

PROCURAÇÃO AD JUDITIA ET EXTRA

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,

OUTORGANTE: JACKSON LOPE NUNES, menor impúbere representado pelos pais para assinar juntamente com o pai e mãe, LOPES DE ALMEIDA ANELTONI NASCIMENTO PEREIRA TORRES, residente e domiciliado no Sítio Jure de Paz, Zona Rural do município de São João del-Rei/MG, brasileiro casado, RG nº 098763-4 SSP/MG, CPF nº 037.576.768-00, inscritor em PIS/PASEP nº 10.000.000-0, inscrito na Inscrição Estadual nº 16.200.000-0, eletrônico: dlclienteap@gmail.com, constitui e nomeia os procuradores:

OUTORGADAS: MARCELO DANTAS LOPES, brasileiro, casado, advogado regularmente inscrito na OAB – 2PB sob o n.º 18446 & DANIELE DANTAS LOPES, brasileira, solteira, advogado regularmente inscrito na OAB-PB sob n.º 17.911, todos com no escritório profissional situado na com escritório profissional situado na Rua Manoel de Farias de Castro, n.º 121, Centro, Taperoá–PB, eletrônico: marcelodladv@gmail.com

OBJETO: representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad iudicia et extra*, para foro em geral, especialmente para propor Ações de Cobrança do Seguro DVAI em face de — X —, inscrito no CPF/CNPJ sob o nº — X — podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga à Advogadas acima descritas, os poderes especiais para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015.**

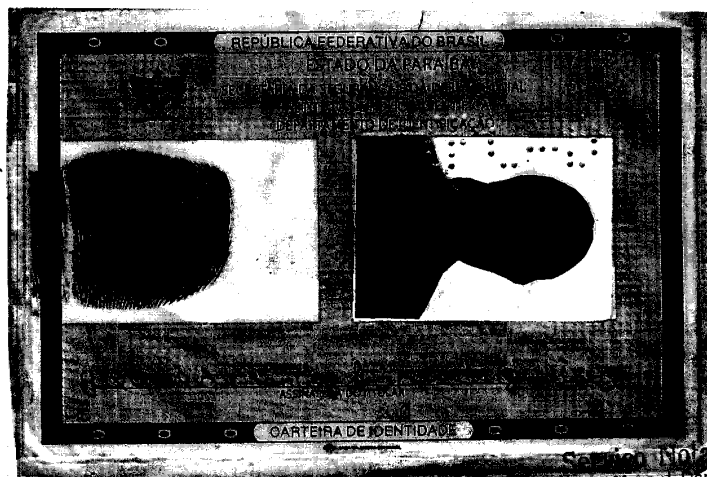
CONTRATO DE HONORÁRIOS: Neste instrumento lido e firmado, entre os contratantes, o outorgante compromete-se a pagar aos outorgados o percentual 20%, a título de honorários advocatícios calculados sobre o valor da condenação (liquidação de sentença ou acordo firmado entre as partes), independente de sucumbência, podendo o juiz a requerimento dos advogados, reter os honorários para o cumprimento deste instrumento, expedido, assim, os RPV's separadamente, um em nome do autor e outro em nome dos patronos.

_____, _____ de _____ de _____

Xgilvaneide S Lopes de Queiroz
OUTORGANTE

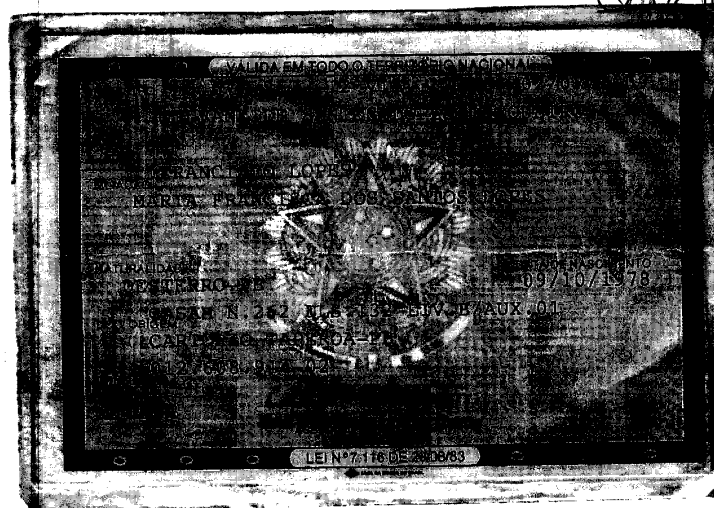
Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira
centro - Fone: (83) 3343-4101 - **Escritório Filial Taperoá** - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone:
88939848





Serviço Notarial e Registral
Rua Manoel Dantas Vilar, 95 - Centro
Fone/Fax: (083) 3463-2578
Certifico e dou fé, que a presente cópia
fotostática é a reprodução fiel da original
que me foi apresentada.
Emol: 2,04 FEF: 0,00 TOTAL R\$: 2,04
"Selo Digital":
Consulte a autenticidade em: <http://www.tjpa.jus.br>
Taperá-PB

AVK5491-AKEA
11 JUL 2018
Carlos Roberto T. Filho
ESCREVENTE
Araújo, Fernandes
Abell, Oficial
Notaria! e
Registral
Taperá-PB



EM BRANCO





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
710.251.324-08

Nome
JACKSON LOPES NUNES

Nascimento
11/05/2001

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Serviço Notarial e Registral

Rua Manoel Dantas Vilar, 95 - Centro
Fone/Fax: (683) 3463-2578

Certifico e dou fé, que a presente cópia
fotostática é a reprodução fiel da original
que me foi apresentada.

Emol: 250,00 - Valor em R\$ - TOTAL R\$ 250,00

"Seio D. 1.000 - ADK 54446-EAI"

Consulte o site: www.tjpb.jus.br

Taperoá - PE, 11 JUL 2016

Mafalda Araújo Fernandes
Tabeliã/Oficiala



Carlos Roberto T. Filho
ESCREVENTE

CÓDIGO DE CONTROLE

8551.A9EA.1DF0.C676

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às **11:31:58** do dia **28/11/2014** (hora e data de Brasília)

digito verificador: **00**





GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão do meu cargo, e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro destinado ao registro de Ocorrências Policiais desta Delegacia de Polícia, constatei às **Fls. 100**, a Ocorrência nº. **0185/2016**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **quatro** dias do mês **de junho** do ano de **dois mil e DEZESSEIS**, nesta cidade de **TAPEROÁ-PB**, Estado da Paraíba, e na Delegacia Municipal deste município, onde se encontrava presente o Delegado de Polícia Civil, Ariovaldo Adelino de Melo, quando por volta das **11:33** horas, compareceu o (a) Sr (ª). **GILVANEIDE SANTOS LOPES DE QUEIROZ**, RG 2.677.962 SSP/PB, brasileira, casada, natural de Desterro/PB, com 37 anos de idade, nascida em 09/10/1978, Agricultora, filha de Francisco Lopes e de Maria Francisca dos Santos Lopes, residente no sítio Olho d'água, zona rural de Taperoá/PB, Tel: 98732-9247, **PARA EXPOR E NOTIFICAR QUE**: alega a noticiante de que seu filho menor de idade JACKSON LOPES NUNES, de 15 anos de idade, no dia 04/02/2016, por volta das 16:00horas, pegou sem sua permissão sua motocicleta HONDA/CG 125 TITAN KS, ano 2001/2001, de cor azul, placa KKT 3816/PE, chassi 9C2JC30101R132304, licenciada em nome de Iranilda de Oliveira Holanda, quando a noticiante não estava em casa; QUE, nesse dia o menor estava pilotando a motocicleta pelo sítio Pico, também zona rural desta cidade, quando perdeu o controle e caiu; QUE, na queda o menor, filho da noticiante, JACKSON LOPES NUNES, sofreu fraturas no tornozelo direito e clavícula direita, sendo socorrido pelo seu pai e trazido até o hospital desta cidade onde recebeu os primeiro socorros e posteriormente encaminhado para o hospital de trauma de Campina Grande/PB onde ficou internado por cerca de três dias; QUE, a noticiante comparece a esta Delegacia como representante legal de seu filho e apresenta ficha de atendimento ambulatorial, documentação da motocicleta e do menor e as informações necessárias. Nada mais havendo a consignar, encerro a presente certidão, a referida é verdade e dou fé. Eu, Escrivão de Polícia Civil que o digitei.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal referente ao registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299 do C.P.B.

Gilvanilde Santos Lopes de Queiroz
Comunicante

Gilliard Guimarães Ferreira
Escrivão

Taperoá, 04 de junho de 2016.





Service Notarial e Registral
Rua Marcolino Mendes Vilar, 95 - Centro
Fone/Fax: (047) 3463-2578
Certifico e outorgo a presente cópia
fotostática de original da original
que me foi entregue.

Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 26/03/2018 23:12:42
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032623093395100000012958915
Número do documento: 18032623093395100000012958915





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Maria dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

248.821

7 - PARTIÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

16 07 65 01 07 4 00 0 5

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/05/2001

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Sítio Mineiro da Volta

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Taperoá

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

PE

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DUA B. dor abdominal intensa D

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico.

19 - EXATOS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + Exame físico e Radiológico.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento amb.

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Ortopedia

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. João

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/05/16

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

MOD 009





GOVERNO
DA PARAÍBA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO



GERIR
Instituto de Gestão em Saúde

HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ - ANTONIO HILARIO DE GOUVEIA

www.hgt.org.br

JUSTIFICATIVA DE TRANSFERÊNCIA

Nome: JACKSON LOPES NUNES Prontuário: _____

Idade: 15 anos Sexo: M(☒) F()

Hipótese Diagnósticos: 1- FX ombro esquerdo

2- _____

Exame Físico: Escala de Coma de Glasgow: _____ Pressão: _____ X _____ mmHg FR: _____ ipm FC: _____ bpm SpO2: _____ % Local de Saída: Pavilhão Superior () Pavilhão Inferior ()

Local _____ de _____ Destino: Trauma - Campus Grande

Motivo do Transferência:

() Necessidade de cuidados intensivos (☒) Necessidade de tratamento Especializado

() Outros: _____

Necessidade de Exames de complementares não contemplado na unidade:

() Tomografia () Ressonância () USG () Arteriografia () Hemodiálise

() Outro: _____

Descrição do quadro clínico para transferência:

Trauma no ombro esquerdo com fratura exposta de
do dor a base do ombro esquerda com fratura
de metacarpo.

Responsável pela solicitação do transferência:

Carimbo e assinatura do médico _____

Data: 16/05/16 Hora: 11:25 h.

Dr. Hery Luna Numa
MÉDICO
CRM-PB 9622





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:			
End:	Bairro:		
Data de Nascimento:	Documento de Identificação:		
Queixa:	Data do Atend. ✓	Hora:	Documento:

Classificação de Risco

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

MOD. 110

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional



UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671

CNPJ: 08-778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAÍBA

UF: 25

DADOS DO PACIENTE

Nome: JACKSON LOPES NUNES

Sexo:

Idade: MASCULINO 15,0

Profissão: ESTUDANTE

Documento:

160765010740005

Endereço: SÍTIO MINEIRO DA VOLTA,

Bairro

Município: TAPEROA

Estado:

CEP:

Data Atendimento: 16/05/2016

Cidade do Município:

251650

DTA. NASCIMENTO: 11/05/2001

QUEIXAS: AC DE MOTO

RAÇA/COR

() 1 - BRANCA

() 2 - PRETA

() 3 - PARDA

() 4 - AMARELA

() 5 - INDÍGENA

() 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Exemplo: Paciente foi vítima de acidente automobilístico, vítima de 14/05, com lesões altas, mas tipo de lesão foi de um ombro (2) e idêntico em MMII direitos

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

TIPO

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

ICO / CID:

Poltrauma

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB):

Consulta Especializada:

PROCEDIMENTO

- 12 Atend. Cir. Geral
- 20 Cir. Geral

TIPO DE ATENDIMENTO

☐ 01 - URGÊNCIA,☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA;☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO;☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO;☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO

☐ 01 - PRESCRITA☐ 02 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO

☐ OBSERVAÇÃO☐ RESIDÊNCIA☐ OUTRO HOSPITAL☐ ÓBITO☒ INTERNAÇÃO☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)



PREScrição de Enfermagem	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.		
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.	12/12h	<input checked="" type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.	CPM	
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		<input checked="" type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.	12/12h	<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.	2/2h	<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		
<input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	72h	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input checked="" type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.		
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.		
<input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.		<input type="checkbox"/> Melhora do padrão de sono.
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.	CPM	
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

Assinatura do Enfermeiro(a): _____

FONTE: NIC



Paciente:

Jackson

Enfermária:

7

Leito:

2

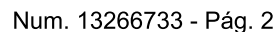
Data:

17.05.16

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
1 Constipação	Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro () Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Abdome distendido () Dor à evacuação () Outro () Anorexia () Dor abdominal ()
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro ()	Cavidade bucal ferida () Diarréia () Outro () Dor abdominal () Mucosas pálidas ()
3 Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro () Ansiedade ()	Incapacidade de acessar o banheiro () Outro () Incapacidade de lavar o corpo ()
4 Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
5 Hipertermia	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Taquicardia () Taquipnéia () Outro ()
6 Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade () Circulação prejudicada () Hipotermia () Imobilização física () Outro ()	Destruição de camadas da pele () Invasão de estruturas do corpo () Rompimento da superfície da pele () Outro ()
7 Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade () Desconforto () Rigidez articular () Prejuízos músculo esquelético () Desuso () Outro ()	Dificuldade para virar-se () Dispnéia ao esforço () Outro () Movimentos descontrolados ()
8 Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na profundidade respiratória () Dispnéia () Batimento de asa de nariz () Ortopnéia () Outro ()
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite () Queimaduras () Vômito () Diarréia () Drenos () Outros ()	
10 Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos () Defesas primárias inadequadas () Procedimentos invasivos () Outro ()	
11 Risco de queda	Mobilidade física prejudicada () Medicamentos () Extremos da idade () Agitação/Desorientação ()	
12 Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono () Outro () Ruído () Imobilização física ()	Mudança do padrão normal do sono () Outro () Relatos de dificuldade para dormir ()
Outro		
Outro		



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jackson Lopes Nunes Registro: Leito: 72 Setor Atual: Rd

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,5 °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW (3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente (X) Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos (X) Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



PREScrição de Enfermagem	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar distensão abdominal.		() Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
() Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		() Melhora a aceitação alimentar.
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		() Manutenção da glicemia estável.
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Encaminhar ao banho de chuveiro.		
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
() Apicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
() Avaliar características, intensidade e local da dor.		↪ Controle da dor (melhorada / ausente).
() Avaliar alterações de sinais vitais.	3 x dia	
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
() Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		
() Incentivar a ingestão de líquidos.		() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
() Observar reações de desorientação/confusão.		
() Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		() Melhora da integridade da pele.
() Analisar condições do curativo.		() Diminuição do risco de lesão.
() Orientar e estimular a hidratação da pele.		
() Orientar e estimular a movimentação no leito.		() Mobilidade física melhorada/eficaz.
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		() Melhora da perfusão tissular.
() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		() Padrão respiratório eficaz.
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
() Realizar balanço hídrico.		
() Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
() Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		() Diminuir o risco de infecção.
() Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
() Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		() Diminuir o risco de queda.
() Manter as grades do leito elevadas.		
() Contar o paciente quando necessário.		
() Manter ambiente calmo e tranquilo.		() Melhora do padrão do sono.
() Orientar repouso no leito.		
() Administrar medicação CPM.		
() Outros		() Outros
() Outros		() Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

1 do Técnico de Enfermagem:

FONTE: NIC, 2010. CHAVES, L. D. SOLAY, C. A. SAE 2 ed 2013.



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 26/03/2018 23:12:44

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032623100159900000012958920

Número do documento: 18032623100159900000012958920

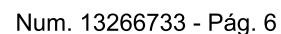
Num. 13266733 - Pág. 4

Paciente:	Enfermaria:	Leito:	Data: / /
-----------	-------------	--------	-----------

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
1 Constipação	Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro () Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Abdome distendido () Dor à evacuação Outro () Anorexia () Dor abdominal ()
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro ()	Cavidade bucal ferida () Diarréia () Outro () Dor abdominal () Mucosas pálidas ()
3 Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro () Ansiedade ()	Incapacidade de acessar o banheiro () Outro () Incapacidade de lavar o corpo ()
4 Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
5 Hipertermia	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Taquicardia () Taquipnéia () Outro ()
6 Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade () Circulação prejudicada () Hipotermia () Imobilização física () Outro ()	Destruição de camadas da pele () Invasão de estruturas do corpo () Rompimento da superfície da pele () Outro ()
7 Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade () Desconforto () Rigidez articular Prejuízos músculo esquelético () Desuso () Outro ()	Dificuldade para virar-se () Dispnéia ao esforço () Outro Movimentos descontrolados ()
8 Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na profundidade respiratória () Dispnéia () Batimento de asa de nariz () Ortopnéia () Outro ()
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite () Queimaduras () Vômito () Diarréia () Drenos () Outros ()	
10 Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos () Defesas primárias inadequadas () Procedimentos invasivos () Outro ()	
11 Risco de queda	Mobilidade física prejudicada () Medicamentos () Extremos da idade () Agitação/Desorientação ()	
12 Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlado do sono () Outro () Ruído () Imobilização física ()	Mudança do padrão normal do sono () Outro () Relatos de dificuldade para dormir ()
13 Outro		
14 Outro		



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





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jackson Borges Nunes Registro: Leito: 7-2 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): JOAO LUCAS DUARTE BARBOSA Protocolo: 0000276937 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): MARCILIO VIEIRA COSTA SANTOS Data: 17-05-2016 14:19 Origem: CLINICA PEDIATRICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 2 anos Destino: ENF 03 - L 02

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 17/05/2016 14:30]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	4.03 milhões/mm ³	3,3 a 5,6 milhões/mm ³
Hemoglobina	10,9 g/dL	10,2 a 14,8 g/dL
Hematócrito	33 %	29,5 a 41,3 %
V.C.M.	81 fL	74,9 a 90,0 fL
H.C.M.	27 pg	26,9 a 32,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL	33,4 a 36,0 g/dL

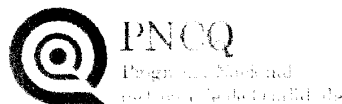
SÉRIE BRANCA

Leucócitos	8.300 /mm ³	5.500 a 16.500 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	3,0	249
Segmentados	28,0	2.324
Eosinófilos	11,0	913
Basófilos	0	0
Linfócitos		
Típicos	57,0	4.731
Atípicos	0	0
Monócitos	1,0	83
CONTAGEM DE PLAQUETAS	340.000 mm ³	143.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): JACKSON LOPES NUNES

Dr(a): BRENO C TORRES

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000276935

Data: 17-05-2016 14:09

Idade: 15 anos

RG: NÃO INFORMADO

Origem: CLINICA PEDIATRICA

Destino: ENF 07 - L 02

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'00''

[DATA DA COLETA: 17/05/2016 14:20]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO

7'00'' min

[DATA DA COLETA: 17/05/2016 14:20]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): JACKSON LOPES NUNES

Dr(a): BRENO C TORRES

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000276935

Data: 17-05-2016 14:09

Idade: 15 anos

RG: NÃO INFORMADO

Origem: CLÍNICA PEDIÁTRICA

Destino: ENF 07 - L 02

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 17/05/2016 14:19]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	4.01 milhões/mm ³	3,3 a 5,2 milhões/mm ³
Hemoglobina	12,5 g/dL	12,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito	38 %	35,6 a 48,6 %
V.C.M.	94 fL	82,0 a 102,0 fL
H.C.M.	31 pg	27,0 a 32,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL	32,9 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos	4.000 /mm ³	(%)	(/mm ³)	3.500 a 10.000 /mm ³
Neutrófilos	0	0	0	40 a 70 % - 1.900 a 5.400 /mm ³
Promielócitos	0	0	0	0,5 a 6,0 % - até 500 /mm ³
Mielócitos	0	0	0	0,0 a 2,0 % - até 200 /mm ³
Metamielócitos	0	0	0	
Bastonetes	2,0	80	2.920	2,0 a 4,0 % - 1.000 a 3.500 /mm ³
Segmentados	73,0	0	0	2,0 a 10 % - até 1.000 /mm ³
Eosinófilos	0	0	0	140.000 a 400.000 /mm ³
Basófilos	0	0	0	
Linfócitos	23,0	920	0	
Típicos	0	0	0	
Atípicos	0	0	0	
Monócitos	2,0	80	0	
CONTAGEM DE PLAQUETAS	193.000 mm ³			

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793



Diagnóstico

Ex clavicula ①

V_X MTT (1)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Jackson Lopes Nunes, 15a	Alojamento	7	Leito	2	Convênio	
----------	--------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
18/05/16	1) Dieta livre 2) SRI 1500ml EV 12/24h 3) Dexamet 1ml + AD 6/6h EV 4) Tilid 120mg + AD EV 12/12h 5) Omempic 100 40mg + AD EV 1x/dia 6) Nauseid 100 8mg + AD EV 8/8h 7) SSIV + CC GG	14 22 CG 12 24 CG 12 24 CG 14 22 CG 14 22 CG	#Ortopedia# DTH: 3° Paciente estável hemodinamicamente, sem queixas. id: VPM

MOD 035



HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ

FONE: (83) 3463-2298

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Idade: 98188 - Prontuario.: 7248
Nome: **JACKSON LOPES NUNES** Cor: PARDO
Data: 11/05/2001 Idade: 15a 0m SEXO: M Estado Civil:
Profissão:
Endereço: SITIO OLHO D'ÁGUA n°S/N
Cidade: **TAPEROÁ** /PB Cep: 58680000 Bairro:
Telefone: Celular: R.G.: 16760
Mãe: GILVANEIDE SANTOS SANTOS LOPES
Pai: JOSE NUNES

DADOS DO ATENDIMENTO

Data: 14/05/2016 Horário: 17:07 Operador: VINICIUS
Atendimento: 02 - URGÊNCIA Tipo de Serviço: CONSULTA
Unidade: SUS AMBULATORIO N° Cartão do Sus: 160638861500018

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

TIPO DE CLASSIFICAÇÃO:

SINAIS VITAIS PA= 130 X 90 mmHg T= _____ PESO= _____ KG

FC= _____ bpm FR= _____ ipm SPO₂= _____ TAX _____ °C GLICEMIA _____ mg/dl

EM _____ / _____ / _____ DPP _____ / _____ / _____ ESCALA COMDA DE GLASGOW _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Queda de moto

HISTÓRIA REGRESSA

EXAME CLÍNICO

ALERGIAS () NAO () SIM QUAL? _____ ASS. E CARIMBO _____

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Per em tornozelo D, costela e ombro D.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPO)

EXAMES REALIZADOS:

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

Tenoxicam 40mg - CITA + ADA HORA: _____ ASS TEC: _____

HORA: _____ ASS TEC: _____

HORA: _____ ASS TEC: _____

HORA: _____ ASS TEC: _____

HORA: _____ ASS TEC: _____

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

DIAGNÓSTICO

CID-10.: _____
MEDICACÃO: ENCAMINHAMENTO
PRESCRITA () OBSERVAÇÃO () RESIDÊNCIA () EVASÃO
() INTERNAÇÃO () OUTRO HOSPITAL () ALTA MÉDICA
APLICADA () ÓBITO () OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

0301060061

Dra. Talita Carvalho
MÉDICA
CRM-PB 10163

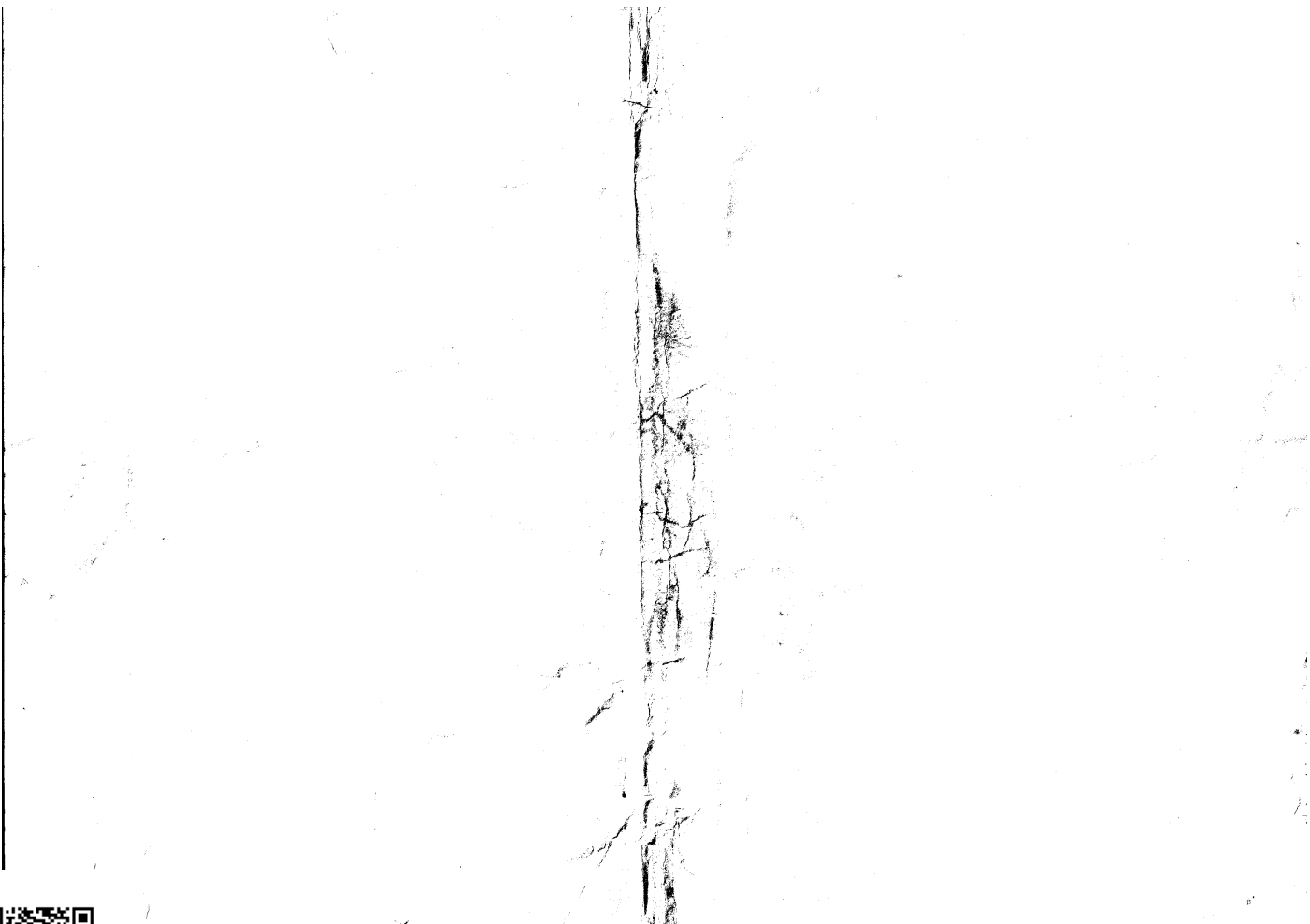
UNICO: DR. (A)

CRM.: _____

U.S.: 708203626168040 CBO.: 06105

Gilvanilde S. Lopes

ASSINATURA DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 00301467 - AC TAPEIOA

TAPEIOA - PB
CNPJ: 34026316374453 Tel.:
Ins (st.): 160749500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ CPF.....: 00248608000104
Doc. Post.....: 1993065725
Contrato...: 9912250636 Cont. Adm.: 11205709
Cartão...: 62267655

Movimento...: 08/09/2016 Hora.....: 09:59:32
Caixa.....: 77244332 Matrícula...: 84786558
Lancamento...: 005 Atendimento: 00002
Modalidade...: A Faturar ID Tiquete...: 1194209681

DESCRIÇÃO	QTD.	FREQU(R\$)
SEGURO DPVAT	1	21,75

Valor do Furo (R\$).....: 21,75

CNPJ/CPF Remet.: 01260831402

Nome Remetente.: gilvaneide santos lopes de

Cont. Nome.....: quatroz

Endereço Remet.: S1140 outro da quadra, sn casa

Cont. Endereço...: área rural

Cep Remetente...: 58680-000

Cidade Remet....: TAPEIOA

UF Remet.....: PB

SEDE: DPVAT ESQUELHO, Val...: 1 41,76

Valor do Furo (R\$).....: 41,76

Cep Destino...: 20031-205 (RJ)

Peso real (Kg).....: 0,113

Peso Tarifado.....: 0,113

OBJETO.....: 014372040681

Obj Postado após horário fim post ag. DH (Depois da Hora)

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 69,11

Valor Declarado não solicitado(R\$) 0,00

No caso de objeto com valor, faça seguro declarando o valor do objeto.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante apresentação de fatura. Os valores constantes deste comprovante poderão sofrer variações de acordo com as cláusulas contratuais.

Nome..... RG:

Ass. Responsável.....

Obj Postado após horário fim post ag. DH (Depois da Hora)

SERV. POSTAIS: DIRETOS E DEVERES LFT 6558/78

De 24/07 a 18/09, período das olimpíadas, o prazo de entrega está ampliado de para a região metropolitana do Rio de Janeiro.

VIA-CLIENTE SARA 7.5.02

DJ 48729340 8 BR



Seguradora Líder - DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jackson Lopes Nunes
DATA DO ACIDENTE 04/02/2016 CPF DA VÍTIMA 012.608.914-02
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Representante legal
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É mae
ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Olho d'água
Nº - COMPLEMENTO Lote BAIRRO Zona rural
CIDADE Taperoá UF PB CEP 58680-000
E-MAIL marcelodantas@P36.com TELEFONE (83) 8635.8662

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA 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)
(X) 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
(X) 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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA 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)

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)
() CARTEIRA 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA 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

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- 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 O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA

DATA

MATR. CORREIOS

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 26/03/2018 23:12:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032623102866100000012958926>

Número do documento: 18032623102866100000012958926

Num. 13266739 - Pág. 4



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Reconheça-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU Gilvanildo Santos Lopes de Figueiredo
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.647.962 EXPEDIDO POR SEP - PB EM 02/07/2016
 CPF: 0.726.089.74-02 / CNPJ 00000000-00000000, PROFISSÃO agente
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES/ABAXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro/empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0997-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 77644-0

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Japoraia - PB de 07/06/2016 de Gilvanildo S. Lopes de Figueiredo
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 26/03/2018 23:12:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032623102866100000012958926>

Número do documento: 18032623102866100000012958926

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilvanilde Santos Lopes de Queiroz

RG nº 2.677.962, data de expedição 02/07/2009, Órgão SSD PJ

CPF nº 019.608.914, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio São João</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	<u>caso</u>
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Tapera</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58680-00</u>
Telefone de Contato	<u>083786358162</u>
E-mail	<u>marialvraento@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Tapera 07/06/2016

Assinatura do Declarante: Gilvanilde S. Lopes de Queiroz



Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,
OUTORGANTE:

, eletrônico: dlclientestap@gmail.com, constituo e nomeio os procuradores:

OUTORGADAS: MARCELO DANTAS LOPES, brasileiro, casado, advogado regularmente inscrito na OAB – 2PB sob o n.º 18446 & DANIELE DANTAS LOPES, brasileira, solteira, advogado regularmente inscrito na OAB-PB sob n.º 17.911, todos com no escritório profissional situado na com escritório profissional situado na Rua Manoel de Farias de Castro, n.º 121, Centro, Taperoá-PB, eletrônico: marcelodladv@gmail.com

OBJETO: representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para propor

em face de _____, inscrito no CPF/CNPJ sob o n.º _____ podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga à Advogadas acima descritas, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Neste instrumento lido e firmado, entre os contratantes, o outorgante compromete-se a pagar aos outorgados o percentual 20%, a título de honorários advocatícios calculados sobre o valor da condenação (liquidação de sentença ou acordo firmado entre as partes), independente de sucumbência, podendo o juiz a requerimento dos advogados, reter os honorários para o cumprimento deste instrumento, expedido, assim, os RPV's separadamente, um em nome do autor e outro em nome dos patronos.

_____, _____ de _____ de _____

Xaílson de S. Lopes de Azevedo
OUTORGANTE





Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

(//)



Buscar no site

A
COMPANHIA ▾SEGURO
DPVAT ▾PONTOS DE
ATENDIMENTO
(/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE
DADOS E
ESTATÍSTICAS ▾SALA DE
IMPrensa ▾TRABALHE
CONOSCO ▾

CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160594064 - Resultado de consulta por beneficiário


VÍTIMA JACKSON LOPES NUNES
COBERTURA Invalidez



PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
SEGURADORA LÍDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO JACKSON LOPES NUNES
CPF/CNPJ: 71025132408

Posição em 18-03-2018 15:22:08

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
04/04/2017	Negativa por ausência de comprovação documental	

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A 

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)



0800159-07.2018.8.15.0091

CERTIDÃO

Certifico, em razão do meu ofício, conforme consulta no STI, não verifiquei nenhuma ação ativa e nem arquivada em nome de JACKSON LOPES NUNES em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

O referido é verdade. Dou fé

Taperoá, Data e assinatura eletrônica.

Adenilson Ferreira

Auxiliar Judiciário



PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE TAPEROÁ

DESPACHO

Vistos.

Tendo em vista a comprovação do prévio requerimento administrativo, **concedo** os benefícios da assistência judiciária gratuita ao(à) promovente, o que faço com esteio no art. 98 do CPC.

No mais, é sabido que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial, bem assim a praxe das partes não entabulem acordo sem a concretização daquela prova, à luz do princípio da duração razoável do processo, deixo de designar a audiência prevista no art. 334 do CPC.

CITE(M)-SE o(a)(s) promovido(a)(s) para apresentar(em) defesa, no prazo de 15 (quinze) dias – a contar da juntada aos autos do Aviso de Recebimento (AR) -, perante este Juízo, sob pena de serem aceitos pelo(a)(s) promovido(a)(s), como verdadeiros, os fatos articulados pelo(a)(s) promovente(s) na petição inicial.

Taperoá, (data e assinaturas eletrônicas).

José Milton Barros de Araújo

Juiz de Direito

<!-- /* Font Definitions */ @font-face {font-family:Arial; panose-1:2 11 6 4 2 2 2 2 4; mso-font-charset:0; mso-generic-font-family:swiss; mso-font-pitch:variable; mso-font-signature:-536859905 -1073711037 9 0 511 0;} @font-face {font-family:"Cambria Math"; panose-1:2 4 5 3 5 4 6 3 2 4; mso-font-charset:1; mso-generic-font-family:roman; mso-font-format:other; mso-font-pitch:variable; mso-font-signature:0 0 0 0 0 0;} @font-face {font-family:Calibri; panose-1:2 15 5 2 2 4 3 2 4; mso-font-charset:0; mso-generic-font-family:swiss; mso-font-pitch:variable; mso-font-signature:-536870145 1073786111 1 0 415 0;} /* Style Definitions */ p.MsoNormal, li.MsoNormal, div.MsoNormal {mso-style-unhide:no; mso-style-qformat:yes; mso-style-parent:""; margin:0cm; margin-bottom:.0001pt; mso-pagination:widow-orphan; font-size:12.0pt; font-family:"Calibri",sans-serif; mso-ascii-font-family:Calibri; mso-ascii-theme-font:minor-latin; mso-fareast-font-family:Calibri; mso-fareast-theme-font:minor-latin; mso-hansi-font-family:Calibri; mso-hansi-theme-font:minor-latin; mso-bidi-font-family:"Times New Roman"; mso-bidi-theme-font:minor-bidi; mso-fareast-language:EN-US;} p {mso-style-noshow:yes; mso-style-priority:99; mso-margin-top-alt:auto; margin-right:0cm; mso-margin-bottom-alt:auto; margin-left:0cm; mso-pagination:widow-orphan; font-size:12.0pt; font-family:"Times New Roman",serif; mso-fareast-font-family:Calibri; mso-fareast-theme-font:minor-latin;} .MsoChpDefault {mso-style-type:export-only; mso-default-props:yes; font-family:"Calibri",sans-serif; mso-ascii-font-family:Calibri; mso-ascii-theme-font:minor-latin; mso-fareast-font-family:Calibri;



mso-fareast-theme-font:minor-latin; mso-hansi-font-family:Calibri; mso-hansi-theme-font:minor-latin;
mso-bidi-font-family:"Times New Roman"; mso-bidi-theme-font:minor-bidi;
mso-fareast-language:EN-US;} @page WordSection1 {size:595.0pt 842.0pt; margin:70.85pt 3.0cm
70.85pt 3.0cm; mso-header-margin:35.4pt; mso-footer-margin:35.4pt; mso-paper-source:0;}
div.WordSection1 {page:WordSection1;} -->

