

UNIAO DE TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS

2.669.825.2ª Via DATA 04.09.2001

NILO TRIGUEIRO DANTAS.

Nilvan Araújo Dantas.

Marli Lúcia Trigueiro Dantas.

João Pessoa-PB 09.06.1983

Cert. Nascimento nº 26.412.Fin.195.Liv.A.27

3º Cart. João Pessoa-PB

047.951.774.65

Dr. Maria *[assinatura]* Lavocat

DETOPO DO DI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SISTEMA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO D1.P.01



Nilo Trigueiro Dantas

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA

CONTINUAÇÃO DE ADVOGADO

NILO TRIGUEIRO DANTAS

PLACA

NILVAN ARAÚJO DANTAS

MARLI LÚCIA TRIGUEIRO DANTAS

JOÃO PESSOA-PB 09.06.1983

047.951.774.65

[assinatura]

13220

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05461822



Nilo Trigueiro Dantas

ASSINATURA DO TITULAR

CPF

047.951.774.65

13220



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 MAIO 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 012389239570

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 2 COD RENAVAM: 00955899010 ENTR: ***** EXERCÍCIO: 2016

SEVERINO FLORENTINO ALVES

PLACA: 857.272.371-49

CHASSI: MYS4312/RN

CHASSI: 9C2KC08508R038826

PLACA: MYS4312

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APPLICAVE

ANO MOD: 2008

ANO FAB: 2008

COR PREDOMINANTE: AZUL

CATEGORIA: PARTICULAR

VENC. COTA ÚNICA: 17/03/2016

VENC/COTAS: 1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$): R\$ 0.00

TAXA LPVA: R\$ 002808 3X

PREMIO TOTAL USU: R\$ *****

DATA DE PAGAMENTO: 16/11/2016

*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

DETRAN - RN

MOTOR: KC08E58038826

CURRAIS NOVOS

Sidney Bezerra da Silva
Coordenador de Registro de Veículos

DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSONAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIAZ EFETIVE OU POSSUA CARGA APESOAAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

RN Nº 012389239570 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTEE O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatseguro.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 16/11/2016

PLACA: MYS4312

RENK: 857.272.371-49

RENK: 00955899010

RENK: HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB: 2008

ANO MOD: 2008

9C2KC08508R038826

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$):

COFINS (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$):

CUSTO DO SEGURO (R\$):

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.400/0001-04

www.seguradoredetran.com.br

1014 A SER PAGO SEU VEICULO

18 OUT. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

SEGURO OBRIGATORIO PARA VEICULOS DE TRANSPORTE DE PASSAGEIROS POR VEICULOS
SEGURO OBRIGATORIO PARA VEICULOS DE TRANSPORTE DE CARGA POR VEICULOS
SEGURO OBRIGATORIO PARA VEICULOS DE TRANSPORTE DE PASSAGEIROS POR VEICULOS

BILHETE DE SEGURO DPVAT

RN Nº 012389239570

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

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 16/11/2016

PLACA MYS4312

857.272.371-19

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN ES

RENDAVE 00955899010

9C2KC08508030826

PRÊMIO TARIFÁRIO

DEBÍTO (R\$)

LOF (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

ENCERADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ Nº 24.823.0001-04

www.seguredolider.com.br

5102-108

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN Nº 012389239570

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO 2016

00955899010

857.272.371-19

PLACA MYS4312

9C2KC08508030826

GASOLINA

PASSEIRO/MOTOCICLETA/NAO APPLICAVE

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

2008

NOTOR:KC08508030826

DATA 16/11/2016

DATA 16/11/2016

DATA 16/11/2016

DATA 16/11/2016

DATA 16/11/2016

DATA 16/11/2016

DATA 16/11/2016

DATA 16/11/2016

DATA 16/11/2016

DATA 16/11/2016

DATA 16/11/2016

DATA 16/11/2016

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190321550**

Nome do(a) Examinado(a): **SEVERINO FLORENTINO ALVES**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA LUIZ LUCAS EVANGELISTA, S/N - CENTRO - Frei Martinho - PB - CEP 58195-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **582.119**

Data e local do acidente: [**01/05/2017**] **PICUÍ**

Data e local do exame: [**21/11/2019**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE ARCOS COSTAIS E ESCAPULA ESQUERDO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

SEM CICATRIZ, SEM DEFORMIDADES, SEM EDEMAS

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, QUEDA, NO DIA 01/05/2017; SENDO SOCORRIDO PELA AMBULANCIA LOCAL AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DE ARCOS COSTAIS E ESCAPULA ESQUERDO. REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 07/05/2017 COM OUTRAS ENTRADAS NO HOSPITAL (SIC). APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO NA FLEXÃO (DEFICIT DE 90 GRAUS), NA ABDUÇÃO (DEFICIT DE 90 GRAUS).

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO NA FLEXÃO (DEFICIT DE 90 GRAUS), NA ABDUÇÃO (DEFICIT DE 90 GRAUS).

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

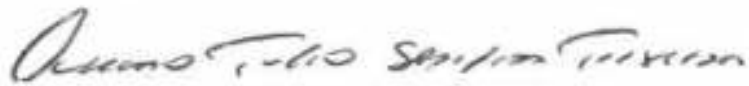
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB

09.285.685/0001-34
2º CARTÓRIO DE NOTAS
NILO ARAÚJO DANTAS
Praça João Pessoa, 26 Centro
CEP 58.187-000 PICUI-PB



2º TABELIONATO PÚBLICO
LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS
ESCREVENTE
Comarca de Picuí - Paraíba

ESTADO DA PARAÍBA

2º CARTÓRIO DE NOTAS - Nilo Araújo Dantas
COMARCA DE PICUI

CNPJ nº 09.285.685/0001-34

Marlene Macedo de Araújo - 2ª Tabeliã Pública

Luciano Itallo Araújo Dantas - Escrevente

Praça João Pessoa, 26, Centro Picuí - PB, CEP: 58.187.000

Fone/Fax: (83) 3371-2919 - Email: cartoriopicui@hotmail.com

PROCURAÇÃO

Livro: 47
Folha(s): 87 à 87v
1º TRASLADO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 OUT. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: SEVERINO FLORENTINO ALVES

SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que no ano de nascimento de nosso Senhor Jesus Cristo aos **DEZENOVE (19) dias do mês de SETEMBRO do ano de DOIS MIL E DEZOITO (2018)**, nesta cidade de Picuí, Estado Paraíba, situado na Praça JOÃO PESSOA, número 26, Bairro CENTRO, neste cartório, perante mim **ESCREVENTE** compareceu(ram) como **Outorgante(s)** o Sr. **SEVERINO FLORENTINO ALVES**, brasileiro, aposentado, divorciado, nascido em 15/11/1950, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 582.119 - 2ª VIA, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 857.272.371-49, filiação: MARIA BENEDITA ALVES e SEVERINO FLORENTINO DE LIMA, residente e domiciliado na(o) Rua LUIZ LUCAS EVANGELISTA, s/n, Bairro ANTÔNIO DIAS, na cidade de Frei Martinho, no Estado da Paraíba, por SER IMPOSSIBILITADO DE ASSINAR, assinando a rogo a Sra. **FRANCISCA ARAÚJO DA SILVA**, brasileira, agricultora, casada, nascida em 21/11/1960, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 994.705, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 374.511.704-20, filiação: FRANCISCA BEZERRA DE ARAÚJO e MARTINS MATIAS DE ARAÚJO, residente e domiciliada na(o) Rua HONORATO ANTÔNIO DANTAS, número 233, Bairro CENTRO, na cidade de Frei Martinho, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento.

Reconhecido como o próprio por mim **ESCREVENTE** pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) seu(s)(sua)(suas) bastante(s) Procurador(a)(es)(as) o Sr. **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, advogado, casado, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 2.669.825, Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 047.951.774-65, inscrito na OAB-PB sob nº. 13.220 e na OAB-RN sob nº. 834-A, com endereço profissional na Rua Pedro Salustino de Lima, nº 47, Empresarial Evanisa Dantas, Sala "E", Pedro Salustino, Picuí-PB, fone (0**83) 3371-2274, a quem concede poderes para o fim especial de requerer junto à qualquer uma das SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, uma vez que o(a) outorgante foi vítima de acidente de motociclístico/automobilístico, podendo o dito procurador fazer

09.285.685/0001-34
2º CARTÓRIO DE NOTAS
NILO ARAÚJO DANTAS
Praça João Pessoa, 26 Centro
CEP 53.187-000 PICUI-PB

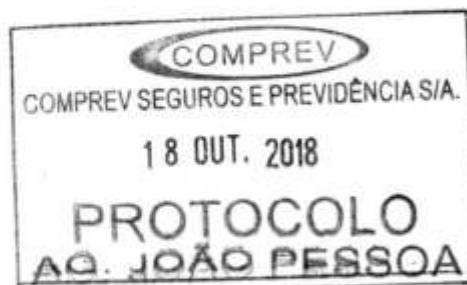
2º TABELIONATO PÚBLICO
LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS
ESCREVENTE
Comarca de Picuí - Paraíba

requerimentos, preencher e assinar qualquer Formulário/documento de Autorização de Pagamento/crédito de Indenização de Sinistro Dpvt e Declaração de Ausência de Laudo do IML (circular SUSEP 445/12), bem como apresentar documentos exigidos, assinar termos de declarações, guias, dar e aceitar quitação, formulários em geral, receber correspondências, comparecer em qualquer Repartição Pública, ficando esclarecido pelo(a) outorgante que não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência. Além de também conferir os poderes para o foro em geral, nos termos do art. 105 do código de Processo Civil, podendo confessar, transigir, desistir, receber e dar quitacoes, firmar compromissos, acompanhá-lo(a) em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, representá-lo(a) perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartições públicas, federais, estaduais, municipais, e em especial receber em juízo o competente Alvará Judicial que for expedido em favor do(a) outorgante, tendo como prazo de validade o presente instrumento procuratório de três (03) anos a partir desta data. Enfim, praticar os demais atos do interesse do(a) (os) (as) Outorgante(s), podendo, inclusive, substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes. Os dados do(a) (s) procurador(a) (es) e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(eis) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. Eu, **LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS, Escrevente, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho** () **da verdade.** As.: **FRANCISCA ARAÚJO DA SILVA.** Está conforme o original. Dou fé. **Trasladada hoje. Lavrada em 19 de Setembro de 2018, às fls. 87 a 87v. Emolumentos: R\$47,40; Taxa FARPEN: R\$5,14; Taxa FEPJ: R\$8,72; Taxa MP: R\$0,76; Valor Total: R\$62,02, conforme Lei 10.169/2000 do Provimento 05/2006. Selo Digital: AEH88278-6Z8B - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>**

Picuí/PB, 19 de Setembro de 2018

Luciano Itallo Araújo Dantas
LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS

2º TABELIONATO PÚBLICO
LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS
ESCREVENTE
Comarca de Picuí - Paraíba



850-2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICA

DIVISÃO DE IDENTIFICAÇÃO




Francisca Araújo da Silva

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 994.705

DATA DE EMISSÃO 23/09/2013

NOME FRANCISCA ARAÚJO DA SILVA

FILIAÇÃO MARTINS MATIAS DE ARAÚJO

FRANCISCA BEZERRA DE ARAÚJO

NATURALIDADE FREI MARTINHO-PB

CASAM N. 965 FLS. 43 LIV. B3

CARTÓRIO PICUI PB

CPF 374.511.704-20

DATA DE NASCIMENTO 21/11/1960

ASSINATURA DO DETENTOR

LIT N. 7.118 DE 2008

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 MAIO 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-096



Willy Kayan Macedo da Costa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.149.988

DATA DE EXPEDIÇÃO 06/03/2013

NOME WILLY KAYAN MACEDO DA COSTA

FILIAÇÃO JOSÉ ISMAEL LIMA DA COSTA
MARIA DA GUIA DANTAS MACEDO COSTA

NATURALIDADE

PICUI-PB

DOC ORIGEM

NASC.N.17754 FLS.296V LIV.A-18

CARTÓRIO PICUI-PB.

CPF 113.590.294-19

JOÃO PESSOA - PB

DATA DE NASCIMENTO 15/06/1997

ASSINATURA DO DIRETOR

CEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MARINETE PAULINA DANTAS DE MACEDO
RUA GARCIA DO AMARAL, 19 - CENTRO
POMBO, PB CEP 58.370-000 (FONE 90)

Ligação: 1000FASCO
Clas/Sec: 055-MTC-81 / RESIDENCIAL - BARRA RENÇA
Roteiro: 2-80-807-2270 Referência: Abr/2019
Medidor: 0000140483 Emissão: 04/04/2019

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-270, Km 22 - Distrito Residencial João Pessoa/PB - CEP 58071-080
CNPJ: 08.085.180/0001-40 - Ins. Est. 16.015.803-8

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 022.780.688
Cód. para Des. Automático: 00000571487

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	04/04/2019	06/05/2019	000.164.264-28 Ins. Est.

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débito
Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de julho de 2009,
informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.
Taxa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 12.436, de 20 de abril de 2009.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias		
Data	Leitura	Data	Leitura							
28/03/18	32997	04/04/19	33148				163		20	
Demonstrativo										
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos Tarifas(R\$)	Valor Base Calc. Alq. (cms/R\$)	Base Calc. Pot(R\$)	Pot(R\$)	Consumo(R\$)	Consumo(R\$)	Consumo(R\$)	
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,267890	8,03	8,03	27	2,33	9,80	0,05	0,43
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	76,000	0,489540	34,54	34,54	27	9,32	34,54	0,37	1,72
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	82,000	0,740300	45,89	45,89	27	12,40	45,89	0,50	2,28
0810	Subsídio			44,20	44,20	27	11,99	44,20	0,46	2,21
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA			7,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Desenvolvimento Substido			36,59	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação de Item TOTAL 111,54 130,28 35,98 133,28 1,44 9,85
Tarifa Social TSEE: 0,152686 0,152686 0,152686 0,152686 0,152686 0,152686

11/04/2019 R\$ 111,54
Histórico de Consumo (kWh)

188 | 170 | 150 | 164 | 147 | 144 | 156 | 160 | 156 | 152 | 152 | 170
Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19

c0ee.ef9b.8345.1edd.b087.4e3c.2051.3d7d.

Indicadores de Qualidade

2/2019 - Agência de Tensão

HARLANO LIMA DA COSTA
RUA MANOEL AFONSO SOBRINHO, 02 - ANTONIO DANTAS
FRETAMENTO / PB CEP: 69186000 (A/R 10)



Uçapac MONOFÁSICO
Cid/Sec: RBS MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 5-81-813-3183 Referência: Abr / 2019
Medidor: 1000638034 Emissão: 09/04/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, km 25 - Cistão Resolutor - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.095.193/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 028 088 370
Cód. para Dist. Automático: 90014762734

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Abr / 2019	09/04/2019	09/05/2019	991.602.264-04

UC (Unidade Consumidora): **5/1676273-4**

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos:
Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de julho de 2009,
informamos a quitação dos débitos referentes aos fatura-
mentos regulares de energia elétrica desta unidade
consumidora verificada no ano de 2018 e nos anos ante-
riores. Esta declaração substitui, para a comprovação
do cumprimento das obrigações do consumidor, as qui-
tações dos faturamentos mensais dos débitos do ano
a qual se refere, e dos anos anteriores.
As condições de acesso pelas redes sociais? Digite gente no
Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para
acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e
segurança, orientações sobre serviços, informações sobre
investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior		Atual		Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura		
11/03/19	467	09/04/19	470	3	28

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Outras	Alug. (R\$)	Rat. (R\$)	Outras (R\$)	Cópias (R\$)
0001	Custo de Disponibilidade	24,88	24,88	25	0,22	24,88	0,26	1,24	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0804	JUROS DE MORIA 03/2019	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 03/2019	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0809	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
TOTAL				25,51	24,88	0,22	24,88	0,26	1,24
CCI Código de Classificação do bem				TOTAL					
Tarifa e Tributos				0,571770					

Média últimos meses (kWh) **26**

VENCIMENTO **26/04/2019**

TOTAL A PAGAR **R\$ 25,51**

Histórico de Consumo (kWh)

5	4	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Abr18	Mar18	Jun18	Jul18	Ago18	Sep18	Out18	Nov18	Dez18	Jan19	Fev19	Mar19

RESERVADO AO FISCO

23f5.7bbd.5844 e9f8.37c9.c7fd.1228.3059.

Composição do Consumo

Indicadores de Qualidade 3/2019-PAR			
Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DMC MENSAL	0,00	NORMAL	220
DMC TRIMESTRAL	0,00		
DMC ANUAL	0,00		
DMC MENSAL	0,00	CONTRATADA	200
DMC TRIMESTRAL	0,00	LIMITE INFERIOR	190
DMC ANUAL	0,00	LIMITE SUPERIOR	230
DMC	0,00		
DMC	0,00		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	0,22	23,88
Custo de Energia	0,58	24,03
Serviços de Transmissão	0,25	3,72
Encargos Setoriais	1,44	5,64
Impostos, Oligos e Encargos	0,25	3,73
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	25,51	100,00

Valor do EUSO (Ref. 2/2019) R\$ 4,07

ATENÇÃO

Após Verificar: #ObrigadoAgência de Tráfego
- Leitura confirmada

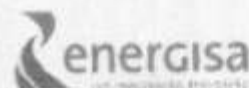
Faturas em atraso

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Requisito para simples pagamento: a nota fiscal emitida de energia elétrica - Nº 021.546.700



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080
CNPJ 06.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

SEVERINO FLORENTINO ALVES
RUA LUIZ LUCAS EVANGELISTA SM
FREI MARTINHO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1188074-7

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

11/03/2019

CONSUMO

67

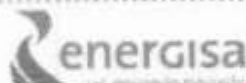
VENCIMENTO

18/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,80

Acesse: www.energisa.com.br



SEMPRE AGUA

SEVERINO FLORENTINO ALVES

Roteiro: 05-081-613-4100

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 14/03/2019

VENCIMENTO

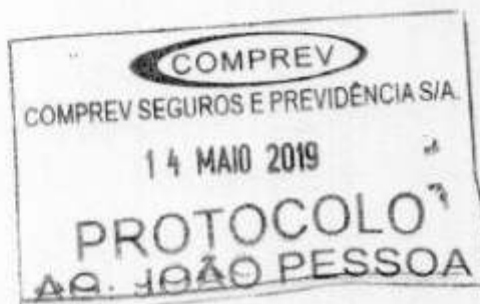
18/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,80

MATRÍCULA

1188074-2019-03-8





Enviado: 12/05/2017 Referência: 061/2017
 Lista/Subject: RESOLUÇÃO: HENDRIK VAN DER WERF
 Número: 5-01-013-5540 IPmendo: 000021510

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 0-20h (incl.) - Cota Federal - Associação/PE - CEP 05074-00
 CNPJ nº 06.925.004-00 - Tel: 0800-825.125

Nota Fiscal e/ou Carta de Energia Elétrica Nº 000 370 157
Cód. aut. Trib. Automática: 000 11000747

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
-------------------	--------------	----------------------------------	-----------------

Set / 2017	12/08/2017	10/10/2017	85727237149 Inc. Est.
------------	------------	------------	--------------------------

UC (Unidade Consumidora): 5/1188074-7

Canal de contato

As ações por vezes exigem a utilização de um tipo de recurso humano que precisa estar preparado e habilitado. Há algumas funções específicas, como: responsáveis de agenda, reuniões, correspondência, redação, controle de e-mails, entre outros.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Letras	Data	Letras						
11/08/17	3241	13/08/17	3302				41		32
Demonstrativo									
CC1 - Demografia		Quantidade	Taxa (%)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)
		Tabela Total (R\$) = 100% (R\$) = 100%							
0001 Consumo em 17h		41,000	0,476380	10,55	0,00	0	0,00	19,57	0,00
0001 Adc B Vermelha				0,78	0,00	0	0,00	5,71	0,00
0001 Adc B Amarela				0,32	0,00	0	0,00	0,37	0,00
LANÇAMENTOS E DEMONSTRAÇÃO									
0007 CONTRIBUIÇÃO P/LICEN				2,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00
CC1 - Códigos de Classificação de Demografia									
		TOTAL		21,45	0,00	0	0,00	25,65	0,00

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
26	19/09/2017	R\$ 23,35

Histórico de Consumo (kWh)											
14	38	38	40	26	29	31	34	37	31	39	29
April	July	Nov	Mar	April	May	Febr	April	April	Nov	June	April

2e20.7984.714d.5eee.65d2.483b.6dcb.d429

Indicadores de Qualidade				Discriminação			
Limites da ANEL		Apurado	Limite de Tensão (V)		Valor (R\$)	%	
EN 140 INHA		0,00	AC. SPMH	220	Serviços de Carga de Energia (R\$)	7,30	31,85
EN 140 SPMH	12,30				Composto de Energia	6,62	40,81
EN 125SL	24,80		AC. SPMH	220	Serviços de Transmissão	1,14	4,58
EN 125SL	24,80				Serviços de Distribuição	1,14	4,58
EN 125SL	24,80	0,00			Outros Serviços de Carga	5,24	13,85
EN 125SL	24,80	0,00			Outros Serviços	0,00	0,00
EN 125SL	24,80		EN 125SL	220	Total	22,30	100,00

1987-1988, 1989-1990, 1991-1992, 1993-1994, 1995-1996, 1997-1998, 1999-2000, 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013-2014, 2015-2016, 2017-2018, 2019-2020, 2021-2022, 2023-2024, 2025-2026, 2027-2028, 2029-2030, 2031-2032, 2033-2034, 2035-2036, 2037-2038, 2039-2040, 2041-2042, 2043-2044, 2045-2046, 2047-2048, 2049-2050, 2051-2052, 2053-2054, 2055-2056, 2057-2058, 2059-2060, 2061-2062, 2063-2064, 2065-2066, 2067-2068, 2069-2070, 2071-2072, 2073-2074, 2075-2076, 2077-2078, 2079-2080, 2081-2082, 2083-2084, 2085-2086, 2087-2088, 2089-2090, 2091-2092, 2093-2094, 2095-2096, 2097-2098, 2099-2100, 2101-2102, 2103-2104, 2105-2106, 2107-2108, 2109-2110, 2111-2112, 2113-2114, 2115-2116, 2117-2118, 2119-2120, 2121-2122, 2123-2124, 2125-2126, 2127-2128, 2129-2130, 2131-2132, 2133-2134, 2135-2136, 2137-2138, 2139-2140, 2141-2142, 2143-2144, 2145-2146, 2147-2148, 2149-2150, 2151-2152, 2153-2154, 2155-2156, 2157-2158, 2159-2160, 2161-2162, 2163-2164, 2165-2166, 2167-2168, 2169-2170, 2171-2172, 2173-2174, 2175-2176, 2177-2178, 2179-2180, 2181-2182, 2183-2184, 2185-2186, 2187-2188, 2189-2190, 2191-2192, 2193-2194, 2195-2196, 2197-2198, 2199-2200, 2201-2202, 2203-2204, 2205-2206, 2207-2208, 2209-2210, 2211-2212, 2213-2214, 2215-2216, 2217-2218, 2219-2220, 2221-2222, 2223-2224, 2225-2226, 2227-2228, 2229-2230, 2231-2232, 2233-2234, 2235-2236, 2237-2238, 2239-2240, 2241-2242, 2243-2244, 2245-2246, 2247-2248, 2249-2250, 2251-2252, 2253-2254, 2255-2256, 2257-2258, 2259-2260, 2261-2262, 2263-2264, 2265-2266, 2267-2268, 2269-2270, 2271-2272, 2273-2274, 2275-2276, 2277-2278, 2279-2280, 2281-2282, 2283-2284, 2285-2286, 2287-2288, 2289-2290, 2291-2292, 2293-2294, 2295-2296, 2297-2298, 2299-2300, 2301-2302, 2303-2304, 2305-2306, 2307-2308, 2309-2310, 2311-2312, 2313-2314, 2315-2316, 2317-2318, 2319-2320, 2321-2322, 2323-2324, 2325-2326, 2327-2328, 2329-2330, 2331-2332, 2333-2334, 2335-2336, 2337-2338, 2339-2340, 2341-2342, 2343-2344, 2345-2346, 2347-2348, 2349-2350, 2351-2352, 2353-2354, 2355-2356, 2357-2358, 2359-2360, 2361-2362, 2363-2364, 2365-2366, 2367-2368, 2369-2370, 2371-2372, 2373-2374, 2375-2376, 2377-2378, 2379-2380, 2381-2382, 2383-2384, 2385-2386, 2387-2388, 2389-2390, 2391-2392, 2393-2394, 2395-2396, 2397-2398, 2399-2400, 2401-2402, 2403-2404, 2405-2406, 2407-2408, 2409-2410, 2411-2412, 2413-2414, 2415-2416, 2417-2418, 2419-2420, 2421-2422, 2423-2424, 2425-2426, 2427-2428, 2429-2430, 2431-2432, 2433-2434, 2435-2436, 2437-2438, 2439-2440, 2441-2442, 2443-2444, 2445-2446, 2447-2448, 2449-2450, 2451-2452, 2453-2454, 2455-2456, 2457-2458, 2459-2460, 2461-2462, 2463-2464, 2465-2466, 2467-2468, 2469-2470, 2471-2472, 2473-2474, 2475-2476, 2477-2478, 2479-2480, 2481-2482, 2483-2484, 2485-2486, 2487-2488, 2489-2490, 2491-2492, 2493-2494, 2495-2496, 2497-2498, 2499-2500, 2501-2502, 2503-2504, 2505-2506, 2507-2508, 2509-2510, 2511-2512, 2513-2514, 2515-2516, 2517-2518, 2519-2520, 2521-2522, 2523-2524, 2525-2526, 2527-2528, 2529-2530, 2531-2532, 2533-2534, 2535-2536, 2537-2538, 2539-2540, 2541-2542, 2543-2544, 2545-2546, 2547-2548, 2549-2550, 2551-2552, 2553-2554, 2555-2556, 2557-2558, 2559-2560, 2561-2562, 2563-2564, 2565-2566, 2567-2568, 2569-2570, 2571-2572, 2573-2574, 2575-2576, 2577-2578, 2579-2580, 2581-2582, 2583-2584, 2585-2586, 2587-2588, 2589-2590, 2591-2592, 2593-2594, 2595-2596, 2597-2598, 2599-2600, 2601-2602, 2603-2604, 2605-2606, 2607-2608, 2609-2610, 2611-2612, 2613-2614, 2615-2616, 2617-2618, 2619-2620, 2621-2622, 2623-2624, 2625-2626, 2627-2628, 2629-2630, 2631-2632, 2633-2634, 2635-2636, 2637-2638, 2639-2640, 2641-2642, 2643-2644, 2645-2646, 2647-2648, 2649-2650, 2651-2652, 2653-2654, 2655-2656, 2657-2658, 2659-2660, 2661-2662, 2663-2664, 2665-2666, 2667-2668, 2669-2670, 2671-2672, 2673-2674, 2675-2676, 2677-2678, 2679-2680, 2681-2682, 2683-2684, 2685-2686, 2687-2688, 2689-2690, 2691-2692, 2693-2694, 2695-2696, 2697-2698, 2699-2700, 2701-2702, 2703-2704, 2705-2706, 2707-2708, 2709-2710, 2711-2712, 2713-2714, 2715-2716, 2717-2718, 2719-2720, 2721-2722, 2723-2724, 2725-2726, 2727-2728, 2729-2730, 27

[illegible]

Figuras em atraso
Ago/17 19,33



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321550

Cidade: Picuí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SEVERINO FLORENTINO ALVES

Data do acidente: 01/05/2017

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ARCOS COSTAIS E ESCAPULA ESQUERDA

Descrição do exame físico: SEM CICATRIZ, SEM DEFORMIDADES, SEM EDEMAS. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO NA FLEXÃO (DEFICIT DE 90 GRAUS), NA ABDUÇÃO (DEFICIT DE 90 GRAUS).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, QUEDA, NO DIA 01/05/2017; SENDO SOCORRIDO PELA AMBULANCIA LOCAL AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DE ARCOS COSTAIS E ESCAPULA ESQUERDA. REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 07/05/2017 COM OUTRAS ENTRADAS NO HOSPITAL (SIC).

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/11/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do ombro E devido a limitação da flexão e da abdução articular. Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321550

Cidade: Picuí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SEVERINO FLORENTINO ALVES

Data do acidente: 01/05/2017

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ARCOS COSTAIS E ESCAPULA ESQUERDA

Descrição do exame físico: SEM CICATRIZ, SEM DEFORMIDADES, SEM EDEMAS. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO NA FLEXÃO (DEFICIT DE 90 GRAUS), NA ABDUÇÃO (DEFICIT DE 90 GRAUS).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, QUEDA, NO DIA 01/05/2017; SENDO SOCORRIDO PELA AMBULANCIA LOCAL AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DE ARCOS COSTAIS E ESCAPULA ESQUERDA. REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 07/05/2017 COM OUTRAS ENTRADAS NO HOSPITAL (SIC).

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/11/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do ombro E devido a limitação da flexão e da abdução articular. Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321550 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO FLORENTINO ALVES **Data do acidente:** 01/05/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DO 6º AO 8º ARCOS COSTAIS À ESQUERDA. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM PLEURAL); DEMAIS CONSERVADOR. P5
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

09.285.685/0001-34
2º CARTÓRIO DE NOTAS
NILO ARAÚJO DANTAS
Praça João Pessoa, 26 Centro
CEP 58.187-000 PICUI-PB



2º TABELIONATO PÚBLICO
LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS
ESCREVENTE
Comarca de Picuí - Paraíba

ESTADO DA PARAÍBA

2º CARTÓRIO DE NOTAS - Nilo Araújo Dantas
COMARCA DE PICUI

CNPJ nº 09.285.685/0001-34

Marlene Macedo de Araújo - 2ª Tabeliã Pública

Luciano Itallo Araújo Dantas - Escrevente

Praça João Pessoa, 26, Centro Picuí - PB, CEP: 58.187.000

Fone/Fax: (83) 3371-2919 - Email: cartoriopicui@hotmail.com

PROCURAÇÃO

Livro: 47
Folha(s): 87 à 87v
1º TRASLADO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 OUT. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: SEVERINO FLORENTINO ALVES

SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que no ano de nascimento de nosso Senhor Jesus Cristo aos **DEZENOVE (19) dias do mês de SETEMBRO do ano de DOIS MIL E DEZOITO (2018)**, nesta cidade de Picuí, Estado Paraíba, situado na Praça JOÃO PESSOA, número 26, Bairro CENTRO, neste cartório, perante mim **ESCREVENTE** compareceu(ram) como **Outorgante(s)** o Sr. **SEVERINO FLORENTINO ALVES**, brasileiro, aposentado, divorciado, nascido em 15/11/1950, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 582.119 - 2ª VIA, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 857.272.371-49, filiação: MARIA BENEDITA ALVES e SEVERINO FLORENTINO DE LIMA, residente e domiciliado na(o) Rua LUIZ LUCAS EVANGELISTA, s/n, Bairro ANTÔNIO DIAS, na cidade de Frei Martinho, no Estado da Paraíba, por SER IMPOSSIBILITADO DE ASSINAR, assinando a rogo a Sra. **FRANCISCA ARAÚJO DA SILVA**, brasileira, agricultora, casada, nascida em 21/11/1960, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 994.705, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 374.511.704-20, filiação: FRANCISCA BEZERRA DE ARAÚJO e MARTINS MATIAS DE ARAÚJO, residente e domiciliada na(o) Rua HONORATO ANTÔNIO DANTAS, número 233, Bairro CENTRO, na cidade de Frei Martinho, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento.

Reconhecido como o próprio por mim **ESCREVENTE** pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) seu(s)(sua)(suas) bastante(s) Procurador(a)(es)(as) o Sr. **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, advogado, casado, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 2.669.825, Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 047.951.774-65, inscrito na OAB-PB sob nº. 13.220 e na OAB-RN sob nº. 834-A, com endereço profissional na Rua Pedro Salustino de Lima, nº 47, Empresarial Evanisa Dantas, Sala "E", Pedro Salustino, Picuí-PB, fone (0**83) 3371-2274, a quem concede poderes para o fim especial de requerer junto à qualquer uma das SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, uma vez que o(a) outorgante foi vítima de acidente de motociclístico/automobilístico, podendo o dito procurador fazer

09.285.685/0001-34
2º CARTÓRIO DE NOTAS
NILO ARAÚJO DANTAS
Praça João Pessoa, 26 Centro
CEP 53.187-000 PICUI-PB

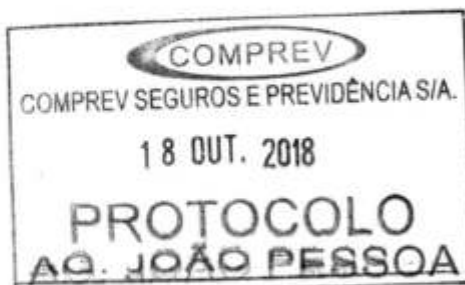
2º TABELIONATO PÚBLICO
LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS
ESCREVENTE
Comarca de Picuí - Paraíba

requerimentos, preencher e assinar qualquer Formulário/documento de Autorização de Pagamento/crédito de Indenização de Sinistro Dpvt e Declaração de Ausência de Laudo do IML (circular SUSEP 445/12), bem como apresentar documentos exigidos, assinar termos de declarações, guias, dar e aceitar quitação, formulários em geral, receber correspondências, comparecer em qualquer Repartição Pública, ficando esclarecido pelo(a) outorgante que não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência. Além de também conferir os poderes para o foro em geral, nos termos do art. 105 do código de Processo Civil, podendo confessar, transigir, desistir, receber e dar quitacoes, firmar compromissos, acompanhá-lo(a) em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, representá-lo(a) perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartições públicas, federais, estaduais, municipais, e em especial receber em juízo o competente Alvará Judicial que for expedido em favor do(a) outorgante, tendo como prazo de validade o presente instrumento procuratório de três (03) anos a partir desta data. Enfim, praticar os demais atos do interesse do(a) (os) (as) Outorgante(s), podendo, inclusive, substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes. Os dados do(a) (s) procurador(a) (es) e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(eis) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. Eu, **LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS, Escrevente, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho** () **da verdade.** As.: **FRANCISCA ARAÚJO DA SILVA.** Está conforme o original. Dou fé. **Trasladada hoje. Lavrada em 19 de Setembro de 2018, às fls. 87 a 87v. Emolumentos: R\$47,40; Taxa FARPEN: R\$5,14; Taxa FEPJ: R\$8,72; Taxa MP: R\$0,76; Valor Total: R\$62,02, conforme Lei 10.169/2000 do Provimento 05/2006. Selo Digital: AEH88278-6Z8B - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>**

Picuí/PB, 19 de Setembro de 2018

Luciano Itallo Araújo Dantas
LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS

2º TABELIONATO PÚBLICO
LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS
ESCREVENTE
Comarca de Picuí - Paraíba



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

09.285.685/0001-34
2º CARTÓRIO DE NOTAS
NILO ARAÚJO DANTAS
Praça João Pessoa, 26 Centro
CEP: 58.187-000 PICUI-PB



2º TABELIONATO PÚBLICO
LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS
ESCREVENTE
Comarca de Picuí - Paraíba

ESTADO DA PARAÍBA

2º CARTÓRIO DE NOTAS - Nilo Araújo Dantas
COMARCA DE PICUI

CNPJ nº 09.285.685/0001-34

Marlene Macedo de Araújo - 2ª Tabelião Pública

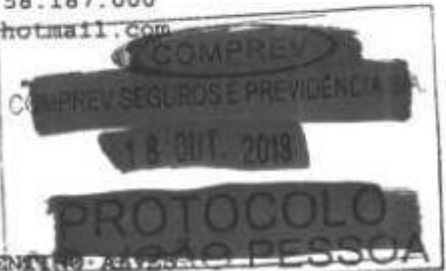
Luciano Itallo Araújo Dantas - Escrevente

Praça João Pessoa, 26, Centro Picuí - PB, CEP: 58.187.000

Fone/Fax: (83) 3371-2919 - Email: cartoriopicui@hotmail.com

PROCURAÇÃO

Livro: 47
Folha(s): 87 a 87v
1º TRASLADO



PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: SEVERINO FLORENTINO ALVES

SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que no ano de nascimento de nosso Senhor Jesus Cristo aos DEZENOVE (19) dias do mês de SETEMBRO do ano de DOIS MIL E DEZOITO (2018), nesta cidade de Picuí, Estado Paraíba, situado na Praça JOÃO PESSOA, número 26, Bairro CENTRO, neste cartório, perante mim **ESCREVENTE** compareceu(ram) como Outorgante(s) o Sr. **SEVERINO FLORENTINO ALVES**, brasileiro, aposentado, divorciado, nascido em 15/11/1950, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 582.119 - 2ª VIA, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 857.272.371-49, filiação: MARIA BENEDITA ALVES e SEVERINO FLORENTINO DE LIMA, residente e domiciliado na(o) Rua LUIZ LUCAS EVANGELISTA, s/n, Bairro ANTÔNIO DIAS, na cidade de Frei Martinho, no Estado da Paraíba, por SER IMPOSSIBILITADO DE ASSINAR, assinando a rogo a Sra. **FRANCISCA ARAÚJO DA SILVA**, brasileira, agricultora, casada, nascida em 21/11/1960, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 994.705, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 374.511.704-20, filiação: FRANCISCA BEZERRA DE ARAÚJO e MARTINS MATIAS DE ARAÚJO, residente e domiciliada na(o) Rua HONORATO ANTÔNIO DANTAS, número 233, Bairro CENTRO, na cidade de Frei Martinho, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento.

Reconhecido como o próprio por mim **ESCREVENTE** pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) seu(s)(sua)(suas) bastante(s) Procurador(a)(es)(as) o Sr. **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, advogado, casado, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 2.669.825, Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 047.951.774-65, inscrito na OAB-PB sob nº. 13.220 e na OAB-RN sob nº. 834-A, com endereço profissional na Rua Pedro Salustino de Lima, nº 47, Empresarial Evanisa Dantas, Sala "E", Pedro Salustino, Picuí-PB, fone (0**83) 3371-2274, a quem concede poderes para o fim especial de requerer junto à qualquer uma das SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, uma vez que o(a) outorgante foi vítima de acidente de motociclistico/automobilístico, podendo o dito procurador fazer

09.285.685/0001-34
2º CARTÓRIO DE NOTAS
NÍLO ARAÚJO DANTAS
Praça João Pessoa, 26 Centro
CNPJ 03.187-000 PICUI-PB

2º TABELIONATO PÚBLICO
LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS
ESCREVENTE
Comarca de Picuí - Paraíba

requerimentos, preencher e assinar qualquer Formulário/documento de Autorização de Pagamento/crédito de Indenização de Sinistro Dpvt e Declaração de Ausência de Laudo do IML (circular SUSEP 445/12), bem como apresentar documentos exigidos, assinar termos de declarações, guias, dar e aceitar quitação, formulários em geral, receber correspondências, comparecer em qualquer Repartição Pública, ficando esclarecido pelo(a) outorgante que não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência. Além de também conferir os poderes para o foro em geral, nos termos do art. 105 do código de Processo Civil, podendo confessar, transigir, desistir, receber e dar quitações, firmar compromissos, acompanhá-lo(a) em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, representá-lo(a) perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartições públicas, federais, estaduais, municipais, e em especial receber em juízo o competente Alvará Judicial que for expedido em favor do(a) outorgante, tendo como prazo de validade o presente instrumento procuratório de três (03) anos a partir desta data. Enfim, praticar os demais atos do interesse do(a) (os) (as) Outorgante(s), podendo, inclusive, substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes. Os dados do(a) (s) procurador(a) (es) e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(eis) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. Eu, LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS, Escrevente, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho () da verdade. As.: FRANCISCA ARAÚJO DA SILVA. Está conforme o original. Dou fé. Traslada hoje. Lavrada em 19 de Setembro de 2018, às fls. 87 a 87v. Emolumentos: R\$47,40; Taxa FARPEN: R\$5,14; Taxa FEPJ: R\$8,72; Taxa MP: R\$0,76; Valor Total: R\$62,02, conforme Lei 10.169/2000 do Provimento 05/2006. Selo Digital: AEH88278-6Z8B - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Picuí/PB, 19 de Setembro de 2018

Luciano Itallo Araújo Dantas
LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS

2º TABELIONATO PÚBLICO
LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS
ESCREVENTE
Comarca de Picuí - Paraíba



PROCURAÇÃO

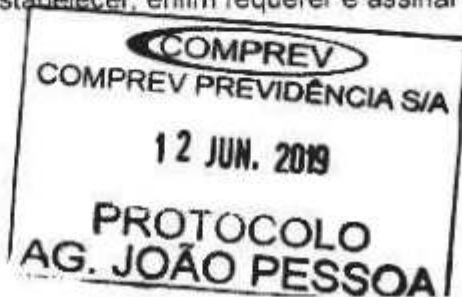
Outorgante: SEVERINO FLORENTINO ALVES, brasileiro(a),
DIVORCADO, APÓSTATO, portador(a) do RG nº.
582119 expedido por SSP/PB em 06/10/2016 e do CPF nº.
857.272.371-49, residente na (o)
Rua Luiz Lucas EVANGELISTA, S/N, CENTRO
município de FAZ. MARTIMHO - PB, CEP 58195-000.

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: FRANCISCA AMOJO DA SILVA, brasileiro(a),
CASADA, OLHAR, portador(a) do RG nº.
994705 expedido por SSP/PB em 23/09/2013 e do CPF nº.
374517704-20, residente na (o) Rua Honório Antonio Dantas
233, CENTRO município de FAZ. MARTIMHO - PB, CEP 58195-000.

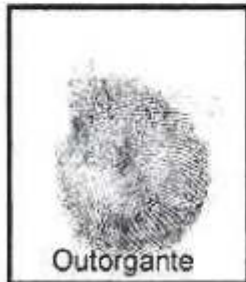
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de **requerer e encaminhar junto à SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas**, pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT referente ao acidente de trânsito que vitimou o(a) Sr.(a) SEVERINO FLORENTINO ALVES, ocorrido em 01/05/2017, 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 perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer, 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.

Picuí - PB, 29 de Abril de 2019.



Outorgante

Francisca Araújo da Silva

Assinatura do a rogo

(reconhecer firma por autenticidade)

TESTEMUNHAS

1) NOME: Willy Kayam Macedo da Costa
RG: 4.149.988 órgão expedidor: SSP/PB CPF: 113.590.294-19
ASSINATURA: Willy Kayam Macedo da Costa
(reconhecer firma por autenticidade)

2) NOME: Harlano Voluca da Costa
RG: 1.525.392 órgão expedidor: SSP/PB CPF: 991.602.264-04
ASSINATURA: Harlano Voluca da Costa
(reconhecer firma por autenticidade)

PICUI CARTÓRIO 2º OFÍCIO

Praca JOÃO PESSOA, 26, CENTRO, Picuí - PB

TABELIONATO PÚBLICO

Marlene Macedo de Araújo

2ª Tabelária

Comarca de Picuí - Paraíba

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

FRANCISCA ARAÚJO DA SILVA

Dou. B. Picuí/PB - 29/04/2019

Tabela B/P: MARLENE MACEDO DE ARAÚJO

Selo Digital: AH591955-TERS

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 9,91 Papeis R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fpp R\$ 1,98

PROCURAÇÃO

Outorgante: SEVERINO FLORENTINO ALVES, brasileiro(a),
DIVORCIADO, AGRICULTOR, portador(a) do RG nº.
582119 expedido por SSPS/PB em 06/10/2016 e do CPF nº.
857.272.371-49, residente na (o)
Rua WIZ LUGS EVANGELISTA, S/N, ANTONIO DIAS
_____, município de Frei MARTINHO - PB, CEP 58195-000.

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) SEVERINO FLORENTINO ALVES, ocorrido em
01/05/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo, referente ao processo
de **natureza INVALIDEZ** 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.



Frei Martinho - PB, 29 de OUTUBRO de 201__.

Severino Florentino Alves
outorgante

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS Neci Gomes Dantas Pereira Rua Manoel Francisco, 78 58.195-000 - Frei Martinho - PB Tel: (83) 8756-0703	Reconheço a firma de <u>Severino Florentino Alves</u>
	do que dou fé.
	Por: ☒ Autenticidade ☐ Semelhante
	Em Teste <u>29/10/2017</u> da verdade
	Frei Martinho - PB <u>29/10/2017</u> Neci Gomes Dantas Pereira / Tabelião Selo Nº <u>ATH39727-8X5D</u> Confira em http://selodigital.tjpb.jus.br

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379203/18

Vítima: SEVERINO FLORENTINO ALVES

CPF: 857.272.371-49

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 01/05/2017

Titular do CPF: SEVERINO FLORENTINO ALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

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

SEVERINO FLORENTINO ALVES : 857.272.371-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/10/2018
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

NILO TRIGUEIRO DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160377/19

Vítima: SEVERINO FLORENTINO ALVES

CPF: 857.272.371-49

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 01/05/2017

Titular do CPF: SEVERINO FLORENTINO ALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

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

SEVERINO FLORENTINO ALVES : 857.272.371-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/05/2019
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

NILO TRIGUEIRO DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160377/19

Número do Sinistro: 3190321550

Vítima: SEVERINO FLORENTINO ALVES

CPF: 857.272.371-49

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 01/05/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO FLORENTINO ALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

Comprovante de residência

Procuração

SEVERINO FLORENTINO ALVES : 857.272.371-49

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/11/2019

Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS

CPF: 047.951.774-65

NILO TRIGUEIRO DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019

Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **SEVERINO FLORENTINO ALVES**

Nº Sinistro: **3180489437**

Vitima: **SEVERINO FLORENTINO ALVES**

Data do Acidente: **01/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180489437**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13517660



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO FLORENTINO ALVES

Nº Sinistro: 3180489437

Vitima: SEVERINO FLORENTINO ALVES

Data do Acidente: 01/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180489437**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13519843



Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180489437

Vítima: SEVERINO FLORENTINO ALVES

Data do Acidente: 01/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SEVERINO FLORENTINO ALVES

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321550

Vítima: SEVERINO FLORENTINO ALVES

Data do Acidente: 01/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO FLORENTINO ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190321550

Vítima: SEVERINO FLORENTINO ALVES

Data do Acidente: 01/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO FLORENTINO ALVES

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

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321550

Vítima: SEVERINO FLORENTINO ALVES

Data do Acidente: 01/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SEVERINO FLORENTINO ALVES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321550

Vítima: SEVERINO FLORENTINO ALVES

Data do Acidente: 01/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO FLORENTINO ALVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: SEVERINO FLORENTINO ALVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004916

Conta: 000007860-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

857.272.373-49

Nome completo da vítima

Serequino Florentino Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Serequino Florentino Alves		CPF titular da conta	857.272.373-49	Profissão	operariado
Endereço	Rua Luiz Carlos Evangelista		Número	510	Complemento	
Bairro	Antônio Dias	Cidade	Frei Martinho	Estado	PB	CEP
Email						58.195-000
						Telefone (DDD)
						(83) 999 32 5490

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
 NRO. 4916 D/V
 (Informar dígito se existir)

CONTA
 NRO. 7860 D/V 6
 (Informar dígito se existir)

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

BANCO
 Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA
 NRO. _____ D/V _____
 (Informar dígito se existir)

CONTA
 NRO. _____ D/V _____
 (Informar dígito se existir)

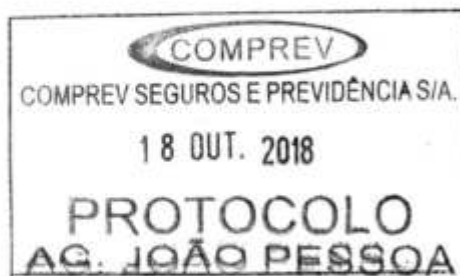
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

P. Silva 15 de OUTUBRO de 2018
 Local e Data

clp Nib Teixeira Rêta
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **3180485437** CPF da vítima: **857272371-49** Nome completo da vítima: **SEVERINO FLORENTINO ALVES**

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

Nome completo: **SEVERINO FLORENTINO ALVES** CPF: **857272371-49**
Profissão: **AGRICULTOR** Endereço: **RUA LUIZ LUCAS GUANABENGA** Número: **514** Complemento: **CHM**
Bairro: **CENTRO** Cidade: **FAEL MARTINHO** Estado: **PB** CEP: **58195-000**
E-mail: **NILOTDAANTAS@HOTMAIL.COM** Tel. (DDD): **83-993125490**

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **4916** CONTA: **7860** (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ 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 e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ 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 o Seguro DPVAT;
☐ 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 a comprovação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: **PICUI/PB, 29/04/2019**
Nome: **FRANCISCA AMARJO DA SILVA**
CPF: **374511704-29**
Francisca Amaro da Silva
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS
1ª Nome: **WILLY KAYAN MACEDO M COSTA**
CPF: **113590224-19**
Willy Kayan M. da Costa
Assinatura
2ª Nome: **HARLENO LIMA M COSTA**
CPF: **991602264-04**
Harleno Rodolfo de Costa
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

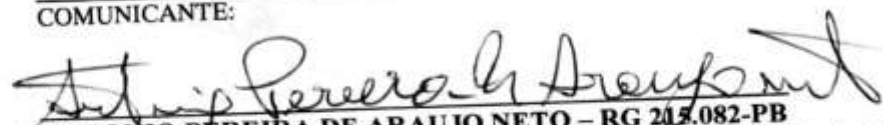


C E R T I D ã O

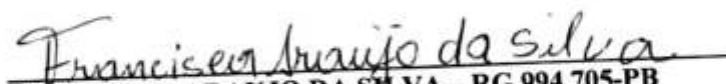
Nº. Cont.: 032/2018

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências N.º 032/2018, cujo teor agora passo a transcrever na Íntegra: Aos 19 dias do mês de setembro do ano de 2018, nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial a Dr. Rodrigo Monteiro de Oliveira, Delegado de Polícia Civil, comigo, Escrivão de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, ai, por volta das 09:40 hs. compareceu **SEVERINO FLORENTINO ALVES**, brasileiro, desquitado, aposentado, natural de Frei Martinho/PB, nascido aos 15/11/1950, filho de Severino Florentino de Lima e de Maria Benedita Alves, RG 582.119-SSDS/PB, CPF/MF 857.272.371-49, residente na Rua Luiz Lucas Evangelista, s/n - Antonio Dias - Frei Martinho/PB, fone (83)98697-7958. **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE** no dia 01.05.2017, por volta das 11:14 horas, transitava na rodovia PB-151, conduzindo o veículo motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ES, ano/modelo 2008, de cor Azul, placa MYS-4312-RN, NIV 9C2KC0850BR038826, código RENAVAL 00955899010, licenciado em nome do noticiante, quando, por um problema mecânico, perdeu o controle do veículo findando por cair. QUE foi socorrido e levado ao Hospital Regional de Picuí de onde foi encaminhado ao Hospital de Traumas de Campina, onde recebeu atendimento, permanecendo internado por sete dias e sendo submetido a procedimentos cirúrgicos para correção de fraturas nas costelas, escápula além de outras lesões, conforme documentação apresentada. Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé. Picuí/PB, 19 de setembro de 2018.

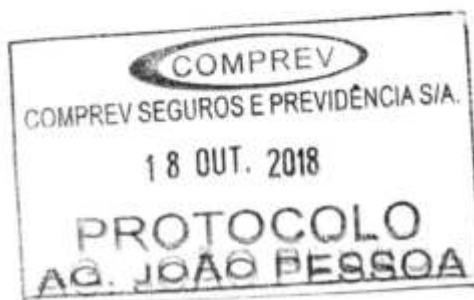
COMUNICANTE:


ANTONIO PEREIRA DE ARAUJO NETO - RG 215.082-PB

TESTEMUNHA 1, residente à Rua Arnaldo Garcia de Sousa, s/n - Frei Martinho/PB


FRANCISCA ARAUJO DA SILVA - RG 994.705-PB

TESTEMUNHA 2, residente à Rua Honorato Antonio Dantas, 233 - centro - Frei Martinho/PB




Antonio Medeiros Dias
EPC - matr. 155.109-4



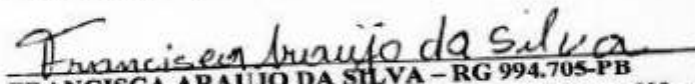
C E R T I D ã O

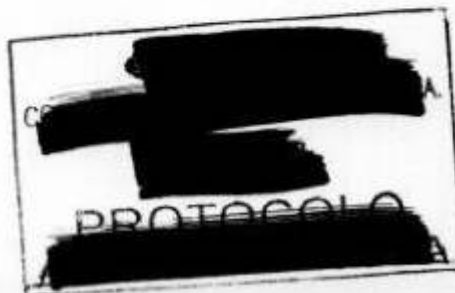
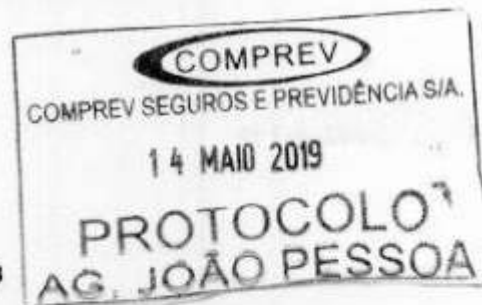
Nº. Cont.: 032/2018

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências N.º 032/2018, cujo teor agora passo a transcrever na Íntegra: Aos 19 dias do mês de setembro do ano de 2018, nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial a Dr. Rodrigo Monteiro de Oliveira, Delegado de Polícia Civil, comigo, Escrivão de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, ai, por volta das 09:40 hs. compareceu **SEVERINO FLORENTINO ALVES**, brasileiro, desquitado, aposentado, natural de Frei Martinho/PB, nascido aos 15/11/1950, filho de Severino Florentino de Lima e de Maria Benedita Alves, RG 582.119-SSDS/PB, CPF/MF 857.272.371-49, residente na Rua Luiz Lucas Evangelista, s/n - Antonio Dias - Frei Martinho/PB, fone (83)98697-7958. **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE** no dia 01.05.2017, por volta das 11:14 horas, transitava na rodovia PB-151, conduzindo o veículo motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ES, ano/modelo 2008, de cor Azul, placa MYS-4312-RN, NIV 9C2KC0850BR038826, código RENAVAL 00955899010, licenciado em nome do noticiante, quando, por um problema mecânico, perdeu o controle do veículo findando por cair. QUE foi socorrido e levado ao Hospital Regional de Picuí de onde foi encaminhado ao Hospital de Traumas de Campina, onde recebeu atendimento, permanecendo internado por sete dias e sendo submetido a procedimentos cirúrgicos para correção de fraturas nas costelas, escápula além de outras lesões, conforme documentação apresentada. Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé. Picuí/PB, 19 de setembro de 2018.

COMUNICANTE:


ANTONIO PEREIRA DE ARAUJO NETO - RG 215.082-PB
TESTEMUNHA 1, residente à Rua Arnaldo Garcia de Sousa, s/n - Frei Martinho/PB


FRANCISCA ARAUJO DA SILVA - RG 994.705-PB
TESTEMUNHA 2, residente à Rua Honorato Antonio Dantas, 233 - centro - Frei Martinho/PB




Antonio Medeiros Dias
EPC - matr. 155.109-4

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Sereno Florentino Alves

CPF da Vítima

857.272.371-49

Data do Acidente

01.05.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Pirui-SP, *15* de *Outubro* de *2018*
Local e Data

Roberto Trigueiro Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3180485437 CPF da vítima: 857272371-49 Nome completo da vítima: SEVERINO FLORENTINO ALVES

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

Nome completo: SEVERINO FLORENTINO ALVES CPF: 857272371-49
Profissão: AGRICULTOR Endereço: RUA LUIZ LUCAS GUANABENGA Número: S/N Complemento: CHA
Bairro: CENTRO Cidade: FARI MANTINHO Estado: PB CEP: 58195-000
E-mail: NIVOTDANTAS@HOTMAIL.COM Tel. (DDD): 83-993125490

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4916 CONTA: 7860
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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.

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 o Seguro DPVAT;
☐ 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 a comprovação 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.

PROTÓCOLO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: FICUI/PB, 29/04/2019
Nome: FRANCISCA AMARJO DA SILVA
CPF: 374511704-29
Francisca Amaro da Silva
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS
1ª Nome: WILLY KAYAN MACEDO M COSTA
CPF: 113590224-19
Willy Kayan M. da Costa
Assinatura
2ª Nome: HARLENO LIMA M COSTA
CPF: 991602264-04
Harleno Rodolfo da Costa
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.118.259.000/0001
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO
MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Nome: SEVERINO FLORENTINO ALVES

Idade	Sexo: M
dia(as) de Idade	
mAs(es) de Idade	

Rapa:Cor: PARDA

DI Nasc: 15/11/1950 Idade: 66 ano(s)
 Mãe: MARIA BENEDITA ALVES
 Documento: 582119
 Produto: AGRICULTOR

Endereço: SÍTIO RIACHO DA MADEIRA
Bairro: ZONA RURAL
Município/CEP/IBGE: FREI MARTINHO - PB - 58195000 - 250620
Telefone para contato: (83) 8830-9200 /
Data e Hora: 01/05/2017 11:14:03

PESO: _____ PA: _____ TEMP: _____
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

WILLIAM F. GARDNER
GRACE L. GARDNER
E. GARDNER

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

MPREV

SE PREVIDENCIA S/A

COLO

PESSOA

RESULTADOS

De Antônio Carlos Lopes de Freitas

1913

MATERIAIS MEDICAMENTOS DURES

1. *[Handwritten signature]*

2. *[Handwritten signature]*

3. *[Handwritten signature]*

4. *[Handwritten signature]*

01 - ELETIVO ☐

02 - URGÊNCIA ☐

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA ☐

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ☐

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS ☐

PROCEDIMENTO - descrição: ☒ 100

Original
6-2-80
Friedman, Jerome
DIAGNÓSTICO:

CID-10: _____

1985	MEDICAÇÃO:		ENCAMINHAMENTO:		INTERNAÇÃO	
	☒ 1. PRESCRITA	☐ OBSERVAÇÃO	☐ RESIDÊNCIA	☐	☐	☐
	☒ APLICADA	☐ OUTRO HOSPITAL	☐ ÓBITO	☐	☐	☐
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:						

[illegible]

ASS. CO(S) PROFISSIONALIS(T) ASSISTENTE(S) (se houver)

TO LOURENÇO, CARLOS ALBERTO Rua Antônio Gonçalves, 900 CEP: 20.085-000 CNJ: 735.000.000-0000000	ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO	ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO Rua da Liberdade, 100 Fone: 251.1111 Caixa Postal 100 CEP: 20.085-000 CNJ: 735.000.000-0000000	OU POLEGAR DIREITO OU RESPONSÁVEL
--	------------------------------------	---	--------------------------------------

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 MAIO 2019

PROTOCOLO
G. JOÃO PESSOA

☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA
☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO

[illegible]

AUDITADO

ISS. DO(S) PROFISSIONAL(ES)/ASSISTENTE(S):

CNS:

CEMILSON HENRIQUES DE ARAUJO
CNPJ nº 06.987.191-5

[illegible]

~~Vatříkova 2, Praha 8~~
CADASTRO: 324713

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:	26/11/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	319032155001
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO FLORENTINO ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04916

CONTA: 000000007860

Número da Autenticação

2A57241421A47F87

SEVERINO FLORENTINO ALVES
RUA LUIZ LUCAS EMMIGLIUS, S/N - ANTONIO DIAS
Fazd/MARTEIRO/PE CEP: 55150000 (AG: 18)

Emissão: 12/09/2017 Referência: Set/2017
Classificação: RESIDENCIAL (RESIDENCIAL MONOFÁSICO)
Fórmula: 5 - 81 - 813 - 5540 Nº medidor: 00000211510

energisa

ENERGISA PERNAMBUCO - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
01201-000 - Cx. Postal: João Pessoa/PE - CEP 55071-100
CNPJ: 06.916.700/0001-40 Insc. Est. 16.085.925-1

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica: NF000370-187
Cód. para Dth Automático: 00011880747

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2017	12/09/2017	10/10/2017	85727237149
UC (Unidade Consumidora):			5/1188074-7

Canal de contato

As ações de atendimento à cliente são realizadas de acordo com a necessidade e a disponibilidade dos recursos, com o objetivo de garantir a qualidade do atendimento, a satisfação do cliente e a resolução dos problemas.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 11/08/17	Leitura 3241	Data 12/09/17	Leitura 3292	
			41	32

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Custo	Valor	Base	Valor	Base	Valor
0601	Consumo em kWh	41,000	0,476380	19,53	0,00	0,00	19,53	0,00	0,41	0,00
0601	Adic. B Vermecha			0,76	0,00	0,00	0,76	0,00	0,01	0,01
0601	Adic. B Amarala			0,32	0,00	0,00	0,32	0,00	0,01	0,01

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0607	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	2,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
------	----------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

CC	Código de Classificação do Item	TOTAL	2,72	0,00	0,00	20,29	0,00	0,42		
----	---------------------------------	-------	------	------	------	-------	------	------	--	--

Média últimos meses (kWh)
26

VENCIMENTO
19/09/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 23,35

Histórico de Consumo (kWh)

34	39	38	46	20	29	31	34	31	39	29
Ago17	Jul17	Jun17	Mai17	Abr17	Mar17	Fev17	Jan17	Dez16	Nov16	Out16

RESERVAÇÃO ACESSO

2e20.7984.714d.5eee.65d2.483b.6dcb.d429

Indicadores de Qualidade

7/2017 - Período

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
OM. TENSÃO	0,15	
OM. REGISTRO	12,30	
OM. INUS	24,60	
OM. INUS	9,50	
OM. INUS	6,60	
OM. INUS	13,20	
OM. INUS	3,60	
OM. INUS	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PE	7,99	31,65
Consumo de Energia	9,53	40,81
Serviços de Transmissão	1,14	4,88
Encargos Setoriais	2,05	8,78
Impostos Diretos e Encargos	1,54	6,59
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	23,35	100,00

Valor da EUSC (R\$) 7/2017: R\$19,04

ATENÇÃO

De acordo com a Lei nº 14.111/2016, a partir de 25/09/2017, a cobrança de energia elétrica será realizada por meio de boleto bancário. O pagamento deve ser realizado até a data de vencimento da fatura, sob pena de incidência de multa e juros. Caso o consumidor não pague a fatura no prazo, a Energisa poderá interromper o fornecimento de energia elétrica. O consumidor deve manter a fatura em local seguro e não deve descartá-la. O consumidor deve manter a fatura em local seguro e não deve descartá-la. O consumidor deve manter a fatura em local seguro e não deve descartá-la.

Pagamentos em atraso
Ago17 19,33

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Fatura Mensal

Número do Cartão: 544817XXXXX2229

Atendimento a Clientes: 40049001

Demais Localidades: 0800 9409001

Vencimento da Fatura

14/06/2018

Total da fatura

R\$ 679,66

Pagamento Mínimo

R\$ 679,66



CTC RECIFE PE PL7
NILO TRIGUEIRO DANTAS
RUA ROLDÃO ZACARIAS DE MACEDO 145
J K
58187-000 PICUI PB



7211307021 99533 21000061661 30 060618
Vencimento: 14/06/2018 Postagem: 06/06/18 Emissão: 30/05/2018

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor máximo dos encargos em casos de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 0,00
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 29/06/2018

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/Pais Valor Original	Valor US\$ Cotação	Crédito R\$ Débito
27/04	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			326,25 D
30/05	MULTA DE ATRASO			6,53 D
30/05	MORA			3,26 D
30/05	JUROS NA PAGAMENTO MINIMO			31,32 D
	Subtotal Nacional			367,36 D

NILO TRIGUEIRO DANTAS 544817XXXXX2229

Movimentações Nacionais

30/05	ACORDO ADMINISTRATIVO 1 13/24	293,18 D
14/07	ACORDO ADMINISTRATIVO 1 11/12	18,95 D
30/05	IOF BASE DE ROTATIVO	0,08 D
30/05	IOF ADICIONAL DE ROTATIVO	0,09 D
	Subtotal Nacional	312,30 D

Total Nacional

9,66 D

Total Internacio

0,00 C

Total da Fatura

9,66 D

Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa

Saldo Disponível
1096

Pontos a Expirar
0

Encargos

MULTA		2,00 %
MORA		1,00 %
PARCELADO COM JUROS		5,10 %
CTC PARCELADO COM JUROS		5,74 %
	Para o Período	Máx Período
ROTATIVO	9,60 % a.m	11,60 % a.m
NAO PAGAMENTO MINIMO	9,60 % a.m	11,60 % a.m
SAQUES	9,75 % a.m	11,75 % a.m
SAQUES INTERNACIONAIS	8,75 % a.m	10,75 % a.m
CTC ROTATIVO	10,22 % a.m	12,22 % a.m
CTC NAO PAGAMENTO MINIMO	10,22 % a.m	12,22 % a.m
CTC SAQUES	10,37 % a.m	12,37 % a.m
CTC SAQUES INTERNACIONAIS	10,00 % a.m	12,00 % a.m

Linha de Crédito

LIMITE/LINHA DE CREDITO TOTAL	R\$	3.000,00
LIMITE/LINHA PARA SAQUE CASH	R\$	3.000,00
LIMITE/LINHA COMP PARCELADA	R\$	3.000,00
LIMITE/LINHA SAQUE CASH INTERN	R\$	3.000,00
Total de compras parceladas a vencer	R\$	3.244,01
Limite de Crédito Utilizado	R\$	3.923,67

26/06/2018 - BANCO DO BRASIL - 17:52:26
068073579 1088

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: K C ASSESSORIA SERV LTDA
AGENCIA: 2441-4 CONTA: 9.424-2

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

184900191818136700002001070165316000000000000000
NR. DOCUMENTO 62.609
DATA DO PAGAMENTO 26/06/2018
VALOR DO DOCUMENTO 679,66
VALOR COBRADO 679,66

10 NR.AUTENTICACAO C.058.1E6.4B4.933.E92

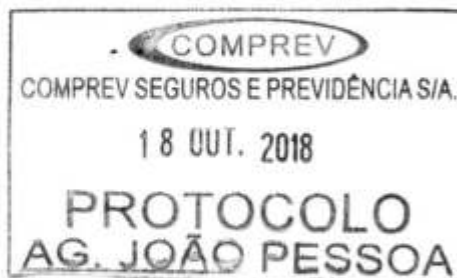


104-0

Pagador NILO TRIGUEIRO DANTAS		
RUA ROLDÃO ZACARIAS DE MACEDO 145 J K 58187-000 PICUI PB		
Número do Documento 544817XXXXX2229	Nº do Documento 99533	Vencimento 14/06/2018
Beneficiário		
CARTÕES CAIXA nº 160 105/0001 34		
Endereço do Beneficiário		
V55 Quarta 4, Lote 3/4, Açaí Sul, Brasília-DF, CEP: 70.092-900		
Agência / Código do Beneficiário		
1813 A70 00000191 5		
SAC CAIXA: 0800 726 7101 (informações, sugestões e dúvidas)		
Para pessoas com deficiência audição ou de fala: 0800 726 2492		
Ouvidoria: 0800 725 7474		
caixa.gov.br		

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador



**Fatura Mensal**

Número de Cartão: 544817XXXXX2229

Atendimento a Clientes: 40049001

Demais Localidades: 0800 9409001

Vencimento da Fatura

14/06/2018

Total da fatura

R\$ 679,66

Pagamento Mínimo

R\$ 679,66



C/O RECEBE PERLY

NILO TRIGUEIRO DANTAS

RUA ROLDÃO ZACARIAS DE MACEDO 145

J K

58187-000 PICUI PB



7211307021 99533 2100061861 30 080618

Vencimento: 14/06/2018 Postagem: 06/06/18 Emissão: 30/05/2018

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor máximo dos encargos em casos de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 6,00

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 29/06/2018

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/País	Valor US\$	Crédito R\$
		Valor Original	Cotação	Débito
27/04	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			326,25 D
30/05	MULTA DE ATRASO			6,53 D
30/05	MORA			3,26 D
30/05	JUROS NAO PAGAMENTO MINIMO			31,12 D
	Subtotal Nacional			367,36 D

NILO TRIGUEIRO DANTAS 544817XXXXX2229

Movimentações Nacionais

30/05	ACORDO ADMINISTRATIVO 113/24			293,18 D
14/07	ACORDO ADMINISTRATIVO 111/12			18,95 D
30/05	JOF BASE DE ROTATIVO			0,08 D
30/05	JOF ADICIONAL DE ROTATIVO			0,09 D
	Subtotal Nacional			312,30 D

Total Nacional

9,66 D

Total Internacional

0,00 C

Total da Fatura

9,66 D

Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa

Saldo Disponível	Pontos a Expirar
1096	0

Encargos

MULTA		3,00 %
MORA		1,00 %
PARCELADO COM JUROS		5,10 %
LET PARCELADO COM JUROS		5,74 %
	Pura o Período	Máx Período
ROTATIVO	9,60 % a.m	11,60 % a.m
NAO PAGAMENTO MINIMO	9,60 % a.m	11,60 % a.m
SAQUES	9,75 % a.m	11,75 % a.m
SAQUES INTERNACIONAIS	8,75 % a.m	10,75 % a.m
CET ROTATIVO	10,22 % a.m	12,22 % a.m
LET NAO PAGAMENTO MINIMO	10,22 % a.m	12,22 % a.m
CET SAQUES	10,37 % a.m	12,37 % a.m
SAQUES INTERNACIONAIS	10,00 % a.m	12,00 % a.m

Linha de Crédito

LIMITE/LINHA DE CREDITO TOTAL	R\$	3.000,00
LIMITE/LINHA PARA SAQUE CASH	R\$	3.000,00
LIMITE/LINHA COMP PARCELADA	R\$	3.000,00
LIMITE/LINHA SAQUE CASH INTERN	R\$	3.000,00
Total de compras parceladas a vencer	R\$	3.244,01
Limite de Crédito Utilizado	R\$	3.933,67

25/05/2018 - BANCO DO BRASIL - 17:50:26
000073579 1028

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TÍTULOS

CLIENTE: K C ASSESSORIA SERV LTDA

AGENCIA: 2441-4

CONTA:

9.424-2

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

10450019181813678000200187016591000000000000

NR. DOCUMENTO 62.689

DATA DO PAGAMENTO 26/05/2018

VALOR DO DOCUMENTO 679,66

VALOR COBRADO 679,66

10 NR. AUTENTICACAO

C.058.1E8.484.933.E92

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador

CAIXA

104-0

Pagador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

RUA ROLDÃO ZACARIAS DE MACEDO 145 J.K. 58187-000 PICUI - PB

Número do Documento

Nº do Documento

Vencimento

14/06/2018

Beneficiário

Beneficiário

Endereço do Beneficiário

RUA ROLDÃO ZACARIAS DE MACEDO 145 J.K. 58187-000 PICUI - PB

Agência / Código do Beneficiário

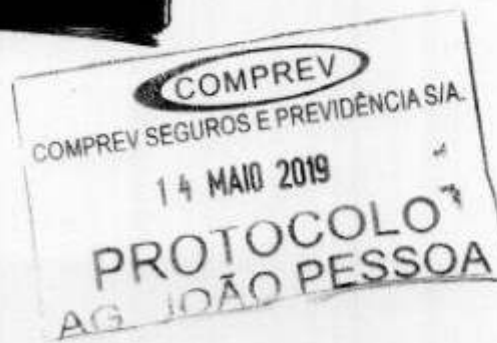
10450019181813678000200187016591000000000000

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, sugestões e elogios)

Para passar com deficiência ou/ou não de fala: 0800 726 2892

Ouvidoria: 0800 726 7474

caixa.gov.br



**Fatura Mensal**

Número de Cartão: 544817XXXXX2229

Atendimento a Clientes: 40049001

Demais Localidades: 0800 9409001

Vencimento da Fatura

14/06/2018

Total da fatura

R\$ 679,66

Pagamento Mínimo

R\$ 679,66



C/O RECEBE PERLY

NILO TRIGUEIRO DANTAS

RUA ROLDÃO ZACARIAS DE MACEDO 145

J K

58187-000 PICUI PB



7211307021 99533 2100061861 30 080618

Vencimento: 14/06/2018 Postagem: 06/06/18 Emissão: 30/05/2018

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor máximo dos encargos em casos de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 6,00

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 29/06/2018

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/País	Valor US\$	Crédito R\$
		Valor Original	Cotação	Débito
27/04	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			326,25 D
30/05	MULTA DE ATRASO			6,53 D
30/05	MORA			3,26 D
30/05	JUROS NAO PAGAMENTO MINIMO			31,12 D
	Subtotal Nacional			367,36 D

NILO TRIGUEIRO DANTAS 544817XXXXX2229

Movimentações Nacionais

30/05	ACORDO ADMINISTRATIVO 113/24			293,18 D
14/07	ACORDO ADMINISTRATIVO 111/12			18,95 D
30/05	IOF BASE DE ROTATIVO			0,08 D
30/05	IOF ADICIONAL DE ROTATIVO			0,09 D
	Subtotal Nacional			312,30 D

Total Nacional

9,66 D

Total internacional

0,00 C

Total da Fatura

9,66 D

Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa

Saldo Disponível	Pontos a Expirar
1096	0

Encargos

MULTA		3,00 %
MORA		1,00 %
PARCELADO COM JUROS		5,10 %
LET PARCELADO COM JUROS		5,74 %
	Pura o Período	Máx Período
ROTATIVO	9,60 % a.m	11,60 % a.m
NAO PAGAMENTO MINIMO	9,60 % a.m	11,60 % a.m
SAQUES	9,75 % a.m	11,75 % a.m
SAQUES INTERNACIONAIS	8,75 % a.m	10,75 % a.m
CET ROTATIVO	10,22 % a.m	12,22 % a.m
LET NAO PAGAMENTO MINIMO	10,22 % a.m	12,22 % a.m
CET SAQUES	10,37 % a.m	12,37 % a.m
SAQUES INTERNACIONAIS	10,00 % a.m	12,00 % a.m

Linha de Crédito

LIMITE/LINHA DE CREDITO TOTAL	R\$	3.000,00
LIMITE/LINHA PARA SAQUE CASH	R\$	3.000,00
LIMITE/LINHA COMP PARCELADA	R\$	3.000,00
LIMITE/LINHA SAQUE CASH INTERN	R\$	3.000,00
Total de compras parceladas a vencer	R\$	3.244,01
Limite de Crédito Utilizado	R\$	3.933,67

25/05/2018 - BANCO DO BRASIL - 17:50:26
000073579 1028

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TÍTULOS

CLIENTE: K C ASSESSORIA SERV LTDA

AGENCIA: 2441-4

CONTA:

9.424-2

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

10450019181813678000200187016591000000000000

NR. DOCUMENTO 62.689

DATA DO PAGAMENTO 26/05/2018

VALOR DO DOCUMENTO 679,66

VALOR COBRADO 679,66

10 NR. AUTENTICACAO

C.058.1E8.484.933.E92

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador

CAIXA

104-0

Pagador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

RUA ROLDÃO ZACARIAS DE MACEDO 145 J.K. 58187-000 PICUI - PB

Número do Documento

Nº do Documento

Vencimento

14/06/2018

Beneficiário

CARTÃO/CAIXA: 544817XXXXX2229

Endereço do Beneficiário

S/Os: Rua 4, Lote 314, Jd. São Brasília DE, CEP: 70.097-900

Agência / Código do Beneficiário

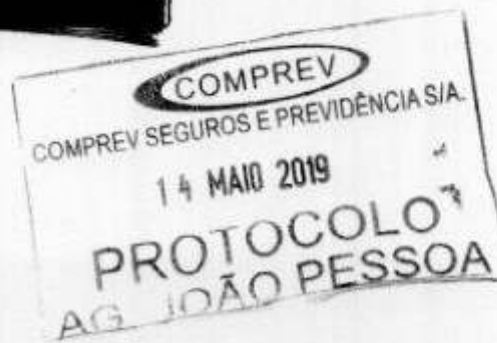
781130700001955

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, sugestões e elogios)

Para passar com deficiência acesse o site: 0800 726 2892

Ouvidoria: 0800 726 7474

caixa.gov.br



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

SEVERINO FLORENTINO ALVES
RUA LUIZ LUCAS EVANGELISTA SN
FRE. MARTINHO

Nº 021 546 700



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 08.096.193 / 0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-4

DADOS DO CLIENTE

SEVERINO FLORENTINO ALVES
RUA LUIZ LUCAS EVANGELISTA SN
FRE. MARTINHO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1188074-7

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

11/03/2019

CONSUMO

67

VENCIMENTO

18/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,80



SEVERINO FLORENTINO ALVES

Roteiro: 05-081-613-4100

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 14/03/2019

VENCIMENTO

18/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,80

MATRÍCULA

1188074-2019-03-9



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: N° 032.356.384



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

SEVERINO FLORENTINO ALVES
RUA LUIZ LUCAS EVANGELISTA S/N
FREI MARTINHO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1188074-7

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

10/10/2019

CONSUMO

65

VENCIMENTO

17/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 59,27

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 17/10/2019				
Pagador: SEVERINO FLORENTINO ALVES CNPJ/CPF: 857.272.371-49				
RUA LUIZ LUCAS EVANGELISTA S/N - ANTONIO DIAS - FREI MARTINHO / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007269960	001188074201910	17/10/2019	R\$ 59,27	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



CTC RECIFE PE PUI

PC-16

NILO TRIGUEIRO DANTAS
R ROLDAO ZACARIAS DE MACEDO 145
CENTRO
58187-000 PICUI - PB



721109423021207000000544630 060319

Postagem: 06/03/2019

Vencimento: 17/03/2019

Emissão: 02/03/2019

Fechamento próxima fatura: 12/04/2019

Titular **NILO TRIGUEIRO DANTAS**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.9264**

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	937,69
Pagamento efetuado em 11/02/2019	-937,69
Saldo financiado	0,00
Encargos (financiamento + mensal) (1)	0,32
Lançamentos atuais	1.192,11
Total desta fatura	1.192,43

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

17/03/2019

A) pagamento total

1.192,43

B) pagamento mínimo

181,24

C) parcelas fixas

131,59
+23x 131,59

Veja outras opções na 2ª folha

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	1.980,00
Limite utilizado no mês	1.192,43
Retirada de recursos País(saque)	90,00

Lançamentos: compras e saques**NILO T DANTAS (final 9264)**

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
03/10	EBANX-TRA 05/06	19,90
	CURITIBA	
18/12	FARMACIA VETERINAR03/03	126,68
	CAMPINA GRAND	
24/12	TORRA TORRA BUOUT03/04	88,17
	POMBAL	
24/12	HNA*OBOTICARIO 03/04	63,45
	CURITIBA	
23/01	ANIFRANCIO SOLU 02/02	77,55
	PICUI	
06/02	BRAZIL ATACADO	269,62
	CAMPINA GRAND	
07/02	FARMACIAS PAGUE ME01/02	44,53
	JOAO PESSOA	
14/02	CAMARAO MANGABEIRA	80,90

Compra presencial

com o uso do cartão e senha.

Continua...

**Banco Itaú S.A. 341-7**

Número do Documento

34191.75355 71779.882043 00173.090002 7 000

Nome do Pagador/CPF/CNPJ

00135717798/0062535

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ

NILO TRIGUEIRO DANTAS - 047.951.774-65

Endereço do Beneficiário

HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A - 03.012.230/0001-65
AV RUI BARBOSA, 251, 1ª A, GRAÇAS - RECIFE - PE

Nosso Número

recibo do pagador

175/35717798-8

Valor do documento

R\$ 1.192,43

Data de emissão

02/03/2019

BN 32829032019LTIT.OUT.BCO 175/35717798-8

Autenticação Mecânica

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 FLORENTINO ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 857.272.371 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima SEVERINO FLORENTINO ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 857.272.371 / 49 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

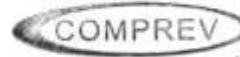
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua Roldão Zacarias de Macedo		145	casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
JK	Picui	PB	58187-000
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
nilotdantas@hotmail.com		(83)33712274	(83) 999125490

Picui/PB, 15 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Nilo Trigueiro
Assinatura do Declarante

 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 18 OUT. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS Inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SEVERINO FLORENTINO ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 857.272.371 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura INURUPTEZ da Vítima SEVERINO FLORENTINO ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 857.272.371 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

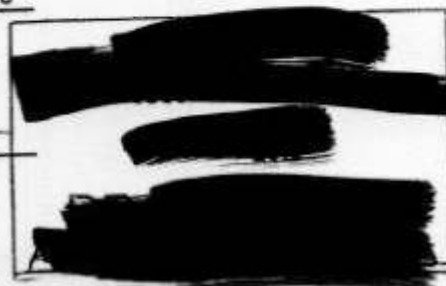
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua Roldão Zacarias de Macedo		145	casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
JK	Picui	PB	58187-000
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
nilotdantas@hotmail.com		(83)33712274	(83) 999125490

Picui/PB 15 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Nilo Trigueiro
Assinatura do Declarante



**RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

NOME: SEBASTIÃO FLORENTINO ALVES

DN:

PRONT. Nº:

NATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA: CRUZ MARIANO - PB

ADMISSÃO: 01/05/2017

ALTA: 07/05/2017

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Paciente vítima de acidente de motocicleta, evoluindo com
fraturas de braço direito, pneumotórax e contusão pulmonar. Submetido
a toracotomia com drenagem pleural fechada, evoluindo bem.

2. Resultado dos principais exames

Radiografia de tórax.

3. Evolução e complicações

Evoluiu bem, alta após 6 dias de internação.

4. Terapêutica realizada

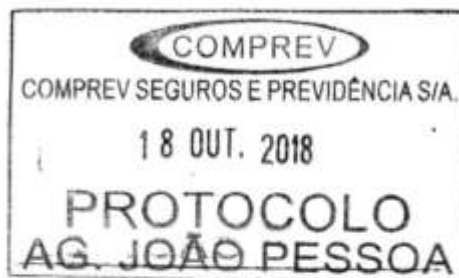
Toracotomia com drenagem pleural fechada,
analgesia
sintomática

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Pneumotórax traumático
Contusão pulmonar

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Continuar com fisioterapia respiratória (respirar).
Usar medicação prescrita para casa.



7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☒ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para: _____

Campina Grande, 07 de 05 de 2017

Dr. Rodolfo Lúcio Alves Tito
Cirurgião Torácico/Broncoscópio
CRM 27.519

Responsável pelo resumo



CENTRO DE IMAGEM RADIOLÓGICA

LAUDO RADIOLÓGICO

NOME DO PACIENTE: SEVERINO FLORENTINO ALVES
DATA: 11.12.2017

RX DO TÓRAX EM PA + COSTELA ESQ:

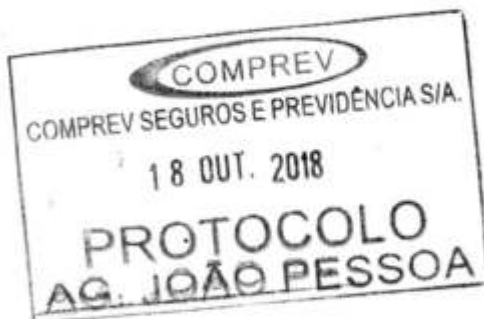
Fratura do terço externo da clavícula esquerda com cavalgamento dos cabos ósseos.

Fratura do 6º, 7º e 8º arcos costais deste mesmo lado.

Transparência pulmonar normal.

Recessos pleurais livres.

Área cardíaca de configuração habitual e com dimensões normais pelo o índice cardio-torácico.



Dr. Paulo Roberto Nobre Sobral
CRM: 1971 CBR: 3489

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1425320 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0005-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 56432-809 Data: 01/05/2017
Buletin de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento: Sônia Costa Santos

PACIENTE: SEVERINO FLORENTINO ALVES
Endereço: PROF LUIS PINHEIRO
Cidade: Frei Martinho
Nome da Mãe: MARGA BENEDITA ALVES
Responsável: AMARO GERONIMO FILHO
Estado Civil: Viúvo(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOITO
Médico:
Sexo: M
Idade: 006
RG: 582119
CPF: 85727237140
Data de Anad: 01/05/2017
Horal: 20:31:53
CRM:
Telefone: 986805902
Bairro: CENTRO
Nº: 0
Profissão: APOSENTADO
CNS: 70000.856246503
CONVÊNIO: SUS
Especialidade:

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



1. Cabeça
2. Ombro
3. Pulso
4. Cotovelo
5. Direção
6. Dor
7. Escala
8. Enxaqueira
9. Enfiamento
10. Enfiamento
11. Enfiamento
12. F. Lado direito
13. F. Lado esquerdo
14. F. Lado direito
15. F. Lado esquerdo
16. F. Lado direito
17. F. Lado esquerdo
18. F. Lado direito
19. F. Lado esquerdo
20. F. Lado direito
21. F. Lado esquerdo
22. F. Lado direito
23. F. Lado esquerdo
24. F. Lado direito
25. F. Lado esquerdo
26. F. Lado direito
27. F. Lado esquerdo
28. F. Lado direito
29. F. Lado esquerdo
30. F. Lado direito
31. F. Lado esquerdo
32. F. Lado direito
33. F. Lado esquerdo
34. F. Lado direito
35. F. Lado esquerdo
36. F. Lado direito
37. F. Lado esquerdo
38. F. Lado direito

OBS:

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

http://10.1.1.148/projeito/htcg/hturgencia.php?confir=1425320

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto há 40 horas. Foi feita radiografia de tórax na cidade de Campina Grande evidenciando fratura da costela.

A exame físico, inspeção do tórax em tórax, possui enfisema subcutâneo, ferida traumática e hematoma.

ALERGIA: NEN

MEDICAMENTOS: NEN

PATOLOGIAS: NEN

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Esotropticas () Exotropticas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT:

EXAMES SOLICITADOS:
() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

Ultrassonografia: FDS
Radiografias: Tórax, costela, braço.

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Tórax 22.45 Dia 01/05/17

Especialista: Dia 1/1

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SE 29% 300ml	
2	NaCl 0.9% 500ml IV	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

1/2

2017-5-1

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Formulário Administrativo

DESTINO DO PACIENTE f f às h.

- () Centro cirúrgico () Alta hospitalar () A reavaliação Médica
() Internação (setor) () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible][illegible]

GOVERNO DA PARAÍBA

Diagnóstico

Dr. Juanes Renter
Calle 100 No. 100
Calle 100 No. 100

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

18 ОУГ. 2018

PROTOCOLO
AS. JOÃO PESSOA

[illegible]GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

1. What is the purpose of the experiment?
 2. What are the variables in the experiment?
 3. What is the hypothesis of the experiment?

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Se. Carlos Henrique Alves	Alojamento	02	Leito	03	Convênio	
----------	---------------------------	------------	----	-------	----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/10/18	1) 100mg de Paracetamol 1x ao dia 2) 100mg de Paracetamol 1x ao dia 3) 100mg de Paracetamol 1x ao dia 4) 100mg de Paracetamol 1x ao dia 5) 100mg de Paracetamol 1x ao dia 6) 100mg de Paracetamol 1x ao dia 7) 100mg de Paracetamol 1x ao dia 8) 100mg de Paracetamol 1x ao dia 9) 100mg de Paracetamol 1x ao dia 10) 100mg de Paracetamol 1x ao dia		Doença: Doença de Alzheimer 10/10/18 - 18/10/18 19/10/18 - 20/10/18 21/10/18 - 22/10/18 23/10/18 - 24/10/18 25/10/18 - 26/10/18 27/10/18 - 28/10/18 29/10/18 - 30/10/18 31/10/18 - 01/11/18 02/11/18 - 03/11/18 04/11/18 - 05/11/18 06/11/18 - 07/11/18 08/11/18 - 09/11/18 10/11/18 - 11/11/18 12/11/18 - 13/11/18 14/11/18 - 15/11/18 16/11/18 - 17/11/18 18/11/18 - 19/11/18 20/11/18 - 21/11/18 22/11/18 - 23/11/18 24/11/18 - 25/11/18 26/11/18 - 27/11/18 28/11/18 - 29/11/18 30/11/18 - 01/12/18 02/12/18 - 03/12/18 04/12/18 - 05/12/18 06/12/18 - 07/12/18 08/12/18 - 09/12/18 10/12/18 - 11/12/18 12/12/18 - 13/12/18 14/12/18 - 15/12/18 16/12/18 - 17/12/18 18/12/18 - 19/12/18 20/12/18 - 21/12/18 22/12/18 - 23/12/18 24/12/18 - 25/12/18 26/12/18 - 27/12/18 28/12/18 - 29/12/18 30/12/18 - 31/12/18 01/01/19 - 02/01/19 03/01/19 - 04/01/19 05/01/19 - 06/01/19 07/01/19 - 08/01/19 09/01/19 - 10/01/19 11/01/19 - 12/01/19 13/01/19 - 14/01/19 15/01/19 - 16/01/19 17/01/19 - 18/01/19 19/01/19 - 20/01/19 21/01/19 - 22/01/19 23/01/19 - 24/01/19 25/01/19 - 26/01/19 27/01/19 - 28/01/19 29/01/19 - 30/01/19 31/01/19 - 01/02/19 02/02/19 - 03/02/19 04/02/19 - 05/02/19 06/02/19 - 07/02/19 08/02/19 - 09/02/19 10/02/19 - 11/02/19 12/02/19 - 13/02/19 14/02/19 - 15/02/19 16/02/19 - 17/02/19 18/02/19 - 19/02/19 20/02/19 - 21/02/19 22/02/19 - 23/02/19 24/02/19 - 25/02/19 26/02/19 - 27/02/19 28/02/19 - 29/02/19 01/03/19 - 02/03/19 03/03/19 - 04/03/19 05/03/19 - 06/03/19 07/03/19 - 08/03/19 09/03/19 - 10/03/19 11/03/19 - 12/03/19 13/03/19 - 14/03/19 15/03/19 - 16/03/19 17/03/19 - 18/03/19 19/03/19 - 20/03/19 21/03/19 - 22/03/19 23/03/19 - 24/03/19 25/03/19 - 26/03/19 27/03/19 - 28/03/19 29/03/19 - 30/03/19 31/03/19 - 01/04/19 02/04/19 - 03/04/19 04/04/19 - 05/04/19 06/04/19 - 07/04/19 08/04/19 - 09/04/19 10/04/19 - 11/04/19 12/04/19 - 13/04/19 14/04/19 - 15/04/19 16/04/19 - 17/04/19 18/04/19 - 19/04/19 20/04/19 - 21/04/19 22/04/19 - 23/04/19 24/04/19 - 25/04/19 26/04/19 - 27/04/19 28/04/19 - 29/04/19 30/04/19 - 01/05/19 02/05/19 - 03/05/19 04/05/19 - 05/05/19 06/05/19 - 07/05/19 08/05/19 - 09/05/19 10/05/19 - 11/05/19 12/05/19 - 13/05/19 14/05/19 - 15/05/19 16/05/19 - 17/05/19 18/05/19 - 19/05/19 20/05/19 - 21/05/19 22/05/19 - 23/05/19 24/05/19 - 25/05/19 26/05/19 - 27/05/19 28/05/19 - 29/05/19 30/05/19 - 31/05/19 01/06/19 - 02/06/19 03/06/19 - 04/06/19 05/06/19 - 06/06/19 07/06/19 - 08/06/19 09/06/19 - 10/06/19 11/06/19 - 12/06/19 13/06/19 - 14/06/19 15/06/19 - 16/06/19 17/06/19 - 18/06/19 19/06/19 - 20/06/19 21/06/19 - 22/06/19 23/06/19 - 24/06/19 25/06/19 - 26/06/19 27/06/19 - 28/06/19 29/06/19 - 30/06/19 01/07/19 - 02/07/19 03/07/19 - 04/07/19 05/07/19 - 06/07/19 07/07/19 - 08/07/19 09/07/19 - 10/07/19 11/07/19 - 12/07/19 13/07/19 - 14/07/19 15/07/19 - 16/07/19 17/07/19 - 18/07/19 19/07/19 - 20/07/19 21/07/19 - 22/07/19 23/07/19 - 24/07/19 25/07/19 - 26/07/19 27/07/19 - 28/07/19 29/07/19 - 30/07/19 31/07/19 - 01/08/19 02/08/19 - 03/08/19 04/08/19 - 05/08/19 06/08/19 - 07/08/19 08/08/19 - 09/08/19 10/08/19 - 11/08/19 12/08/19 - 13/08/19 14/08/19 - 1

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Série: SEVERINO FLORENTINO ALVES
Nome: SEVERINO FLORENTINO ALVES
Data: 04-05-2017 17:23
Módulo: 04-05-2017 17:23

GLICOSE (JEIUM) 132 mg/dL

Unidade de Medida: mg/dL
Resultado: 132 mg/dL
Intervalo de Referência: 80 - 120 mg/dL

CREATININA

Unidade de Medida: mg/dL
Resultado: 58 mg/dL
Intervalo de Referência: 0,6 - 1,2 mg/dL

CREATININA

Unidade de Medida: mg/dL
Resultado: 0 mg/dL
Intervalo de Referência: 0,6 - 1,2 mg/dL

PROTEÍNAS

Unidade de Medida: mg/dL
Resultado: 0 mg/dL
Intervalo de Referência: 0,6 - 1,2 mg/dL

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Gerente de Qualidade
Bianca Neta
CRM 3010

Série: SEVERINO FLORENTINO ALVES
Nome: SEVERINO FLORENTINO ALVES
Data: 04-05-2017 17:23
Módulo: 04-05-2017 17:23

CLORO 107 mmol/L

Unidade de Medida: mmol/L
Resultado: 107 mmol/L
Intervalo de Referência: 98 - 108 mmol/L

SÓDIO 149 mmol/L

Unidade de Medida: mmol/L
Resultado: 149 mmol/L
Intervalo de Referência: 136 - 146 mmol/L

POTÁSSIO 4,3 mmol/L

Unidade de Medida: mmol/L
Resultado: 4,3 mmol/L
Intervalo de Referência: 3,5 - 5,5 mmol/L

Gerente de Qualidade
Bianca Neta
CRM 3010



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible][illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Suzanna P. Martins Alves		
End:	R-Boque Luis Pinheiro	Bairro:	Faz. Martinho
Data de Nascimento:	15-11-50	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. hcp	Data do Atend.:	01.05.17
		Hora:	
Documento:			
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

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

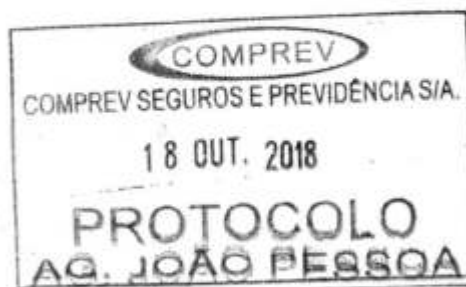
MOD. 110

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional



RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: Guernio Florêncio Alves	PRONT. Nº:
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA: Flora, Piauí
ADMISSÃO: 01/05/2017	ALTA: 01/05/2017

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)
Paciente vítima de acidente de motocicleta, evoluindo com fratura bilateral costal, pneumotórax e contusão pulmonar. Suspeita de trauma com fratura bilateral de fêmur.
2. Resultado dos principais exames
Radiografia de tórax
3. Evolução e complicações
Evolui bem, atendeu apenas por lesão cutânea leve.
4. Terapêutica realizada
Tratamento com benzocaina para dor antalgia sintomática
5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)
Pneumotórax traumático contusão pulmonar
6. Orientações médicas para pacientes / egresso
Continuar com fisioterapia respiratória (respirar) usar medicamento prescrito para dor.

7. Condições de alta	☐ Curado	☐ A pedido	☐ Óbito	☒ Melhorado	☐ Inalterado
☐ Transferido para:					

Campina Grande, 07 de 05 de 2017	Dr. Rodolfo Lúcio Alves Filho Médico Responsável CRM 12345
Responsável pelo resumo	

**RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

NOME: <u>CELSO FLORENTINO ALVES</u>	DN:	PRONT. Nº:
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA: <u>PR: MARANHÃO - 13</u>	
ADMISSÃO: <u>01/05/2017</u>	ALTA: <u>07/05/2017</u>	

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Paciente vítima de acidente de moto, com lesões com fraturas de braço esquerdo, pneumotórax e contusão pulmonar. Suspeita de contusão renal e de fratura pélvica fechada, com lesão de tórax.

2. Resultado dos principais exames

Radiografia de tórax.

3. Evolução e complicações

Evolutione bem, sem complicações por lesão e suspeita renal.

4. Terapêutica realizada

Tratamento com analgesia, fratura fechada, antibioticoterapia intravenosa.

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Pneumotórax traumático
contusão pulmonar



6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Continuar com fisioterapia respiratória (respirar), usar medicação prescrita para casa.

7. Condições de alta

☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☒ Melhorado ☐ Inalterado

☐ Transferido para: _____

Campina Grande, 07 de 05 de 2017

Dr. Rodolfo Lúcio Alves Tito
Cirurgião Torácico/Bronceco, Vá
CRM 27.191

Responsável pelo resumo



CENTRO DE IMAGEM RADIOLÓGICA

LAUDO RADIOLÓGICO

NOME DO PACIENTE: SEVERINO FLORENTINO ALVES
DATA: 11.12.2017

RX DO TÓRAX EM PA + COSTELA ESQ:

Fratura do terço externo da clavícula esquerda com
cavalgamento dos cabos ósseos.

Fratura do 6º, 7º e 8º arcos costais deste mesmo lado.

Transparência pulmonar normal.

Recessos pleurais livres.

Área cardíaca de configuração habitual e com dimensões
normais pelo o índice cardio-torácico.




Dr. Paulo Roberto Nobre Sobral
CRM: 1971 CBR: 3489



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnosis

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
30/03/11 1) Exame físico em 2:00h 2) Exame físico em 2:00h 3) Exame físico em 2:00h 4) Exame físico em 2:00h 5) Exame físico em 2:00h 6) Exame físico em 2:00h 7) Exame físico em 2:00h 8) Exame físico em 2:00h 9) Exame físico em 2:00h 10) Exame físico em 2:00h	30/03/11 1) Exame físico em 2:00h 2) Exame físico em 2:00h 3) Exame físico em 2:00h 4) Exame físico em 2:00h 5) Exame físico em 2:00h 6) Exame físico em 2:00h 7) Exame físico em 2:00h 8) Exame físico em 2:00h 9) Exame físico em 2:00h 10) Exame físico em 2:00h	30/03/11 1) Exame físico em 2:00h 2) Exame físico em 2:00h 3) Exame físico em 2:00h 4) Exame físico em 2:00h 5) Exame físico em 2:00h 6) Exame físico em 2:00h 7) Exame físico em 2:00h 8) Exame físico em 2:00h 9) Exame físico em 2:00h 10) Exame físico em 2:00h	

[illegible]



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	SHIRAZI, VICTOR JUAN	Idade:	68 A
Condição:		Data:	11/09/17
Procedimento:	RESECT. DE CERV. DE C4 A C6		
Cirurgião:	CHAVES, R	Auxiliar:	
		Anestesiologista:	CHAVES, R
Início:	12:00	Término:	12:30
		Anestesia:	PROPOFOL

Hora	PA	Pulse	SAT 92	Responsável	A. Motora	Condição
23:50	26 X 10	69	96	Arboreus + 1/4 mela		Qualidade
23:00	26 X 10	71	98	Arboreus + 1/4 mela		Qualidade
00:30	27 X 10	75	95	Arboreus + 1/4 mela		Qualidade
00:30	27 X 10	75	95	Arboreus + 1/4 mela		Qualidade

[illegible]

Observações

Assinatura Funeraria

Relatório de Operação

Circulante

1003



TABELA DE ALDRETE E KROULK MODIFICADA
(Critérios para atas de SRPA)

	Hora entrada	Hora saída
Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico		
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2 Aréola = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2 PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2 Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2 Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do investidor



© 2006 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 260: 399–406

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
01/05/2019	09:20		110		120/80		Paciente consciente, acitando dieta, medicado com analgésicos e dados de segurança.	
06/05/2019							Paciente está sendo tratado com analgésicos.	

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

- pneumonia bilateral
- S.O. de desidratação
- dor abdominal
- contusão pulmonar

Paciente	Alojamento	Leito	Convenio
JOSE CARLOS ALVES	02	02	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/05/2019	1) Analgésico: morfina 10mg 2) Antibiótico: ampicilina 1g 3) Analgésico: paracetamol 1g 4) Analgésico: clorpromazina 10mg 5) Analgésico: clorpromazina 10mg 6) Analgésico: clorpromazina 10mg 7) Analgésico: clorpromazina 10mg 8) Analgésico: clorpromazina 10mg 9) Analgésico: clorpromazina 10mg 10) Analgésico: clorpromazina 10mg		- Evolução médica: paciente está em estado de consciência, acitando dieta, medicado com analgésicos e dados de segurança.
06/05/2019			- Evolução médica: paciente está em estado de consciência, acitando dieta, medicado com analgésicos e dados de segurança.

PACIENTE:	SEVERINO
DATA DO EXAME:	02/05/2017

TRANSDUCERIA DE ABIDOME TOTAL - "FAST"

METHODS

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 278: 1019-1021.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estado.

Ausência de laços geográficos relacionados ao trauma no ligado, laços em ou hexa identificáveis ao método.

Observações: Investimentos e lucros são contabilizados na subsonografia na acepção de Hermann e Popelstein. Lucros em dólares líquidos e visuais (ozs).

Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti
CRM-SP: 131623 / CRM-PE: 6485

Medico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.

Contato repetido e confirmado

Downloaded by [University of Toronto] at 11:58 11 February 2015



PNCG
Pursuing Innovation
Pursuing Creativity



Paciente: SEVERINO FLORENTINO ALVES
Data: 06-05-2017 15:25
Idade: 66 anos

GLICOSE (JEJUNO) 132 mg/dl
Resultado: 132 mg/dl
Referência: 70 - 100 mg/dl
Observação: Paciente em jejum.

UREIA 58 mg/dl
Resultado: 58 mg/dl
Referência: 15 - 30 mg/dl
Observação: Paciente em jejum.

CREATININA 0,9 mg/dl
Resultado: 0,9 mg/dl
Referência: 0,6 - 1,2 mg/dl
Observação: Paciente em jejum.



Resultado: 0,9 mg/dl
Referência: 0,6 - 1,2 mg/dl
Observação: Paciente em jejum.

Dr. Alexandre Mota
Enfermeiro
CRM 5615



Paciente: SEVERINO FLORENTINO ALVES
Data: 06-05-2017 15:25
Idade: 66 anos

CLORO 107 mmol/l
Resultado: 107 mmol/l
Referência: 98 - 108 mmol/l
Observação: Paciente em jejum.

SÓDIO 146 mmol/l
Resultado: 146 mmol/l
Referência: 136 - 146 mmol/l
Observação: Paciente em jejum.

POTÁSSIO 4,3 mmol/l
Resultado: 4,3 mmol/l
Referência: 3,5 - 5,0 mmol/l
Observação: Paciente em jejum.

Dr. Alexandre Mota
Enfermeiro
CRM 5615



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

[illegible]

18

NOME: <u>ALEXANDRE FLORES DA SILVA</u>		GOVERNO DO PARANÁ		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma - Dom Luis Gonzaga Fernandes	
IDADE: <u>68</u>	UF: <u>PR</u>	LEITO: <u>3</u>	FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS		
H.D.: <u>02/07/2018</u>	ADMISSÃO: <u>02/07/2018</u>	HORA: <u>14:30</u>			

PROCEDÊNCIA:		ORDEM: ☐ Pleural ☒ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oncológico ☐ Reabilitante ☐ Dóbil	
MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRPA ☐ Choque ☐ Rrenal ☐ Ceto Acidose ☐ ICD ☐ Trauma ☐ PNM		Partida: ☐ Normal ☐ Dóbil	
ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RIM ☐ IGO ☐ Cirurgias		☐ Edema Agudos ☐ Cardíaco	
HDA: <u>Ex em 2017, síndrome coronária crônica</u> <u>em 2018, síndrome coronária crônica</u> <u>em 2019, síndrome coronária crônica</u>		CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE	
SV: <u>PC</u> <u>PR</u> <u>PA</u> <u>SP</u> <u>ST</u>		CD: ☒ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2	
ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Crítico		☐ Respiração ☐ Toux ☐ Ocasional ☐ Consolidação ☐ SPP	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Órgãos		☐ Toux de Manhã ☐ Ocasional ☐ Toux noturna ☐ Transfusão ☐ Sedação	
Toux: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal		☐ Ocasional ☐ Manhã ☐ Freqüente noturna	
Reflexos: ☐ Normais ☐ Diminuídos ☐ Normais		☒ Fisiopatológico ☐ Fisiológico	
Ressonância Articular (Região): <u>2</u>		Queda: ☐ Não ☐ Sim	
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR			
☒ Espirito ☐ Sim ☐ Não			
SUPPORTO VENTILATÓRIO: ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Não ☐ Não			
O2 SUPLEMENTAR: ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Não ☐ Não			
O2 Másc: ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Não ☐ Não			
DISCOMFORTO VENTILATÓRIO: ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Não ☐ Não			
Causa de desconforto: ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Não ☐ Não			
CONDIÇÃO DE VENTILAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Não ☐ Não			
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Não ☐ Não			
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Não ☐ Não			
Ausência Pulmonar: ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Não ☐ Não			
Tosse: ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Não ☐ Não			
Saturação: ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Não ☐ Não			
COMPOSIÇÃO: ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Não ☐ Não			
COR SANGÜÍNEA: ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Não ☐ Não			

COMPROMISSO

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: <u>Disfunção ventilatória</u>		Assinatura do Físico	
Carimbo do Físico		Assinatura do Físico	
Data: <u>02/07/18</u>		Assinatura do Físico	

Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Suzanna Edson Alves</u>	
End: <u>R-Boa Luis Pinheiro</u>	Bairro: <u>Faz. Martins</u>
Data de Nascimento: <u>15.11.50</u>	Documento de Identificação:
Queixa: <u>Ac. Infec</u>	Data do Atend.: <u>01.05.12</u> Hora: Documento:
Acidente de trabalho? () Sim () Não	

Classificação de Risco

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

MOD. 110

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICA
DO PARANÁ/INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

58-02-A




Severino Florentino Alves
MAIOR DE 65 ANOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 582.119 -2 VIA EXPEDIÇÃO DATA DE 06/10/2016

NOME SEVERINO FLORENTINO ALVES

FILIAÇÃO SEVERINO FLORENTINO DE LIMA

MARIA BENEDITA ALVES

NATURALIDADE

FREI MARTINHO-FB

DOC GREGEM CAS. C/ AVERB N. 769 F. 224 L. B-2

CARTÓRIO POCUI-FB

CPF 857.272.371-49

DATA DE NASCIMENTO 15/11/1950

0 +

Severino A. B. Alves
1 - Que eu sou o Sr. Severino A. B. Alves
Mm. Gm. e Gm.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 OUT. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.669.825.24 Via 04.09.2001

NILO TRIGUEIRO DANTAS.

Nilvan Araújo Dantas.

Marli Lúcia Trigueiro Dantas.

João Pessoa, PB 09.06.1983

Cert. Nascimento: 28.412.Fla.195.Liv.A.27

3º Cart. João Pessoa, PB

047.951.774.65

Dra. Maria do Socorro V. Cavalcanti

DIRETORA DO DEPARTAMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI-P.01




Nilo Trigueiro Dantas

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA

IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME: NILO TRIGUEIRO DANTAS

FILIAÇÃO: NILVAN ARAUJO DANTAS

MARLI LUCIA TRIGUEIRO DANTAS

ESTADUALIDADE: JOÃO PESSOA, PB

DATA DE NASCIMENTO: 09/06/1983

CPF: 047.951.774.65

EXPIRAÇÃO DE: 18/07/2018

ASSINATURA DO ADVOGADO

Nilo Trigueiro Dantas

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05461822



GAB

Nilo Trigueiro Dantas

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

EXERCÍCIO



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 OUT. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 582.119 -2 VIA EXPEDIENTE DATA DE EMISSÃO 06/10/2016

NOME SEVERINO FLORENTINO ALVES

PLAÇO SEVERINO FLORENTINO DE LIMA

MARIA BENEDITA ALVES

DATA DE NASCIMENTO 15/11/1950

VERBA/LOCAL

FREI MARTINHO-PB

DCC DIVISÃO

CAS. C/ AVERS N.769 R.224 L.B-2

CARTÓRIO PUCUI-PB

857.272.371-49

0 +

Com a presença de duas testemunhas

850-8
A-02

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

PROTETORADO DE FIDUCIA CIENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Severino Florentino de Lima
MAIOR DE 65 ANOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

14 MAIO 2019

PROTOCOLO

AG JOÃO PESSOA

C [REDACTED] /A.

A [REDACTED]