

PROCURAÇÃO "Ad Judicia"

OUTORGANTE

JOSE BAPTISTA JUSTINO

brasileiro (a), CASADO, AGRICULTOR, inscrito no CPF sob nº 131.986.884-34, podendo ser intimado (a) na Rua SÍTIO MONTAÇOES - ZONA RURAL - MONTAÇOES -
- Paraíba, CEP: 58.145-000, neste ato nomeia e constitui como seu bastante procurador e advogado

OUTORGADO(S)

Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, com escritório profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, com os poderes especial de patrocinar defesa do outorgante junto a processo junto a Comarca de ESPERANÇA - Paraíba, podendo os outorgados, requererem o que necessário for junto a quaisquer órgãos administrativos, judiciais para tanto, praticar todos os atos, constantes da **CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA**, para o foro em geral, para defender o outorgante, bem como em qualquer órgão do Poder Judiciário e/ou extrajudicialmente, em qualquer grau de jurisdição, e diante de qualquer ente/órgão da Administração Pública direta e indireta, INSS, podendo, para tanto, propor ação e dela variar, contestar, recorrer, requerer, embargar, transigir, passar recibos, receber e dar quitação, desistir, renunciar, firmar acordos, requerer o benefício da gratuidade judiciária e tudo o mais praticar a bem do completo e fiel patrocínio de toda e qualquer pretensão do outorgante, podendo ainda levantar, receber, dar quitação, inclusive o "alvará judicial", decorrente da presente demandada, substabelecer a outrem, com ou sem reserva de poderes, se lhe convier, dando o outorgante tudo por bom, firme e valioso, como se por ele houvesse sido praticado.

MONTAÇOES

- Paraíba, 23 de JULHO

de 2019

⇒

X José Baptista Justino
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, JOSE BATISTA JUSNINO, brasileiro (a),
CASADO, AGRICULTOR, inscrito no CPF sob nº 131.986.884-34,
podendo ser intimado (a) na Rua
Sítio Monmolas - zona Rural - MONMOLAS - PB Paraíba.

Declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção da palavra.

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

Por ser verdade, firmo o presente.

MONMOLAS - Paraíba, 23 de JULHO de 2019

⇒ Jose Batista Jusnino
Declarante.



- CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante: JOSÉ BATISTA JUSTINO, brasileiro,

CASADO, AGRICULTOR, inscrito no CPF sob nº 131.986.884-34, podendo ser intimado na Rua Sítio Montadas - zona Rural - Montadas - Paraíba,

contrata com os advogados Dr. Wamberto Balbino Sales, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/PB 6846 e Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, ambos com endereço profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de Campina grande - Paraíba, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT;

2- A parte contratante, não pagará qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juizo, da causa, firmados na clausula- *ad exitum* (quando o pagamento só é feito se a decisão for favorável à parte contratante);

3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante, não desembolsara, quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida;

4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, deverá a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (trinta por cento) sob o valor da causa;

5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide.

Elegem as partes, para dirimir quaisquer duvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de Paraíba;

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

MONDAS - Paraíba, 23 de JULHO de 2019

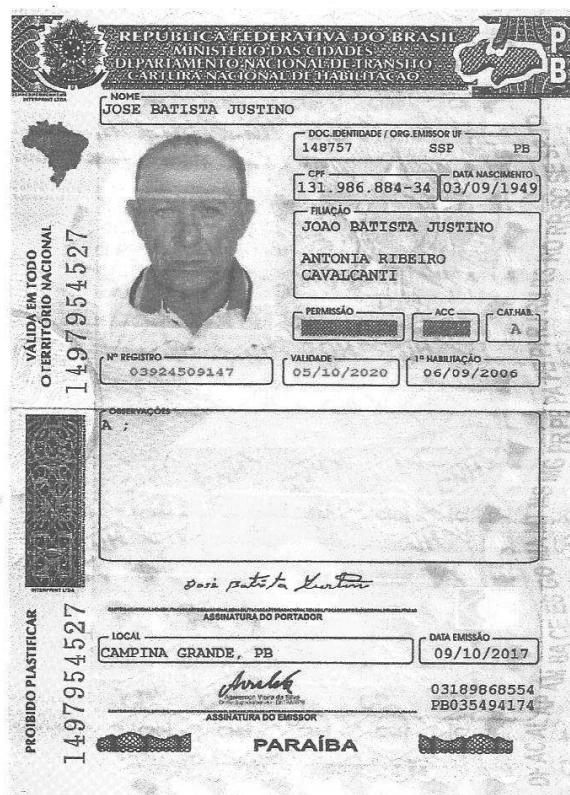
⇒ Contratante: Xosé Batist Justino

Contratado: _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____





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 027.852.073



ENERGISA PARAÍBA - 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

JOSE BATISTA
SIT MONTADAS S/N
MONTADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/239747-9

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUL/2019

12/07/2019

126

19/07/2019

R\$ 87,11

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 23/07/2019

Pagador: JOSE BATISTA CNPJ/CPF: 131.986.884-34

SIT MONTADAS S/N - CENTRO - MONTADAS / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120003738627	000239747201907	19/07/2019	R\$ 87,11	

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



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 07/08/2019 14:51:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080714512204400000022593989>

Número do documento: 19080714512204400000022593989

Num. 23305357 - Pág. 1

Governo do Estado do(a/e) Paraíba
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2^a SRPC / 12^a Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Municipal de Montadas
Rua Severina Araújo de Souza, 222, Centro, Montadas/PB



Ocorrência nº11/19

Versando sobre: Acidente de trânsito/Seguro DPVAT.

Data do Fato: 02/12/2018

Hora do Fato: 14:00

C E R T I D Ã O D E O C O R R Ė N C I A

Eu, **Vassili Salomaovitch Barinov Gurgel**, Comissário desta Delegacia de Polícia Civil, CERTIFICO para os fins a que se fizerem necessários que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registro de Ocorrências nº05/17, cujo teor passo a escrever na integra: Aos 25 de março de 2019, nesta cidade de Montadas - Paraíba, e na Delegacia de Polícia Civil, onde se fazia presente o(a) Bel(a). **KELSEN DE MENDONÇA VASCONCELOS**, Delegado(a) de Comarca desta unidade policial. Aí por volta das 11:30 compareceu o(a) Sr(a). **JOSÉ BATISTA JUSTINO**, R.G. 148757, SSP/PB, C.P.F 131.986.884-34, brasileiro(a), vigilante, viúvo, natural de Areial, nascido(a) aos 03/09/1949, filho(a) de João Batista Justino e Antônia Ribeiro Cavalcante, residente e domiciliado(a) à Rua Sítio Montadas, em frente a barragem de Montadas, Montadas-PB, tel (83) 3381-1165; o(a) qual após cientificado das penalidades culminadas com o Art 299 do C.P.B. (falsidade ideológica) vem notificar QUE: **QUE no dia 02 de dezembro de 2018, o comunicante trafegava próximo a igreja do Distrito de Campinote, Lagoa Seca/PB quando o pneu dianteiro da motocicleta HONDA BIZ 125, PLACA QFZ-7826/PB, RENAVAM 0112203210-0 escorregou na pista, sendo que a motocicleta ao cair atingiu a perna esquerda; QUE foi conduzido pela sua filha JOSILENE JUSTINO DA SILVA para o Hospital de Trauma, onde passou por procedimento cirúrgico, colocando o ferro fixador; QUE compareceu a esta Delegacia para lavrar a presente certidão e apresentou o CNH para identificação, o comprovante de residência, o CRLV do veículo, exercício 2018 e o prontuário nº1785610 expedido pelo Hospital de Trauma.** Nada, mais havendo para constar, registrou esta ocorrência e solicitou certidão.

Notificante

24 ABR. 2019

Vassili S. Barinov Gurgel
Comissário de Polícia Civil

PolOffice L11032016125028d69a3919175

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA RENAVAM PRT 2018010009299 EXERCÍCIO
1 0112203210-0 00/00000000 2018
NOME
GESSICA SIMAO DE SOUZA OLIVEIRA
CPF / CNPJ 08686363474 PLACA QFZ7826/PB
PLACA ANT / UF NOVO CHASSI 9C2JC4830HR411306
ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO APPLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL
MARA / MODELO HONDA/BIZ 125 ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2017
CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE CINZA
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS 00/00/0000 1^o
IPV FAIXA IPV A PARCELAMENTO / COTAS 0 2^o
A***** 3^o
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO PAGO 30/08/2018
OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
LOCAL 0 DATA 18/10/2018
CAMPINA GRANDE-PB 16128
41076 
DENATRAN - PB - 16128 - 18/10/2018

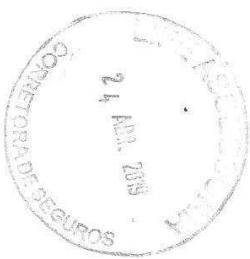
SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014202429750 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 18/10/2018
VIA 1 CPF / CNPJ 08686363474 PLACA QFZ7826/PB
RENAVAM 01122032100 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125
ANO FAB. 2017 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2JC4830HR411306
PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
***** SEGURADO PAGO
PAGAMENTO
 COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
30/08/2018
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.606/0001-04
16128-1416577-20181018
JUN/2018



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: **053774/39** CPF da vítima: **131.986.884-34** Nome completo da vítima: **JOSE BATISTA JUSTINO**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **JOSE BATISTA JUSTINO** CPF: **131.986.884-34**
Profissão: **VIGILANTE** Endereço: **Rua Sítio Montazas** Número: **5109** Complemento: **CASA**
Bairro: **CENTRO** Cidade: **MONTAZAS** Estado: **PARAÍBA** CEP: **58.165.000**
E-mail: **BALBINSCE@HOTMAIL.COM** Tel. (DDD): **(031) 99829.8855**

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**
 AGÊNCIA: **3331** CONTA: **6.663**
 (Informar o dígito se existir) (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 fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
 Vivos: Falecidos:

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: **Jacu Pires 24/04/2019**
 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Nome: **Jacu Pires**
 CPF: **11.111.111-11**

TESTEMUNHAS

1^a | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2^a | Nome: _____
 CPF: _____

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 duas testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

SSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 07/08/2019 14:51:32

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080714512808400000022594023

Número do documento: 19080714512808400000022594023

Num. 23305391 - Pág. 1





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO	VÍTIMA	DATA DO ACIDENTE	PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
<u>JOSE BAPTISTA JUSTINO</u>	<u>JOSE BAPTISTA JUSTINO</u>	<u>02/12/2018</u>	<u>CPF DA VÍTIMA</u>
			<u>131.986.884-34</u>
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	VÍTIMA	REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM	
A VÍTIMA É	<u>JOSE BAPTISTA JUSTINO</u>	NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS	
ENDERECO DO PORTADOR	<u>Rua Shio Montadas</u>	RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O	
Nº	<u>S/N²</u>	TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)	
COMPLEMENTO	<u>CASA</u>	COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS	
CIDADE	<u>UF PAZENDA</u>	NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA	
E-MAIL	<u>RABINUSCE@Hotmail.com</u>	SIMPLES E LEGÍVEL)	
		COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA	
		(ORIGINAL)	
		AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE	
		CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO	

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS
<input type="checkbox"/> REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
<input type="checkbox"/> NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: O REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉNOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:
DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE
<input type="checkbox"/> REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AUTA DEFINITIVA
<input type="checkbox"/> BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: O REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉNOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS
<input type="checkbox"/> CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
INFORMAÇÕES IMPORTANTES
VALORES DE INDENIZAÇÃO
<input type="checkbox"/> • MORTE = R\$ 13.500,00
<input type="checkbox"/> • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
<input type="checkbox"/> • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADORA.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

-DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉNOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA 24/04/2019

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE
DATA 24/04/2019

IDENTIDADE 141872575899

NOME Emmanuel Saraiva Ferreira

ASSINATURA



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: 3190289740

Vítima: JOSE BATISTA JUSTINO

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BATISTA JUSTINO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JOSE BATISTA JUSTINO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000003331-6

Conta: 000006663-X

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



MENSAGEM DO SENHOR MINISTRO

Criada em 1932, a Carteira de Trabalho e Previdência Social resistiu ao passar dos anos, assimilando com muita presteza as profundas modificações que se registraram, nestas décadas, na composição, distribuição e qualificação da nossa força de trabalho.

Sem nenhum exagero, pode-se afirmar que este documento, por muitos ainda hoje conhecido como "carteira profissional", converteu-se num dos mais importantes instrumentos à disposição do trabalhador, fazendo às vezes de cédula de identidade, título de crédito, atestado de antecedentes, de boa conduta e de residência, para citar apenas algumas das suas múltiplas utilidades.

Em sua simplicidade, a CTPS reflete a carreira do trabalhador e sua evolução profissional. Cabe-lhe pois, protegê-la atenta e cuidadosamente, porque enquanto pelos seus aspectos externos essa Carteira revela traços importantes da personalidade e da formação do seu possuidor, os registros internos, habitualmente insubstituíveis, se constituem nas melhores garantias da preservação e da efetivação dos seus direitos trabalhistas e previdenciários.

Almir Pazzianotto Pinto



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

Carteira de

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Almir Pazzianotto Pinto
ASSINATURA DO PORTADOR



12 CONTRATO DE TRABALHO

Prefeitura Municipal de Montadas	
Empregador	R. Jado Veríssimo de Souza, 5
CGC/MF	Centro - C.E.P. 58.145
Rua	MONTADAS - P.R. N° 1
Município	Est.
Esp. do estabelecimento	Pública
Cargo	Agilizante
C.B.O. nº	
Data admissão	01 de julho de 1981
Registro nº	111 Fls./Ficha 53V. 40.29
Remuneração especificada	
tida R\$ 9,42	

1º 2º
Data saída 03 de Junho de 1991
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD N.º *14013*
vide Pág: 44 *PAGE 14.06.99*

CONTRATO DE TRABALHO

1º 2º
Data saída...de..... de 19.....
..... Ass. do empregador ou a rogo c/test.





GOVERNO
DA
PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

CLASS.

DE RISCO: VERMELHO

PRTON (B.E) Nº: 1785610

CLASS.

DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

AV. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mylvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Ligiane Verônica Silva Coutinho

PACIENTE: JOSE BATISTA JUSTINO CEP:58145000

Endereço:SITIO MONTADAS Nascimento:04/09/1949

Cidade: Montadas

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:casado(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

Cidade:

Nome:

RG:

CPF:

Profissão:AGRICULTOR
Data de
Atend:02/08/2018
Hora: 15:10:36
CRM:

Idade:069

Bairro:ZONA RURAL

Nº:0

Especialidade:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Passou-se Vítima da queda de moto. Pausa de 20m

ALERGIA:

Medicamentos:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS

()

Fotorreagentes

()

Isoatóricas

()

Anisocôricas

()

Glasgow

15

PA

HGT:

Sat02

SpO2

RR

Tempo

RR

EXAMES SOLICITADOS:

()

laboratoriais

()

Isosometria arterial

()

Ultrassonografia:

()

()

Radiografias:

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

</



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

Ficha de Acolhimento

Nome: <u>JOÃO BOTAS JUSTINO</u>	Bairro: <u>Monteiro</u>
End: <u>ST. Mandacaru</u>	
Data de Nascimento: <u>04.09.1949</u>	Documento de Identificação:
Queixa: <u>AC. DCE</u>	Data do Atend.: <u>02.12.18</u> Hora: <u>15:10</u> Documento:
Acidente de trabalho? <u>NUO</u>	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gerente
Frequência respiratória:	
Pressão arterial:	
Dosagem de FGT:	
Desambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Frequência cardíaca:
Temperatura axilar:
Mucosas: Normocorada Pálida

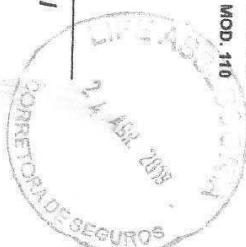
Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

CONSELHO DE SEGUROS

MOD. 110

Assinatura e carimbo do profissional



ORTOPEDIA 1

LEITO 4-3

JOSE BATISTA

Nº PRONTUÁRIO: 1785684

FX EXP PERNAS

LEITO 4-3

17/12

1 DIETA LIVRE

2 JELCO SALINIZADO

3 DIPIRONA 1G + AD IV 6\6H

4 TILATIL 20MG + AD IV 12\12H SN

5 NAUSEDRON 1AMP + AD IV 8\8H SN

6 CLEXANE 40MG SC ÀS 20H

7 SSW + CCGG

8 FISIO MOTORA

9 Alte hospitalar



Bloco, sten, sem nistronas

Fistula anurada na fixada

distens.

Pressão do vento em molhos

medidas.

Od: alte + nistron + mediodo

c1 vela de grande / elegante,
compre ensaço de dr.

Dras bilhante.

Dr. Euler Fábio A. Cruz
MR ORTOPEDA-TRAMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Dr. Euler Fábio A. Cruz
MR ORTOPEDA-TRAMATOLOGIA
CRM-PB 9907

15/12 10:00hs Paciente aguarda procedimento
P. A 120x80 cirúrgico, realizado enxatio + limpeza
nos fixadores, medicado e.P.M, segue
aos cuidados da enfermagem.

Debora Silva Lima
Tec. de Enfermagem
COREN-PB 602532

15/12 10:00hs P. A. - P. Nodos. Paciente recebeu os óculos,
declarando que não se sente mal.

deb
J. S.



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

 () Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

- | | | |
|--|--|---|
| (<input type="checkbox"/>) Cefalácia | (<input type="checkbox"/>) Tontura | (<input type="checkbox"/>) Sincopse |
| (<input type="checkbox"/>) Dispnéia de esforço | (<input type="checkbox"/>) Grande | (<input type="checkbox"/>) Pequena |
| (<input type="checkbox"/>) Palpitações | (<input type="checkbox"/>) Média | (<input type="checkbox"/>) Orlapnéia |
| (<input type="checkbox"/>) Dor Precordial | (<input type="checkbox"/>) Tosse Seca | (<input type="checkbox"/>) Expectorção |
| Relacionada (<input type="checkbox"/>) Esforço | (<input type="checkbox"/>) Típica | (<input type="checkbox"/>) Atípica |
| | (<input type="checkbox"/>) Emoções (<input type="checkbox"/>) Frio | (<input type="checkbox"/>) Pós-prandial |

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|
| (<input type="checkbox"/>) Hipertensão Arterial Sistêmica | (<input type="checkbox"/>) Hipertensão Pulmonar | (<input type="checkbox"/>) DPOC | (<input type="checkbox"/>) Outros |
| (<input type="checkbox"/>) Diabetes Mellitus | (<input type="checkbox"/>) Insut. Cardiaca Congestiva | (<input type="checkbox"/>) Insuficiência Coronariana | |
| (<input type="checkbox"/>) Arritmias | (<input type="checkbox"/>) insuf. Renal | (<input type="checkbox"/>) Aguda | (<input type="checkbox"/>) Crônica |

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- | | |
|--|---|
| (<input type="checkbox"/>) Alergia a Medicamentos: _____ | (<input type="checkbox"/>) Tabagismo |
| (<input type="checkbox"/>) Etilismo | (<input type="checkbox"/>) Sedentarismo |
| (<input type="checkbox"/>) Dislipidemia | (<input type="checkbox"/>) Outros |
| (<input type="checkbox"/>) Cirúrgico: _____ | |

 Medicamentos em uso () Não () Sim: _____

4 - EXAME FÍSICO:

 () Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

FC.: _____ b.p.m P.A.: _____ mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: DATA = 07-12-18 HORA = 09:00

PA = 120x80 - Paciente comente que está medindo

Abdômen - Comentários: ocorre tiques e ondas realizada

o mesmo seguindo o sentido de rotação

Membros inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: DATA = 07/12/18 09:00hs P.A. = 120x70

DEBORA

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

- | |
|--|
| (<input type="checkbox"/>) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal) |
| (<input type="checkbox"/>) Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal) |
| (<input type="checkbox"/>) Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca) |
| (<input type="checkbox"/>) Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar) |

Obs.: _____

Ass. do Médico





TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

12 Paciente EGR medicado
12 realizando tratamento segue
18 sobre os cuidados da
Imagem *Grosky*

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

12 P. 120x80
12 Paciente EGR segue
18 sobre os cuidados
Grosky

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.



Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

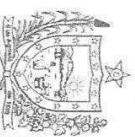
O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____





GOVERNO DA PARAÍBA

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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

BLOCO
Diagnóstico

fx exp. bursa da perna (t)

paciente José Batista Justino
Alojamento 5
Leito 2
Convênio

Data Prescrição Médica Horário Evolução Médica

01/08

Dr. Valdir
1000 ml

00h

onco meda

01/08

Dr. Valdir
1000 ml

00h

onco meda

01/08

Dr. Valdir
1000 ml

00h

onco meda

01/08

Dr. Valdir
1000 ml

00h

onco meda

01/08

Dr. Valdir
1000 ml

00h

onco meda

01/08

Dr. Valdir
1000 ml

00h

onco meda

01/08

Dr. Valdir
1000 ml

00h

onco meda

01/08

Dr. Valdir
1000 ml

00h

onco meda

01/08

Dr. Valdir
1000 ml

00h

onco meda

01/08

Dr. Valdir
1000 ml

00h

onco meda

01/08

Dr. Valdir
1000 ml

00h

onco meda

01/08

Dr. Valdir
1000 ml

00h

onco meda

01/08

Dr. Valdir
1000 ml

00h

onco meda



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática 13-12-18 9:hs PA () Oligossintomática 18

SINTOMAS:

() Cefalácia () Tontura Paciente malu () Síncope
 () Dispnéia de esforço () Grande estufa aguarda () Pequena
 () Palpitações () Média problema () Ortopnéia
 () Dor Precordial () Tosse Seca musego () Expectoração
 Relacionada: () Esforço () Típica () Atípica
 () Emoções () José das Cruz () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
 () Diabetes Mellitus () Insuf. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
 () Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: _____ () Tabagismo
 () Etilismo () Sedentarismo
 () Dislipidemia () Cirúrgico _____ () Outros

 Medicamentos em uso () Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

 FC: _____ b.p.m P.A.: 13-12-18 P.A. 120x80 20:00h mmHg

 Ap. Respiratório - Comentários: P.C. t. vermelho queixas. Sigue raro
caídas de consciência.

Abdômen - Comentários: _____

Daniela Aquino de Araújo
CPB 1.248.611-TE

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.:

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

() Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
 () Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
 () Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
 () Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Ass. do Médico



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: 14.12.18 PA: 110x70 mmHg IDADE: 20 SEXO: Male
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: 2 DATA: 14/08/2019

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligossintomática

SINTOMAS:

<input type="checkbox"/> Cefalácia	<input type="checkbox"/> Tontura	<input type="checkbox"/> Síncope
<input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço	<input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Pequena
	<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Ortopnéia
<input type="checkbox"/> Palpitações	<input type="checkbox"/> Tosse Seca	<input type="checkbox"/> Expectoração
<input type="checkbox"/> Dor Precordial	<input type="checkbox"/> Típica	<input type="checkbox"/> Atípica
Relacionada: <input type="checkbox"/> Esforço	<input type="checkbox"/> Emoções <input type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/> Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica	<input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca Congestiva	<input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana	
<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Insuf. Renal	<input type="checkbox"/> Aguda	<input type="checkbox"/> Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

<input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: _____	<input type="checkbox"/> Tabagismo	
<input type="checkbox"/> Etilismo	<input type="checkbox"/> Sedentarismo	
<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Cirúrgico _____	<input type="checkbox"/> Outros

Medicamentos em uso Não Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

FC.: _____ b.p.m P.A.: _____ mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: _____

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
 Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
 Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
 Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Ass. do Médico



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: José Antônio Justino IDADE: 69 SEXO: M
 IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 03/12/18

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

- Assintomática Sintomática Oligossintomática
- SINTOMAS:**
- | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cefaléia | <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Síncope |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço | <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Pequena |
| <input type="checkbox"/> Palpitações | <input type="checkbox"/> Média | <input type="checkbox"/> Ortopnéia |
| <input type="checkbox"/> Dor Precordial | <input type="checkbox"/> Tosse Seca | <input type="checkbox"/> Expectoração |
| Relacionada: <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> Típica | <input type="checkbox"/> Atípica |
| | <input type="checkbox"/> Emoções | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |
| | <input type="checkbox"/> Frio | |

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Insut. Cardíaca Congestiva <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crônica |

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- Alergia a Medicamentos: negativo Tabagismo
- Etilismo Sedentarismo
- Dislipidemia Outros
- Cirúrgico P/ fratura
Vertebral

Medicamentos em uso Não Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

- Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso
- Ap. Cardiovascular - Comentários: RCA 2T, AD

FC.: 84 b.p.m P.A.: 140 x 70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: fratura ossos perna e (exposta)

5 - E.C.G.: R. sinus, ARV difuso,

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

- Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
 Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
 Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
 Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Dra. Iara Quinta, M.D.
Cardiologista
CRM: 27-00

Ass. do Médico



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

C = Contaminado

PACIENTE:		Jose Batista justino		ON. 04/09/1949			GOVERNO DA PARAÍBA	
QI	LEITE	Sala 04	CONVÉNIO	SUS	IDADE	69a.	REGISTRO	1785610
CIRURGIA <i>trat. varur. trat. dos ossos da perna esquerda.</i>				CIRURGÃO		Dr. Yalh.		
ANESTESIA				ANESTESIA		Dr. Valdelúcio		
INSTRUMENTADORA	DATA		INÍCIO		FIM			
	02/12/18		18:10		18:54			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Bolsa Colostoma	Qtd.			
	Adrenalina amp.			Calef. p/ Óxg.				
01	Atropina amp.			Catet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut			
	Diazepam amp.			Compressa Grande	Catgut			
01	Dimetil amp.			Compressa Pequena	Catgut			
	Dolartina amp.			Cotonoide	Catgut			
	Efrane ml			Dreno	Catgut			
	Fenegam amp.			Dreno Kerr n°	Catgut			
	Fentanil ml			Dreno Penrose n°	Cera p.			
	Inova ml			Dreno Pezzer n°	Ethibor			
	Ketalar ml			Equipo de Macrogotas	Ethibor			
01	<i>Metocaina</i> % ml			Equipo de Macrogotas	Ethibor			
	Nubahin amp.			Equipo de Sangue	Fio de			
	Pavulon amp.			Equipo de PVC	Fio de			
	Protigmine amp.			Espadrapo Larco cm	Fio de			
	Protóxido l/m			Furacim ml	Fio de			
	Quelicin ml			Gase Pacote c/ 10 unidades	Fila ca			
	Rapifen amp.			H ₂ O ml	Monon			
	Thionembutal ml			Intracath Adulto	Monon			
	Tracrium amp.			Intracath Infantil	Proleni			
Qtd.	MEDICAÇÕES			Qtd.	Qtd.			
03	Agua Destilada amp.			Lâmina de Bisturi n° 23	Proleni			
01	Decadron amp.			Lâmina de Bisturi n° 11	Proleni			
02	Dipirona amp.			Lâmina de Bisturi n° 15	Proleni			
	Flaxidol amp.			Luvas 7.0	Vicryl S			
	Flebocortid amp.			Luvas 7.5	Vicryl S			
	Geramicina amp.			Luvas 8.0	Vicryl S			
	Glicose amp.			Luvas 8.5	Vicryl S			
	Glucon de Cálcio amp.			Oxigênio l/m				
	Haemacel ml.			Poliflix				
	Heparema ml.			PVPI Degemante ml				
	Kanakion amp.			PVPI Tópico ml.	Qtd.			
	<i>Laxix</i> amp. <i>toracosc</i>			Sabão Antiséptico	SG Nor			
01	Medrotinazol.			Saco coletor	SG Gel			
	<i>Nal</i> amp.			Seringa desc. 10 ml	SG Hip			
	<i>Nal</i> amp.			Seringa desc. 20 ml	SG Rin			
	Prolamina			Seringa desc. 05 ml	SG fr 5			
	Revivan amp.			Sonda				
	Suptanon amp.			Sonda Foley	Qtd.			
02	Cefalotina 1g <i>Ciprofime</i>			Sonda Nasogástrica	STERILE			
				Sonda Uretral n°	IPC			
				Sterydrem ml	IPC			
				Torneirinha	IPC			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			Vaselina ml				
	Aguilha desc. 25x7			Gelcon 18				
02	Aguilha desc. 20x20 <i>210x12</i>			Latese				
	Aguilha desc. 3x4,5							
01	Aguilha p/ ráque n° 26			03 <i>Seta de edos</i>				
05	Álcool de Enfermagem			03 <i>Sacos p/ lito</i>				
	Álcool Iodado ml							
	Ataduras de Crepon							
	Ataduras de Gessada							
	Azul metílico amp.							
	Benzina ml <i>Urticádico</i>							
EQUIPAMENTOS								
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxicapiógrafo <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input type="checkbox"/> Cardiômetro <input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico								
CIRCULANTE RESPONSÁVEL								
Maria Vilma E.B. da Nobrega ENFERMAGEM TEL: 083-3201.237.002								

MOD 066



Nome do Paciente	Jorge BATISTA Justino		Nº Prontuário
Data da Operação	02/12/18	Enf.	Leito
Operador	Dr. VALTH MENEZES	1º Auxiliar	
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Dr. Valdir Nogueira	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	fratura exposta ouro de pulpa (E)		
Tipo de Operação	extração		
Diagnóstico Pós-Operatório	o pulpa		
Relatório Imediato da Patologia	—		
Exame Radiológico no Ato	—		
Acidente Durante a Operação	—		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

01. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
02. Anestesia e antianestesia
03. Corte estéril
04. Fólio longitudinal + 6cm em foco protético
05. Ablidamento de tecido adipofágico
06. Inigração c/ serra exarcebante
07. Inigração crista de protetos
08. Fixaram c/ fixar em sutura linear monofilônio unicortical
09. Sutura de pele com fôrceps e agulha
10. Cerrados
11. no final do procedimento boa perfomance distal, melhor cheiro.

Dr. Valth Menezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 16.551 / TECOT 15.090

lod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE IRMÃOS

CIDADE

R. GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

JOSE FRANCISCO JUSTINO

Nº DO PRONTUÁRIO

12856109

Nº AI. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRATAMENTO DE FRACTURA DOS OSSOS DA PERNAS

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

FIXADOR EXTERNO

01



30C



30C



30C



30C



30C



30C



30C



30C



30C



30C



30C



30C



30C



30C



30C

REF.: 0920-006-180 LOTE: 0028/M017

CLASSE: III QTD: 8

REF.: 0920-006-180 LOTE: 0028/M017

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? _____	
Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSD Data da punção 10/12/18	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastroenterologia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <i>Fixador MTE</i> Curativo em: 10/12/18	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p>Paciente B6G, Estável, sem queixas. Aguarda cirurgia e segue aos cuidados da equipe de enfermagem.</p> <p><i>Raimundo Henrique Aquino S. Paiva</i> ENFERMEIRA COREN-PB: 456559</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 10/12/18 HORA: ____ h

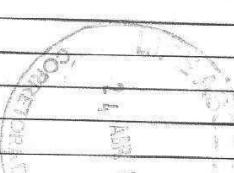
FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





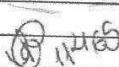
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	José Batista Justino	Idade:	65
Convênio:	SUS	Data:	02/12/2018
Procedimento:	trat. cirúrgico de fratura dos ossos da perna esquerda		
Cirurgião:	Dr. Malh	Auxiliar:	
Início:	18:10	Término:	18:54
		Anestesia:	roqui

Observações:		
 		
Assinatura Anestesista		Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante



DATA - 10 - 12

HORN - 10:00

17

parent concentrate

orientados a evadir

realizado a esse

cascade of neurons

Agnieszka Linneberg

2 degrees less

anisodato de especial

~~JUICIO DOS SANTOS S/1990
COREIA PB 958.700-TE~~

DATA - 10 - 12 - 18
MORT - 18.00
PA - 110 x 20 " "

110 x 24

1924 - 1930

DATA - 10 - 12 - 18

14822871

order
for
you

1015

3

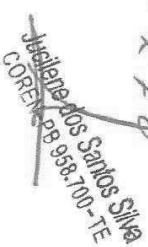
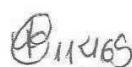


TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apneia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10



Assinatura do anestesista





E





E



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 07/08/2019 14:51:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080714515378900000022594444>
Número do documento: 19080714515378900000022594444

Num. 23305862 - Pág. 1



III

2



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 07/08/2019 14:52:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080714520080600000022594450>
Número do documento: 19080714520080600000022594450

Num. 23305868 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE ESPERANÇA

1ª VARA

DESPACHO:

Vistosec.

Defiro a gratuidade judiciária requerida (art. 98 e seguintes, CPC), vez que não há elementos nos autos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão do benefício ou capazes de autorizar a desconsideração da presunção relativa da alegação de insuficiência de recursos (art. 99, §§ 2º e 3º, CPC).

Ademais, observando-se que a matéria discutida nos presentes autos admite a autocomposição, mas considerando que a prática forense tem revelado que a parte promovida não se dispõe a fazer acordo sem a realização da perícia médica, afigura-se desnecessária (e mesmo desaconselhável, ineficiente (art. 37, caput, CF) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (art. 5º, LXXVII, CF) a designação exclusiva de audiência de conciliação, quando já se anuncia infrutífera sua realização, sobretudo em razão do benefício pleiteado já ter sido negado administrativamente.

Registra-se, todavia, que a autocomposição pode ser obtida no curso da lide, e mesmo como fase preliminar da própria audiência de instrução (art. 359, CPC), motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo para a *ratio conciliadora* da novel codificação (art. 3º, § 3º, c/c art. 139, V, CPC) a sua não realização no caso dos autos.

Portanto, **cite-se** a parte acionada para, querendo, oferecer contestação no prazo legal.

Em havendo arguição de prejudiciais de mérito/preliminares (art. 337, CPC) ou de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (art. 350, CPC), por ocasião da contestação, intime-se a parte autora, independentemente de conclusão, para, querendo, se manifestar no prazo de 15 (quinze) dias.

Somente após a réplica, voltem-me conclusos.

Cumpra-se, com as cautelas legais.

Esperança, 13 de agosto de 2019.

Paula Frassinetti Nóbrega de Miranda Dantas

Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: PAULA FRASSINETTI NOBREGA DE MIRANDA DANTAS - 14/08/2019 00:13:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081310541263800000022733399>
Número do documento: 19081310541263800000022733399

Num. 23452597 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: PAULA FRASSINETTI NOBREGA DE MIRANDA DANTAS - 14/08/2019 00:13:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081310541263800000022733399>
Número do documento: 19081310541263800000022733399

Num. 23452597 - Pág. 2