

PROCURAÇÃO "Ad Judicia"

OUTORGANTE JOSE BATISTA JUSTINO
brasileiro (a), CASADO, AGRICULTOR, inscrito no CPF sob nº
131.986.884-34, podendo ser intimado (a) na Rua
SÍTIO MONTEADA - ZONA RURAL - MONTEADA -
- 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
ESPERANCA - 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.

MONTEADA - Paraíba, 23 de JULHO de 2019
⇒ Jose Batista Justino
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, JOSE BATISTA JUSTINO, brasileiro (a),
CASADO, AGRICULTOR, inscrito no CPF sob nº 131.986.884-34,
podendo ser intimado (a) na Rua
: SÍTIO MONIMÓAS - ZONA RURAL - MONIMÓAS - 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.

MONIMÓAS - - Paraíba, 23 de JULHO de 2019

⇒ x Jose Batista Justino
Declarante.



- CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

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

CASADO, AGRICULTOR, inscrito no CPF sob nº 131.986.884-34, podendo ser intimado na Rua SÍTIO MONIMOM - ZONA RURAL - MONIMOM - 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 pagara 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 Juízo, da causa, firmados na cláusula- *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, devera 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 dúvidas, 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.

MONIMOM - Paraíba, 23 de JULHO de 2019

⇒ Contratante: Jose Batista Justino

Contratado: _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
COM. PARLAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

PB

NOME
JOSE BATISTA JUSTINO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
148757 SSP PB

CPF
131.986.884-34

DATA NASCIMENTO
03/09/1949

FILIAÇÃO
JOAO BATISTA JUSTINO
ANTONIA RIBEIRO CAVALCANTI

PERMISSÃO
☐ **ACC**
☐ **CAT. HAB.**
A

Nº REGISTRO
03924509147

VALIDADE
05/10/2020

1ª HABILITAÇÃO
06/09/2006

OBSERVAÇÕES
A ;

ASSINATURA DO PORTADOR
Jose Batista Justino

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
09/10/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
[Assinatura]
03189868554
PB035494174

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1497954527

PROIBIDO PLASTIFICAR
1497954527



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 027.852.073



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

JOSE BATISTA
SIT MONTADAS S/N
MONTADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/239747-9

REFERÊNCIA

JUL/2019

APRESENTAÇÃO

12/07/2019

CONSUMO

126

VENCIMENTO

19/07/2019

TOTAL A PAGAR

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				





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



Página Nº _____
Rubrica _____

Ocorrência nº11/19

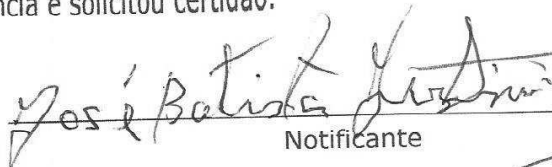
Versando sobre: Acidente de trânsito/Seguro DPVAT.

Data do Fato: 02/12/2018

Hora do Fato: 14:00

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA

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 íntegra: 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, RENAVAL 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

Vassili S. Barinov Gurgel
Comissário de Polícia Civil



PolOffice L11032016125028d69a3919175



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014202429750
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 20180100099299-7 EXERCÍCIO 2018
0112203210-0 00/00000000 2018

NOME
GESSICA SIMAO DE SOUZA OLIVEIRA

CPF / CNPJ 08686363474 PLACA QFZ7826/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2JC4830HR411306

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL
MARCA / 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 00/00/0000 1º
FAIXA I.P.V.A. A***** PARCELAMENTO / COTAS 0 2º
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 30/08/2018

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

LOCAL CAMPINA GRANDE-PB DATA 18/10/2018
41076 16128

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - 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 1122032100 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125

ANO FAB. 2017 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2JC4830HR411306

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

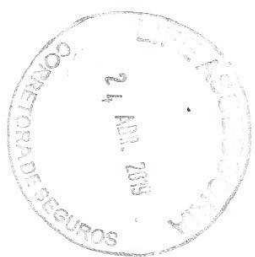
CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO TOTAL A SER PAGADO PELO SEGURADO (R\$) P A G O

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 30/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

16128-1416577-20181018



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: 0137774/19 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 SÍLIO MONTAÑAS Número: 8123 Complemento: CASA

Bairro: CENTRO Cidade: MONTAÑAS Estado: PARANÁ CEP: 58.145-000

E-mail: BALBINO.CEO@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (41) 99829.8855

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

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3331 6 CONTA: 6.663 ☒
(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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Tenor 24/04/2019

Nome: JOSE BATISTA JUSTINO

CPF: 131.986.884-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE BATISTA JUSTINO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:
CPF:

Assinatura

2ª | Nome: 24 ABR. 2019
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 (juas) 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.

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE BATISTA JUSTINO CPF DA VÍTIMA A34.986.884-34

DATA DO ACIDENTE 02/12/2018

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É JOSE BATISTA JUSTINO

ENDERECO DO PORTADOR Rua Sítio Mouradas

Nº SN? COMPLEMENTO CASA BAIRRO CEJURU

CIDADE MOITOS UF PA CEP 58.145.000

E-MAIL RafaelinoSC@hotmail.com TELEFONE (83) 99829-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ 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 ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA 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 CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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 MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☐ CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA 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 CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE - R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24/09/2019

IDENTIDADE JOSE BATISTA JUSTINO

ASSINATURA JOSE BATISTA JUSTINO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 24/09/2019

NOME EMMANUEL SARAIVA FERREIRA

ASSINATURA EMMANUEL SARAIVA FERREIRA



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, 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



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

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 52.754

52.754

MINISTÉRIO DO TRABALHO

Legar Direito.

ASSINATURA DO PORTADOR

Almir Pazzianotto Pinto



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *João Batista Justino*
 Loc. Nasc. *Barraque*
 Est. *Rosalia* Data *02.09.49*
 Filiação *João Batista Justino e*
Antônio Ribeiro Norvalante
 Est. Civil *casado* Doc. Nº *8.632*
 Fls. *434* Liv. *15-B* Reg. Civil *cerim.*
 Outro doc. *L.I. 864.634 58 P100*
 Situação Militar: Doc.
 Nº Órgão Est.
 Naturalizado Dec. Nº Em/...../.....

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
 Doc. Ident. Nº Exp. em/...../.....
 Estado
 Obs
 Data Emissão *13.07.90* DRT *Montes-B.*
Antônio Dionísio da Silva
 Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.



Empregador Prefeitura Municipal de Montadas

R. João Veríssimo do Souza, 5

CGC/MF Centro - CEP 58.145

Rua MONTADAS - P.O. N° 1

Município Est.

Esp. do estabelecimento Público

Cargo Vigilante

C.B.O. n°

Data admissão 01 de julho de 19 94

Registro n° 111 Fls./Ficha 53v. fo. 2º

Remuneração especificada

vide pag. 42

Imaio Porto

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 03 de junho de 19 94

Data saída 03 de junho de 19 94

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 03 de junho de 19 94

Com. Dispensa CD N°

vide pag. 44

PAGO 14.06.99

Empregador

CGC/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

C.B.O. n°

Data admissão de de 19

Registro n° Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de 19

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD N°





ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº:1785610 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

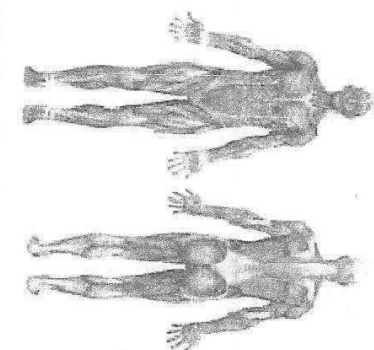
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 02/12/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Ligiana Verônica Silva Coutinho
PACIENTE: JOSE BATISTA JUSTINO CEP: 58145000 Nascimento: 04/09/1949
Endereço: SÍTIO MONTADAS

Cidade: Montadas Sexo: M Telefone: 86455704
Nome da Mãe: Idade: 069 Bairro: ZONA RURAL
Responsável: RG: Nº: 0 Profissão: AGRICULTOR
Estado Civil: Casado(a) CPF: Data de Nascimento: 02/12/2018
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Alend: 02/12/2018
Médico: Hora: 15:10:36
CRM: Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otite
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorréia
35. Sínus de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNOSTICO / CID: *trauma de moto*

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto. Ruptura de um osso

Revisado

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorregentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: Sato2

visão normal pupila esquerda

comprimido de analgésico

o Glasgow 15

e ruptura de tornozelo

o

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Ortopedia* às : Dia / /

Especialista: / / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



Ficha de Acolhimento

Nome:	JOÃO BATISTA JUSTINO		
End:	St Montada	Bairro:	Montada
Data de Nascimento:	04.09.1949	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente	Data do Atendimento:	02.12.18 Hora: 15:10 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fúteis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HST:							
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca	Temperatura axilar:			
	Mucosas: () Normocorada () Pálida						

Estratificação

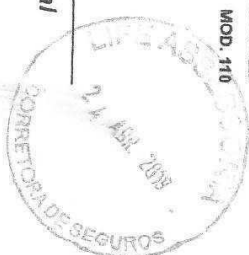
☒ Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

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

CORREIA-PB 448.575-ENF

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



ORTOPEDIA 1

LEITO 4-3 N° PRONTUÁRIO: 1785684

JOSE BATISTA

17/12

- 1 DIETALVRE
- 2 JEICO 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 AS 20H
- 7 SSVV + CCGG
- 8 FISIO MOTORA
- 9 Aste hospitalar



Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

FX EXP PERNA E

LEITO 4-3

DEE, atual, em atendimento
Fórmula elaborada pelo J. Pedro
Assano.
Prescrição de J. Pedro em mãos
médica.
Cd: abto + sistema + medicação
cl. deles de general / alguns,
conforme indicado de Dr.
Bruno B. L. L. L.

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

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

Deborah Silva Lima
Téc. de enfermagem
COREN-PB 602532

15/12 22:00h - P.O. - P. 12x10 - Paciente recebeu curativo,
orientado, não retornou para
Fol.





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

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

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispnéia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopnéia
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Típica () Atípica
Relacionada () Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insut. 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.: _____ mmHg

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

1 - A - 120x80 - Paciente consciente, orientado, medicado

Abdômen - Comentários: exame de trânsito cirúrgico realizado

o mesmo segue com trânsito de e e f

Membros inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: DATA = 07/12/18 20:00 RS P.A. 110x70

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

MOD. 043



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 07/08/2019 14:51:41

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080714513811500000022594184

Número do documento: 19080714513811500000022594184



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.

12/12/18 Paciente EBR medicado
realizado curativo segue
sob os cuidados da
Tamp. Imagem *[assinatura]*

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.

12/12/18 Paciente EBR segue
sob os cuidados
[assinatura]

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

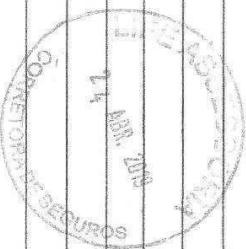
Testemunhas: _____





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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Ex^{exp} fratura da perna (t)paciente Jose Brito da Silva Alojamento 5 Leito 2 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02/11/18	<p>Medic 1000 mg, 2x, 24h</p> <p>Uso de 1000 mg, 1x/dia - 6h após cirurgia</p> <p>Medic 1000 mg, 1x, 18/dia</p> <p>Alimentação 1x/dia, 1x, 6/dia</p> <p>Uso de 1000 mg</p>		<p># ortopedia</p> <p>Infusão de morfina</p>
	<p>Dr. Valth Menezes Guimarães</p> <p>Ortopedia / Traumatologia</p> <p>CRM-PE 16.551 / TEOT 15.090</p>		<p>Dr. Valth Menezes Guimarães</p> <p>Ortopedia / Traumatologia</p> <p>CRM-PE 16.551 / TEOT 15.090</p>
	<p>Exat 5000 U3 1x/dia, 3M</p> <p>Levantamento 500 mg, 1x, 1x/dia</p>		
	<p>Dr. Valth Menezes Guimarães</p> <p>Ortopedia / Traumatologia</p> <p>CRM-PE 16.551 / TEOT 15.090</p>		



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

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

1 - SIMTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática 13 12 9:30 PA () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura Paciente evolui () Síncope
() Dispnéia de esforço () Grande estabilidade () Pequena
() Palpitações () Média procedimento ci () Ortopnéia
() Dor Precordial () Tosse Seca urgente () Expectoração
() Relacionada: () Esforço () Típica () Atípica
() Emoções () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insut. 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 PA=120x80 20/00 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: P.O. sem queixas segundo avaliados de insuficiência

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

Daniela Aquino de Araújo
CRM 1.248.611- TE

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





Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

NOME: 14.12.18 204 PA: 110x70 mmHg IDADE: 8 SEXO: ♀
IMC: 20.4 PROCEDÊNCIA: 110x70 mmHg PROFISSÃO: 8 DATA: Valença

1 - SIMTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

- () Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

- | | | |
|--------------------------|----------------------|------------------|
| () Cefaláia | () Tontura | () Síncopse |
| () Dispnéia de esforço | () Grande | () Pequena |
| | () Média | () Ortopnéia |
| () Palpitações | () Tosse Seca | () Expectoração |
| () Dor Precordial | () Típica | () Atípica |
| Relacionada: () Esforço | () Emoções () Frio | () Pós-prandial |

Comentários:

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------|
| () Hipertensão Arterial Sistêmica | () Hipertensão Pulmonar | () DPOC | () Outros |
| () Diabetes Mellitus | () Insut. 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.: _____ 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





GOVERNO
DA PARÁ

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

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

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispneia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopnéia
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Típica () Atípica
Relacionada: () Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: neg () Tabagismo N
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico P/ prostatectomia () Outros Ventilador

Medicamentos em uso ☒ Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCP, RT, AD

FC.: 84 b.p.m P.A.: 110 x 70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: fractura osso perna E (exposto)

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.: _____

Dr. Imara Queiroz Barbosa
Cardiologista
CRM 27.783

Ass. do Médico



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

C = Centomilésimos

PACIENTE:

Jose Batista Justino

DN. 04/09/1949

QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO

Sala 04

SUS

69a.

17 85610

CIRURGIA Trat. cirur. part. dos

CIRURGIÃO Dr. Valth.

ANESTESIA Requi

ANESTESIA Dr. Valdelúcio

INSTRUMENTADORA

DATA

02/12/18

INÍCIO

18:10

FIM

18:54

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostoma

Qtd.

Catgut

Adrenalina amp.

01

Catet. p/ Oxyg.

Catgut

Atropina amp.

02

Catet. De Urinar Sist. Fech.

Catgut

Diazepam amp.

02

Compressa Grande

Catgut

Dimofe amp.

01

Compressa Pequena

Catgut

Dolarfina amp.

01

Cotonóide

Catgut

Efrane ml

01

Dreno

Catgut

Fenegan amp.

01

Dreno Kerr nº

Catgut

Fentanil ml

01

Dreno Penrose nº

Catgut

Inova ml

01

Dreno Pezzer nº

Catgut

Ketalar ml

01

Equipo de Macrogotas

Ethibor

Nelecarina % ml

01

Equipo de Macrogotas

Ethibor

Nubahin amp.

01

Equipo de Sangue

Fio de

Pavulon amp.

01

Equipo de PVC

Fio de

Protigmine amp.

01

Esparadrapo Larco cm

Fio de

Protóxido I/m

01

Furacim ml

Fio de

Quelicin ml

01

Gase Pacote c/ 10 unidades

Fila ca

Rapifen amp.

01

H₂O₂ ml

Monon

Thionembutal ml

01

Intracath Adulto

Monon

Tracrium amp.

01

Intracath Infantil

Proleni

Qtd. MEDICAÇÕES

Qtd.

Lâmina de Bisturi nº 23

Proleni

Agua Destilada amp.

01

Lâmina de Bisturi nº 11

Proleni

Decadron amp.

01

Lâmina de Bisturi nº 15

Proleni

Dipirona amp.

01

Luvas 7.0

Vicryl

Flaxidol amp.

02

Luvas 7.5

Vicryl

Flebocortid amp.

01

Luvas 8.0

Vicryl

Geramicina amp.

01

Luvas 8.5

Vicryl

Glicose amp.

01

Oxigênio I/m

Poliflix

Glucon de Cálcio amp.

01

PVPI Degemante ml

Qtd.

Haemacel ml.

01

PVPI Tópico ml.

Qtd.

Heparema ml.

01

Sabão Antisséptico

SG Nor

Kanakion amp.

01

Saco coletor

SG Gel

Lasix amp. furosemida

01

Seringa desc. 10 ml

SG Hip

Medrothinazol.

01

Seringa desc. 20 ml

SG Rin

Medrothinazol.

01

Seringa desc. 05 ml

SG fr 5

Medrothinazol.

01

Sonda

Qtd.

Medrothinazol.

01

Sonda folley

Qtd.

Medrothinazol.

01

Sonda Nasogátrica

Qtd.

Medrothinazol.

01

Sonda Uretral nº

Qtd.

Medrothinazol.

01

Sterydrem ml

Qtd.

Medrothinazol.

01

Torneirinha

Qtd.

Medrothinazol.

01

Vaselina ml

Qtd.

Medrothinazol.

01

Gelcon 18

Qtd.

Medrothinazol.

01

Latese

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

Medrothinazol.

01

Eletrômetro

Qtd.

EQUIPAMENTOS

- (X) Oxímetro de Pulso
- () Serra
- () Desfibrilador
- (X) Foco Frontal
- () Fonte de Luz
- () Foco Auxiliar
- () Eletrocáuterio
- () Oxícapió



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

Nome do Paciente		JOSÉ BATISTA JUSTINO		Nº Prontuário	
Data da Operação		02/12/18		Enf.	
Operador		DR. VALTER GUIMARÃES		1º Auxiliar	
2º Auxiliar		3º Auxiliar		Instrumentador JOSÉ	
Anestesia DR. Valdecirico		Tipo de Anestesia		nagui	
Diagnóstico Pré-Operatório		fartura exposta aos do		perna (E)	
Tipo de Operação		cto cirurgico			
Diagnóstico Pós-Operatório		o mesmo			
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. mepha e antimepha
03. Campos estéril
04. incisão longitudinal ± 6cm em fossa poplitea
05. Desbridamento de tecidos demitilizados
06. irrigar c/ soro % excessivamente
07. mediar a cura da ferida
08. fixar c/ fixação extensora linear monofilamentar unilateral
09. Sutura da pele com pontos e queros
10. Curativo
11. ao final do procedimento boa perfusão distal, pulso cheiro.

Dr. Valth Menezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 16.581 / TEOT 15.090

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE IMAVUA

CIDADE

Grande

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

JOSE BATISTA JUSTINO

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

Fixação de fraturas dos ossos da perna

PRODUTO

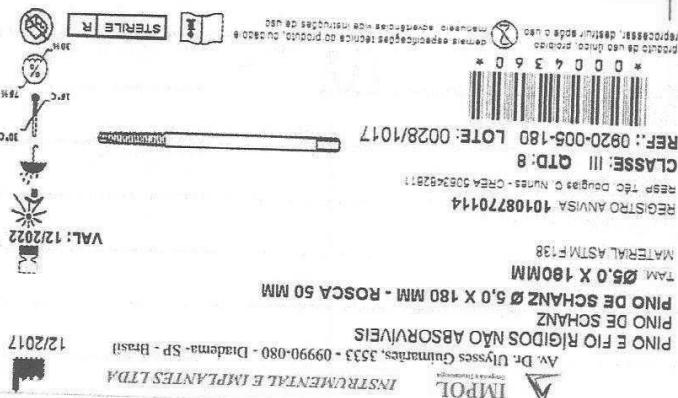
REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

FIXADOR EXTERNO IMPL

01



DATA DE UTILIZAÇÃO

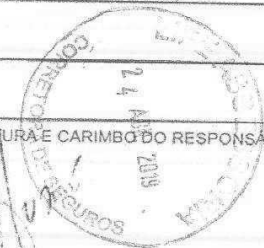
DATA DA COMUNICAÇÃO

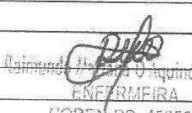


MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

Fixação externa Impl

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



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 () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSD</u> Data da punção <u>10/12/18</u>	
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 () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () 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 () Hematúria () SVD; Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () 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: <u>fixador MIE</u> Curativo em: <u>10/12/18</u>	
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	
<u>Paciente BSG, Estável, sem queixas. Aguarda cirurgia e segue aos cuidados da equipe de enfermagem.</u>	
 Emanoel S. Paiva ENFERMEIRA COREN-PB: 456559	
	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: <u>10/12/18</u> HORA: _____ h Emanoel S. Paiva ENFERMEIRA COREN-PB: 456559	

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



RA = 100 x 70

Patients consent

Orientado Cuarta

making good a dead

Tricardium

Sporda limosa

22 June 2000

cuaderno de engenho

Silva Santos
TE-700.938.658 P.B.
COREN-PB

① ATK. 10-12-18

140 RA - 19:00

PK-110 x 74

~~Jucilene dos Santos Silva
COREN PB 958.700-TE~~

2802871

2002-03

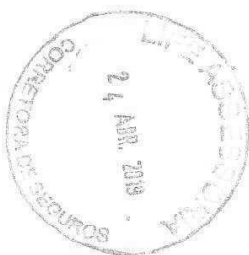
[illegible]

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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 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 O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

Emmanuel

Assinatura do anestesista



E











PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE ESPERANÇA

1ª VARA

DESPACHO:

Vistos etc.

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



