



Número: **0800589-93.2021.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **13/04/2021**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO FLORENTINO ALVES (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74783814	15/06/2023 10:24	2884239_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
 D.I.P.01

2.669.825.2* Via 04.09.2001

NILIO TRIGUEIRO DANTAS.

Nilvan Araújo Dantas.

Marli Lúcia Trigueiro Dantas.

João Pessoa, PB 09.06.1983

Cart. Nasc. N° 26.412. Fin. 195. Liv. A. 27

3º Cart. João Pessoa, PB

047.951.774.65

Dir. Nilo Trigueiro Dantas

DIRETORIA DO I.D.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
 D.I.P.01

Nilo Trigueiro Dantas

CARTÃO DE IDENTIDADE

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
 CONTINÚE DE ADVOGADO

NILIO TRIGUEIRO DANTAS

NILVAN ARAÚJO DANTAS

MARLI LÚCIA TRIGUEIRO DANTAS

JOÃO PESSOA, PB

09/06/1983

047.951.774.65

13220

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05461822

Nilo Trigueiro Dantas

047.951.774.65

046



COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 14 MAIO 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN - RN CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 012389239570		EXERCÍCIO 2016	
VIA - COD RENAVAM 2	00955899010	NRTC *****	2016
SEVERINO FLORENTINO ALVES			
CPF/CNPJ 857.272.371-49	PLACA MYS4312	CHASSI 9C2KC08509R038826	CONDIÇÃO DE USO GASOLINA
PLACA ANT/UF MYS4312/RN	PASSAGIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE		
ESP/QUE TIPO 2008	ANO MOD. 2008	ANO MOD. 2008	CONDIÇÃO DE USO 2008
MARKA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES	CATEGORIA PARTICULAR	VEIC/COTAS 1º PAGO	VEIC/COTAS 2º PAGO
CNPJ/NT/OL 002808 2X	VEIC/COTAS 3º PAGO	VEIC/COTAS 17/03/2016	VEIC/COTAS 17/03/2016
PREMIO TARIFARIO (R\$) 002808 2X	PREMIO TOTAL (R\$) 002808 2X	PREMIO TOTAL (R\$) 002808 2X	PREMIO TOTAL (R\$) 002808 2X
TAXAS DETRAN: PAGO *** DVAT: PAGO			
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: KC085E038826			
CURPAIS NOVOS			
Sua Diretoria de Registro de Veículos			
DETRAN - RN			

SEGURO OBRIGATORIO DE TERCEIROS - PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS COM TOMBOS DE VIATURAS E/OU POR CARGA, APRESSO TRANSFERTAS OU NAO - SEGURO DPVAT		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
RN Nº 012389239570		EXERCÍCIO 2016	
ESTÉ O SELHETE DO SEGURO DPVAT		DATA EMISSÃO 16/11/2016	
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO		PLACA MYS4312	
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		CHASSI 9C2KC08509R038826	
www.dpvatseguro.com.br		SAC DPVAT 0800 022 1204	
MA 2	857.272.371-49	HONDA/CG 150 TITAN ES	VEIC/MOD. 2008
REN/VAL 00955899010	CHASSI 9C2KC08509R038826	VEIC/MOD. 2008	CONDIÇÃO DE USO 2008
ANO MOD. 2008	CONDIÇÃO DE USO 2008	CONDIÇÃO DE USO 2008	CONDIÇÃO DE USO 2008
PREMIO TARIFARIO			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
CUSTO DO SEGURO (R\$)			
TOTAL A PAGAR (R\$)			
DATA DE QUITAÇÃO			
COTA UNICA			
PAGAMENTO			
RANCELADO			
SEGURADORA LIDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.873/0001-04			
www.seguroscider.com.br			

18 OUT. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

SEGURO OBRIGATORIO PARA CONDUTORES DE VEÍCULOS DE TRÂNSITO NAS CIDADES DE SÃO PAULO - SEGURO DPVAT

RN Nº 01238923570 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

ANOS	2	857.272.371-19	DATA DE EMISSÃO	16/11/2016
RENAVAM	0095899010	EDMARC 150 TITAN ES	PLACA	MT4312
ANO FIAN	3	9C2XC08509J038426	DATA DE EXPIRAÇÃO	16/11/2016
PREMIO TARIFARIO				
PREMIO (R\$)		DEBÍTA (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		QUÉ (R\$)	QUOTA SEMINTEGRAL (R\$)	
COPIA ÚNICA		RECEBIDO	DATA DE OUTRGO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

OSF 2 05.240 001.0001-04
www.lederseguros.com.br

[illegible]

**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?

[**X**] 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)?

[**X**] 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

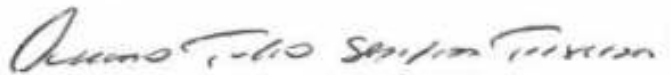
Região Corporal (Sequela):

% 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

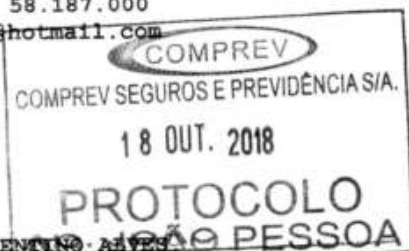


2º TABELIONATO PÚBLICO
LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS
ESCREVENTE
Comarca de Picuí - Paraíba

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



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
NILO ARAÚJO DANTAS
Praça João Pessoa, 26 Centro
CEP 53.187-000 PICUI-PB

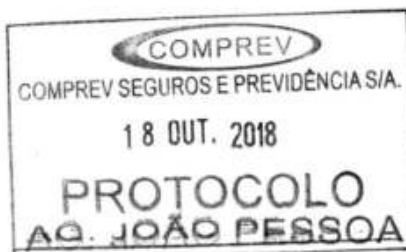
2º TABELIONATO PÚBLICO
LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS
ESCREVENTE
Comarca de Picuí - Paraíba

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. 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

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

850-d




Francisca Araújo da Silva

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 994.705
ESPAL

NOME FRANCISCA ARAÚJO DA SILVA
FILIAÇÃO MARTINS MATIAS DE ARAÚJO
FRANCISCA BEZERRA DE ARAÚJO

NATURALIDADE
FRI MARTINHO-PB

CASAMENTO N. 965 FLS. 43 LIV. B3
CARTÓRIO PICUI PB

CPF 374.511.704-20

ASSINATURA DO DETENTOR
LEI Nº 7.118 DE 1966

DATA DE NASCIMENTO 21/11/1960

DATA DE EMISSÃO 23/09/2013

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

DATA DE NASCIMENTO 15/06/1997

DOC ORIGEM

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

CARTÓRIO PICUI-PB.

CPF 113.590.294-19

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº022.760.698

Cód. para Oib. Automático: 00000974407

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Carimbo: 06/03/2013

MARINETE PAULINA DANTAS DE MACEDO

RUA GARCIA DO AMARAL, 15 - CENTRO

PICUI - PB CEP 55.910-000 (AQ 90)

Ligação: MONOFÁSICO

Clt/Sec: RES MTC 817 RESIDENCIAL - BAIXA RENDIA

Roteiro: 2-95-907-2370 Referência: Abr/2019

Módulo: 03000104983 Emissão: 04/04/2019

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

B-220, Km 05 - Oito Reserô - João Pessoa/PB - CEP 58071-880

CNPJ: 09.095.180/0001-43 Insc Est: 16.015.835-9

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº022.760.698

Cód. para Oib. Automático: 00000974407

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	04/04/2019	06/05/2019	000.164.264-28

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos:

Conforme previsto na Lei 12.001 de 28 de julho de 2006, 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 constitui 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.

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 12.435, de 29 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
02/03/18	22987	04/04/19	23148	
Demonstrativo				
001 Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Cota	Alq. (cota/R\$)
		Taxa de Transm(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS
0801 Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,267990	8,03	8,03 27
0801 Consumo de 31 a 100kWh-BR	70,000	0,489540	34,26	34,26 27
0801 Consumo de 101 a 200kWh-BR	82,000	0,749300	45,88	45,88 27
0810 Subtotal			44,20	44,20 27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			7,86	0,00 0
0808 Devolução Suprimento			-26,58	0,00 0

CCI Código de Classificação de Item TOTAL 111,54 120,26 35,98 133,26 1,44 9,85

Taxa de Transm. 0,127285 0,127285 0,127285 0,127285 0,127285 0,127285

11/04/2019 R\$ 111,54

Histórico de Consumo (kWh)

195 | 170 | 190 | 154 | 147 | 144 | 156 | 160 | 155 | 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 - Pólis de Tensão



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/06/2023 10:24:18

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061510241727000000070466384>

Número do documento: 23061510241727000000070466384

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
D-058




Harlano Lima da Costa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1.575.197 -2 VIA DATA DE 20/10/2017

SERIAL

NOME HARLANO LIMA DA COSTA

FILIAÇÃO JOSÉ LUCAS DA COSTA
SONIA MARIA DOS REIS LIMA DA COSTA

NACIONALIDADE CUIE-PB

DATA DE NASCIMENTO 02/04/1975

DOC ORIGINAL CASAM N. 4468 FLS. 248 LIV. A8

CARTÓRIO PICUI PB

CPF 991.602.264-04

AB -

Assinatura: Suelio A. S. Torres Jr.

Carimbo: Suelio A. S. Torres Jr.

Assinatura: Suelio A. S. Torres Jr.

Carimbo: Suelio A. S. Torres Jr.



HARLANO LIMA DA COSTA
RUA MANOEL AFONSO SOBRINHO, 02 - ANTONIO DANTAS
FRENTE MANTINHO / PB CEP: 58106000 (A/R: 90)

Ligação: MONOFÁSICO
Cte/Soc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 5-B1-213-3163 Referência: Abr/2019
Medidor: 3000639934 Emissão: 09/04/2019



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br-230, km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-680
CNPJ 09.095.193/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 025.088.370
Chave para Dth Automática: 90016762734

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 Ins. Est.

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

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos:
Conforme previsto na Lei 12.007 de 25 de julho de 2009,
informamos a situação dos débitos referentes aos faturamentos
requeridos de energia elétrica desta unidade consumidora
vencidos no ano de 2018 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.
As condições de acesso aos perfis nas redes sociais? siga a 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	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
11/03/19	467	09/04/19	470	28

QCD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base (R\$)	Alíq. (R\$/kWh)	Base (R\$)	Preço (R\$)	Cálculo (R\$)	Cálculo (R\$)
0001	Custo de Disponibilidade	24,89	24,89	25	0,00	24,89	0,26	1,24	
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0804	JUROS DE MORA 03/2018	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 03/2018	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	25,51	24,89	0,22	24,89	0,26	1,24
Tarifa e Tributos	0,571770						

Média Últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
25	26/04/2019	R\$ 25,51

Histórico de Consumo (kWh)
5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100
Abr18 Mai18 Jun18 Jul18 Ago18 Set18 Out18 Nov18 Dez18 Jan19 Fev19 Mar19

RESERVADO AO FISCO
23f5.7bbd.5844 e9f8.37c9.c7fd.1229.3059.

Indicadores de Qualidade			2/2018 - P&A	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
DIÁ. MENSAL	0,00	NOMINAL	220	
DIÁ. TRIMESTRAL	0,00			
DIÁ. ANUAL	0,00			
P.F. MENSAL	0,00	CONTRATADA	202	
P.F. TRIMESTRAL	0,00	LIMITE SUPERIOR	331	
P.F. ANUAL	0,00			
DARC	0,00			

Composição de Consumo	
Discriminação	Valor (R\$)
Servicos de Dist. de Energia/PS	6,09
Consumo de Energia	0,56
Servicos de Transmissão	1,64
Energias Perdas	0,35
Impostos, Taxas e Encargos	0,00
Outros Servicos	
Total	28,61

Valor do RUJO (Ref. 2/2018) R\$ 437

Discriminação	Valor (R\$)	%
Demora de Dth da Energisa/PB	0,00	0,00
Compra de Energia	0,00	0,00
Serviço de Transmissão	0,00	0,00
Encargos Setoriais	0,00	0,00
Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	25,51	100,00

Valor do IJBO (Ref. 2/2019) R\$ 0,00

ATENÇÃO	Faturas em atraso
Após Verificar o Cheque de Débito em Trabalho - Letura Confirmada	

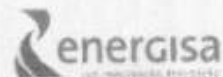


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Relevo para simplificar pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - Nº 021.546.700



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 06.095.103/0001-40 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



SEVERINO FLORENTINO ALVES

Roteiro: 05-081-613-4100

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

VENCIMENTO

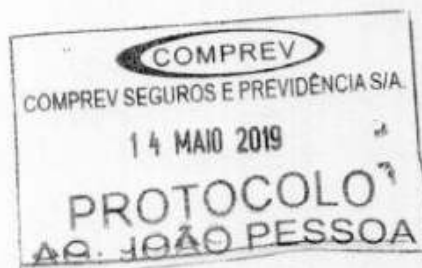
18/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,80

MATRÍCULA

1188074-2019- 03-B



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/06/2023 10:24:18

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061510241727000000070466384>

Número do documento: 23061510241727000000070466384



Enviado: 12/05/2017 Referência: 06/1/2017
Estatuto: RESOLUÇÃO 176/2016, DE 14/05/2016
Folha: 5 - N.º: 813 - 5540 IPmédio: 0000213510

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE
Cuiabá - Cuiabá, Mato Grosso do Sul - CEP 05071-100
CABEÇA - 0800 303 3030 - 0800 303 3030

Cad. Bras. Deq. Automática: DOI 10.5907/2404-7413

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. Eg.

UC (Unidade Consumidora): 5/1188074-7

Canal de contato

Así, al ser vivas energías, ellas mismas implican todo o que preceda a sus egresos y a su salida. Ello incluye, también, los procesos, como la respiración, la comida, el sueño, la actividad, el trabajo, la sexualidad, la defecación, etc.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/08/17	3241	13/06/17	3262		41	32
Demonstrativo						
CC - Consumo	Quantidade Faturada		Valor Bruto da Cota	Imposto de Renda	Valor da Cota	Valor da Cota
	Tributos Totais (R\$) e IGP (R\$) KML		Imposto de Renda	Valor da Cota	Valor da Cota	Valor da Cota
0001 Consumo em kWh	41,00 0,47680		10,55	0,00	0,00	10,55 0,00 0,44
0001 Adc B Vermeiza			0,76	0,00	0,00	0,76 0,00 0,31
0001 Adc B Vermeiza			0,32	0,00	0,00	0,32 0,00 0,13
LANÇAMENTOS E DEBITOS						
0001 CONTRIBUIÇÃO P/CA			2,72	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00

FCI: Falso de Clasificación de Items	TOTAL	28.44	0.00	0.00	20.00	0.00	0.40
--------------------------------------	-------	-------	------	------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
26	19/09/2017	R\$ 23.35

Histórico de Consumo (kWh)

14	30	30	40	20	20	31	34	37	31	29	29
April	July	July	May	April	March	February	January	December	November	October	September

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

Indicadores de Qualidade			7/2017 (R\$)	
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
EL-141/141				
EL-100/101/102	15,30	0,00	100/101/102	230
EL-120/121	24,80			
EL-100/101/102	6,60	0,00	100/101/102	230
EL-100/101/102	13,20			
EL-100/101/102	5,83	0,00	100/101/102	230
EL-100/101/102	12,22			
Total				23,38 100,00

State of the U.S.D. 2007 7/26/07 14:00

ATENÇÃO

REPUBLICA DE TURQUIA: El 26 de mayo de 2017, el Ministerio de Asuntos Exteriores de Turquía anunció que el país había suspendido su apoyo a la coalición de la OEA en Siria. El anuncio fue hecho a través de un comunicado publicado en el sitio web del Ministerio de Asuntos Exteriores de Turquía el 26 de mayo de 2017. El comunicado declaró que Turquía había decidido suspender su apoyo a la coalición de la OEA en Siria debido a la falta de progreso en la resolución de la crisis siria. El comunicado también declaró que Turquía había decidido suspender su apoyo a la coalición de la OEA en Siria debido a la falta de progreso en la resolución de la crisis siria.

Figures are averages
Age/17 19.3.

Agd 17-19,3.



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 motociclistico/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

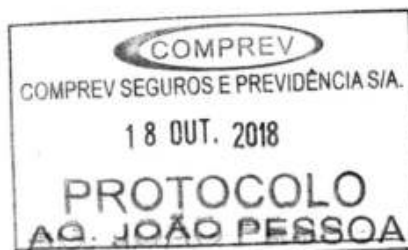
2º TABELIONATO PÚBLICO
LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS
ESCREVENTE
Comarca de Picuí - Paraíba

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. 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

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 - 2º 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
NILO ARAUJO DANTAS
Praça João Pessoa, 26 Centro
Cep 53.187-000 PICUI-PB

2º TABELIONATO PÚBLICO
LUCIANO ITALLO ARAUJO 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(is) 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 ARAUJO DANTAS, Escrevente, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho () da verdade. As.: FRANCISCA ARAUJO 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 ARAUJO DANTAS

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



PROCURAÇÃO

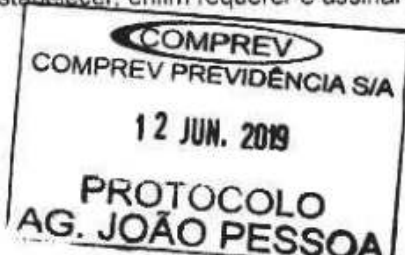
Outorgante: SEVERINO FLORENTINO ALVES, brasileiro(a),
DIVORCIADO, APÓSTATO, portador(a) do RG nº.
582119 expedido por SSDS/PB em 06/10/2016 e do CPF nº.
857.272.371-49, residente na (o) Rua Luiz Lucas EVANGELISTA, S/N, CENTRO
FAZ. MARTINHO - PB, município de FAZ. MARTINHO - PB, CEP 58195-000.

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, Picuí – PB.
e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

A ROGO: FRANCISCA AMARJO DA SILVA, brasileiro(a),
CASADA, DE GR, 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. MARTINHO - PB, CEP 58195-000.

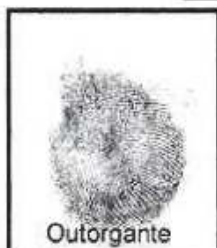
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de **requerer e encaminhar junto à SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas**, pedido de indenização referente ao 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

Franciscen Araújo da Silva

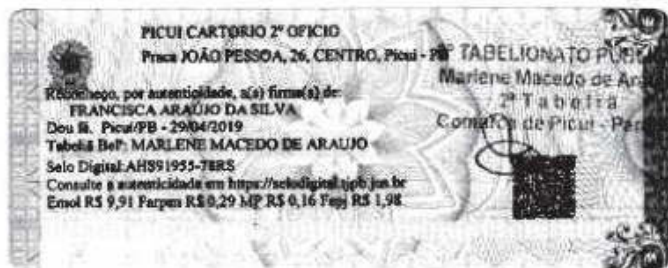
Assinatura do a rogo

(reconhecer firma por autenticidade)

TESTEMUNHAS

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

2) NOME: Harlano Pedraza da Costa
RG: 1.525.192 órgão expedidor: SSP/PB CPF: 991.602.264-04
ASSINATURA: Harlano Pedraza da Costa
(reconhecer firma por autenticidade)



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 WILSON LUCAS 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 Neli Gomes Dantas Pereira Rua Manoel Francisco, 78 58.195-900 - Frei Martinho - PB Tel: (83) 9756-0703	Reconheço a firma de <u>Severino Florentino Alves</u>
	do que dou fé.
	Por: ☒ Autenticidade ☐ Semelhante
	Em Teste <u>MPD</u> da verdade
	<u>Frei Martinho - PB</u> <u>29/10/2017</u> <u>Neli Gomes Dantas Pereira</u> Neli Gomes Dantas Pereira / Tabelião Selo N° <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
CPF de: Próprio
Seguradora: Sabemi Seguradora S/A
Data do acidente: 01/05/2017
Titular do CPF: SEVERINO FLORENTINO ALVES

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NILO TRIGUEIRO DANTAS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NILO TRIGUEIRO DANTAS

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

Titular do CPF: SEVERINO FLORENTINO ALVES

CPF de: Próprio

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019

Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

CPF: 114.261.744-03

NILO TRIGUEIRO DANTAS

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO FLORENTINO ALVES

Nº Sinistro: 3180489437

Vítima: 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

Pag. 01095/01096 - carta_01 - INVALIDEZ

00020548



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO FLORENTINO ALVES

Nº Sinistro: 3180489437

Vítima: 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

Pag. 01501/01502 - carta_03 - INVALIDEZ



00060751

Carta nº 13519843





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

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 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.

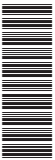
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01013/01014 - carta_16 - INVALIDEZ

00020507



Carta nº 14220985





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 14309951

Pag. 01195/01196 - carta_01 - INVALIDEZ

00020598





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00141/00142 - carta_03 - INVALIDEZ

00060071



Carta nº 14309952





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00273/00274 - carta_02 - INVALIDEZ

00070137



Carta nº 15101331





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

Rio de Janeiro, 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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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: 857.272.371-49 Nome completo da vítima: Severino Florentino Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Severino Florentino Alves CPF titular da conta: 857.272.371-49 Profissão: aposentado
Endereço: Rua Luiz Carlos Evangelista Número: 512 Complemento:
Bairro: Antonio Dias Cidade: Frei Martinho Estado: PB CEP: 58.195-000
Email: _____ Telefone (DDD): (83) 99912-5490

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) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO: 4916 D/V: _____ CONTA NRO: 4860 D/V: 6
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome: _____ NRO: _____
AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____ CONTA NRO: _____ D/V: _____
(Informar dígito se existir) (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.

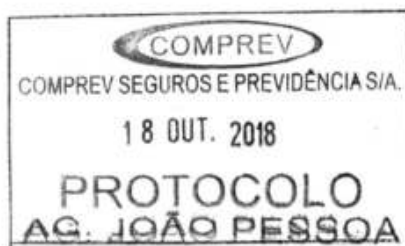
16/01/18 15 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

elc Nib Teixeira Reis
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF.001 V001/2017



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: 3180483437	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 EVANGELISTA	Número: 574 Complemento: 474
Bairro: CENTRO	Cidade: FAEL MARTINHO	Estado: PB CEP: 58195-000
E-mail: NILOTDANTAS@hotmail.com		Tel.(DDD): 83-993125490

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

DADOS CADASTRAIS

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: **4910** CONTA: **7860** **6**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, assinando este formulário permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder, para comprovar a 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) ☐ 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, **Picuí/PA, 29/04/2019**

Nome: **FRANCISCA AMARJO DA SILVA**

CPF: **379511704-29**

Francisca Amarjo da Silva

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **WILLY KAYAN MACEDO M COSTA**

CPF: **113590294-19**

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.

--- É OBRIGATÓRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



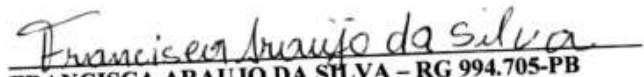
C E R T I D ã O

Nº. Cont.: 032/2018

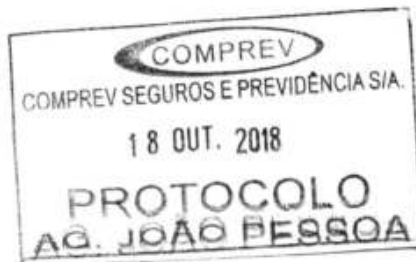
CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências N.º 032/2018, cujo teor agora passo a transcrever na Íntegra: Aos 19 dias do mês de setembro do ano de 2018, nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba 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 RENAVAM 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

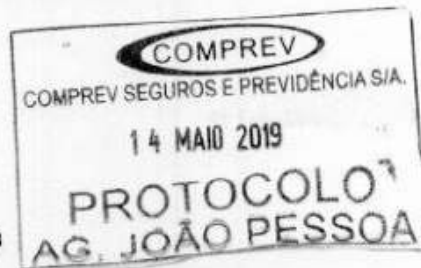
Nº. Cont.: 032/2018

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 CÍVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁ 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 RENAVAM 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.

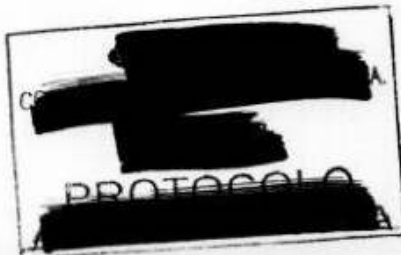
COMUNICANTE:

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





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 interdita 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 Suelio Florentino Alves CPF da Vítima 857.272.371-49 Data do Acidente 01.05.2018

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-MS, 15 de Outubro de 2018
Local e Data

Suelio Florentino Alves
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DALI001 V001/2017

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 EVANGELISTA	Número: 574 Complemento: 474
Bairro: CENTRO	Cidade: FAEL MARTINHO	Estado: PB CEP: 58195-000
E-mail: NILOTDANTAS@hotmail.com	Tel.(DDD): 83-993125490	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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: **4910** CONTA: **7860** **6**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, assinando este formulário permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder, para comprovar a 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) ☐ 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, **Picuí/PB, 29/04/2019**

Nome: **FRANCISCA AMARJO DA SILVA**

CPF: **374511704-29**

Francisca Amarjo da Silva

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **WILLY KAYAN MACEDO M COSTA**

CPF: **113590294-19**

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.

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



SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 275710 CGC/CPF: 08.778.268.0001/60
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO
MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25

Nome: SEVERINO FLORENTINO ALVES
Raça/Cor: PARDA
Dt. Nasc: 15/11/1950 Idade: 66 ano(s) mês(es) de idade dia(s) de idade Sexo: M

Mãe: MARIA BENEDITA ALVES
Profissão: 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 SSVV

Documento: 582119

Hospital Regional de Picuí

Alcôfio conforme o original

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

Alcôfio de Picuí

1. *[assinatura]*

2. *[assinatura]*

3. *[assinatura]*

4. *[assinatura]*

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 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:

[assinatura]

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

PESO:

PA:

TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

[assinatura]

[assinatura]

[assinatura]

[assinatura]

[assinatura]

[assinatura]

[assinatura]

[assinatura]

[assinatura]

[assinatura]

[assinatura]

[assinatura]

[assinatura]

MEDICAÇÃO:

☒ 1. PRESCRITA

☒ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

☐ OBSERVAÇÃO

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ RESIDÊNCIA

☐ ÓBITO

☐ INTERNAÇÃO

☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. 03011060229

2.

3.

3.

3.

AUDITADO

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

CRM

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo





Num. 74783814 - Pág. 42

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 EVANGELISTA, S/N - ANTONIO CRAS
FRET MARTIM / PB - CEP: 58155-000 (AG 18)

Emissão: 12/09/2017 Referência: Set/2017
Cidade: SAIAS RESIDENCIAL (RESIDENCIAL MONOFASICO)
Número: 5-81-818-5540 IP: medior 000021610

energisa

ENERGISA Paraíba - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
01201 Km 2 - Caco Federal - João Pessoa/PB - CEP 53071-103
CNPJ: 06.912.000-40 Insc. Est. 10.005.025-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Emitida Nº 000370107
Cód. para Dth Automática: 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 Insc. Est.
UC (Unidade Consumidora):			5/1188074-7

Canal de contato

Antes de ligar para a energia, confira se você resolveu tudo o que precisa e não esqueceu de pagar. Para isso, confira os dispositivos, como: energia na casa, energia, a contabilidade, religião, consumo e dívidas, entre outros.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/08/17	3241	12/09/17	3292		41	22
Demonstrativo						
C.C.	Descrição	Quantidade	Taxa/R	Valor Base/Calc.	Aliq.	Import./R\$
				Trêscentos e Quarenta e Um Reais e Nove Centavos		Seiscentos e Vinte e Nove Reais e Nove Centavos
				Trêscentos e Quarenta e Um Reais e Nove Centavos		Seiscentos e Vinte e Nove Reais e Nove Centavos
0601	Consumo em kWh:	41,000	0,476360	10,55	0,00	0
0601	Adc. B. Vermecha	0,78	0,00	0	0,00	10,55
0601	Adc. B. Amarela	0,22	0,00	0	0,00	0,78
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0601	CONTABILIZAÇÃO P. ELICA	2,72	0,00	0	0,00	0,22

C.C. Código de Classificação do Item TOTAL 22,98 0,00 0,00 20,00 0,00 0,41

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

Histórico de Consumo (kWh)											
14	39	38	46	20	29	31	34	37	31	39	29
Agos/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16

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

Indicadores de Qualidade			Discriminação		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Valor (R\$)	%
Q1: 10,00	0,00	10,00	Serviços de Ext. da Energia	7,30	31,65
Q2: 12,30	0,00	12,30	Contas de Energia	9,50	40,91
Q3: 14,60	0,00	14,60	Serviços de Transmissão	1,14	4,88
Q4: 16,90	0,00	16,90	Emendas de Contas	2,05	8,78
Q5: 19,20	0,00	19,20	Interação Direta e Encargos	2,24	9,59
Q6: 21,50	0,00	21,50	Outros Serviços	0,00	0,00
Q7: 23,80	0,00	23,80	Total	23,35	100,00

Valor da Emissão: R\$ 23,35

ATENÇÃO
O consumidor deve pagar a conta de energia até o dia 15 de outubro de 2017. Caso contrário, o fornecimento poderá ser interrompido a partir de 25/09/2017. Conforme Resolução 466 da ANEEL, o pagamento após a data limite é feito a partir da data de emissão da fatura, com juros de mora de 1% ao mês. O consumidor não pode alegar desconhecimento da fatura para não pagar a conta de energia. O consumidor deve pagar a conta de energia até o dia 15 de outubro de 2017. Caso contrário, o fornecimento poderá ser interrompido a partir de 25/09/2017. Conforme Resolução 466 da ANEEL, o pagamento após a data limite é feito a partir da data de emissão da fatura, com juros de mora de 1% ao mês. O consumidor não pode alegar desconhecimento da fatura para não pagar a conta de energia. O consumidor deve pagar a conta de energia até o dia 15 de outubro de 2017. Caso contrário, o fornecimento poderá ser interrompido a partir de 25/09/2017. Conforme Resolução 466 da ANEEL, o pagamento após a data limite é feito a partir da data de emissão da fatura, com juros de mora de 1% ao mês. O consumidor não pode alegar desconhecimento da fatura para não pagar a conta de energia.

Pagamento em atraso
Ago/17 19,33

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



**Fatura Mensal**

Número do Cartão: 544817XXXXXX2229
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**

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 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 NA PAGAMENTO MINIMO			31,32 D
	Subtotal Nacional			367,36 D

NILO TRIGUEIRO DANTAS 544817XXXXXX2229

Movimentações Nacionais

30/05	ACORDO ADMINISTRATIVO 113/24			293,18 D
14/07	ACORDO ADMINISTRATIVO 111/12			18,95 D
30/05	IDF BASE DE ROTATIVO			0,08 D
30/05	IDF 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

Salário (Despesa)	Pontos a Expirar
1096	0

Encargos

MULTA	2,00 %
MORA	1,00 %
PARCELADO COM JUROS	5,10 %
CET PARCELADO COM JUROS	5,74 %
ROTATIVO	Para o Período: 9,66 % a.m.
NAO PAGAMENTO MINIMO	Máx Período: 11,60 % a.m.
SAQUES	9,66 % a.m.
SAQUES INTERNACIONAIS	11,75 % a.m.
CET ROTATIVO	8,75 % a.m.
CET NAO PAGAMENTO MINIMO	10,22 % a.m.
CET SAQUES	10,22 % a.m.
CET SAQUES INTERNACIONAIS	10,37 % a.m.
	10,00 % 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\$	5.000,00
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

1049001918181367000020010701059160000000000000
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

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

Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador

**104-0**

Pagador: NILO TRIGUEIRO DANTAS
RUA ROLDÃO ZACARIAS DE MACEDO 145 JK, 58187-000, PICUI - PB

Nosso Número: 00000010701059 Nº do Documento: 00010701059 Vencimento: 14/06/2018

Beneficiário: (CAIXA) CAIXA - 00.390.335/0001-24

Endereço do Beneficiário: 180 Quadra 4, Lote 314, Av. Sol, Brasília-DF, CEP: 70.092-900

Agência / Código do Beneficiário: 1811870-00000191-5

SAC CAIXA: 0800 726 7101 (informações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência audiotil ou de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

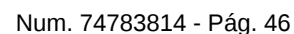
caixa.gov.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/06/2023 10:24:18

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061510241727000000070466384>

Número do documento: 23061510241727000000070466384



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

SEVERINO FLORENTINO ALVES
RUA LUIZ LUCAS EVANGELISTA SN
FRE. MARTINHO

Nº 021 546 700



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080
CNPJ 08.086.183 / 0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-0

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	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
18/03/2019	R\$ 61,80	1188074-2019- 03-8



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.: Nº 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				





721189423021207000000544630 060319

Fechamento próxima fatura: 12/04/2019



CTC RECIFE PE PUI

PC-16

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

Postagem: 06/03/2019

Vencimento: 17/03/2019

Emissão: 02/03/2019

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

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

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 Pdv(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
14/02	CAMARAO MANGABEIRA	80,90
	JOAO PESSOA	

Veja outras opções na 2ª folha

Continua...

**Compra presencial**

com o uso do cartão e senha.

**Banco Itaú S.A. 341-7****34191.75355 71779.882043 00173.090002 7 000**

Número do Documento

00135717798/0062535

Nome do Pagador/CPF/CNPJ

NILO TRIGUEIRO DANTAS - 047.951.774-65

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ

HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69

Endereço do Beneficiário

AV RUI BARBOSA, 251, 1º A, GRAÇAS - RECIFE - PE

Nosso Número

recibo do pagador

175/35717798-8

Valor do documento

R\$ 1.192,43

Data de emissão

17/03/2019

Autenticação Mecânica



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/06/2023 10:24:18

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061510241727000000070466384>

Número do documento: 23061510241727000000070466384

Num. 74783814 - Pág. 50

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 7204402 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



DLDR.L001 V001/2017



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/BIBLIOTECABWEB/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.

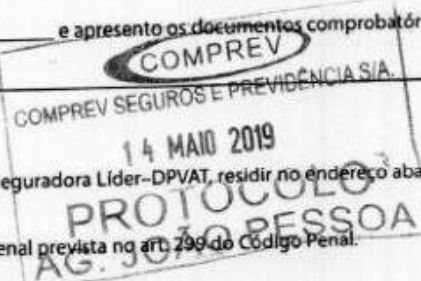
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS Inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SERVANO FLORENTINO ALVES Inscrito
(a) no CPF sob o Nº 857.272.371 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura AVULSO da Vítima
SERVANO 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 Dantas
Assinatura do Declarante



DLRL001 V001/2017





SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 275710 CGC/CPF: 08.778.268.0001/60
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO
MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25

Nome: SEVERINO FLORENTINO ALVES

Raça/Cor: PARDA

Di. Nasc: 15/11/1950 Idade: 66 an(s) mês(es) de idade dia(s) de idade Sexo: M

Mãe: MARIA BENEDITA ALVES

Profissão: 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

SSVV

TEMP.:

PA:

PESO:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

[Handwritten signature: Suelio Moreira Torres]

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

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: HRP

1. ☐ MATERIAIS / MEDICAMENTOS / OUTROS
2. ☐ *[Handwritten: 275710]*
3. ☐ *[Handwritten: 08.778.268.0001/60]*
4. ☐ *[Handwritten: 25]*

- 01 - ELETIVO ☐ CARÁTER DO ATENDIMENTO
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:

[Handwritten: 582119]

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

MEDICAÇÃO:

1. PRESCRITA ☒

2. APLICADA ☒

ENCAMINHAMENTO:

OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐

OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS ☐

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1- 0301060020
2-
3-

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S):

[Handwritten: Suelio Moreira Torres]

CNS

2512

OU POLEGAR DIREITO

CRM

CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

[Handwritten: Suelio Moreira Torres]

REVISOR ADMINISTRATIVO

CADASTRO: 324713

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: SUELIO FLORENTINO ALVES

DN:

PRONT. Nº:

NATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA: CREI MARANHÃO - 713

ADMISSÃO: 01/05/2017

ALTA: 07/05/2017

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

Paciente vítima de acidente de motocicleta. Evidenciado com
fraturas de pelo menos 3 costelas, pneumotórax e contusão pulmonar. Submetido
a toracotomia com drenagem pleural fechada, evoluindo bem.

2. Resultado dos principais exames

Exatografia de tórax.

3. Evolução e complicações

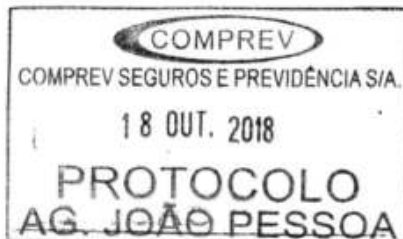
Evoluiu bem, sem complicações. Alta com o diagnóstico de:

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 e respirar.
Via medicamentosa 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, 1a
CRM 257.181

Responsável pelo resumo





CENTRO DE IMAGEM RADIOLOGICA

LAUDO RADIOLOGICO

NOME DO PACIENTE: SEVERINO FLORENTINO ALVES
DATA: 11.12.2017

RX DO TÓRAX EM PA + COSTELA ESQ:

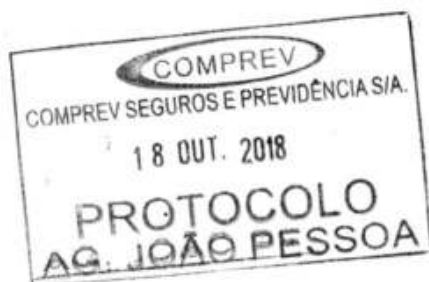
Fratura do terço externo da clavícula esquerda com
cavalgamento dos cabos ósseos.

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

UND, 01 Santa Cruz - Av. Alfredo Lima, 73 - Centro - (Clínica Dr. Torres) - 84 3291-2707 / 99622-7479 / 99700-2707 / 98733-6580
UND, 02 Currais Novos - (Climed) - Av. Teotônio Freire, 835 - Fone: (84) 3431-1932 / 3431-1961 / 99830.3384 / 98849-7814



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: 08.778.264/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Moinhos, Campina Grande - PB, CEP: 56432-809 Data: 01/05/2017
Buletin de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Suelvia Costa Santos

PACIENTE: SEVERINO FLORENTINO CEP: 58195000 Nascimento: 15/11/1950
ALVES
Endereço: PROF LUIS PINHEIRO Sexo: M Telefone: 986805992
Cidade: Frei Martinho Matrícula: Rolo: CENTRO
Nome da Mãe: MARIA BENEDETA ALVES RG: 582119 Nº: 0
Responsável: ADALDO GERONIMO FILHO CPF: 85727237149 Profissão: APOSENTADO
Estado Civil: Viúva Data de Anad: 01/05/2017 CNIS: 700003856246503
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 20:31:53 CONVÊNIO: SUS
Médico: CRM: 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. Caxaço
6. Dor
7. Braço
8. Espalho
9. Braço alucido
10. Espalmo
11. Braço
12. Braço
13. Braço
14. Braço
15. Braço
16. Braço
17. Braço
18. Braço
19. Braço
20. Braço
21. Braço
22. Braço
23. Braço
24. Braço
25. Braço
26. Braço
27. Braço
28. Braço
29. Braço
30. Braço
31. Braço
32. Braço
33. Braço
34. Braço
35. Braço
36. Braço
37. Braço
38. Braço

OBS:

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

http://10.1.1.148/gerenciador/urgencia.php?contar=1425320

HTCG-Panel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS
Paciente vítima de acidente de moto há 40 horas. Foi feito radiografia de tórax. Na radiografia de tórax, evidenciando fratura de costela.

ALERGIA: Não
MEDICAMENTOS: Não

PATOLOGIAS: Não

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow 15 PA HGT:

EXAMES SOLICITADOS:
() Laboratoriais () Ultrassonografia: FDS
() Radiografias: Tórax, costela, braço.
() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: Torçoes, 22.45 Dia: 04.05.17
Especialista: Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SF 29% 800ml IV.	
2	Naviodon 50 - AD IV	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

2017-5-1

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Panel Administrativo

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 OUT. 2018
PROTOCOLO
AQ. 1909 PESSOA

DESTINO DO PACIENTE f f às h.

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

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CEO	IDADE

010.1.1.148/gerenciador/urgencia.php?contar=1425320



Nome do Paciente	Florencio Rivas			Nº Prontuário
Sexo	masculino	Idade	45	
Data da Operação	01/05/13	Enf.		Leito
Operador	Rinalda	1º Auxiliar		
2º Auxiliar		3º Auxiliar		Instrumentador
Anestesia	via venosa	Tipo de Anestesia	local + sedação	
Diagnóstico Pré-Operatório	Acidente de trânsito há 10 h. Hemorragia			
End. ci. fígado da lesão e necrose e				
Tipo de Operação	Exatiseção de Duodenal e			
Diagnóstico Pós-Operatório	Olivaria			
Relatório Imediato da Patologia				
Exame Radiológico no Atm				
Acidente Durante a Operação				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tórax e Técnica - Ligadura - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visível

01. Incisão na região do abdômen

02. Incisão da pele e subcutâneo

03. Incisão da parede abdominal

04. Incisão da parede abdominal

05. Incisão da parede abdominal

06. Incisão da parede abdominal

07. Incisão da parede abdominal

08. Incisão da parede abdominal

09. Incisão da parede abdominal

10. Incisão da parede abdominal

11. Incisão da parede abdominal

12. Incisão da parede abdominal

13. Incisão da parede abdominal

14. Incisão da parede abdominal

15. Incisão da parede abdominal

16. Incisão da parede abdominal

17. Incisão da parede abdominal

18. Incisão da parede abdominal

19. Incisão da parede abdominal

20. Incisão da parede abdominal

21. Incisão da parede abdominal

22. Incisão da parede abdominal

23. Incisão da parede abdominal

24. Incisão da parede abdominal

25. Incisão da parede abdominal

26. Incisão da parede abdominal

27. Incisão da parede abdominal

28. Incisão da parede abdominal

29. Incisão da parede abdominal

30. Incisão da parede abdominal

31. Incisão da parede abdominal

32. Incisão da parede abdominal

33. Incisão da parede abdominal

34. Incisão da parede abdominal

35. Incisão da parede abdominal

36. Incisão da parede abdominal

37. Incisão da parede abdominal

38. Incisão da parede abdominal

39. Incisão da parede abdominal

40. Incisão da parede abdominal

41. Incisão da parede abdominal

42. Incisão da parede abdominal

43. Incisão da parede abdominal

44. Incisão da parede abdominal

45. Incisão da parede abdominal

46. Incisão da parede abdominal

47. Incisão da parede abdominal

48. Incisão da parede abdominal

49. Incisão da parede abdominal

50. Incisão da parede abdominal

51. Incisão da parede abdominal

52. Incisão da parede abdominal

53. Incisão da parede abdominal

54. Incisão da parede abdominal

55. Incisão da parede abdominal

56. Incisão da parede abdominal

57. Incisão da parede abdominal

58. Incisão da parede abdominal

59. Incisão da parede abdominal

60. Incisão da parede abdominal

61. Incisão da parede abdominal

62. Incisão da parede abdominal

63. Incisão da parede abdominal

64. Incisão da parede abdominal

65. Incisão da parede abdominal

66. Incisão da parede abdominal

67. Incisão da parede abdominal

68. Incisão da parede abdominal

69. Incisão da parede abdominal

70. Incisão da parede abdominal

71. Incisão da parede abdominal

72. Incisão da parede abdominal

73. Incisão da parede abdominal

74. Incisão da parede abdominal

75. Incisão da parede abdominal

76. Incisão da parede abdominal

77. Incisão da parede abdominal

78. Incisão da parede abdominal

79. Incisão da parede abdominal

80. Incisão da parede abdominal

81. Incisão da parede abdominal

82. Incisão da parede abdominal

83. Incisão da parede abdominal

84. Incisão da parede abdominal

85. Incisão da parede abdominal

86. Incisão da parede abdominal

87. Incisão da parede abdominal

88. Incisão da parede abdominal

89. Incisão da parede abdominal

90. Incisão da parede abdominal

91. Incisão da parede abdominal

92. Incisão da parede abdominal

93. Incisão da parede abdominal

94. Incisão da parede abdominal

95. Incisão da parede abdominal

96. Incisão da parede abdominal

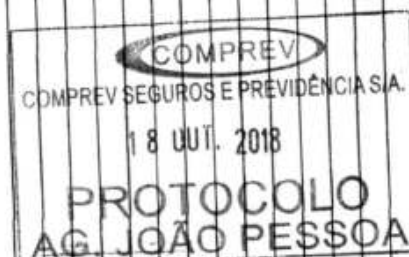
97. Incisão da parede abdominal

98. Incisão da parede abdominal

99. Incisão da parede abdominal

100. Incisão da parede abdominal

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible][illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

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

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
02/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
04/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
05/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
06/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
07/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
08/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
09/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
10/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
11/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
12/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
13/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
14/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
15/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
16/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
17/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
18/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
19/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
20/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
21/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
22/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
23/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
24/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
25/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
26/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
27/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
28/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
29/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
30/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	
31/10/2018	08:00	36,5	-	-	120	-	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.	



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

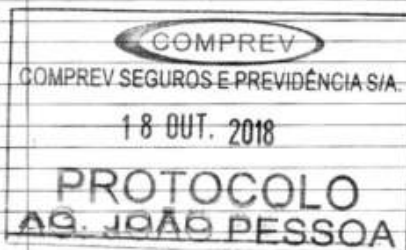
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: SEVERINO FLORENTINO ALVES Alojamento: 01 Leito: 03 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02/10/2018	1) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
03/10/2018	2) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
04/10/2018	3) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
05/10/2018	4) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
06/10/2018	5) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
07/10/2018	6) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
08/10/2018	7) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
09/10/2018	8) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
10/10/2018	9) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
11/10/2018	10) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
12/10/2018	11) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
13/10/2018	12) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
14/10/2018	13) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
15/10/2018	14) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
16/10/2018	15) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
17/10/2018	16) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
18/10/2018	17) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
19/10/2018	18) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
20/10/2018	19) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
21/10/2018	20) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
22/10/2018	21) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
23/10/2018	22) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
24/10/2018	23) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
25/10/2018	24) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
26/10/2018	25) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
27/10/2018	26) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
28/10/2018	27) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
29/10/2018	28) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
30/10/2018	29) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.
31/10/2018	30) DIETA LURD	08:00	Paciente evolui bem, sem queixas no momento, pelo o estado em melhores condições.



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
					70/40		Seta controlada	
	14:00						Paciente muito agitado, pleura direita de fôlego diminuído.	
04/05/11	7:06:00						Paciente de tórax = 100 ml	✓

GOVERNO
DA PARAÍBA

Diagnóstico

NORTH 01



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
05/10/2018	09:20		110		120		Paciente consciente, acitando dieta, medicado com analgésicos, dados de enfermagem.	Assis
06/10/2018	08:00						Paciente medicado com analgésicos, dados de enfermagem.	Assis



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

- pneumonia bacteriana
- síndrome da respiração
- contusão pulmonar

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	João Pessoa Alves	Alojamento	03	Leito	03	Convênio	
Data	05/10/2018	Prescrição Médica	Horário			Evolução Médica	
05/10/2018	09:20	1) Analgésico 10mg 2) Antibiótico 100mg 3) Analgésico 10mg 4) Analgésico 10mg 5) Analgésico 10mg 6) Analgésico 10mg 7) Analgésico 10mg 8) Analgésico 10mg 9) Analgésico 10mg 10) Analgésico 10mg	09:20			paciente consciente, acitando dieta, medicado com analgésicos, dados de enfermagem.	
06/10/2018	08:00	1) Analgésico 10mg 2) Antibiótico 100mg 3) Analgésico 10mg 4) Analgésico 10mg 5) Analgésico 10mg 6) Analgésico 10mg 7) Analgésico 10mg 8) Analgésico 10mg 9) Analgésico 10mg 10) Analgésico 10mg	08:00			paciente consciente, acitando dieta, medicado com analgésicos, dados de enfermagem.	

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



GOVERNO DA PARAIBA	
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
CAMPINA GRANDE - PARAIBA	
PACIENTE:	SEVERINO FLAORENTINO ALVES
DATA DO EXAME:	02/05/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento diagnóstico multifrequencial.

ANÁLISE:

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

Ausência de lesões significativas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rim ou bexiga identificáveis ao método.

Observação: Resultamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção hemotórax/peritórax, lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas.

Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti
CRM-SP: 131683 / CRM-PB: 6465
Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.



GOVERNO DA PARAIBA	
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
Nome:	SEVERINO FLAORENTINO ALVES
Data:	02/05/2017 17:48
Idade:	00 - 05 - 2017 17:28
Sexo:	Masculino
Idade:	00 - 05 - 2017 17:28
Idade:	00 - 05 - 2017 17:28

Nome: SEVERINO FLAORENTINO ALVES
Data: 02/05/2017 17:48
Idade: 00 - 05 - 2017 17:28
Sexo: Masculino
Idade: 00 - 05 - 2017 17:28

IDENTIFICAÇÃO

Nome: SEVERINO FLAORENTINO ALVES

SÉRIE VERMELHA

3,5 milhões/mm³
10,7 g/dL
32 g/dL
30 g/dL
30 g/dL
33 g/dL

SÉRIE BRANCA

10,700 /mm³
(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)

(V)



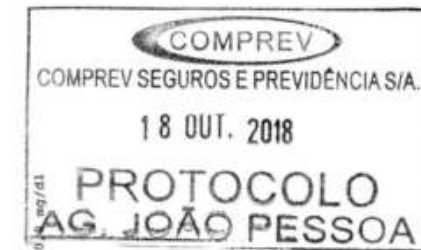


Série: SEVERINO FLORENTINO ALVES
Data: 06/10/2017 17:23
Módulo: 00003482

Série: SEVERINO FLORENTINO ALVES
Data: 06/10/2017 17:23
Módulo: 00003482

CLORO 107 mmol/L
Tubo de coleta: 107 mmol/L
Método: 107 mmol/L
Resultado: 107 mmol/L
SÓDIO 148 mmol/L
Tubo de coleta: 148 mmol/L
Método: 148 mmol/L
Resultado: 148 mmol/L
POTÁSSIO 4,3 mmol/L
Tubo de coleta: 4,3 mmol/L
Método: 4,3 mmol/L
Resultado: 4,3 mmol/L

GLICOSE (JEIUM) 132 mg/dL
Tubo de coleta: 132 mg/dL
Método: 132 mg/dL
Resultado: 132 mg/dL
UREIA 38 mg/dL
Tubo de coleta: 38 mg/dL
Método: 38 mg/dL
Resultado: 38 mg/dL
CREATININA 0,8 mg/dL
Tubo de coleta: 0,8 mg/dL
Método: 0,8 mg/dL
Resultado: 0,8 mg/dL



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

Gerente: Suelio Moreira Torres
Biotécnico
CSBM 5819

Gerente: Suelio Moreira Torres
Biotécnico
CSBM 5819





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: <u>Suelio Moreira Torres</u>	
End: <u>R-Prop. Luis Pinheiro</u>	Bairro: <u>Faz. Marinho</u>
Data de Nascimento: <u>15-11-50</u>	Documento de Identificação:
Queixa: <u>Ac. hcto</u>	Data do Atend.: <u>01.05.17</u> Hora: Documento:
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não	

Classificação de Risco

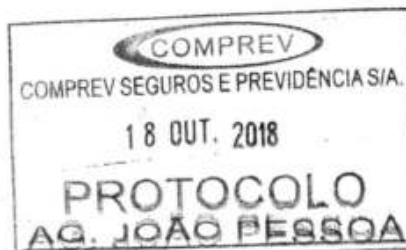
Nível de consciência: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Baixo	Aspecto: ☐ Calmo ☐ Fáceis de dor ☐ Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ☐ Normócorada ☐ Pálida
Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca	

Estratificação

☒ 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: Sérgio Florentino Alves PRONT. Nº: _____
NATURALIDADE: Praia Grande - Paraíba
ADMISSÃO: 01/05/2017 DATA DE ADMISSÃO: 08/05/2017

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)
Paciente vítima de acidente de motocicleta, evoluindo com fratura de dois costos, pneumotórax à direita pulmonar, síndrome do compartimento com necrose profunda, ferida aberta, síndrome de choque séptico.

2. Resultado dos principais exames
Radiografia de tórax

3. Evolução e complicações
Evolui bem, atendimento adequado por local, em seguida para UCE.

4. Terapêutica realizada
Drenagem com colocação de punção pleural fechada analgésica sintomática

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)
pneumotórax traumático com sangramento

6. Orientações médicas para pacientes / egresso
continuar com fisioterapia respiratória e repouso, usar medicação prescrita para curar.

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

Campina Grande, 07 de 05 de 2017

Dr. Roberto Leão Alves Filho
Cirurgião Torácico e Oncológico
CRM nº 9291
Responsável pelo retorno

Assis	Observações Enfermagem	Diurise	PA	R	P	T	Hora	Data
	 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 18 OUT. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA							





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 275710 CGC/CNPJ: 08.778.268.0001/60
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO
MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25
Nome: SEVERINO FLORENTINO ALVES
Raça/Cor: PARDA
DI. Nasc: 15/11/1950 Idade: 66 an(s) mês(es) de idade dia(as) de idade Sexo: M

Mãe: MARIA BENEDITA ALVES
Profissão: 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 SSVV

PESO: PA: TEMP: ANAMIESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

14 MAIO 2019
PROTOKOLO
AG. JOAO PESSOA
AUDITADO
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)
RESULTADOS
DESEMPENHISTA: HRP

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

14 MAIO 2019

PROTOKOLO
AG. JOAO PESSOA

INTERNAÇÃO
☐ OUTROS

ENCAMINHAMENTO:
☐ OBSERVAÇÃO
☐ RESIDÊNCIA
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ ÓBITO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1- 0301060209
2-
3-

MEDICAÇÃO:
☒ 1. PRESCRITA
☐ APLICADA

PROFESSOR(A) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S):
CNS: 2513

161.840.000-00
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

OU PLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO
da Assessoria de Saúde
Revisão Administrativa

CADASTRO: 324713

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: <u>CELENO FLORENTINO ALVES</u>	DN:	PRONT. Nº:
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA: <u>PR: MARANHÃO - 73</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 motocicleta caindo com
prontidão de arto inferior, pneumotórax e contusão pulmonar. Suspeita de
fratura de costela com contusão pleural fechada, eufonia e bem.
Exame físico de tórax.

2. Resultado dos principais exames

Exame físico de tórax.

3. Evolução e complicações

Eufonia e bem, atendimento apenas por local e hipoxia leve.

4. Terapêutica realizada

Tratamento com oxigenação pleural fechada
antibiótico
sintomático

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Pneumotórax traumático
contusão pleural



6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Continuar com fisioterapia respiratória (respirar).
Não 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, Broncopneumologista
CRM 1191

Responsável pelo resumo





CENTRO DE IMAGEM RADIOLOGICA

LAUDO RADIOLOGICO

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
cavalcamento 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

UND, 01 Santa Cruz - Av. Alfredo Lima, 73 - Centro - (Clínica Dr. Torres) - 84 3291-2707 / 99622-7479 / 99700-2707 / 98733-6580
UND, 02 Currais Novos - (Climed) - Av. Teotônio Freire, 835 - Fone: (84) 3431-1932 / 3431-1961 / 99830.3384 / 98849-7814



Nome do Paciente	Sérgio Roberto de Azevedo			Nº Prontuário
Data da Operação	01/05/13	Ent.		Leito
Operador	R. V. de Azevedo	3º Auxiliar		Instrumentador
2º Auxiliar				
Anestesia	Anestesia Geral com Soro e Óxido Nítro			
Diagnóstico Pré-Operatório	Lesão de 1º e 2º graus			
Tipo de Operação	Cirurgia de emergência			
Diagnóstico Pós-Operatório	Cirurgia			
Relatório imediato da Patologia				
Exame Radiológico no Ato				
Acidente Durante a Operação				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tórax e Tórax - Direção - Sutura - Material Empregado - Agulha Vicrama

01. Incisão de 2cm no tórax

02. Incisão de 2cm no tórax

03. Incisão de 2cm no tórax

04. Incisão de 2cm no tórax

05. Incisão de 2cm no tórax

06. Incisão de 2cm no tórax

07. Incisão de 2cm no tórax

08. Incisão de 2cm no tórax

09. Incisão de 2cm no tórax

10. Incisão de 2cm no tórax

11. Incisão de 2cm no tórax

12. Incisão de 2cm no tórax

13. Incisão de 2cm no tórax

14. Incisão de 2cm no tórax

15. Incisão de 2cm no tórax

16. Incisão de 2cm no tórax

17. Incisão de 2cm no tórax

18. Incisão de 2cm no tórax

19. Incisão de 2cm no tórax

20. Incisão de 2cm no tórax

21. Incisão de 2cm no tórax

22. Incisão de 2cm no tórax

23. Incisão de 2cm no tórax

24. Incisão de 2cm no tórax

25. Incisão de 2cm no tórax

26. Incisão de 2cm no tórax

27. Incisão de 2cm no tórax

28. Incisão de 2cm no tórax

29. Incisão de 2cm no tórax

30. Incisão de 2cm no tórax

31. Incisão de 2cm no tórax

32. Incisão de 2cm no tórax

33. Incisão de 2cm no tórax

34. Incisão de 2cm no tórax

35. Incisão de 2cm no tórax

36. Incisão de 2cm no tórax

37. Incisão de 2cm no tórax

38. Incisão de 2cm no tórax

39. Incisão de 2cm no tórax

40. Incisão de 2cm no tórax

41. Incisão de 2cm no tórax

42. Incisão de 2cm no tórax

43. Incisão de 2cm no tórax

44. Incisão de 2cm no tórax

45. Incisão de 2cm no tórax

46. Incisão de 2cm no tórax

47. Incisão de 2cm no tórax

48. Incisão de 2cm no tórax

49. Incisão de 2cm no tórax

50. Incisão de 2cm no tórax

51. Incisão de 2cm no tórax

52. Incisão de 2cm no tórax

53. Incisão de 2cm no tórax

54. Incisão de 2cm no tórax

55. Incisão de 2cm no tórax

56. Incisão de 2cm no tórax

57. Incisão de 2cm no tórax

58. Incisão de 2cm no tórax

59. Incisão de 2cm no tórax

60. Incisão de 2cm no tórax

61. Incisão de 2cm no tórax

62. Incisão de 2cm no tórax

63. Incisão de 2cm no tórax

64. Incisão de 2cm no tórax

65. Incisão de 2cm no tórax

66. Incisão de 2cm no tórax

67. Incisão de 2cm no tórax

68. Incisão de 2cm no tórax

69. Incisão de 2cm no tórax

70. Incisão de 2cm no tórax

71. Incisão de 2cm no tórax

72. Incisão de 2cm no tórax

73. Incisão de 2cm no tórax

74. Incisão de 2cm no tórax

75. Incisão de 2cm no tórax

76. Incisão de 2cm no tórax

77. Incisão de 2cm no tórax

78. Incisão de 2cm no tórax

79. Incisão de 2cm no tórax

80. Incisão de 2cm no tórax

81. Incisão de 2cm no tórax

82. Incisão de 2cm no tórax

83. Incisão de 2cm no tórax

84. Incisão de 2cm no tórax

85. Incisão de 2cm no tórax

86. Incisão de 2cm no tórax

87. Incisão de 2cm no tórax

88. Incisão de 2cm no tórax

89. Incisão de 2cm no tórax

90. Incisão de 2cm no tórax

91. Incisão de 2cm no tórax

92. Incisão de 2cm no tórax

93. Incisão de 2cm no tórax

94. Incisão de 2cm no tórax

95. Incisão de 2cm no tórax

96. Incisão de 2cm no tórax

97. Incisão de 2cm no tórax

98. Incisão de 2cm no tórax

99. Incisão de 2cm no tórax

100. Incisão de 2cm no tórax

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/06/2023 10:24:18

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061510241727000000070466384

Número do documento: 23061510241727000000070466384

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
1) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 2) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 3) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 4) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 5) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 6) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 7) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 8) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 9) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 10) Anti-ácido 30ml 3x ao dia	11) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 12) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 13) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 14) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 15) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 16) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 17) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 18) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 19) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 20) Anti-ácido 30ml 3x ao dia	21) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 22) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 23) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 24) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 25) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 26) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 27) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 28) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 29) Anti-ácido 30ml 3x ao dia 30) Anti-ácido 30ml 3x ao dia	

[illegible]

Paciente:	RICARDO V. SILVA JUNIOR	Idade:	68 A
Convênio:	UNIVISA		

Paciente:	Shirley Beatrice Jones	Idade:	65 A
Convênio:		Data:	01/01/12
Procedimento:	Desenho de uma dentadura		
Cirurgião:	Carvalho	Auxiliar:	
Início:	22/01	Término:	22/01
		Anestesia:	12/01

Hours	PA	Pulse	SAT 92	Responsivel	A. Motors	Conclicia
21:30	16 x 10	69	92	Arterial + Venous		Goodly 1/2
22:00	16 x 10	37	92	12-16 / 12-16		Goodly 1/2
22:30	16 x 10	35	92	12-16 / 12-16		Goodly 1/2
23:00	16 x 10	35	92	12-16 / 12-16		Goodly 1/2
23:30	16 x 10	35	92	12-16 / 12-16		Goodly 1/2

[illegible][illegible]

Credentia

1000-0000/00/0000-0000\$10.00/0

(*Criterios para otras de SRPA*)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimentos 2 membros = 1		
Movimentos 4 membros = 2		
Apneia = 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:		



Num. 74783814 - Pág. 79

FRANCISCA M. L. DE OLIVEIRA
TÉC. DE ENFERMAGEM
COPEN 28 592 440

[illegible]

Peter

with k^2 curvature — 16

১৯৬

92

50

20



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
03/05	04:00						PC Quilato no at. T. B. em banho de D. R. e. e. e. e. e. União Opus Declaro e declaro que não há nenhuma doença	
04/05	04:00						PC Quilato no at. T. B. em banho de D. R. e. e. e. e. e. União Opus Declaro e declaro que não há nenhuma doença	
05/05	04:00						PC Quilato no at. T. B. em banho de D. R. e. e. e. e. e. União Opus Declaro e declaro que não há nenhuma doença	

GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	REGINALDO FERNANDES ALVES	Alcance	01	Leito	03	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica				
03/05	1) Dieta LUCE	08	PC Quilato no at. T. B. em banho de D. R. e. e. e. e. e. União Opus Declaro e declaro que não há nenhuma doença				
04/05	2) Dieta LUCE	08	PC Quilato no at. T. B. em banho de D. R. e. e. e. e. e. União Opus Declaro e declaro que não há nenhuma doença				
05/05	3) Dieta LUCE	08	PC Quilato no at. T. B. em banho de D. R. e. e. e. e. e. União Opus Declaro e declaro que não há nenhuma doença				
06/05	4) Dieta LUCE	08	PC Quilato no at. T. B. em banho de D. R. e. e. e. e. e. União Opus Declaro e declaro que não há nenhuma doença				
07/05	5) Dieta LUCE	08	PC Quilato no at. T. B. em banho de D. R. e. e. e. e. e. União Opus Declaro e declaro que não há nenhuma doença				
08/05	6) Dieta LUCE	08	PC Quilato no at. T. B. em banho de D. R. e. e. e. e. e. União Opus Declaro e declaro que não há nenhuma doença				
09/05	7) Dieta LUCE	08	PC Quilato no at. T. B. em banho de D. R. e. e. e. e. e. União Opus Declaro e declaro que não há nenhuma doença				
10/05	8) Dieta LUCE	08	PC Quilato no at. T. B. em banho de D. R. e. e. e. e. e. União Opus Declaro e declaro que não há nenhuma doença				
11/05	9) Dieta LUCE	08	PC Quilato no at. T. B. em banho de D. R. e. e. e. e. e. União Opus Declaro e declaro que não há nenhuma doença				
12/05	10) Dieta LUCE	08	PC Quilato no at. T. B. em banho de D. R. e. e. e. e. e. União Opus Declaro e declaro que não há nenhuma doença				



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
					80		Dieta restrita	
	11:30						Paciente muito agitado, não dorme, queixa de dor de cabeça	
01/05/17	06:00						Peso de hoje: 100 kg	



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
01/05/2023	09:30		110		120/80		Paciente consciente, orientado, medicado com analgésicos, dados de aferição em anexo.	Assis
							Reavaliado com dados de aferição em anexo.	Assis

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

- Pneumotórax bilateral
- S.O. de dor no tórax
- Febre de origem infecciosa
- Contusões pulmonares

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
JOÃO CARLOS ALVES	03	03	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/05/23	1) Analgésico: morfina 10mg IV 2) Antibiótico: ampicilina 1g IV 3) Analgésico: paracetamol 1g IV 4) Analgésico: clorpromazina 10mg IV 5) Analgésico: clorpromazina 10mg IV 6) Analgésico: clorpromazina 10mg IV 7) Analgésico: clorpromazina 10mg IV 8) Analgésico: clorpromazina 10mg IV 9) Analgésico: clorpromazina 10mg IV 10) Analgésico: clorpromazina 10mg IV	09:30 10:30 11:30 12:30 13:30 14:30 15:30 16:30 17:30 18:30	- Evolução clínica satisfatória. - Paciente estável, sem sinais de piora. - Sinais vitais dentro da normalidade. - Ausculta pulmonar com ruídos vesiculares normais. - Radiografia de tórax sem alterações. - Hemograma sem alterações. - Exame de urina sem alterações. - Exame de fezes sem alterações. - Exame de sangue sem alterações. - Exame de urina sem alterações.



[illegible]

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

1. What is the purpose of the experiment?
 To determine the effect of temperature on the rate of reaction between hydrogen peroxide and potassium iodide.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

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, 26



0 40-27 924388 - 41001 7120/924388 - 9999102



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA	
SECRETARIA DE SAÚDE	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOMINGOS FERREIRA	
CAMPINA GRANDE - PARAIBA	
PACIENTE:	SEVERINO FLORENTINO ALVES
DATA DO EXAME:	02/05/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento diâmetro multifrequencial.

ANÁLISE:

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

Ausência de lesões orgânicas relacionadas ao trauma no fígado, baço rim ou bexiga identificadas no método.

Observação: Realizamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia no diagnóstico hemoperitônio, todos em órgãos sólidos e viscerais.

Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti
CRM-SP: 131653 / CRM-PE: 1485
Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.



GOVERNO DA PARAIBA	
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
HOSPITAL DE TRAUMAS DOMINGOS FERREIRA	
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
Nome:	SEVERINO FLORENTINO ALVES
Idade:	30 ANOS
Sexo:	MASCULINO
Endereço:	HOSPITAL DE TRAUMAS DOMINGOS FERREIRA
Cidade:	CAMPINA GRANDE - PARAIBA
UF:	PARAIBA
CEP:	53010-000
Telefone:	(31) 3333-3333
E-mail:	severino@hospitalde-traumas.com.br

Exames	Resultados	Referência
HEMOGRAMA		
Hemoglobina (Hb)	10.7 g/dL	13.0 - 16.0 g/dL
Hematócrito (Hct)	32.4 %	37.0 - 47.0 %
Hemácias (RBC)	3.6 x10 ¹² /mm ³	4.0 - 5.5 x10 ¹² /mm ³
Hemácias jovens	0 %	0 - 1 %
Plaquetas (PLT)	107 x10 ³ /mm ³	150 - 400 x10 ³ /mm ³
Leucócitos (WBC)	10.700 /mm ³	4.000 - 10.000 /mm ³
Neutrófilos (NEUT)	82 %	50 - 70 %
Linfócitos (LYM)	13 %	20 - 40 %
Monócitos (MON)	2 %	2 - 8 %
Eosinófilos (EOS)	1 %	1 - 5 %
Basófilos (BAS)	0 %	0 - 2 %
Velocidade de sedimentação (VES)	23 mm/h	0 - 20 mm/h

Resultados esperados e confirmados.

Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti
CRM-SP: 131653 / CRM-PE: 1485
Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.



Paciente: **SEVERINO FLORENTINO ALVES**
Data: **16-05-2023** Hora: **17:23**
Idade: **66 anos**

Paciente: **SEVERINO FLORENTINO ALVES**
Data: **16-05-2023** Hora: **17:23**
Idade: **66 anos**

CLORO 197 mmol/l
SÓDIO 146 mmol/l
POSSÍFIO 4.3 mmol/l

GLICOSE (JEJUNO) 132 mg/dl
UREIA 58 mg/dl
CREATININA 0.7 mg/dl

Genética e Saúde Nels
SUS
0800 4000

Genética e Saúde Nels
SUS
0800 4000



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ala	Leito	Enfe
Data	Hora		Data	Hora	
10/06/2023	10h				
Recebeu fisioterapia respiratória, mobilização passiva e ativa, exercícios de fortalecimento muscular, alongamento, educação em saúde, orientação sobre a importância da fisioterapia e a necessidade de continuar os exercícios em casa.					
Assinatura do Físico: [Assinatura]					

NOME		IDADE		H. D.		ADMISSÃO		LEITO		HORA	
SUELIO MOREIRA TORRES		60		02/06/2023		02		3		10h	
FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS											
PROCEDÊNCIA: MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DME ☐ SLP ☐ Choque ☐ Rinite ☐ Ceto Nave ☐ ICD ☐ Trauma ☐ PNM ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICD ☐ Cirurgia HDA: [Assinatura]						CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE CD: ☐ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2 ☐ Aspersão ☐ TMY ☐ Oxiacção ☐ Oxiacção ☐ Oxiacção ☐ Torno de Marcha ☐ Orientações ☐ Torno de Marcha ☐ Torno de Marcha ☐ Oxiacção ☐ Marcha ☐ Exercício sensorial ☐ Torno de Marcha ☐ Torno de Marcha					
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR SV: ☐ IC ☐ PR ☐ PA ☐ SPO2 ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Crítico NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Obteruso Tensão: ☐ Hipó ☐ Hiper ☐ Normal Frequência: ☐ Normal ☐ Aumentada ☐ Diminuída Ritmo: ☐ Normal ☐ Irregular ☐ Anormal Pressão Arterial: ☐ Normal ☐ Alta ☐ Baixa						CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE CD: ☐ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2 ☐ Aspersão ☐ TMY ☐ Oxiacção ☐ Oxiacção ☐ Oxiacção ☐ Torno de Marcha ☐ Orientações ☐ Torno de Marcha ☐ Torno de Marcha ☐ Oxiacção ☐ Marcha ☐ Exercício sensorial ☐ Torno de Marcha ☐ Torno de Marcha					
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR SV: ☐ IC ☐ PR ☐ PA ☐ SPO2 ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Crítico NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Obteruso Tensão: ☐ Hipó ☐ Hiper ☐ Normal Frequência: ☐ Normal ☐ Aumentada ☐ Diminuída Ritmo: ☐ Normal ☐ Irregular ☐ Anormal Pressão Arterial: ☐ Normal ☐ Alta ☐ Baixa						CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE CD: ☐ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2 ☐ Aspersão ☐ TMY ☐ Oxiacção ☐ Oxiacção ☐ Oxiacção ☐ Torno de Marcha ☐ Orientações ☐ Torno de Marcha ☐ Torno de Marcha ☐ Oxiacção ☐ Marcha ☐ Exercício sensorial ☐ Torno de Marcha ☐ Torno de Marcha					





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Suelio Moreira Torres		
End:	R-Prop: Luis Pinheiro	Bairro:	Faz. Martinho
Data de Nascimento:	15.11.50	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. hipo	Data do Atend:	01.05.12
Acidente de trabalho?	() Sim	Hora:	Documento:

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: () Normocorada () 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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME SEVERINO FLORENTINO ALVES

RELACÃO SEVERINO FLORENTINO DE LIMA

MARIA BENEDITA ALVES

NATURALIDADE NATURALIDADE

FREI MARTINHO-PB

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

CIT. CARTÓRIO FUCUI-PB

CPF 857.272.371-49

DATA DE NASCIMENTO 15/11/1950

0 +

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/06/2023 10:24:18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02 P-058

MAIOR DE 65 ANOS

SEVERINO FLORENTINO ALVES

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 OUT. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.669.825.2* Vis 04.09.2001

NILÓ TRIGUEIRO DANTAS.

Nilvan Araújo Dantas.

Mari Lúcia Trigueiro Dantas.

João Pessoa. PB 09.06.1983

Cert. Nascimento. N° 28.412. Fls. 195. Liv. A. 27.

3ª Cart. João Pessoa. PB 047.951.774.65

Dia. Maria *[assinatura]* Cavalcanti

DIRETORIA DO DI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI-P.01

[Fotografia]

[Fotografia]

Nilo Trigueiro Dantas

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA

IDENTIDADE DE ADVOGADO

NILÓ TRIGUEIRO DANTAS

NILVAN ARAÚJO DANTAS

MARI LÚCIA TRIGUEIRO DANTAS

JOÃO PESSOA. PB 09/06/1983

2669825-2SP/PB 047.951.774-65

13220

[assinatura]

18/07/2018

TEN FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05461822

[Fotografia]

Nilo Trigueiro Dantas

ASSINATURA DO PROTECTOR

REGISTRO

18/07/2018

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 OUT. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO: 06/10/2016

ACERTADO: 582.119 - 2 VIA

NOME: SEVERINO FLORENTINO ALVES

PLACAO: SEVERINO FLORENTINO DE LIMA

MARIA BENEDITA ALVES

NATURALIDADE: FPE I MARTINHO-PB

DOC ORIGINAL: 000 DIVISÃO

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

CARTÓRIO FOCUT-PB

857.272.371-19

DATA DE NASCIMENTO: 15/11/1950

0 +

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

2-058

MAIOR DE 65 ANOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 MAIO 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

C

A

