + TCE + CONTUSAO HEMORRAGICA + POCRANIECTOMIA COM DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACEREBRAL

DIA 15/02/2020

Item	Prescrição	Aprazamento			
1	DIETA POR SONDA NASOENTERAL HIPOSSODICA				
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 6h/6h	12	18	24	06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	12	18	24	06
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE VOMITOS	Sn			
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 8h/8h	14	22	06	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF 0,9% EN 10 GTS/MIN	14	22	06	
7	CLONAZEPAM 2MG 1CP SNG 1 X DIA	22			
8	MIDAZOLAM 5 MG/ML 10 ML 20ML + 200ML SF0,9% EV BIC ACM	Sn			
9	FENITOINA CITRATO 0,05 MG/ML 10 ML 20ML + 200ML SF0,9% EV BIC ACM	Sn			
10	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML 5ML + 40 ML EV 8/8H	14	22	06	
11	DIAZEPAM 10 MG 2 ML 1 AMP + AD.EV. SE CRISE CONVULSIVA	Sn			
12	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE HGT<70MG/DL	Sn			
13	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP 1CP SNG 1 X DIA	16			
14	CLONIDINA CLORIDRATO 150 MG/ML 1 ML 1 AMP + AD.EV. 12/12H	12		24	
15	FUROSEMIDA 10 MG/ML 2 ML 1 AMPOLA 1 AMP EV PELA MANHA		06		
16	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	ok			
17	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ok			
18	GLICEMIA CAPILAR A CRITERIO 6/6h CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	12	18	24	06

José Sidney Oliveira de Andrade
CRM-PB 7220

HTCG-Painel Administrativo

Data da Impressão: 14/02/2020
Hora da Impressão: 00:09:43
Médico(a) Diarista : Jose Sidney Oliveira De Andrade

Somos todos PARAÍBA
Governo do Estado

CUIDADOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2998776 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 091

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: LARANJA Leito: 3 Diagnóstico: POLITRAUMA + TCE + CONTUSAO HEMORRAGICA + POCRANIECTOMIA COM DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACEREBRAL

DIA 14/02/2020

Item	Prescrição	Aprazamento			
1	DIETA POR SONDA NASOENTERAL HIPOSSODICA	8/6 ml/h			
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 6h/6h	12	18	24	06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	12	18	24	06
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE VOMITOS	—			
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 8h/8h	14	22	06	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF 0,9% EN 10 GTS/MIN	14	22	06	
7	CLONAZEPAM 2MG 1CP SNG 1 X DIA		22		
8	MIDAZOLAM 5 MG/ML 10 ML 20ML + 200ML SF0,9% EV BIC ACM	—			
9	FENITOINA CITRATO 0,05 MG/ML 10 ML 20ML + 200ML SF0,9% EV BIC ACM	—			
10	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML 5ML + 40 ML EV 8/8H	14	22	06	
11	DIAZEPAM 10 MG 2 ML 1 AMP + AD.EV. SE CRISE CONVULSIVA	—			
12	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE HGT<70MG/DL	—			
13	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP 1CP SNG 1 X DIA	16			
14	CLONIDINA CLORIDRATO 150 MG/ML 1 ML 1 AMP + AD.EV. 12/12H	12		24	
15	FUROSEMIDA 10 MG/ML 2 ML 1 AMPOLA 1 AMP EV PELA MANHA	06			
16	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	—			
17	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	—			
18	GLICEMIA CAPILAR A CRITERIO 6/6h CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	[illegible]			

SRL _ 200ml EV cíclico → 14
Furosemida 2mp + AD. EV após

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

Data da internação: 04/02/2020 Hora: 00:41:06

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

CARTÃO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE REFERÊNCIA: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS	6 - NÚMERO PRONTUÁRIO: 24098776
7 - CARTÃO SUS: 701808264232278	8 - DATA DE NASCIMENTO: 30/05/1928
9 - NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL: ADELINA MARIA DA CONCEICAO	10 - NÚMERO DO CPF: 000000001327
11 - ENDEREÇO RESIDENCIAL: RUA FELIPE FLORENTINO , 0 , CENTRO	
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Nova Floresta	13 - CEP: 2570010 — 14 - UF: PB — 15 - DDD: 5987810008

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE INTUBADO, SEDADO, ANISOCORIA A DIREITA + HIP VOLUMOSO TEMPORAL A DIREITA

17 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TRATAMENTO DO TCE

18 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS E LABORATORIAIS E EXAMES REALIZADOS:
TC DE CRANIO + EXAME FISICO

19 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: TCE + CONTUSAO HEMORRAGICA — 20 - CID 10 PRINCIPAL: — 21 - CID 10 SECUNDÁRIO: — 22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: — 24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

25 - CLÍNICA: — 26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGENCIA — 27 - DIAS DE ESTADA: — 28 - NÚMERO DO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016280022659

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: ALFREDO DANIEL DE SOUSA NETO — 30 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 03/02/2020 — 31 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CRM

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA — 37 - CNAE — 38 - CBO — 39 - CNPJ DA EMPRESA — 40 - CNAE DA EMPRESA — 41 - CBO

42 - TIPO DO ACIDENTE DE TRABALHO: ( ) TÍPICO ( ) DOENÇA ( ) TRAJETO ( ) AUTONOMO ( ) DOENÇA ( ) CATEGORIA ( ) NAO APLICADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PRIMEIRO SUBSTITUTO DIRETOR — 44 - CÓDIGO DO EMISSOR — 45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO DO GESTOR DO ESTABELECIMENTO

46 - DIAS DE ESTADA — 47 - NÚMERO DO CNS DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: CNS — CPF

48 - DATA DA ALTA: / /

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO GESTOR DO ESTABELECIMENTO

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 15/02/2020
Horas: 00:23:39
Médico(a) Diarista - Jose Sidney Oliveira De Andrade

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

N° do prontuário: 2098276 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 091

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M

Admissão: 04/02/2020 DIH - 11

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: LARANJA Leito: 3 Diagnóstico: POLITRAUMA + TCE + CONTUSAO HEMORRAGICA + PO CRANIECTOMIA COM DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACEREBRAL Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 15/02/2020 HORA: 00:23:27

10º DIH ÁREA LARANJA

91a SEXO MASCULINO

EM USO: SINTOMÁTICOS

DISPOSITIVOS : TOT + VMI
AVC(VSCD)
SNG
SVD

CONTRÔLES: PAS 136 - 224 MM/HG
PAD 61 - 82 MM/HG
FC 85 - 111 MM/HG
TAX 36 - 38,5 °C
HGT 198 - 258 MG/DL
DIURESE 1750 ML/24 HS Ub 98l

EXAME CLÍNICO: PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ÁREA LARANJA, APRESENTANDO ESTADO GERAL GRAVÍSSIMO, EM TOT + VMI, SOB SA , SEM DVA, COMATOSO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, EDEMAS MMII +/ 4+, CIFRAS TENSIONAIS DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE, COM 3 EPISODIOS FEBRIS NAS ULTIMAS 24H, SEM DESSATURAÇÕES, SEM DISGLICEMIAS, DIURESE CLARA E SEM GRUMOS
ACV RCR 2T BNF S/S
AR MV + AMBOS HTX ,RONCOS BILATERAIS
AGI ABDOME SEMI GLOBOSO, DISTENSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL
EN: RASS -4 PIFR, REFLEXOS DE TRONCO PRESERVADOS

CONDUTAS : SUPORTE CLÍNICO INTENSIVO
AJUSTES DE EX
MANTENHO SEM SA
VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Jose Sidney Oliveira De Andrade

Dia 11.23h pela manhã com PCR, realizado RCP manobra
sucesso obtido as 11.03h

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 14/02/2020
Horas: 08:41:16
Médico(a) Diarista - Jose Sidney Oliveira De Andrade

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

N° do prontuário: 2098276 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 091

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M

Admissão: 04/02/2020 DIH - 10

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: LARANJA Leito: 3 Diagnóstico: POLITRAUMA + TCE + CONTUSAO HEMORRAGICA + PO CRANIECTOMIA COM DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACEREBRAL Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 14/02/2020 HORA: 08:39:54

9º DIH ÁREA LARANJA

91a SEXO MASCULINO

EM USO: SINTOMÁTICOS

DISPOSITIVOS : TOT + VMI
AVC(VSCD)
SNG
SVD

CONTRÔLES: PAS 136 - 224 MM/HG
PAD 61 - 82 MM/HG
FC 85 - 111 MM/HG
TAX 36 - 38,5 °C
HGT 198 - 258 MG/DL
DIURESE 1750 ML/24 HS Ub 98l

EXAME CLÍNICO: PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ÁREA LARANJA, APRESENTANDO ESTADO GERAL GRAVÍSSIMO, EM TOT + VMI, SOB SA , SEM DVA, COMATOSO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, EDEMAS MMII +/ 4+, CIFRAS TENSIONAIS DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE, COM 3 EPISODIOS FEBRIS NAS ULTIMAS 24H, SEM DESSATURAÇÕES, SEM DISGLICEMIAS, DIURESE CLARA E SEM GRUMOS
ACV RCR 2T BNF S/S
AR MV + AMBOS HTX ,RONCOS BILATERAIS
AGI ABDOME SEMI GLOBOSO, DISTENSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL
EN: RASS -4 PIFR, REFLEXOS DE TRONCO PRESERVADOS

CONDUTAS : SUPORTE CLÍNICO INTENSIVO
AJUSTES DE EX
MANTENHO SEM SA
VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Jose Sidney Oliveira De Andrade

Data da Impressão: 14/02/2020
Horas da Impressão: 08:29:12
Médico (a) Diarista: Antonio Bido Neto

Somos todos PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2098776 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 89

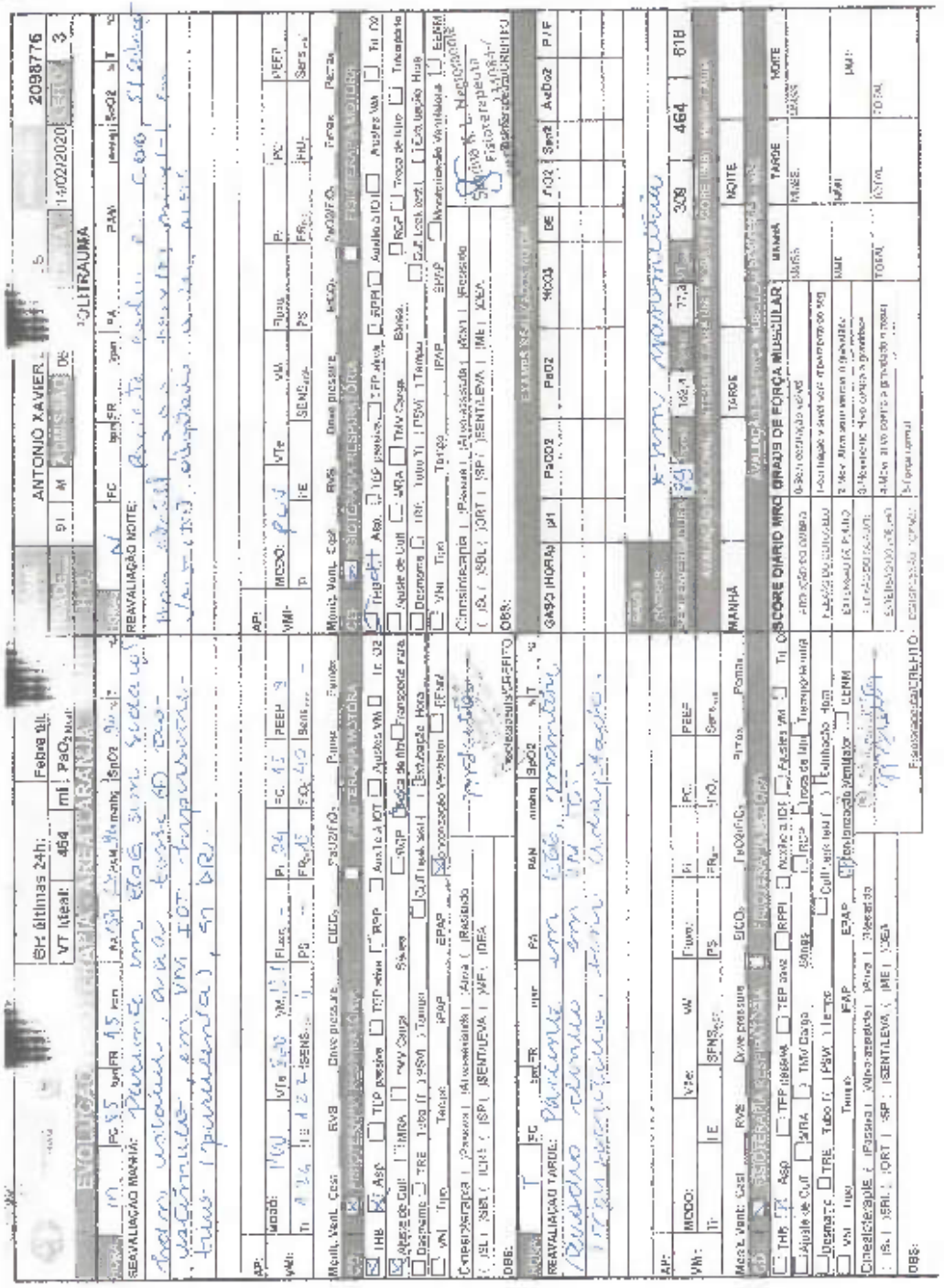
Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 20/05/1929 Sexo: M

Clínica: : RA TRAUMA INTENSIVA Enfermaria: LARANJA Leito: 3 Diagnóstico: POLITRAUMA - TCE - CONTUSÃO HEMORRÁGICA - PÓS CRANIECTOMIA COM DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACREBRAL

DIA: 14/02/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA POR SONDA NASOENTERAL HIPOSSÓDICA	
	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 60/h	8 14 20 06
	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 6h/6h	13 19 25 01
	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE GLICEMIA ACIMA DE 180 MG/DL	
2	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 8h/8h	14 22 06
3	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 8h/8h + 100ML SF 0,9% LENTO. 8h/8h	14 22 06
4	CLONAZEPAM 2MG 1CP SNG 1 X DIA	22
5	MIDAZOLAM 15 MG/ML 10 ML 20ML + 200ML SF 0,9% EV BIC ACM	
6	FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML 10 ML 20ML + 200ML SF 0,9% EV BIC ACM	
10	FENITOINA SÓDICA 50 MG/ML 5 ML 5ML + 40 EV. 8/8H	14 22 06
11	DIAZEPAM 10 MG 2 ML 1 AMP + 40 EV. SE CRISE CONVULSIVA	
12	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE HIPOGLICEMIA SE HGT < 70 MG/DL	
13	LOSARTANA POTÁSSICA 50 MG COMP 1 COMP 1 X DIA	16
14	CLONIDINA CLORIDRATO 150 MG/ML 1 ML 1 AMP + 40 EV. 12/12H	12 24
15	FUROSEMIDA 10 MG/ML 2 ML 1AMPOLA. 1 AMP EV PELA MANHÃ	06
16	DECÚBITO ELEVADO DECÚBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
17	CUIDADOS GERAIS – SINAIS VITAIS	
18	GLICEMIA CAPILAR A CRITÉRIO 6h/6h CORREÇÃO CONFORME PROTOCOLO	

Dr. Antonio Bido
MEDICO
CRM/PB 8109



CNPJ: nº 846.190.0001-55
Data: 10/02/2020
Horas: 19:46:55
Médico(a) Diarista : Teresa Cristina Gama dos Santos

PARAÍBA
Governo de Estado

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2098776 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 091

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M

Admissão: 04/02/2020 DIH - 6

Clínica:TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: LARANJA Leito: 3 Diagnóstico: Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA:10/02/2020 HORA:19:37:23

EVOLUCAO AREA LARANJA

5º DIH EM AREA LARANJA

HD = TCE
DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACEREBRAL TEMPORAL DIREITO

= EM USO = SINTOMATICO

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE AREA LARANJA ,COM EGGRAVE ,EM TOT SOB VENTILAÇÃO MECANICA ,BEM ADAPTADO, SEM DESCONFORTO, SEM DESATURACAO, NIVEIS PRESSORICOS TENDENDO A HIPERTENSAO, NIVEIS TERMICOS E GLICEMICOS DENTRO DA NORMALIDADE, DIURESE CLARA E SEM GRUMOS, EM USO DE SEDOANALGESIA,COM ELEVAÇÃO DAS ESCORIAS NITROGENADAS.

AP = MV + SIMETRICO SRA

ACV = RCR 2T, BNF S/S

NEURO = GJT, OD=OE,RFM +

EXT = PULSO + SIMETRICO

CUIDADOS INTENSIVOS
CD = VPM
ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM NCR

ASSINATURA + CARIMBO
Teresa Cristina Gama dos Santos

Teresa Cristina Gama Santos
Médica
CRM
CPF 182.190.714-91

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 09/02/2020
Horas: 08:35:19
Médico(a) Diarista : Jose Sidney Oliveira De Andrade

PARAÍBA
Governo de Estado

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2098776 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 091

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M

Admissão: 04/02/2020 DIH - 5

Clínica:TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: LARANJA Leito: 3 Diagnóstico: Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA:09/02/2020 HORA:08:33:38

EVOLUCAO AREA LARANJA

4 DIH EM AREA LARANJA

HD = TCE
DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACEREBRAL TEMPORAL DIREITO

= EM USO = SINTOMATICO

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE AREA LARANJA EM VM + TOT, BEM ADAPTADO, SEM DESCONFORTO, SEM DESATURACAO, NIVEIS PRESSORICOS TENDENDO A HIPERTENSAO, NIVEIS TERMICOS E GLICEMICOS DENTRO DA NORMALIDADE, DIURESE CLARA E SEM GRUMOS, SEM SEDO ANALGESIA.

AP = MV + SIMETRICO SRA

ACV = RCR 2T, BNF S/S

NEURO = GJT, OD=OE,RFM +

EXT = PULSO + SIMETRICO

CD = VPM
MANTENHO SEM SEDO ANALGESIA
AGUARDO EXAMES
TENTAR PROGREDIR DESMAME VENTILATORIO QUANDO MELHORA DO NIVEL DE CONSCIÊNCIA
INICIO MEDICACAO PARA HAS

ASSINATURA + CARIMBO
Jose Sidney Oliveira De Andrade

JOSE SIDNEY OLIVEIRA DE ANDRADE
CLINICO GERAL
CRM-PB 10848

CNPJ: 10.848.598/0001-55
Data: 07/02/2020
Hora: 11:36:41
Medico(a) Diarista : Jose Sidney Oliveira De Andrade

Governo do Estado PARAÍBA

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

N° do prontuário: 2098776 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 091

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M

Leito: 04/02/2020 UTI - 3

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: LARANJA Leito: 3 Diagnóstico: Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA:07/02/2020 HORA:11:33:53

EVOLUÇÃO AREA LARANJA

2 DIE EM AREA LARANJA

HD = TCE
DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACEREBRAL TEMPORAL DIREITO

EM USO = SINTOMATICO

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE AREA LARANJA EM VM + TOT, BEM ADAPTADO, SEM DESCONFORTO, SEM DESATURACAO, SINAIS PRESSORICOS TERMICOS E GLICEMICOS DENTRO DA NORMALIDADE. DIURESE CLARA E SEM GRUMOS, EM SEDO ANALGESIA.

AP = MV + SIMETRICO SRA

ACV = RCR 2T, BNF S/S

NEURO = GTI, OD=OE,REM –

EXT = PULSO – SIMETRICO

CD = VPM
SUSPENDO SEDO ANALGESIA

José Sidney O. Andrade
Méd. Clín. Geral
CRM-PB 7829

ASSINATURA + CARIMBO
Jose Sidney Oliveira De Andrade

Data de Impressão: 07/02/2020
Hora da Impressão: 08:08:11
Médico(a) Diarista : Jose Sidney Oliveira De Andrade

Governo do Estado PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

N° do prontuário: 2098776 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 091

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: LARANJA Leito: 3 Diagnóstico:

07/02/2020

	Prescrição	Aprazamento
	DIETA POR SONDA NASOENTERAL HIPOSSODICA	08 12 15 18 21 06
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML E.V. 60 gtt	06 08 14 22
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA 6h/6h	06 12 18 00
4	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 8h/8h	08 20 08 20
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO SE VOMITOS	SIN
6	CLONAZEPAM 2MG 1 COP SNG 1 X DIA	20
7	DIAZEPAM 10 MG 2 ML 1 AMP + 4ml EV. SE CR SE CONVULSIVA	SIN
8	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML 1 AMP + 4ml EV 8/8h	06 14 22
9	FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML 10 ML 10ML + 240ML SF0,9% EV BIC A CM	06 12
10	MIDAZOLAM 5 MG/ML 10 ML 10ML + 240ML SF0,9% EV BIC A CM	06 12
11	DEXMEDETOMIDINA CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA. 8h/8h 100ML + 5ml EM 100ml SF	06 14 22
12	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 1 AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO SE BETA < 70MG/DL	SIN
13	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP 1 COP SNG 1 X DIA	06
14	CUIDADOS GERAIS – SINAIS VITAIS	
15	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
16	GLICEMIA CAPILAR A CRITERIO 4h-Fr CORRERIR CONFORME PROTOCOLO	

SOS BETA BLOQUEADOR
BISOPROLOL 2,5MG
VO 12/12H
Jose Sidney Andrade
CRM-PB 7829

SF0,9% - 1000 ml EV 8/8h 06

Furo 20mg + 10ml EV 06

Data da Impressão: 08/02/2020
Hora da Impressão: 00:07:52
Médico(a) Diarista : José Sidney Oliveira De Andrade

Somos todos PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2098776 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 091

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 31/05/1928 Sexo: M

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: LARANJA Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 07/02/2020

Item	Prescrição	Aprazamento			
1	DIETA POR SONDA NASOENTERAL HIPOSSÓDICA	cte			
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 6h-6h				
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA 6h-6h				
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO SE VOMITOS	S/N			
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 8h-8h	14	22	06	FM
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 8h-8h + 100ML SF. LENTO. 8-8h				
7	CLONAZEPAM 2MG 1CP SNG 1 X DIA				
8	MIDAZOLAM 5 MG/ML 10 ML 20ML + 200ML SF0,9% EV BIC ACM	ACM			
9	FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML 10 ML 20ML + 200ML SF0,9% EV BIC ACM	—			
10	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML 5ML + 45ML SF0,9% EV 8h-8h				
11	DIAZEPAM 10 MG 2 ML 1AMP + 40ml EV SE CRISE CONVULSIVA	S/N			
12	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO SE HGT<70MG/DL	S/N			
13	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP 1CP SNG 1 X DIA				
14	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	cte			
15	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cte			
16	GLICEMIA CAPILAR A CRITERIO 6h-6h CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO				

SF0,9% - 1500 ml EV aberto 6 horas

07/02/2020 HTOS-Painel Administrativo

Data da Impressão: 07/02/2020
Hora da Impressão: 00:08:19
Médico(a) Diarista : José Sidney Oliveira De Andrade

Somos todos PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2098776 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 091

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 31/05/1928 Sexo: M

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: LARANJA Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 07/02/2020

Item	Prescrição	Aprazamento			
1	DIETA POR SONDA NASOENTERAL HIPOSSÓDICA	cte			
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 6h-6h				
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 6h-6h				
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO SE VOMITOS	S/N			
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 8h-8h	14	22	06	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 8h-8h + 100ML SF. LENTO. 8-8h				
7	CLONAZEPAM 2MG 1CP SNG 1 X DIA				
8	MIDAZOLAM 5 MG/ML 10 ML 20ML + 200ML SF0,9% EV BIC ACM	—			
9	FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML 10 ML 20ML + 200ML SF0,9% EV BIC ACM	—			
10	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML 5ML + 45ML SF0,9% EV 8h-8h				
11	DIAZEPAM 10 MG 2 ML 1AMP + 40ml EV SE CRISE CONVULSIVA	S/N			
12	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO SE HGT<70MG/DL	—			
13	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	—			
14	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	—			
15	GLICEMIA CAPILAR A CRITERIO 6h-6h CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO		)	(176)	( )
			04	( )	04 ( )

José Sidney O. Andrade
Méd. Clínico Geral
CRM: PB 7289

Cordoxa 500mg 1g SNG 1 x dia

CNPJ: 18,848,190/0001-55
Data: 06/02/2020
Hora: 12:00:11
Médico(a) Diarista : Valber Thadeu do Vale Vitorino

PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2098776 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 90 Sexo: M

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 30/05/1928 Admissão: 04/02/2020 DH - 2

Clínica:CENTRO CIRURGICO Enfermaria: URPA Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 06/02/2020
MÉDICO(A): Valber Thadeu do Vale Vitorino /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA POR SONDA NASOENTERAL HIPOSSÓDICA	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 6h/6h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
4	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 8h/8h	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE VOMITOS	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE DOR REFRATARIA	
7	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE HGT< 70MG/DL	
8	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE PA>180X110MMHG	
9	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O. USO IMEDIATO ,12 /12h	
10	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 8h)	
11	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
13	GLICEMIA CAPILAR A CRITERIO 4h/4h CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	

EVOLUÇÃO

DATA:06/02/2020 HORA:12:00:50

NCR
PO CONTUSÃO CEREBRAL

PACIENTE EM RPA SOB VM + IOT COM SEDAÇÃO

SEDADO
PUPILAS ISOMIÓTICAS
BO LIMPA E SECA

CD: PROGREDIR DESMAME SEDAÇÃO

ASSINATURA + CARIMBO
Valber Thadeu do Vale Vitorino

2CH

① 03 CH 06.02.20
342513228017 (383) AB+
20:50
342

② 03 CH 06.02.20
142520012206L 224ml AB+
22:10
342

CNPJ: 18,848,190/0001-55
Data: 05/02/2020
Hora: 12:57:17
Médico(a) Diarista : Alfredo Daniel Souza Neto

PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2098776 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 094 Sexo: M

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 30/05/1928 Admissão: 04/02/2020 DH - 1

Clínica:CENTRO CIRURGICO Enfermaria: URPA Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 05/02/2020
MÉDICO(A): Alfredo Daniel Souza Neto /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	FITA TESTE PARA GLICEMIA CAPILAR 1TIRAS, GLICEMIA DE 6/6H	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	
3	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEAS OU VOMITOS, ATE 8/8H	
5	FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML 10 ML E.V. 2FRA AMP, 2 AMPOLAS + 80ML DE SF0,9%IV - BIC	
6	MIDAZOLAM 5 MG/ML 10 ML E.V. 2Ampola, 2 AMPOLAS + 80ML DE SF0,9%IV - BIC	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h 1 AMPOLA + 100ML DE SF0,9%, IV SE DOR REFRATARIA	
8	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE HGT<70MG/DL	

EVOLUÇÃO

DATA:05/02/2020 HORA:12:53:29

##NCR###

#PO DE CRANIECTOMIA PARA DRENAGEM DE HIP

#SEGUE INTUBADO, SEDADO, PUPILAS ISOMIOTICAS FOTORREATIVAS, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE,

#CD: DESMAME DE SEDAÇÃO + TC DE CONTROLE

ASSINATURA + CARIMBO
Alfredo Daniel Souza Neto

Dr. Alfredo Daniel
CRM 12202

② HGT
18:00 = 93 mg/dl
22:00 = 353 mg/dl
06:00 141 mg/dl

→ Omeprazol não administrado por falta de bomba, já pegou na farmácia

CNPJ: 16.548.100/0001-55
Data: 04/02/2020
Hora: 00:46:12
Medico(a) Diarista : Alfredo Daniel Sousa Neto

PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2098776 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 091 Sexo: M

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 20/05/1928 Admissão: 03/02/2020 DH: - 0

Clínica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: URPA Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 04/02/2020
MÉDICO(A): Alfredo Daniel Sousa Neto /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	FITA TESTE PARA GLICEMIA CAPILAR 1TIRAS, GLICEMIA DE 6/6H	06 (318) 12 (381)
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO. 8h/8h	
3	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluente 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
4	ONDASETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML, 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEAS OU VOMITOS, ATE 8.8H	
5	FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML 10 ML E.V, 2FRA AMP. 2 AMPOLAS 1:50ML DE SF0,9%IV - BIC	V
6	MIDAZOLAM 5 MG/ML 10 ML E.V, 2ampola. 2 AMPOLAS - 10ML DE SF0,9%IV - BIC	V
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h 1 AMPOLA 1:100ML DE SF0,9%, IV SE DOR REFRATARIA	
8	GLICONSL A 50% 10 ML E.V, 2AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE HGT< 70MG/DL	

EVOLUÇÃO

DATA:04/02/2020 HORA:00:43:36

na#NCR#00

6#PDS-OPE IMEDIATO DE CRANIECTOMIA PARA DRENAGEM DE HIP

- PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS

- SEGUE PARA URPA COM REVERSAO PARCIAL DA ANISOCORIA, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE.

CD: - MANTER SEDADO
- TRANSFERIR PARA UTI
- SUPORTE INTENSIVO
- DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS

ASSINATURA + CARIMBO
Alfredo Daniel Sousa Neto

Dr. Alfredo Daniel
Neurocirurgião
CRM-PB 6.[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

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

PACIENTE: Antonio Xavier dos Santos DN: 30/05/1923

QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
—	Cama 03	SUS	94 A	2098636

CIRURGIA: Trat. Cirurgico de Hematoma Subdural — CIRURGIÃO: Dr. Alfredo
ANESTESIA: Geral — ANESTESIA: Dr. Thiago.
INSTRUMENTADORA: — DATA: 03/02/2020 — INÍCIO: 23:15 — FIM: 01:00

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CODIGO
	Adrenalina amp.		Coletor de Oxig.		Catgut cromado Sertx	
	Atropina amp.		Catet. De Hidrat. Sist. Fech.		Catgut cromado Sertx	
	Dexametasona	30	Compressa Grande		Catgut cromado Sertx	
	Dipirona amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonete		Catgut Simples Sertix	
	Efedrina	01	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kehr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanila		Dreno Penrose nº		Cera óssea	
	Ketamina		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Keytorol nº		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Marcaina 0,5%		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Metoclopramida amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertx	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertx	
	Propofol amp.	05	Esparadrapo Larga cm		Fio de Algodão Suligpak	
01	Rocuronio amp.		Furacin nº		Fio de Algodão Suligpak	
01	Quelicin nº		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Raptiva amp.		H.G. nº	01	Monofylon	
	Thiomenoulal amp.		Intercath Angio		Monofylon	
	Tiopental amp.		Intercath Venoso		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
03	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	01	Prolene Sertx	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7,5	02	Vicryl Sertix	
	Fasodil amp.	04	Luvas 7,5		Vicryl Sertix	
	Fitomenadiona amp.		Luvas 8,0		Vicryl Sertix	
	Gentamicina amp.		Luvas 8,5	01		
	Glicose amp.	3L/M	Oxigênio m³			
	Gluconato de Cálcio amp.		Polix			
01	Hemagel ml.		PVPI Degermante ml			
	Hipoglicemia ml		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	02	Sabão Antisséptico	02	SG Hidroletrítico fr 500 ml	
	Lasix amp.	02	Sabão cafelar		SG Gelado fr 500 ml	
	Metoclopramida.	03	Seringa descartável 10 ml		SG Hiperônico fr 500 ml	
	Plasil amp.	03	Seringa descartável 20 ml		SG Ringer fr 500 ml	
	Profenid	02	Seringa descartável 60 ml		SG fr 500 ml	
	Ranitidina amp.	01	Sonda Endotraqueal nº 6,5			
	Sinalgoflex amp.		Sonda Foley	Qtd.	ÓRTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina fr	Cefalotina	Sonda Nasogástrica			
		01	Sonda Uretral nº 16			
			Stericrem ml			
			Tomacho			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
02	Agulha descartável 25 x 7		Gelcoat 16			
	Agulha descartável 25 x 25	04	Latex Hospitalar			
	Agulha descartável 0 x 4,5	03				
	Agulha descartável nº	03				
03	Álcool de Enfermagem	01				
	Álcool iodado ml	01				
03	Ataduras de Crepom	05	20 unidades			
	Ataduras de Gessaço					
	Melhoral amp.					
	ml					

EQUIPAMENTOS

- (X) Aparelho de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- ( ) Foco Frontal
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- ( ) Eletrocautério
- ( ) Videocaptógrafo
- ( ) Cardiomonitor
- ( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Jacilda Ferreira Araújo
COREN - 227754

Adrenalina 1/1000

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Idade:
Convênio: Data:
Procedimento:

Cirurgião: Auxiliar: Anestesista:

Início: Término: Anestesia

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
02:00	143 x 78	70	100%	Wilma	–	Sedado
03:00	160 x 105	63	100%	Wilma	–	Sedado
04:00	143 x 94	64	100%	Wilma	–	Sedado
05:00	[illegible]	65	100%	Simone	–	Sedado
06:00	[illegible]	[illegible]	100%	Simone	–	Sedado
07:00	130x68	72	100	Simone	–	11
08:00	109x53	65	100	Simone	–	11
09:00	121x73	68	100	Simone	–	11
10:00	114x64	64	100	Simone	–	11
11:00	126x76	63	100	Simone	–	11
12:15	128x74	64	100%	Simone	–	11

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista

Relatório de Operação

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — CNES 0105724 [illegible]
[illegible] — Data: [illegible]

PARAÍBA

Número de Prontuário: 180581 DATA DA CIRURGIA: 04/02/2020

Número do Atendimento: 2008776 Clin. CENTRO CIRÚRGICO - Esf. UPPA / Leito 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

Data da Internação: 04/02/2020

Atendimento: 2008776

Diagnóstico Pré-Operatório: TCE GRAVE – HIP TEMPORAL A DIREITA

Diagnóstico Pós-Operatório: 0403010284 TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL

Cirurgia: ACIMA Data da Cirurgia: 04/02/2020

Equipe:
Cirurgião: ALFREDO DANIEL DE SOUSA NETO
Aux 1:
Aux 2:
Aux 3:
Instrumentador:
Anestesista: THIAGO AUGUSTO MAION BRAGA
Tipo de anestesia: GERAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação: NDN

Descrição da Operação: 1-DECUBITO DORSAL
2-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO PACIENTE
3-APOSIÇÃO DOS CAMPOS OPERATORIOS
4-INCISAO LINEAR TEMPORAL A DIREITA
5-DISSECÇÃO ATE CRANIO
6-CRANIECTOMIA TEMPORAL A DIREITA + DUROTOMIA EM T
7-DRENAGEM DE VOLUMOSO HEMATOMA INTRACEREBRAL TEMPORAL A DIREITA
8-HEMOSTASIA RIGOROSA COM SURGICEL E BIPOLAR
9-DURORRAFIA COM GALEA APONEUROTICA
10- FECHAMENTO POR PLANOS
11-CURATIVO CIRURGICO

Data 04/02/2020

Assinatura/Carimbo
Alfredo Daniel Sousa Neto

Dr. Alfredo Daniel
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-PB 5[illegible]

Data da Impressão: 12/02/2020
Hora da Impressão: 10:06:17
Médico(a) Diarista : Claudete F R Vieira

Somos todos PARAÍBA Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2009776 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 091

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: LARANJA Leito: 3 Diagnóstico: POS-TRAUMA + TCE + CONTUSAO HEMORRAGICA + PO CRANIECTOMIA COM DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACEREBRAL

DIA: 12/02/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA POR SONDA NASOENTERAL HIPOSSÓDICA	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 6h/6h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE VOMITOS	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 8h/8h	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO, 8/8H	
7	CLONAZEPAM 2MG 1CP SNG 1 X DIA	
8	MIDAZOLAM 5 MG/ML 10 ML 20ML + 200ML SF0,9% EV BIC ACM	
9	FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML 10 ML 20ML + 200ML SF0,9% EV BIC ACM	
10	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML 5ML + AD,EV, 8/8H	
11	DIAZEPAM 10 MG 2 ML 1AMP + AD,EV, SE CRISE CONVULSIVA	
12	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE HGT< 70MG/DL	
13	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP 1CP SNG 1 X DIA	
14	CLONIDINA CLORIDRATO 150 MG/ML 1 ML 1AMP + AD,EV, 12/12H	
15	FUROSEMIDA 10 MG/ML 2 ML 1AMPOLA, 1 AMP EV PELA MANHA	
16	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
17	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
18	GLICEMIA CAPILAR A CRITERIO 06/6h CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	

Dra. Claudete F. R. Vieira
MÉDICA
CRM PB 5131

Data da Impressão: 11/02/2020
Hora da Impressão: 08:32:43
Médico(a) Diarista : Teresa Cristina Gaia dos Santos

Somos todos PARAÍBA Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2009776 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 091

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: LARANJA Leito: 3 Diagnóstico:

DIA: 11/02/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA POR SONDA NASOENTERAL HIPOSSÓDICA	08 12 16 18 21 06
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 6h/6h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE VOMITOS	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 8h/8h	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO, 8/8H	
7	CLONAZEPAM 2MG 1CP SNG 1 X DIA	
8	MIDAZOLAM 5 MG/ML 10 ML 20ML + 200ML SF0,9% EV BIC ACM	
9	FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML 10 ML 20ML + 200ML SF0,9% EV BIC ACM	
10	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML 5ML + AD,EV, 8/8H	
11	DIAZEPAM 10 MG 2 ML 1AMP + AD,EV, SE CRISE CONVULSIVA	
12	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE HGT< 70MG/DL	
13	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP 1CP SNG 1 X DIA	
14	CLONIDINA CLORIDRATO 150 MG/ML 1 ML 1AMP + AD,EV, 12/12H	
15	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
16	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
17	GLICEMIA CAPILAR A CRITERIO 06/6h CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	

Data da Impressão: 13/02/2020
Horas da Impressão: 09:42:58
Médico (a) Diarista : Gerardo De Lima

Somos todos PARAÍBA Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2098776 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 091

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: LARANJA Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 10/02/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA POR SONDA NASOENTERAL HIPOSSÓDICA	04 12 18 00 21 06
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 6x6h	12 12 20 06
	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h 6h	12 12 20 06
	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 8h8h	12
	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO, SE VÔMITOS	
	DIAZEPAM 10 MG 2 ML IAMP + ADJ.EV. SE CRISE CONVULSIVA	
	FENITOÍNA SÓDICA 50 MG/ML 5 ML 20ML + ADJ.EV. 8/8H	20 20
8	FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML 10 ML 20ml + 20ml. SF0,9% IV BIC ACM	
	MIDAZOLAM 5 MG/ML 10 ML 20ml + 20ml. SF0,9% IV BIC ACM	
10	CLONAZEPAM 2MG 1CP SNG 1 X DIA	20
11	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h 8h + 100ml. SF. 1 UNID. 8 8H	20 20
12	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO, SE HGT < 70MG/DL	
	CLONIDINA CLORIDRATO 150 MG/ML 1 ML IAMP + ADJ.EV. 12/12H	20 20
	LOSARTANA POTÁSSICA 50 MG COMP 1 CP SNG 1 X DIA	12
25	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
26	DECÚBITO ELEVADO DECÚBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
27	GLICEMIA CAPILAR A CRITÉRIO 4h/4h CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	20 20 20 00

Dr. Gerardo de Lima
CRM-PB 5337

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 13/02/2020
Horas: 11:24:17
Médico (a) Diarista : Jose Sidney Oliveira De Andrade

Somos todos PARAÍBA Governo do Estado

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2098776 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 091

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M

Admissão: 04/02/2020 DIH - 9

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: LARANJA Leito: 3 Diagnóstico: POLITRAUMA – TCE + CONTUSÃO HEMORRÁGICA + PÓS CRANIECTOMIA COM DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACEREBRAL Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 13/02/2020 HORA: 10:06:35

8º DIH ÁREA LARANJA

91a SEXO MASCULINO

EM USO: SINTOMÁTICOS

DISPOSITIVOS : TOT + VMI
ACC(ASCD)
SNG
SVD

CONTROLES: PAS 129 - 160 MMHG
PAM 50 - 98 MMHG
FC 82 - 107 BPM
TAX 36 - 39,2 °C
HGT 177 - 238 MG/DL
DIURESE 1900 ML/24 HS balanço 647

EXAME CLÍNICO: PACIENTE SEDADO EM LEITO DE ÁREA LARANJA, APRESENTANDO ESTADO GERAL GRAVÍSSIMO, EM TOT + VMI, SOB SA , SEM DVA, COMATOSO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, EDEMAS MMII +/4+, CIFRAS TENSIONAIS DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE, COM 3 EPISÓDIOS FEBRIS NAS ÚLTIMAS 24H, SEM DESSATURAÇÕES, SEM DISGLICEMIAS, DIURESE CLARA E SEM GRUMOS
ACV RCR 2T BNF S/S
AR MV – AMBOS HTX ,RONCOS BILATERAIS
AGT ABDOME SEM GLOBOSO, DISTENSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL
EN: RASS +4 PUPL REFLEXOS DE TRONCO PRESERVADOS

CONDUTAS : SUPORTE CLÍNICO INTENSIVO
AJUSTES DE EX
BALANÇO HÍDRICO
CAI

ASSINATURA + CARIMBO
Jose Sidney Oliveira De Andrade

CNPJ: 15.848.198/0001-55
Data: 12/02/2020
Hora: 16:21:39
Médico(a) Diarista : Amauri Rodrigues Da Silva

PARAÍBA
Secretaria de Estado

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2098776 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 091

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M

Admissão: 04/02/2020 DIH - 8

Clínica:TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: LARANJA Leito: 3 Diagnóstico: POLITRAUMA + TCE + CONTUSAO HEMORRAGICA + PO CRANIECTOMIA COM DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACEREBRAL. Cirurgia Realizada:

[illegible] CAO

DATA:12/02/2020 HORA:10:44:38

7º DIH ÁREA LARANJA

91a SEXO MASCULINO

EM USO: SINTOMÁTICOS

DISPOSITIVOS : TOT + VMI
AVC(VSCD)
SNG
SVD

CONTRÔLES:PAS 123 - 154 MM/HG
PAD 62 - 116 MM/HG
FC 74 - 94 MM/HG
TAX 36 - 37.8 °C
GLICEMIA 144 - 193 MG/DL
DIURESE 1550 ML/24 HS Hb 6.72

EXAME CLÍNICO: PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ÁREA LARANJA, APRESENTANDO ESTADO GERAL GRAVÍSSIMO, EM TOT + VMI, SOB SA , SEM DVA, COMATOSO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, EDEMAS MMII +/ 4+, CIFRAS TENSIONAIS DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE, SEM DISTERMIAS, SEM DESSATURAÇÕES, SEM DISGLICEMIAS.
ACV RCR 2T BNF S/S
AR MV + AMBOS HTX RONCOS BILATERAIS
AGI ABDOME SEMI GLOBOSO, DISTENSÍVEL , SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL
EN: RASS -4 PUPR, REFLEXOS DE TRONCO PRESERVADOS

CONDUTAS : SUPORTE CLÍNICO INTENSIVO
AJUSTES DE EXS
MANTENHO SEM SA
VPM

Dr. Amauri R. Silva
CRM-PB 7520

ASSINATURA + CARIMBO
Amauri Rodrigues Da Silva

CNPJ: 15.848.198/0001-55
Data: 11/02/2020
Hora: 12:56:37
Médico(a) Diarista : Amauri Rodrigues Da Silva

PARAÍBA
Secretaria de Estado

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2098776 Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 091

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M

Admissão: 04/02/2020 DIH - 7

Clínica:TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: LARANJA Leito: 3 Diagnóstico: POLITRAUMA + TCE + CONTUSAO HEMORRAGICA + PO CRANIECTOMIA COM DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACEREBRAL. Cirurgia Realizada:

[illegible] CAO

DATA:11/02/2020 HORA:12:46:07

6º DIH ÁREA LARANJA

91a SEXO MASCULINO

EM USO: SINTOMÁTICOS

DISPOSITIVOS : TOT + VMI
AVC(VSCD)
SNG
SVD

CONTRÔLES:PAS 106 - 153 MM/HG
PAD 50 - 72 MM/HG
FC 70 - 95 MM/HG
TAX 37 - 38°C
GLICEMIA 138 - 167 MG/DL
DIURESE 900 ML/24 HS

EXAME CLÍNICO: PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ÁREA LARANJA, APRESENTANDO ESTADO GERAL GRAVÍSSIMO, EM USO DE TOT + VMI, SOB SA , SEM DVA, COMATOSO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, EDEMAS MMII +/ 4+, CIFRAS TENSIONAIS DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE, SEM DISTERMIAS, SEM DESSATURAÇÕES, SEM DISGLICEMIAS, APRESENTA LEUCOCITOSE EM ASCENÇÃO.
ACV RCR 2T BNF S/S
AR MV+ RONCOS GROSSEIROS BILATERAIS
AGI ABDOME SEMIGLOBOSO, DISTENSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL
EN: RASS -3 PUPR, REFLEXOS DE TRONCO PRESERVADOS

CONDUTAS : SUPORTE CLÍNICO INTENSIVO
AJUSTES DE EXS
DESMAME DE SEDOANALGESIA
VPM

Dr. Amauri R. Silva
CRM-PB 7520

ASSINATURA + CARIMBO
Amauri Rodrigues Da Silva

PROCURAÇÃO

Outorgante: JOSÉFA DO NASCIMENTO SANTOS, brasileiro(a), VIÚVA, APOSENTADA, portador(a) do RG nº. 1.046.431 expedido por SSDS / PB em 09 / 02 / 2015 e do CPF nº. 021.143.974-67, residente na (o) RUA SANTOS DUMONT CENTRO, município de NOVA FLORESTA - PB, CEP 58178-000.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ANTONIO XAVIER DOS SANTOS, ocorrido em 03 / 02 / 2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo, referente ao processo de **natureza MORTE** a ser pleiteado.

Podendo o 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.

RECONHECIDO

NFLORESTA - PB, 11 de MARÇO de 2021.

Josefa do Nascimento

outorgante

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Pref. Felinto Florentino, 60
Centro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA-PB

Reconheço a(s) firma(s) de (letra) a(s) por autenticidade
AJW33289 - J9HX
Consulte a autenticidade em: https://selodigital.tjpb.jus.br
Dou fé, (Test.) da verdade.
Nova Floresta-PB 11 / Março / 2020
Eliana Clementino Pereira
Escrevente Substituta

Serviço Not. e Registro Civil
Eliana Clementino Pereira
Escrivã Substituta
Nova Floresta - Comarca de Cuité - PB

PROCURAÇÃO

Outorgante: FRANCISCA MARIA DA SILVA, brasileiro(a), CASADA, AGRICULTORA, portador(a) do RG nº. 3063912 expedido por SSP/PB em 21/07/2017 e do CPF nº. 049.559.304-41, residente na (o) RUA SEVERINO CLEMENTINO DE MEDEIROS, 234, CENTRO, município de ARARA - PB, CEP 58187-000.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ANTONIO XAVIER DOS SANTOS, ocorrido em 03/07/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo, referente ao processo de **natureza MORTE** a ser pleiteado.

Podendo o 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.

ARARA - PB, 29 de 10 de 2020.

Francisca Maria Xavier
outorgante

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE ARARA
Rua Nelson de Lucena, 49, Centro, Arara - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
FRANCISCA MARIA XAVIER
Dou fé. Arara/PB - 29/10/2020
Notário: MARIA DO SOCORRO REIS CALDEIRA
Selo Digital: AKQ15731-5NPK
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Emol R$9,91 Fetpen R$0,28 MP R$0,16 Total R$10,35

CARTORIO DO REGISTRO CIVIL
ARARA - PARAÍBA
Mª do Socorro Reis Caldeira
OFICIAL

PROCURAÇÃO

Outorgante: MARIA DAS GRAÇAS XAVIER, brasileiro(a), SOLTEIRA, PENSIONISTA, portador(a) do RG nº. 3049927 expedido por SSDS/PB em 18/05/2016 e do CPF nº. 014595694-66, residente na (o) RUA SANTOS DUMONT, S/N, CENTRO, município de NOVA FLORESTA - PB, CEP 58178-000.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS,** brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

A ROGO: JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS, brasileiro(a), VIUVA, APOSENTADA, portador(a) do RG nº. 1046431 expedido por SSDS/PB em 09/02/2015 e do CPF nº. 021 143 374-67, residente na (o) RUA SANTOS DUMONT, S/N, CENTRO municipio de NOVA FLORESTA PB, CEP 58178-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de **requerer e encaminhar junto à SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas**, pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT referente ao acidente de trânsito que vitimou o(a) Sr.(a) ANTONIO XAVIER DOS SANTOS, ocorrido em 03/02/2000, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo, referente ao processo de **natureza MORTE** a ser pleiteado.

Podendo o 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, assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos

PROCURAÇÃO

Outorgante: SEVERINO XAVIER DOS SANTOS, brasileiro(a), SOLTEIRO, AGRICULTOR, portador(a) do RG nº. 29.764.361-7 expedido por SSP/PB em 02/02/1993 e do CPF nº. 105.212.318-09, residente na (o) RUA ANTONIO CONSTANTINO DANTAS S/N MARIA FAUSTINO município de NOVA FLORESTA - PB, CEP 58178-000.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí – PB, e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ANTONIO XAVIER DOS SANTOS, ocorrido em 03/02/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo, referente ao processo de **natureza** MORTE a ser pleiteado.

Podendo o 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.

RECONHECIDO

NOVA FLORESTA-PB, 05 de NOVEMBRO de 2020.

outorgante

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Prof. Felinto Florentino, 908
Centro - Tel: (83) 3274-1414
NOVA FLORESTA - PB

Reconheço(ce) firma(s) e(ou) letra(s) por autenticidade
de: Severino Xavier dos Santos
AKS60269 - ZR7A
Consulte a autenticidade em: https://solodigital.tjpb.jus.br
Doc fé. Test° ( ) da verdade.
Nova Floresta-PB, 05 / novembro / 2020
Eliana Clementino Pereira
Escrevente Substituta

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095083/21

Vítima: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/02/2020

CPF: 479.191.834-72 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Certidão de óbito
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necrópsia
Outros

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

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

JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS : 021.143.974-67

Autorização de pagamento
Certidão de casamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

FRANCISCA MARIA XAVIER : 049.559.304-41

Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

MARIA DAS GRACAS XAVIER : 014.595.694-66

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

SEVERINO XAVIER DOS SANTOS : 105.212.318-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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 de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R$13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber cada um.

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 06/04/2021 Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS CPF: 047.951.774-65	Data do cadastramento: 06/04/2021 Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA CPF: 708.601.964-02
NILO TRIGUEIRO DANTAS	MARCELA DO CARMO DE LIMA

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, 23 de Abril de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210114123 **Vítima: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS**

Data do Acidente: 03/02/2020 **Cobertura: MORTE**

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCA MARIA XAVIER

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

Recebedor: FRANCISCA MARIA XAVIER
Valor: R$ 675,00
Banco: 104
Agência: 000000038
Conta: 0000058676-4
Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210114123 **Vítima: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS**

Data do Acidente: 03/02/2020 **Cobertura: MORTE**

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO XAVIER DOS SANTOS

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

Recebedor: SEVERINO XAVIER DOS SANTOS
Valor: R$ 675,00
Banco: 104
Agência: 000004916
Conta: 0000014670-9
Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

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: 479 191 834-72

4 - Nome completo da vítima: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: SEVERINO XAVIER DOS SANTOS

6 - CPF: 105 012 318-09

7 - Profissão: AGRICULTOR

8 - Endereço: RUA ANTONIO CONSTANTINO DANTAS

9 - Número: S/N

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: MARIA FAUSTINO

12 - Cidade: NOVA FLORESTA

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58178-000

15 - E-mail: nilotdantas@hotmail.com

16 - Tel.(DDD): (83) 3371-2274

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: 4316 (Informar o dígito se existir) CONTA: 14670 - 5 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (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 o banco, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em ter submetida à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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: 15/04/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO

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: 10 Falecidos: 00

30 - Vítima deixou nascituro(s)/sinaes(s)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital do dedo polegar do declarante

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: JESSICA ARIADNE DANTAS SILVA

CPF: 123.541.164-89

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: FRANCISCO SERGIO DA COSTA MARCOLINO

CPF: 026 696 734-00

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Picuí-PB, 05/04/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Seguradora LÍDER

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 AS:

3 - CPF da vítima: 479 191 834-72

4 - Nome completo da vítima: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: MARIA DAS GRAÇAS XAVIER

6 - CPF: 014 595 694-66

7 - Profissão: PENSIONISTA

8 - Endereço: RUA SANTOS DUMONT

9 - Número: S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro: CENTRO

12 - Cidade: NOVA FLORESTA

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58176-000

15 - E-mail: nilotdantas@hotmail.com

16 - Tel. (DDD): (83) 3371-2274

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: 4916 (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 909725452 9 (Informar o dígito se existir) **AGÊNCIA:** (Informar o dígito se existir) **CONTA:** (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta acima 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

Por motivo ou motivos assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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: 15/02/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHA

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: 10 Falecidos: 00

30 - Vítima deixou nascituro (vinaçoa)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS

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

021 143 974-67

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

Josefa do Nascimento

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: JÉSSICA ARIADNE D. SILVA

CPF: 123.541.164-89

Jéssica Ariadne D. Silva

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: FRANCISCO SERGIO DA SILVA MARCOLINO

CPF: 026 696 334-00

Francisco S. da S. Marcolino

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PICUÍ - PB, 06/04/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PPS.001 V002/2019

Seguradora LÍDER

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:	4 - Nome completo da vítima:
	479 191 834 -72	ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: FRANCISCA MARIA DA SILVA
6 - CPF: 049.559.304-91
7 - Profissão: AGRICULTORA
8 - Endereço: RUA SEVERINA CLEMENTINO DE MEDEIROS
9 - Número: 239
10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO
12 - Cidade: AMAPA
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58396-000
15 - e-mail: nilotdantas@hotmail.com
15 - Tel.(DDD): (83) 3371-2274

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: 0038 ( ) CONTA: 58676 (4)
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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: 15/02/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO
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: 10 Falecidos: 00
30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, a meu, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital do dedo polegar do lado direito do beneficiário, conforme ordem abaixo:

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: JÉSSICA ARIADNE DANTAS SILVA
CPF: 123.541.164-89
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: FRANCISCO SERGIO DA COSTA MARCOLINO
CPF: 028 696 734-00
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Picuí-PB, 05/04/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora LÍDER

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: 479.191.834-72

4 - Nome completo da vítima: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS

6 - CPF: 021.143.874-67

7 - Profissão: APOSENTADA

8 - Endereço: RUA SANTOS DUMONT

9 - Número: S/N

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CENTRO

12 - Cidade: NOVA FLORESTA

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58176-000

15 - E-mail: nilotdantas@hotmail.com

16 - Tel.(DDD): (83) 3371-2274

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. Assine a uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0657 (2) CONTA: 5412 (7)

(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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 15/02/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima: VIUVA

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: 10 Falecidos: 00

30 - Vítima deixou nascituro(a) vivo(a)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: JÉSSICA ARIADNE DANTAS SILVA

CPF: 123.541.164-89

Jessica Ariadne D. Silva

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: FRANCISCO JEMOIO DA COSTA MACEDO

CPF: 028.656.234-00

Francisco J. da C. Macedo

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Pilões, 05/04/2021

Josefa do Nascimento Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FRS 001 V002/2010

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRALIZADO – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Raimundo Nonato de Araújo S/Nº Catolé – Campina Grande - PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre: a tipificar
Hora e data do fato: Às 15:00, do dia 3 de fevereiro de 2020.
Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 19:27, do dia 15 de fevereiro de 2020.
Local do Ocorrido: RUA FELINTO FLORENTINO, CENTRO, NA CIDADE DE NOVA FLORESTA

***COMUNICANTE: ADRIANA RITA** ABREU, do sexo feminino, nascida no dia 28/11/1974, com 45 anos de idade, ID: 2701146, CPF: 04059886483, AGRICULTORA, filha de ANTONIO XAVIER DE ABREU e de RITA MARIA DA CONCEIÇÃO, escolaridade: FUND. COMPLETO, natural de ARARA, BRASILEIRA, residente na SITIO CAJAZEIRAS DE ARARA, bairro ZONA RURAL, na cidade de ARARA, celular Nº 986038556*

***VÍTIMA: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS,** do sexo masculino, nascido no dia 30/05/1928, com 91 anos de idade, ID: 872043, CPF: 479191834, APOSENTADO, filho de SANTINO XAVIER DE ABREL e de ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO, escolaridade: FUND. COMPLETO, CASADO, natural de AREIA, BRASILEIRA, residente na RUA SANTOS DUMONT/SN, bairro CENTRO, na cidade de NOVA FLORESTA*

***TESTEMUNHAS: A** APRESENTAR.*

***HISTÓRICO:** Que no dia 03 de fevereiro de 2020, o senhor Antônio Xavier dos Santos, seguia em uma bicicleta na Rua Felinto Florentino, centro, na cidade de Nova Floresta, quando, sem perceber, atravessou a pista e foi atropelado por uma motocicleta, conduzida por uma mulher que não foi identificada, vindo a falecer no Hospital de Trauma de Campina Grande, por volta do meio dia. Que a mulher que o atropelou prestou socorro, porém não foi identificada no momento.*

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, NESTA 2ª SRPC

AUTORIDADE *MAIRAM MOURA CASADO*

COMUNICANTE *ADRIANA RITA ABREU* Adriana Rita de Abreu

ESCRIVÃO AD HOC *RICARDO ALLYSSON*

ESTADO DA Paraíba

MUNICÍPIO DE Solânea

COMARCA DE Solânea

DISTRITO DE —

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Antonice de Medeiros Santos
Escrivão do Registro Civil das Pessoas Naturais

Cartório do Registro Civil
Antonice de Medeiros Santos
OFICIAL
Antonice de Medeiros Santos
ESCRIVÃO

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL SOLÂNEA

Certidão de Casamento Religioso

Efeitos Jurídicos a contar do momento da Celebração

LIVRO B-aux-3 FÔLHAS 27-v TERMO No. 1.054

CERTIFICO que em trinta e um de março de mil novecentos e oitenta (1980) foi registrado o casamento religioso de Antonio Xavier dos Santos com Josefa Santana do Nascimento celebrado no dia vinte e nove de março de mil novecentos e oitenta (1980) às 15:00 horas, na igreja Nossa Senhora da Piedade Arara - Pb pelo Padre Lourberto de Jesus em presença das testemunhas constantes do termo,

Ele, nascido em Queimas - Areia - Pb aos 30 de maio de 1928, profissão agricultor domiciliado e residente em Santa Fé - Solânea - Pb filho de Santino Xavier de Abreu e de dona Adelina maria da Conceição

Ela, nascida em Barra do Salgado - Serraria - Pb aos 22 de Setembro de 1941 Profissão Doméstica domiciliada e residente em Santa Fé - Solânea - Pb filha de Manoel Lenis de Santana e de dona Maria Ribeiro do Nascimento

Em virtude do casamento a mulher passou a ter o nome de Josefa do Nascimento Santos

Foram apresentados os documentos exigidos pelo Código Civil Brasileiro.

Observações: Casaram-se sob o regime de Comunhão parcial de bens

O referido é verdade e dou fé.

Solânea - Pb, 31 de março de 1980

Antonice de Medeiros Santos
P/ Escrivão

ESTADO DA Paraíba

MUNICÍPIO DE Solânea

COMARCA DE Solânea

DISTRITO DE —

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Antonice de Medeiros Santos
Escrivão do Registro Civil das Pessoas Naturais

Cartório do Registro Civil
Antonice de Medeiros Santos
OFICIAL
Antonice de Medeiros Santos
ESCRIVÃO

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL SOLÂNEA

Certidão de Casamento Religioso

Efeitos Jurídicos a contar do momento da Celebração

LIVRO B-aux-3 FÔLHAS 27-v TERMO No. 1.054

CERTIFICO que em trinta e um de março de mil novecentos e oitenta (1980) foi registrado o casamento religioso de Antonio Xavier dos Santos com Josefa Santana do Nascimento celebrado no dia vinte e nove de março de mil novecentos e oitenta (1980) às 15:00 horas, na igreja Nossa Senhora da Piedade Arara - Pb pelo Padre Lourberto de Jesus em presença das testemunhas constantes do termo,

Ele, nascido em Queimas - Areia - Pb aos 30 de maio de 1928, profissão agricultor domiciliado e residente em Santa Fé - Solânea - Pb filho de Santino Xavier de Abreu e de dona Adelina maria da Conceição

Ela, nascida em Barra do Salgado - Serraria - Pb aos 22 de Setembro de 1941 Profissão Doméstica domiciliada e residente em Santa Fé - Solânea - Pb filha de Manoel Lenis de Santana e de dona Maria Ribeiro do Nascimento

Em virtude do casamento a mulher passou a ter o nome de Josefa do Nascimento Santos

Foram apresentados os documentos exigidos pelo Código Civil Brasileiro.

Observações: Casaram-se sob o regime de Comunhão parcial de bens

O referido é verdade e dou fé.

Solânea - Pb, 31 de março de 1980

Antonice de Medeiros Santos
P/ Escrivão

República dos Estados Unidos do Brasil

TALÃO Nº 24 **REGISTRO CIVIL** FLS. 59

ESTADO Paraíba

MUNICÍPIO DE Nova Floresta

DISTRITO de Nova Floresta

João Bezerra Montenegro
Escrivão Distrital
Oficial do Registro Civil
NOVA FLORESTA - PARAÍBA

NASCIMENTO Nº 2358

João Bezerra Montenegro, Oficial Efetivo do Registro Civil de Nascimentos, Casamentos e Obitos desta cidade, na forma da lei, etc.

Certifico que à fls. 190 *do livro n.* 3-A *de registros de nascimentos dêste Cartório foi lavrado hoje o nascimento de* Francisca Maria Xavier *nascida no dia* três *de* junho *de mil* novecentos e cinquenta e sete (3-6-1957) no Lugar Logôa do Meio neste Município *do sexo* feminino *côr* morena *filha legítima* de Justino Xavier agricultor e de Rita Maria da Conceição doméstica

sendo avós paternos Justino Xavier de Abreu e Adelina Maria da Conceição

e maternos Justiniano dos Santos e Josefa Maria da Conceição (Falecida)

Foi declarante a mãe da Registrada

e serviram de testemunhas Bartholomeu Ferreira Lopes e Antonio José Paulino funcionários e residentes neste Município

OBSERVAÇÕES: Isenta de sêlos esta cópia do talão conforme determina o artigo 51 do Decreto Federal 4857 de 9 de Novembro de 1939.

Cartório Pedro Lira
Av. Miguel Couto, 14
Fone 1044
João Pessoa - Paraíba

O referido é verdade e dou fé.

Nova Floresta 4 de junho de 1963

João Bezerra Montenegro
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL

LIVRARIA PEDROSA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Óbito

NOME:

ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

CPF: 479.191.834-72

MATRÍCULA:

0718860155 2020 4 00005 087 0003400 84

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
masculino	PARDA	casado, 91 anos

NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
Areia-PB	RG: 872.043; Órgão: Outros; UF: PB; Data emissão: 09/02/2015	SIM - Nº 003004241244, Zona: 24 - PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

SANTINO XAVIER DE ABREU e ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO. Residia na(o) Rua Santos Dumont, SN, Centro, CEP: 58178-000, no município de Nova Floresta-PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO

quinze de fevereiro de dois mil vinte - 12:03

DIA	MÊS	ANO
15	02	2020

LOCAL DO FALECIMENTO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes Av. Mal. Floriano Peixoto,4700 - Malvinas,58432-809 no município de Campina Grande-PB

CAUSA DA MORTE

Traumatismo Cranioencefálico

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

Cemitério Público no município de Nova Floresta-PB

DECLARANTE

ADRIANA RITA DE ABREU, Agricultora, CPF nº 040.598.864-83, RG nº 2701146 Outros-PB, residente e domiciliada: Sítio Cajazeiras de Arara, Zona Rural, CEP: 58396-000, Arara-PB

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Ericsson A. Marques. CRM 4770

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Registro lavrado em 18/02/2020, no Livro C-00005, Nº 3400, folha 07. O falecido era casado com JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 291952577. Deixa dez filhos e não deixa bens a inventariar.

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Pref. Felinto Florentino, 60
Centro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA-PB

CARTÓRIO ÚNICO DE NOVA FLORESTA
ELIANA CLEMENTINO PEREIRA
Nova Floresta-PB

RUA PREFEITO FELINTO FLORENTINO Nº 606 Nova Floresta-PB - CEP 58178-000 Fone: 3374-1414 E-mail: cartoriodenovafloresta@neocart.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Nova Floresta-PB, 18 de Fevereiro de 2020

Adriana da Silva Costa Oliveira

ADRIANA DA SILVA COSTA OLIVEIRA
Escrevente

Consulte a autenticidade em:
https://selodigital.tjpb.jus.br
Emolumentos e taxas: R$ 0,00

Selo Digital: **AIC55292-SJPW**

Nº 012855 C

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
2ª VIA - CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Declaração de Óbito

29195257-7

I Identificação

1 Tipo de óbito: 1 Fetal 2 X Não Fetal
2 Data do óbito: 15/02/2020 Hora 12:00
3 Cartão SUS
4 Naturalidade: Paraíba / PB
Município / UF (se estrangeiro informar País)
5 Nome do Falecido: Antonio Xavier da Silva
6 Nome do Pai: Antonio Xavier de Menezes
7 Nome da Mãe: Maria da Conceição
8 Data de nascimento: 30/05/1928
9 Idade: Anos completos 91 — Menores de 1 ano: Meses / Dias / Horas / Minutos — Ignorado 9
10 Sexo: M - Masc. / F - Fem. / I - Ignorado
11 Raça/Cor: 1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena
12 Situação conjugal: 1 Solteiro 2 X Casado 3 Viúvo 4 Separado judicialmente/ divorciado 5 União estável 9 Ignorada
13 Escolaridade (última série concluída) — Nível: 0 Sem escolaridade; 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série); 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série); 3 Médio (antigo 2º grau); 4 Superior incompleto; 5 Superior completo; Ignorado 9; Série
14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado): APOSENTADO — Código CBO 2002

II Residência

15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc): Rua José Dumont — Número 30 — Complemento Centro
16 CEP
17 Bairro/Distrito: Centro — Código
18 Município de residência: Nova Floresta — Código
19 UF: PB

III Ocorrência

20 Local de ocorrência do óbito: 1 Hospital 2 Outros estab. saúde 3 Domicílio 4 Via pública 5 Aldeia Indígena 6 Outros — Ignorado 9
21 Estabelecimento: Hospital Maria de Lourdes — Código CNES
22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc): Rua Tiradentes — Número 100 — Complemento
23 CEP
24 Bairro/Distrito: Alvinia — Código
25 Município de ocorrência: Campina Grande — Código
26 UF: PB

IV Fetal ou menor que 1 ano

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

27 Idade (anos)
28 Escolaridade (última série concluída) — Nível: 0 Sem escolaridade; 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série); 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série); 3 Médio (antigo 2º grau); 4 Superior incompleto; 5 Superior completo; Ignorado 9; Série
29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) — Código CBO 2002
30 Número de filhos tidos: Nascidos vivos ___ (99 Ignorado) — Perdas fetais/ abortos ___ (98 Ignorado)
31 Nº de semanas de gestação ___ (99 Ignorado)
32 Tipo de gravidez: 1 Única 2 Dupla 3 Tripla e mais 9 Ignorada
33 Tipo de parto: 1 Vaginal 2 Cesáreo 9 Ignorado
34 Morte em relação ao parto: 1 Antes 2 Durante 3 Depois 9 Ignorado
35 Peso ao nascer — Gramas
36 Número da Declaração de Nascido Vivo

V Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu: 1 Na gravidez 2 No parto 3 No abortamento 4 Até 42 dias após o término da gestação 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 8 Não ocorreu nestes períodos 9 Ignorado

ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 X Sim 2 Não 9 Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia? 1 X Sim 2 Não 9 Ignorado

40 CAUSAS DA MORTE — ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

PARTE I
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.
a) TAMPONAMENTO CARDIOCARDÍACO — Tempo aproximado entre o início da doença e a morte — CID

CAUSAS ANTECEDENTES
Estados mórbidos, se existiram, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.
b) Devido ou como consequência de:
c) Devido ou como consequência de:
d) Devido ou como consequência de:

PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

VI Médico

41 Nome do Médico: Ericsson Marques
42 CRM: 4420
43 Óbito atestado por Médico: 1 Assistente 2 Substituto 3 IML 4 SVO 5 Outro
44 Município e UF do SVO ou IML: C. Grande — UF PB
46 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)
45 Data do atestado: 16/02/2020
47 Assinatura

Ericsson A. Marques
PERITO MÉDICO LEGAL
Mat.: 182.392-2

VII Causas externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)

48 Tipo: 1 Acidente 2 Suicídio 3 Homicídio 4 Outros — Ignorado 9
49 Acidente do trabalho: 1 Sim 2 Não — Ignorado 9
50 Fonte da informação: 1 Ocorrência Policial Nº ___ 2 Hospital 3 Família 4 Outro — Ignorado 9
51 Descrição sumária do evento: Vítima se afogamento por morrer
Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência: 1 Via pública 2 Endereço de residência 3 Outro domicílio 4 Estabelecimento comercial 5 Outros 9 Ignorado

ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA
52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc): Tiradentes — Número — Bairro: Centro — Município: N. Floresta — UF: PB

VIII Cartório

53 Cartório — Código
54 Registro
55 Data
56 Município
57 UF

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 **AGÊNCIA:** 1234 **CONTA:** 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	16/04/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321011412302
VALOR TOTAL:	675,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA MARIA XAVIER

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00038
CONTA: 000000058676

Número da Autenticação
EFFE230A9F83DDBE

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 **AGÊNCIA:** 1234 **CONTA:** 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	16/04/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321011412301
VALOR TOTAL:	675,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO XAVIER DOS SANTOS

BANCO: 104
AGÊNCIA: 04916
CONTA: 000000014670

Número da Autenticação
E5FAF5EA696BD90A

ANTONIO XAVIER DOS SANTOS
RUA SANTOS DUMONT, S/N - CENTRO
NOVA FLORESTA / PB CEP 58175000 (A.S.10)

energisa

Ligação: NORMAL-ASCC
Cod/Par: RES MIT PB / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 7 109-010-1010 Referência: Fev / 2020
Medidor: 100067019 7 Emissão: 11/02/2020

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 230, Km 24 - Distr. Rodomir Jose Pessoa / PB - CEP 58037-620
CNPJ: 09.095.907/0001-40 Insc.Est.: 16.015.025/0-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica NFCEE 54245
Chave para Deb. Automático: 0001440956 8

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	479.191.834-72

UC (Unidade Consumidora): 5/1440952-8

Canal de contato

[illegible]

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
13/01/20	5912	12/02/20	5921	1	9	30

Demonstrativo

Cód.	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Atual Qtd.	Valor Atual Qtd. (R$)	Base Cálculo	Alíquota (%)	Valor (R$)
0001	Consumo em kWh	75,000	0,752100	61,70	61,78	25	18,45	61,78	5,69	5,87
0003	Adic.B Amarela			0,84	0,84	25	0,29	0,84	0,09	0,10
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0507	CONTRIB.IL.PUBLICA			0,00	0,05	1	0,03	0,05	0,00	0,00
0804	COMPENSAÇÃO CONTRIB.ILUM.PUBLICA			-0,05	-0,05	1	-0,03	-0,05	-0,00	-0,00
CO	Código de Operação		TOTAL	62,49	62,62	13,60	63,72	6,68	2,71

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
75	18/02/2020	R$ 67,60

Histórico de Consumo (kWh)

33	66	65	72	64	75	70	65	64	61	39	14
Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20

RESERVADO AO FISCO

cb2c.21b0.ec19.1dec.fc65.b4d0.d843.cae6.

Indicadores de Qualidade Apurado - Civil

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	[illegible]	6,72		
DIC TRIMESTRAL	[illegible]			
DIC ANUAL	[illegible]		NOMINAL	220
FIC MENSAL	[illegible]	2,03		
FIC TRIMESTRAL	6,62		CONTRATADA	
FIC ANUAL	[illegible]		LIMITE INFERIOR	202
DMIC	[illegible]	0,72	LIMITE SUPERIOR	231
DIC(i)	[illegible]			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Consumo de Ener. de Energia [illegible]	17,19	28,00
Consumo de Energia	21,43	31,13
Contribuição Iluminação Pública	2,68	3,77
Encargos Setoriais	2,86	4,17
Bandeira Diversas Encargos	24,07	35,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	68,73	100,00

Valor do EUSD (Ref. 12/2019) R$ 21,38

ATENÇÃO

Faturas em atraso

ANTONIO XAVIER DOS SANTOS
RUA SANTOS DUMONT, S/N - CENTRO
NOVA FLORESTA / PB CEP 58175000 (A.S.10)

energisa

Ligação: NORMAL-ASCC
Cod/Par: RES MIT PB / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 7 109-010-1010 Referência: Fev / 2020
Medidor: 100067019 7 Emissão: 11/02/2020

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 230, Km 24 - Distr. Rodomir Jose Pessoa / PB - CEP 58037-620
CNPJ: 09.095.907/0001-40 Insc.Est.: 16.015.025/0-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica NFCEE 54245
Chave para Deb. Automático: 0001440956 8

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	479.191.834-72

UC (Unidade Consumidora): 5/1440952-8

Canal de contato

[illegible]

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
13/01/20	5912	12/02/20	5921	1	9	30

Demonstrativo

Cód.	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Atual Qtd.	Valor Atual Qtd. (R$)	Base Cálculo	Alíquota (%)	Valor (R$)
0001	Consumo em kWh	75,000	0,752100	61,70	61,78	25	18,45	61,78	5,69	5,87
0003	Adic.B Amarela			0,84	0,84	25	0,29	0,84	0,09	0,10
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0507	CONTRIB.IL.PUBLICA			0,00	0,05	1	0,03	0,05	0,00	0,00
0804	COMPENSAÇÃO CONTRIB.ILUM.PUBLICA			-0,05	-0,05	1	-0,03	-0,05	-0,00	-0,00
CO	Código de Operação		TOTAL	62,49	62,62	13,60	63,72	6,68	2,71

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
75	18/02/2020	R$ 67,60

Histórico de Consumo (kWh)

33	66	65	72	64	75	70	65	64	61	39	14
Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20

RESERVADO AO FISCO

cb2c.21b0.ec19.1dec.fc65.b4d0.d843.cae6.

Indicadores de Qualidade Apurado - Civil

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	[illegible]	6,72		
DIC TRIMESTRAL	[illegible]			
DIC ANUAL	[illegible]		NOMINAL	220
FIC MENSAL	[illegible]	2,03		
FIC TRIMESTRAL	6,62		CONTRATADA	
FIC ANUAL	[illegible]		LIMITE INFERIOR	202
DMIC	[illegible]	0,72	LIMITE SUPERIOR	231
DIC(i)	[illegible]			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Consumo de Ener. de Energia [illegible]	17,19	28,00
Consumo de Energia	21,43	31,13
Contribuição Iluminação Pública	2,68	3,77
Encargos Setoriais	2,86	4,17
Bandeira Diversas Encargos	24,07	35,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	68,73	100,00

Valor do EUSD (Ref. 12/2019) R$ 21,38

ATENÇÃO

Faturas em atraso

FRANCISCA MARIA XAVIER
RUA SEVERINO CLEMENTINO DE MEDEIROS, 204 - CENTRO
APARECIDA/PB CEP: 58103-000 (AC: 24)

CPF/CNPJ/Ref: 049 596 304-41

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RESIDENCIAL / Subclasse: BAIXA RENDA
Ligação: MONOFÁSICO
Fases: 1-F - 127 - NEUT Nº Medidor: 1956139134

energisa

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/436459-2

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 00004384582

VALOR DA FATURA R$ 67,76	**VENCIMENTO** 22/10/2020
REFERÊNCIA Out / 2020	**CONSUMO** 103kWh — 3,43 kWh MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRITIVO

CC	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Total (R$)	Base Calc ICMS (R$)	Alíq ICMS	ICMS (R$)	Base Calc PIS/COFINS (R$)	PIS/PASEP (R$) 0,67%	COFINS (R$) 3,07%
0201	Consumo de 30kWh B1	30	0,2637[illegible]	8,00	8,00	27	2,16	8,00	0,05	0,26
0201	Consumo - 31 a 100kWh - BR	73	0,4624[illegible]	32,38	32,38	27	8,74	32,38	0,21	0,99
0201	Consumo - 101 a 200kWh - BR	3	0,6930[illegible]	2,08	2,08	27	0,56	2,08	0,01	0,06
0810	Subtotal			38,84	38,84	27	10,46	38,84	0,25	1,19
	BENEFÍCIOS E SERVIÇOS									
3210	CONTRIBUIÇÃO ILUMINAÇÃO PUBLICA			15,51	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
1606	Devolução Subsidio			26,42	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
	TOTAL			67,76	38,84		10,46	38,84	0,25	1,19

CC: Código de Classificação do Item
Tarifa c/ Tributos: Até 30kWh 0,[illegible] Até 100kWh 0,620270 Até 200kWh 0,480430

RESERVADO AO FISCO

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Out19	56
Nov19	54
Dez19	65
Jan20	36
Fev20	39
Mar20	107
Abr20	104
Mai20	114
Jun20	96
Jul20	86
Ago20	87
Set20	86
Média	86

LEITURAS

Anterior	15/09/20	762
Atual	15/10/20	865
Consumo		103kWh
Período		30 dias
Consumo diário médio		3

PRÓXIMA LEITURA
16/11/2020

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia/FE	12,07	17,83
Compra de Energia	12,80	18,92
Serviços Transmissão	2,38	3,51
Encargos Setoriais	2,51	3,70
Impostos Diretos e Encargos	39,39	58,49
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	67,76	100,00

Energia ofertada à rede de distribuição (Set 8/2020) R$ 12,35

INDICADORES DE QUALIDADE

META	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	8,53	0,00	11,82	23,84	NOMINAL 220
Vezes que o cliente ficou sem energia - FIC	8,30	0,00	6,80	13,20	CONTRATADA
Duração média de interrupção de energia por período - DMIC	3,48				LIMITE INFERIOR 202
Duração máxima de interrupção de energia por período crítico - CHI Rs	12,22				LIMITE SUPERIOR 231

ATENÇÃO

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Prezado cliente, mantenha sua tarifa social ativa. Se você é beneficiado no programa do Governo Federal, Procure o setor responsável da Bolsa Família ou Cadastro Único de sua cidade para atualizar. Se não tem mais algum benefício do Governo Federal e não dá direito mais a desconto em sua conta, procure a Energisa, a sua fatura de energia pode ter desconto de até 65%.
- Para preservar sua saúde, a Energisa está priorizando atendimentos remotos. Site, App Energisa ON e Whatsapp (83) 98135-6540

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R$ 26,52

ANTONIO XAVIER DOS SANTOS
RUA SANTOS DUMONT, S/N - CENTRO
NOVA FLORESTA / PB CEP 58175000 (A.S.10)

energisa

Ligação: NORMAL-ASCC
Cod/Par: RES MIT PB / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 7 109-010-1010 Referência: Fev / 2020
Medidor: 100067019 7 Emissão: 11/02/2020

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 230, Km 24 - Distr. Rodomir Jose Pessoa / PB - CEP 58037-620
CNPJ: 09.095.907/0001-40 Insc.Est.: 16.015.025/0-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica NFCEE 54245
Chave para Deb. Automático: 0001440956 8

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	479.191.834-72

UC (Unidade Consumidora): 5/1440952-8

Canal de contato

[illegible]

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
13/01/20	5912	12/02/20	5921	1	9	30

Demonstrativo

Cód.	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Atual Qtd.	Valor Atual Qtd. (R$)	Base Cálculo	Alíquota (%)	Valor (R$)
0001	Consumo em kWh	75,000	0,752100	61,70	61,78	25	18,45	61,78	5,69	5,87
0003	Adic.B Amarela			0,84	0,84	25	0,29	0,84	0,09	0,10
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0507	CONTRIB.IL.PUBLICA			0,00	0,05	1	0,03	0,05	0,00	0,00
0804	COMPENSAÇÃO CONTRIB.ILUM.PUBLICA			-0,05	-0,05	1	-0,03	-0,05	-0,00	-0,00
CO	Código de Operação		TOTAL	62,49	62,62	13,60	63,72	6,68	2,71

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
75	18/02/2020	R$ 67,60

Histórico de Consumo (kWh)

33	66	65	72	64	75	70	65	64	61	39	14
Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20

RESERVADO AO FISCO

cb2c.21b0.ec19.1dec.fc65.b4d0.d843.cae6.

Indicadores de Qualidade Apurado - Civil

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	[illegible]	6,72		
DIC TRIMESTRAL	[illegible]			
DIC ANUAL	[illegible]		NOMINAL	220
FIC MENSAL	[illegible]	2,03		
FIC TRIMESTRAL	6,62		CONTRATADA	
FIC ANUAL	[illegible]		LIMITE INFERIOR	202
DMIC	[illegible]	0,72	LIMITE SUPERIOR	231
DIC(i)	[illegible]			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Consumo de Ener. de Energia [illegible]	17,19	28,00
Consumo de Energia	21,43	31,13
Contribuição Iluminação Pública	2,68	3,77
Encargos Setoriais	2,86	4,17
Bandeira Diversas Encargos	24,07	35,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	68,73	100,00

Valor do EUSD (Ref. 12/2019) R$ 21,38

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA

AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC.ESTADUAL N° 160572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

CAGEPA

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO
01742179.9

Nº Documento: 20210217421799 ESCRITÓRIO PICUI

MATRÍCULA	CLIENTE	CPF/CNPJ:	VENCIMENTO
01742179.9	NILO TRIGUEIRO DANTAS	047.XXX.XXX-XX	15/02/2021

INSCRIÇÃO	ENDEREÇO DO IMÓVEL	FATURA
028.001.020.0304.000	RUA ROLDAO I DE MACEDO, 145 - JK PICUI PB 58187-000	02/2021

RESPONSÁVEL	ENDEREÇO PARA ENTREGA	ÁGUA	ESGOTO
		LIGADO	POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

01/2021 -	8-FL	12/2020 -	8-FL
11/2020 -	8-FL	10/2020 -	8-FL
09/2020 -	8-FL	08/2020 -	8-FL

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	8	H FL5288

LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO (M³)	DIAS	CONSUMO/DIA (M³)
1	9	8	28	0,29
04/01/2021	01/02/2021	Nº Hm:	A08A017737	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R$
AGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE AGUA	8 M3	40,64
Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R$ 8,12		

TOTAL R$ 40,64

SR. USUARIO: EM 31/01/2021, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO.
COMPARECA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.
CASO TENHA PAGO APOS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 01/2021

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl.Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif.Totais	
Cloro(mg/L)		P.H.		Colif.Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TERM 00118020 AGENTE 118020 AUTE 7604
COBAN:057546 LOJA:0001 PDV:118020
01/03/2021 BANCO DO BRASIL 10:08:43
244154501 CORRESPONDENTE BANCARIO 1692

COMPROVANTE PAGAMENTOS COM COD.BARRA

CONVENIO: CAGEPA RECEBIMENTO

82680000000 40640010020 01742179901
02202100003

NR. DOCUMENTO	10.029
NR. CONVENIO	86.001-6
DATA DO PAGAMENTO	01/03/2021
VLR DO PAGAMENTO	40.64

NR.AUTENTICACAO 5.C78.637.555.384.A71

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA. TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 021 143 974 / 67

do sinistro de DPVAT cobertura MORTE da Vítima ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 477 191 834 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

[X] 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: Rua Roldão Zacarias de Macedo		Número: 145	Complemento:
Bairro: JK	Cidade: Picuí	Estado: PB	CEP: 58187-000
E-mail: nilotdantas@hotmail.com			Tel.(DDD): (83) 99912-5490 / 3371-2274

Local e Data: Picuí/PB, de de 20

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCA MARIA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 049559304 / 41

do sinistro de DPVAT cobertura MORTE da Vítima ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 479191834 / 72, 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: Rua Roldão Zacarias de Macedo		Número: 145	Complemento:
Bairro: JK	Cidade: Picuí	Estado: PB	CEP: 58187-000
E-mail: nilotdantas@hotmail.com			Tel.(DDD): (83) 99912-5490 / 3371-2274

Local e Data: Picuí/PB, 06 de Abril de 20 21

Nilo Dantas

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARIA DAS GRAÇAS XAVIER inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.595.694-66

do sinistro de DPVAT cobertura MORTE da vítima ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 479.191.834 / 72, 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: Rua Roldão Zacarias de Macedo		Número: 145	Complemento:
Bairro: JK	Cidade: Picuí	Estado: PB	CEP: 58187-000
E-mail: nilotdantas@hotmail.com			Tel.(DDD): (83) 99912-5490 / 3371-2274

Local e Data: Picuí/PB, 06 de ABRIL de 2021

Assinatura do Declarante

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SEVERINO XAVIER DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.212.318-09

do sinistro de DPVAT cobertura MORTE da Vítima ANTONIO XAVIER DOS SANTOS,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 479.191.834 / 72, 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: Rua Roldão Zacarias de Macedo		Número: 145	Complemento:
Bairro: JK	Cidade: Picuí	Estado: PB	CEP: 58187-000
E-mail: nilotdantas@hotmail.com			Tel.(DDD): (83) 99912-5490 / 3371-2274

Local e Data: Picuí/PB, 06 de Abril de 2021

Nilo Trigueiro Dantas

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017