



Número: **0800159-07.2018.8.15.0091**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Taperoá**

Última distribuição : **26/03/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JACKSON LOPES NUNES (AUTOR)	MARCELO DANTAS LOPES (ADVOGADO)
GILVANEIDE SANTOS LOPES DE QUEIROZ (AUTOR)	MARCELO DANTAS LOPES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13266 692	26/03/2018 23:15	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
13266 705	26/03/2018 23:15	<u>PETIÇÃO INICIAL</u>	Outros Documentos
13266 724	26/03/2018 23:15	<u>PROCURAÇÃO, DOC.PESSOAIS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA</u>	Procuração
13266 727	26/03/2018 23:15	<u>BO, DOC. DA MOTO E PRONTUÁRIO 1</u>	Outros Documentos
13266 733	26/03/2018 23:15	<u>PRONTUÁRIO 2</u>	Outros Documentos
13266 739	26/03/2018 23:15	<u>PRONTUÁRIO MÉDICO 3 E REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO</u>	Outros Documentos
13266 746	26/03/2018 23:15	<u>ESPELHO DA PROMOVIDA - NEGATIVA DA PROMOVIDA</u>	Outros Documentos
13369 238	03/04/2018 12:10	<u>Certidão</u>	Certidão
23650 196	20/08/2019 08:25	<u>Despacho</u>	Despacho

PETIÇÃO INICIAL EM ANEXO - FORMATO PDF



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 26/03/2018 23:12:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032623123235600000012958881>
Número do documento: 18032623123235600000012958881

Num. 13266692 - Pág. 1



EXCELENTÍSSIMA SENHORA DOUTORA JUIZA DE DIREITO TITULAR DA VARA ÚNICA
DA COMARCA DE TAPEROÁ – PB,

“URGENTE”

JUSTIÇA GRATUITA - Gratuidade Processual - Art. 4º da Lei nº 1060/50
PROCEDIMENTO COMUM

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO INCLUSO

CARTA NEGATIVA INCLUSA

JACKSON LOPES NUNES, menor impúbere, portador do CPF sob nº 71025132408, representado neste ato pela sua genitora, GILVANEIDE SANTOS LOPES DE QUEIROZ, brasileira, casada, agricultora, portadora da cédula de identidade nº 2677962 2º via SSP/PB, inscrita no CPF sob nº 012608914-02, residente e domiciliada no Sítio Olho d' Água, s/n, Zona Rural de Taperoá – PB, CEP 58680 000, email: dlclientestap@gmail.com, por intermédio de seus procurador e advogado “*in fine*” assinado (instrumento procuratório em anexo - DOC. 1), com escritório profissional situado na Rua Manoel de Farias Castro, nº 121, Centro, Taperoá-PB, onde receberá as eventuais intimações e notificações de estilo, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência com supedâneo legal na Lei nº 6.194/74, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT – INVALIDEZ PERMANENTE

pelo PROCEDIMENTO COMUM em desfavor da SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) sob nº 09.248.608/0001-04, companhia de seguros participante do Consórcio de Seguradoras que operam o seguro de danos pessoais causados por veículo de via terrestre, com sede e domicílio na Rua Senador Dantas, nº 74 – 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:

Escrítorio Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, N° 121, Centro – Fone 9960-4118/ 988939848

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado - OAB/PB 18446





I – DA CONCESSÃO DA JUSTIÇA GRATUITA

A concessão da justiça gratuita tendo-se em vista que a promovente não possuir condições de arcar com as despesas processuais, sem que lhe cause prejuízos ao seu respectivo sustento e a sua respectiva família, com fundamento no artigo 4º da lei nº 1.060/50 e do artigo 1º da lei nº 7.115/1983, como atesta a declaração de hipossuficiência econômica realizada na “*procuração ad iuditia et extra*” (DOC.1).

Ademais, o fato de ingressar em Juízo sob o patrocínio de advogado não integrante dos quadros da Defensoria Pública, nenhuma influência tem na concessão do benefício pleiteado, conforme entendimento da sumula 29 do TJPB, que assim preceitua:

“Não está à parte obrigada, para gozar dos benefícios da Assistência Judiciária, a recorrer aos serviços da Defensoria Pública”.

É o requerido!

III – DOS FATOS E FUNDAMENTOS JURÍDICOS DA DEMANDA

A *causa petendi* que se assenta nas linhas a seguir revela o exercício do mais legítimo Direito da Ação e é mote para aplicação inequívoca da lei 6.194/74 e seus consectários legais, em **DIALOGO DAS FONTES**, com a Constituição Federal, Processo Civil e o próprio Direito Civil.

III – DA CAUSA DE PEDIR REMOTA

O requerente **JACKSON LOPES NUNES**, menor impúbere, portador do CPF sob nº 71025132408, representado neste ato pela sua genitora **GILVANEIDE SANTOS LOPES DE QUEIROZ**, foi vítima de acidente de trânsito.

Assim, Douto julgador, no dia **04/02/2016**, por volta das **16 horas e 00 minutos**, o promovente vinha conduzido a **motocicleta HONDA CG 125 KS, PLACA KKT 0915/PB, COR AZUL, ANO 2001/2001, CHASSIS 9C2JC30101B132304**, licenciada em nome da Sra. **IRANILDA DE OLIVEIRA HOLANDA**, conforme documentação em anexo (DOC.2), na estrada do sítio picos, zona rural de Taperoá/PB, quando perdeu o controle da moto, ocasionando a queda, tendo em decorrência da queda fratura **NO TORNOZELO DIREITO E NA CLAVIULA DIREITA**, conforme Boletim de Ocorrência registrado na Polícia Civil e o relatório da ocorrência do SAMU (DOC. 3).

Nisto, o promovente foi socorrido pelo seu pai e demais populares para **O HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ/PB E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA EM DECORRÊNCIA DAS FRATURAS DO TORNOZELO DIREITO E CALVÍCULA DIREITA**, conforme Boletim de Ocorrência registrado na Polícia Civil (DOC. 3).

Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro – Fone 9960-4118/ 988939848

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado
Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba
Número do documento: 18032623065940500000012958893





Em razão do impacto o requerente sofreu **MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES E FRATURAS, SENDO SUBMETIDO À VÁRIAS CIRURGIAS** no Hospital de Emergência e Trauma em Campina Grande-PB, conforme Boletim de Ocorrência registrado na Policia Civil e Prontuário Médico (**DOC. 3 e 4**).

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes no Autor, tais como: **fraturas do tornozelo direito e da clavícula direita, edema, redução funcional da clavícula direita e do tornozelo direito, comprometimento da mobilidade das referidas estruturas ósseas, fraturas com atraso na consolidação, redução articular e perda de capacidade laborativa**, conforme prontuário médico acostado a exordial (**DOC. 4**).

Ciente de seu direito ingressou com o pedido administrativo **08/092016**, conforme requerimento administrativo (**COMPROVANTE DE POSTAGEM NOS CORREIOS NA CIDADE DE TAPEROÁ/PB**) incluso na presente peça (**DOC. 5**), tendo sido **NEGADO** por ausência de documentos necessários segunda a ré para a concessão do **SEGURO DPVAT, conforme carta da promovida em anexo (DOC. 6)**.

O autor ainda consultou o seu processo administrativo junto a promovida no site <http://www.dpvatsegurodotransito.com.br/consultasinistro/default.aspx>, **estando o pedido de indenização cancelada, conforme espelho da promovida (DOC.12)**.

Estando o auto com todos os documentos necessários para a concessão do **SEGURO DPVAT** a promovida optar em obstar requerendo documentos totalmente desnecessários, desse modo, **NÃO RESTA OUTRA ALTERNATIVA** senão bater as portas do Poder Judiciário para que seja concedido o seguro que lhe são de direito.

Salienta-se que o direito da parte Autora, consiste no recebimento da indenização coberta pelo seguro obrigatório **de DPVAT**. Sendo assim, conforme prevê a Lei nº 6.194/74, em seu art. 3º, II a qual regula o pagamento dessas indenizações, o valor a ser pago no caso de invalidez permanente é o equivalente a R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos), uma vez que resta comprovado na documentação acostada aos autos (**DOC.3**) o nexo causal entre a queda e seu estado físico.

Denota-se legítimo o dever da Ré em efetuar o pagamento da indenização do seguro obrigatório **DPVAT**, ora pleiteada. Nesse sentido Excelênci, em decorrência do acidente sofrido pelo **JOSÉ FABRÍCIO ALVES LIMEIRA**, culminado com **fraturas do tornozelo direito e da clavícula direita, edema, redução funcional da clavícula direita e do tornozelo direito, comprometimento da mobilidade das referidas estruturas ósseas, fraturas com atraso na consolidação, redução articular e perda de capacidade laborativa**, destarte, o Requerente busca a tutela jurisdicional do Estado para fazer valer o seu Direito.

V – DA CAUSA DE PEDIR PRÓXIMA

A – Do seguro DPVAT

Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, N° 121, Centro – Fone 9960-4118/ 988939848



O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974 pela Lei Federal nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determina que todos os veículos automotores, paguem anualmente uma taxa que garante, na ocorrência de acidentes, o recebimento de indenização tanto no caso de ferimento quanto no caso de morte.

Em conformidade com o art. 3º da lei nº. 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, vejamos o que nos diz este artigo com sua alínea:

"Art. 2º – Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei nº. 73, de 21 de novembro de 1966, a alínea "q" nestes termos:

Art. 20, 1 – Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas não transportadas ou não.

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I – R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;

Art. 4º – A indenização no caso de morte será paga, na constância do casamento ao cônjuge sobrevivente; na sua falta, aos herdeiros legais. Nos demais casos o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados.

Assim, resta claro que o requerente deve ser indenizada pelo seguro, como medida de direito, visto que é filha da vítima.

Neste sentido, vejamos nossa Jurisprudência:

APELAÇÃO CÍVEL AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA DPVAT- INDENIZAÇÃO POR MORTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA IRRELEVÂNCIA JUNTADA DE DOCUMENTO HÁBIL A DEMONSTRAR A EXISTÊNCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE O ACIDENTE E O DANO ALEGADA CARÊNCIA DE AÇÃO AFASTADA CORREÇÃO MONETÁRIA TERMO A QUO EDIÇÃO DA MP Nº 340 /2006 MERA RECOMPOSIÇÃO DA MOEDA EM RAZÃO DA DEPRECIAÇÃO INFLACIONÁRIA RECURSO DESPROVIDO. (TJPR - 8771997 PR 877199-7 (Acórdão) TJPR).

EMENTA: SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT INDENIZAÇÃO POR MORTE CORREÇÃO MONETÁRIA QUE DEVE TER O SEU TERMO INICIAL DE INCIDENCIA A PARTIR DA DATA DO ÓBITO VERBA INDENIZATORIA QUE DEVE SER FIXADA COM BASE NO SALÁRIO MÍNIMO EM VIGOR NA DATA DO FALECIMENTO DA VÍTIMA RECURSOS IMPROVIDOS. (TJSP - Apelação APL 9196426172009826 SP 9196426-17.2009.8.26.0000).

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP. Vejamos o seguinte julgado:

Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, N° 121, Centro – Fone 9960-4118/ 988939848

Dr. Marcelo Dantas LOPES
Advogado TJPB/PR
16/05/2018





EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE DO VEICULO.

IRRELEVANCIA Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso torna-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ-MA em 06/07/01).

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (Grifo nosso)

Desse modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

VI – DA PERÍCIA

Deixa de requerer perícia e, consequentemente, de formular quesitos periciais, por motivo de óbito do periciado, não havendo necessidade para tal.

VII – DOS PEDIDOS IMEDIATO E DOS PEDIDOS MEDIATOS

1. Do pedido imediato:

a) Requer seja recebida esta inicial, bem como seja processada a presente demanda até final decisão jurisdicional procedente de mérito, haja vista a presença das condições da ação e dos pressupostos processuais, bem como dos requisitos dos artigos 319 e 320 do NCPC. Ademais, requer ainda que seja aplicado *in totum* a lei n. 6.194/74 - Seguro DPVAT.

2. Dos pedidos mediatos:

Diante dos fatos articulados e fundamentados no direito, é que se requer o seguinte:

a) Preliminarmente **a concessão da justiça gratuita tendo-se em vista que o promovente não possuir condições de arcar com as despesas processuais, sem que lhe cause prejuízos ao seu respectivo sustento e a sua respectiva família, com fundamento no artigo 4º da lei nº 1.060/50;**

b) A citação da requerida, no endereço declinado no preâmbulo para conhecer dos termos da presente, e o processamento desta inicial, sob pena de revelia, em conformidade com o artigo 319 do Novo Código de Processo Civil;

Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, N° 121, Centro – Fone 9960-4118/ 988939848

Cr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado - OAB/PI 18.146





- c) A procedência da presente demanda para o fim de condenar a requerida ao pagamento do Seguro Obrigatório (DPVAT), acréscimos de juros de mora, atualização monetária, custas processuais e honorários de advogado na base usual de 20% sobre o valor total do débito e demais cominações legais;
- d) Que o valor da condenação seja devidamente corrigido acrescido de juros e correção monetária retroativa a data do sinistro, tudo em conformidade com a súmula 54 do STJ;
- e) Que seja a requerida condenada ao pagamento das custas processuais e os honorários advocatícios em 20% sobre o valor da condenação;
- f) O julgamento antecipado da lide com fundamento no artigo 355, I do Novo Código de Processo Civil, visto que, as provas são meramente documentais;
- g) Que seja realizada perícia judicial e, desde já, requer ainda juntada os quesitos periciais acostados na presente peça petitoria, havendo assim, desnecessidade de intimação para apresentação dos quesitos periciais.
- h) Que seja todas as publicações, intimações, notificações e quaisquer outros atos de intercâmbio processual deste juízo sejam realizados na pessoa dos advogados que esta subscreve, sob pena de possível nulidade.
- i) Que não seja marcada audiência preliminar haja vista que a promovida declina pelo acordo após a realização da perícia médica judicial;
- j) Por fim, a juntada de todos os documentos acostados na exordial.

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente nas provas documentais, requerendo que o autor seja submetido ao exame pericial por um médico ortopedista no Hospital Alcides Carneiro (HU) na cidade de Campina Grande-PB.

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil reais) para meros efeitos fiscais.

Nestes Precisos Termos, Pede e Confia no Desferimento.

Taperoá – PB, 18 de março de 2018.

MARCELO DANTAS LOPES
Advogado DAB / PB 18446

Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, N° 121, Centro – Fone 9960-4118 / 988939848





Quesitos periciais

Queira o Sr. Perito esclarecer:

- Qual o tipo de lesão sofrida pela Autora em decorrência do acidente mencionado na petição inicial?
- A lesão sofrida pelo paciente provoca debilidade permanente de membro, no caso TORNOZELO DIREITO E CLAVÍCULA DIREITA?
- As lesões sofridas são compatíveis com os fatos narrados na inicial e com as fotos anexadas aos autos, ou seja, existe nexo causal entre o atropelamento sofrido e as lesões produzidas no autor?
- Qual foi o tratamento médico aplicado à Autora?
- As lesões físicas produziram sequelas que eliminam sua capacidade laborativa?
- Havendo diminuição ou perda de função de órgão do examinado, no caso TORNOZELO DIREITO E CLAVÍCULA DIREITA, estes órgãos foram lesionados em função do acidente ou de outras causa?
- Em razão do acidente e do tempo de recuperação, por quanto tempo a Autora ficou impossibilitada de exercer sua profissão?
- A diminuição ou perda da função de órgão do autor é de caráter permanente ou temporária?
- Em que percentual de comprometimento funcional está o órgão lesionado, no caso TORNOZELO DIREITO E CLAVÍCULA DIREITA?
- Quais as sequelas físicas da lesão no TORNOZELO DIREITO E CLAVÍCULA DIREITA (esclarecendo se temporárias ou permanentes)?
- Havendo sequelas, qual(is) o(s) tratamento(s) recomendado(s) para corrigi-la(s) ou atenuá-la(s)? Qual(is) seu(s) custo(s) médio(s)?
- Há algum outro ponto que o Sr. Perito repute relevante sobre o exame pericial realizado?
- Queira que o senhor perito informar, detalhadamente, quais são as lesões atualmente apresentadas pela parte autora, e se as mesmas decorrem (ou não) do acidente relatado?
- Queira o senhor perito informar o tempo da consolidação da invalidez?
- Queira o Senhor Perito informar se das referidas lesões decorreu alguma invalidez ou incapacidade para a parte autora e, caso positivo, qual o seu respectivo grau de extensão, DE ACORDO COM O DISPOSTO NA TABELA CONTIDA NA RESOLUÇÃO N° 1/75, DE 03/10/75, expedida pelo conselho nacional de seguros privados _ CNSP, bem ainda se a mesma é definitiva ou meramente provisória?

Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, N° 121, Centro – Fone 9960-4118/ 988939848

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado
ABRAB 18.145





PROCURAÇÃO AD JUDITIA ET EXTRA

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,
OUTORGANTE: JACKSON LOPES NUNES menor imputado agressado
NETO que para essa jan, doce Gilvaneide S. Lopes de
Avilez, brasileira casada, profissão escritório, residiria de
Fazenda Taperoá Sítio São João do Para, Zona Rural de
, eletrônico: dlcientestap@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 nº 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 Litígio de competência da Sede da DRVAT em face de ██████████, inscrito no CPF/CNPJ sob o nº ██████████ 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.

Taperoá/PB, 18 de Marco de 2018

X gilvaneide S. Lopes de Oliveira
OUTORGANTE

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





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 (083) 3463-2578
Certifico e dou fé, que a presente cópia
fotostática é a reprodução fiel da original
que me foi apresentada.
Emol: 2,00 R\$ 00,00 TOTAL R\$ 00,00
"Selos faturados" - Consulte o site
Consulte o site www.receita.fazenda.gov.br
Taperoá-PB

Mafalda Areújo Fernandes
Tabelião/Oficiala

PL



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)
dígito verificador: 00



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 26/03/2018 23:12:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032623085962700000012958912>
Número do documento: 18032623085962700000012958912

Num. 13266724 - Pág. 3



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRAS

Claudia Reina Guimarães
ESCREVENTE
CPF: 916 742 554

Estado da Paraíba

Município (ou Comarca) de Taperoá

Cartório de Taperoá

103.337.589/0001

CARTÓRIO DO REGISTRO C

Rua 15 de Novembro, 10

CENTRO - CEP: 58680-000

TAPEROÁ-PB.

REGISTRO CIVIL

Maria das Graças Dias de Toledo Farias
Oficial do Registro Civil

NASCIMENTO N.º 16.760

Certifico que às fls. 89 do livro nº A/17 do Registro de Nascimento foi feito o nascimento de JACKSON LOPES NUNES

Nascido ao 11 de maio de 2001 às 4 horas e 27 minutos no Hospital Distrital de Taperoá PB.

do sexo masculino filh.º

Parente residente em Sítio Picapau e de 51 anos

sendo avós paternos Antonio Cicero Nunes e Maria do Socorro Nunes

Serviço Notarial e Registral
Rua Manoel Dantas Vilar, 95 - Centro
Fone/Fax: (033) 3463-2578

Certifico e declaro, que a presente cópia fotostática é a reprodução fiel da original

que me foi apresentada na data de 10/03/2018
End. 20 - RJ - CEP: 20000-000

Será feita a devolução da original ao seu dono

Assinado por Marcelo Dantas Lopes

Marcelo Dantas Lopes

Assinado por Fernandes

Fernandes

Foi declarante o genitor

e serviram de Testemunhas José Israeli da Silva.

Germânia Perreira Lavino.

OBSERVACÕES: Registro feito nos termos da Lei nº 9.534/97.

103.337.589/0001-00

O referido é verdade e dou fé.

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Rua 15 de Novembro, 10

CENTRO - CEP: 58680-000

ROCHA TAPEROÁ-PB

ROCHA TAPEROÁ-PB

Taperoá, 30 de maio de 2001

Claudia Reina Guima

COPIA AUTORIZADA

ESCREVENTE

CPF: 916 742 554



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Superintendência Regional de Polícia
12ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE
TAPEROÁ-PB



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 dágua, 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 0815/PE, chassi 9C2JC80101R132304, licenciada em nome de Gilvaneide 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 primeiros 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.)

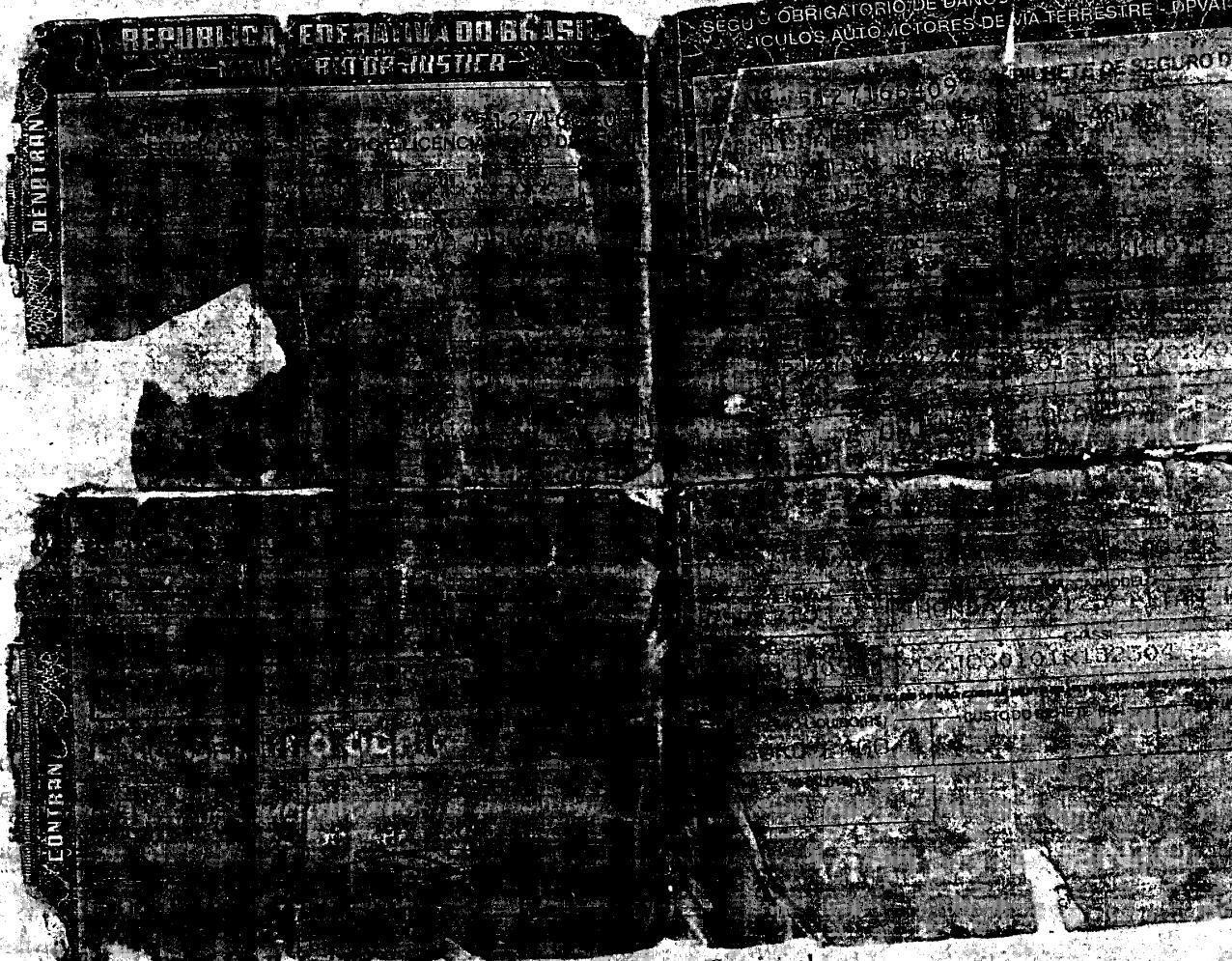
Gilvaneide Santos Lopes de Queiroz
Comunicante

Gilliard Guimarães Ferreira

Escrivão

Taperoá, 04 de junho de 2016.





Serviço Notarial e Registral
Rua Manoel Góes Vilar, 95 - Centro
Fone/fax: (013) 3463-2578

Certifico sob a lupa que a presente cópia
fotostática é idêntica ao original.

que me foi apresentada no dia 27/03/2018.
Fazendo constar que o valor da cópia é de R\$ 20,00.

Conselheiro Notário Publico
Mafalda Aranha Pessin

Assinado em 27/03/2018
Mafalda Aranha Pessin

Notaria Pública

Mafalda Aranha Pessin

Assinado em 27/03/2018
Mafalda Aranha Pessin

Notaria Pública



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

Num. 13266727 - Pág. 2



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

2 - CNES

2	3	6	2	8	5	6
---	---	---	---	---	---	---

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2	3	6	2	8	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jairson Lopes Nunes

6 - N° DO PRONTUÁRIO

248.821

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1100765010740005

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/05/2001

9 - SEXO

Masc

Fem

NOME DA PARECIDA Responsável

DDO

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

10 - ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Mineiro da Volta

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Taperoá

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

PB

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dou B atraente dente D

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento imediato.

19 - RELATÓRIO SUCINTO DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamese + Exame físico e Endoscópico.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trauma ferida laringe p

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

--	--	--	--	--	--

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Breno Tom

30 - NOME DA EMPRESA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

16/05/16

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - N° CNPJ DA SEGUROADORA

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - N° CNPJ EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

38 - N° CNPJ EMPRESA

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

MOD. 009



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO



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- Ex-sangue (Sangria)

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 _____ de _____ Destino:
Trauma - Campos 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 abdominal com sangria importante, com suspeita de perfuração.

Responsável pela solicitação do transferência:

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Henrique Lira Nogueira
CRM-PB 9522

Data: 16/05/18 Hora: 19:25 h.





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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Documentos:	Bairro:
End:	Documento de Identificação:	Documento:
Data de Nascimento:	Data do Atend./	Hora:
Queixa:	Classificação de Risco	
Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente	MOD. 110
Frequência respiratória:	Freqüência cardíaca:	
Pressão arterial:	Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida	
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	Estratificação	
() Vermelho - atendimento imediato	() Amarelo - atendimento até 1 hora	
() Verde - atendimento até 4 horas	() Azul - atendimento ambulatorial	
Assinatura e carimbo do profissional		



PRESCRIÇÃO

Ornitologia 16.1.10 276

Dr. José Antônio
de Souza
na medicina e
cirurgia
de animais

Av. Presidente
Juscelino Kubitschek

EVOLUÇÃO



GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		NATUREZA DA CONSULTA	
SUS		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL				Consulta Básica (PAB): <i>L. Lopes</i>	
UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO						Consulta Especializada:	
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			
PRONTUÁRIO N°: 1300568		DADOS DO PACIENTE				TIPO DE ATENDIMENTO	
Nome: JACKSON LOPES NUNES		Sexo: MASCULINO		Idade: 18,0		<input type="checkbox"/> 01 - URGÊNCIA, <input type="checkbox"/> 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA; <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO; <input type="checkbox"/> 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO; <input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS	
Profissão: ESTUDANTE		Documento: 160765010740005					
Endereço: SITIO MINEIRO DA VOLTA,		Bairro:					
Município: TAPEROA		Estado: CEP: 58060-000					
Data Atendimento: 16 / 05 / 2016		Cidade do Municipio: 251650					
DTA. NASCIMENTO: 11/05/2001		QUEIXAS: AC DE MOTO					
RAÇA/COR				MEDICAÇÃO		ENCAMINHAMENTO	
() 1 - BRANCA		() 2 - PRETA		() 3 - PARDA		<input type="checkbox"/> 01 - PRESCRITA <input type="checkbox"/> 02 - APLICADA	
() 4 - AMARELA		() 5 - INDÍGENA		() 99 - SEM INFORMAÇÃO		<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	
INTERNAÇÃO						<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> ÓBITO	
OUTROS							
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:				SERVIÇOS REALIZADOS:			
<i>Perigoso na pista fui expulso dentro de um carro que bateu no</i> <i>refeito de 14/05 e roteiro alto, muriçoque apena</i> <i>to ser um embalo e caiu em uma árvore</i>				CÓDIGO / PROCEDIMENTO CBO IDADE			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE		TIPO					
RESULTADOS							
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS							
1.							
2.							
3.							
4.							
ICO / CID: <i>P. Lopes</i>							
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)							
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO							
<i>X</i> <i>Exame feito dia 16/05/2016</i>							
ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)							



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar distenção 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 mediciar CPM.		() Melhora a aceitação alimentar.
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, mediciar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		() Manutenção da glicemia estável.
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
() Encaminhar ao banho de chuveiro.		() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
(X) Avaliar características, intensidade e local da dor.	12/12	X) Controle da dor (melhorada / ausente). CPA
(X) Avaliar alterações de sinais vitais.		
(X) 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.
(X) Analisar condições do curativo.	10/10	() Diminuição do risco de lesão.
() Orientar e estimular a hidratação da pele.	2/20	
(X) Orientar e estimular a movimentação no leito.		X) 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.		
(X) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	7/20	X) 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).		
() Manter as grades do leito elevadas.		() Diminuir o risco de queda.
() Conter o paciente quando necessário.		
(X) Manter ambiente calmo e tranquilo.	Assinatura CPA	() Melhora do padrão do sono.
(X) Orientar repouso no leito.		
(X) Administrar medicação CPM.		() Outros
() Outros		() Outros
() Outros		

Assinatura do Enfermeiro(a) :

FONTE: NIC





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Jackson

Enfermaria: 7

Leito: 2

Data: 17/05/16

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINidoras		
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação ()	Outro ()
		Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outró ()
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()	
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()		
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
		Outros ()				Relato verbal de dor ()		
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipneia ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destrução de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()	
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidiz articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço ()	Outro ()
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Outro ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispneia ()
							Batimento de asa de nariz ()	Ortopneia ()
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 ()		Medicações ()				
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()					
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()		Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()
		Ruido ()	Imobilização física ()				Refatos de dificuldade para dormir ()	
	Outro							
	Outro							



Pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Aquecida.
Tempo de encherimento capilar:	<input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos;			<input type="checkbox"/> > 3 segundos.		
Drogas vasoativas:	<input type="checkbox"/> Quais?			Precordialgia <input type="checkbox"/>		
Ausculta cardíaca:	<input checked="" type="checkbox"/> Rítmica			<input type="checkbox"/> Arrítmica		
Cateter vascular:	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico			<input type="checkbox"/> Central		
Edema:	<input type="checkbox"/> MMSS			<input type="checkbox"/> MMII		
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)						
Tipo somático:	<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido			<input type="checkbox"/> Emagrecido		
Dentição:	<input type="checkbox"/> Completa			<input type="checkbox"/> Incompleta		
Alimentação:	<input checked="" type="checkbox"/> VO			<input type="checkbox"/> SNG		
Alterações:	<input type="checkbox"/> Inapetência			<input type="checkbox"/> Disfagia		
Abdômen:	<input type="checkbox"/> Normotensão			<input type="checkbox"/> Distendido		
RHA:	<input type="checkbox"/> Normoativos			<input type="checkbox"/> Ausentes		
Eliminação intestinal:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal			<input type="checkbox"/> Liquida		
Eliminação urinária:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea			<input type="checkbox"/> Retenção		
Aspecto:	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:			Observações:		
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA						
Condição da pele:	<input type="checkbox"/> Integra			<input type="checkbox"/> Ressecada		
Coloração da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada			<input type="checkbox"/> Hipocorada		
Condições das mucosas:	<input type="checkbox"/> Úmidas			<input type="checkbox"/> Secas		
Incisão cirúrgica:	<input type="checkbox"/> Local/Aspecto:			Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>		
Dreno:	<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:			Curativo em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> /		
Úlcera de pressão:	<input type="checkbox"/> Estágio:			Débito: Retirado em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> /		
CUIDADO CORPORAL						
Cuidado corporal:	<input type="checkbox"/> Independente			<input type="checkbox"/> Dependente		
Higiene corporal:	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória			<input type="checkbox"/> Insatisfatória		
Higiene Corporal:	<input type="checkbox"/> Satisfatória			<input type="checkbox"/> Insatisfatória		
Limitação física:	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado			<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas		
SONO E REPOUSO						
(<input checked="" type="checkbox"/> Preservado	<input type="checkbox"/> Insônia			<input type="checkbox"/> Dorme durante o dia		
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS						
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL						
Comunicação:	<input type="checkbox"/> Preservada			<input type="checkbox"/> Prejudicada		
Sentimentos e comportamentos:	<input type="checkbox"/> Cooperativo			<input type="checkbox"/> Medo		
(<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input checked="" type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita			<input type="checkbox"/> Outros		
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS						
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE						
Tipo:	<input type="checkbox"/> Praticante			<input type="checkbox"/> Não praticante		
INTERCORRÊNCIAS						
Assunto: <i>desconhecido</i>						
Local: <i>Residência</i>						
Data: <i>01/01/2016</i>						
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>[Assinatura]</i>						
DATA: <i>01/01/2016</i> HORA: <i>8</i> h						

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



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DENTIFICAÇÃO		Nome: <i>Jackson Lopes Nino</i>	Registro:	Leito: <i>7.2</i>	Setor Atual: <i>Rd</i>
2. AVALIAÇÃO GERAL					
Sinais vitais: Tax: <i>36,5</i> °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 PSICOBIOLÓGICAS					
REGULAÇÃO NEUROLOGICA					
Nível de consciência: (<input checked="" type="checkbox"/>) Consciente (<input type="checkbox"/>) Orientado (<input type="checkbox"/>) Confuso (<input type="checkbox"/>) Letárgico (<input type="checkbox"/>) Torporoso (<input type="checkbox"/>) Comatoso (<input type="checkbox"/>) Outro					
GLASGOW (3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):					
Pupilas: (<input type="checkbox"/>) Isocôricas (<input checked="" type="checkbox"/>) Anisocôricas (<input type="checkbox"/>) D>E (<input type="checkbox"/>) E>D (<input type="checkbox"/>) Fotorreagentes (<input type="checkbox"/>) Mióticas (<input type="checkbox"/>) Midriáticas					
Mobilidade Física: (<input type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Paresia (<input type="checkbox"/>) Plegia (<input type="checkbox"/>) Parestesia Local:					
Linguagem: (<input type="checkbox"/>) Qual? (<input type="checkbox"/>) Disfonia (<input type="checkbox"/>) Afasia (<input type="checkbox"/>) Disfasia (<input type="checkbox"/>) Disartria.					
Obs:					
OXIGENAÇÃO					
Respiração: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Cateter Nasal (<input type="checkbox"/>) Venturi % l/min (<input type="checkbox"/>) Traqueostomia (<input type="checkbox"/>) Ayre/Tubo T					
(<input type="checkbox"/>) VMNI (<input type="checkbox"/>) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O					
(<input checked="" type="checkbox"/>) Eupnêia; (<input type="checkbox"/>) Taquipnêia (<input type="checkbox"/>) Bradipnêia (<input type="checkbox"/>) Dispneia (<input type="checkbox"/>) Outros:					
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente (<input checked="" type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) E					
Ruidos adventícios: (<input type="checkbox"/>) Roncos (<input checked="" type="checkbox"/>) Sibilos (<input type="checkbox"/>) Estridor (<input type="checkbox"/>) Outros:					
Tosse: (<input type="checkbox"/>) Improdutiva (<input type="checkbox"/>) Produtiva Expectoração: (<input type="checkbox"/>) Quantidade e aspecto:					
Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: (<input type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) E (<input type="checkbox"/>) Selo d'água:					
Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:					
Gasometria arterial: PH PCO ₂ PO ₂ HCO ₃ EB SpO ₂ Data: / / Hora:					
PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS					
Alteração: (<input type="checkbox"/>) Visão (<input type="checkbox"/>) Audição (<input type="checkbox"/>) Tato (<input type="checkbox"/>) Olfato (<input type="checkbox"/>) Paladar Observação:					
SEGURANÇA FÍSICA					
Tranquilo (<input checked="" type="checkbox"/>) Agitado (<input type="checkbox"/>) Agressivo. (<input type="checkbox"/>) Risco de queda. Observação:					
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR					
P脉: (<input checked="" type="checkbox"/>) Regular (<input type="checkbox"/>) Irregular (<input type="checkbox"/>) Impalpável (<input type="checkbox"/>) Filiforme (<input type="checkbox"/>) Cheio.					

PREScrição DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar distensão abdominal.		
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		() Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
() Aferir glicemia capilar, anotar e mediciar CPM.		
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, mediciar CPM, reavaliar em 30 minutos).		() Melhora a aceitação alimentar.
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		() Manutenção da glicemia estável.
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
() Encaminhar ao banho de chuveiro.		() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
() Aplicar 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.	3x due	
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
() Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
() Incentivar a ingestão de líquidos.		
() 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).		
() Manter as grades do leito elevadas.		() Diminuir o risco de queda.
() Conter o paciente quando necessário.		
() Manter ambiente calmo e tranquilo.		
() Orientar repouso no leito.		() Melhora do padrão do sono.
() Administrar medicação CPM.		
() Outros		() Outros
() Outros		() Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) :

do Técnico de Enfermagem :

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

16.05.16



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



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:				Enfermaria:	Leito:	Data: / /
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO		CARACTERÍSTICAS DEFINidoras		
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido () Dor à evacuação () Outro ()
		Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()				Anorexia () Dor abdominal ()
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida () Diarréia () Outro ()
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal () Mucosas pálidas ()
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor () Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro () Outro ()	
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()			Alterações na pressão sanguínea () Outro ()	
		Outros ()			Relato verbal de dor ()	
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()
		Aumento da taxa metabólica ()			Taquicardia () Taquipneia ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()	Destrução de camadas da pele () Invasão de estruturas do corpo ()		
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()	Rompimento da superfície da pele ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular	Dificuldade para virar-se () Dispnéia ao esforço () Outro	
		Prejuízos músculo esquelético () Desuso () Outro ()			Movimentos descontrolados ()	
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor () Fadiga ()	Obesidade ()	Outro ()	Alterações na profundidade respiratória () Dispnéia ()
					Batimento de asa de nariz ()	Ortopneia ()
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 ()		Medicações ()		
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()			
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()		Outro ()		
		Ruido ()	Imobilização física ()			
13	Outro					
14	Outro					



Pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Corada) (<input type="checkbox"/> Hipocorada) (<input type="checkbox"/> Cianose) (<input type="checkbox"/> Sudorese) (<input type="checkbox"/> Fria) (<input type="checkbox"/> Aquecida).	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) >3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? _____ Precordialgia (<input type="checkbox"/>)	
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/> Ritmica) (<input type="checkbox"/> Arritmica) (<input type="checkbox"/> Sopro) (<input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/> Periférico) (<input type="checkbox"/> Central) (<input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: MSE Data da punção / /	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido) (<input type="checkbox"/> Emagrecido) (<input type="checkbox"/> Caquético) (<input type="checkbox"/> Obeso).	
Dentição: (<input type="checkbox"/>)Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/> AVO) (<input type="checkbox"/> SNG) (<input type="checkbox"/> SNE) (<input type="checkbox"/> Gastronomia) (<input type="checkbox"/> Jejunostomia) (<input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Imapetênciá (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Abdômen: (<input type="checkbox"/>) Normotensão (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:	
RHA: (<input type="checkbox"/>) Normoativos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/> Normal) (<input type="checkbox"/> Líquida) (<input type="checkbox"/> Constipado há dias (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea) (<input type="checkbox"/> Retenção) (<input type="checkbox"/> Incontinência) (<input type="checkbox"/> Hematúria) (<input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Integra) (<input type="checkbox"/> Ressecada) (<input type="checkbox"/> Equimoses) (<input type="checkbox"/> Hematomas) (<input type="checkbox"/> Escoriações) (<input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada) (<input type="checkbox"/> Hipocorada) (<input type="checkbox"/> Ictérica) (<input type="checkbox"/> Cianótica) Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/> Úmidas) (<input type="checkbox"/> Secas) Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: Curativo em: ____ / ____ / ____	
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____ / ____ / ____	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____ / ____ / ____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input checked="" type="checkbox"/> Dependente) (<input type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória) (<input type="checkbox"/> Insatisfatória) Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/> Satisfatória) (<input type="checkbox"/> Insatisfatória)	
Limitação física: (<input type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo: (<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 10/05/10 HORA: ____ h	

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jessica dos Neves | 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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isopélicas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotoreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Hipnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

Ruidos adventícios: () Roncos () 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 ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.





ESTADO DA PARAÍBA
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/mm³	5,5 a 6,6 milhões/mm ³
Hemoglobina	10,9 g/dL	10,5 a 14,5 g/dL
Hematócrito	33 %	29,5 a 41,3 %
V.C.M.	81 fL	74,9 a 93,0 fL
H.C.M.	27 pg	26,0 a 32,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL	33,3 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	8.300 /mm³	5.500 a 16.000 /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
Monocitos	1,0	83
CONTAGEM DE PLAQUETAS	340.000 mm³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Claudia Barroso
 Biomédica
 CRBM - 5793

Newlab Laboratório



PNCQ

Programa Nacional
 para o Desenvolvimento da





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 Protocolo: 0000276935 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): BRENO C TORRES Data: 17-05-2016 14:09 Origem: CLINICA PEDIATRICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 15 anos Destino: ENF 07 - L 02

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00''

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

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

Material: sangue

Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO

7'00'' min

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

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

Material: Sangue

Método: Lee-White

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





ESTADO DA PARAÍBA
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 Protocolo: 0000276935 RG: NÃO INFORMADO
 Dr(a): BRENO C TORRES Data: 17-05-2016 14:09 Origem: CLINICA PEDIATRICA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 15 anos Destino: ENF 07 - 1.02

HEMOGRAMA

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

Resultados

Valores de referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	4.01 milhões/mm ³	3,7 a 5,9 milhões/mm ³
Hemoglobina	12,5 g/dL	12,0 a 14,5 g/dL
Hematócrito	38 %	35,0 a 48,6 %
V.C.M.	94 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.	31 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL	22,0 a 36,7 g/dL

SÉRIE BRANCA

	4.000 /mm ³	1.500 a 13.500 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Leucócitos		
Neutrofílos	0	0
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	2,0	80
Segmentados	73,0	2.920 40 a 70 % = 1.800 a 8.000 /mm ³
Eosinófilos	0	0 0,5 a 5,0 % = até 500 /mm ³
Basófilos	0	0 0,0 a 2,0 % = até 200 /mm ³
Linfócitos		
Típicos	23,0	920 20 a 40 % = 1.800 a 3.500 /mm ³
Atípicos	0	0
Monócitos	2,0	80 2,0 a 10 % = até 1.000 /mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	193.000 mm ³	140.000 a 460.000/mm ³

OPERAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Claudia Barroso
 Biomédica
 CRBM - 5793



PNCQ
 Programa Nacional
 de Controle de Qualidade





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

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) Dieteta livre		
	2) SRL 1500ml EV 12/24h	16/23 06	
	3) Dipirona 500mg + AD 6/6h EV	12/23 06	
	4) Tlalit 20mg + AD EV 12/12h	12/24 06	
	5) Cimiperol 140mg + AD EV 1x/dia	06	
	6) Nurofen 500mg AD EV 8/8h	14/22 06	
	7) SSIV + CCCG	07	
			Ortopedia
			DIA: 30°
			Paciente instável hemodinamicamente, sem queixas.
			id: VPM
			gpc

Diagnóstico

Ex clavula ①

~~Ex MTT~~ (D)

ito	2	Convênio	
	<i>Ortonadus</i>	Evolução Médica	

DIA. 3º
paciente estável hemodinámicamente, sem queixas.

id. VPM

gym



HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ

FONE: (83) 3463-2298

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nº.....: 98188 - Prontuario.: 7248
Nome....: JACKSON LOPES NUNES Cor: PARDO
Data....: 11/05/2001 Idade: 15a 0m SEXO: M Estado Civil:
Endereço: SITIO OLHO DAGUA n°S/N
Cidade...: TAPEROÁ /PB Cep: 58680000 Bairro.:
Telefone.: Celular: R.G.: 16760
.....: GILVANEIDE SANTOS SANTOS LOPES
.....: JOSE NUNES

DADOS DO ATENDIMENTO

Data....: 14/05/2016 Horario: 17:07 Operador: VINICIUS
Máster.: 02 - URGENCIA Tipo de Serviço: CONSULTA
Serviço: SUS AMBULATORIO Nº Cartão do Sus: 160638861500018

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM TIPO DE CLASSIFICAÇÃO:ATUAIS VITAIS PA= 130 X 90 mmHg T= _____ PESO= _____ KGP脉 bpm FR: _____ ipm SPO₂= _____ TAX _____ °C GLICEMIA _____ mg/dl

P脉 / / DPP / / ESCALA COMADA DE GLASGOW _____

MIXA PRINCIPAL Queda de moto

INTÓRIA REGRESSA _____

MÁDRO CLÍNICO _____

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

ATENDIMENTO MÉDICO

DIAGNÓSTICO E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Per em frangale D, contorla e, embre D.

TRATAMENTOS REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPO)

CONSULTADOS:**MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:**

Tenoxicam 20mg - CIPA TADEY HORA: _____ ASS TEC: _____
HORA: _____ ASS TEC: _____

PROCEDEMTO (DESCRIÇÃO)**DIAGNÓSTICO**

CID-10.: _____

MEDICAÇÃO:	ENCAMINHAMENTO		
PREScrita	() OBSERVAÇÃO	() RESIDÉNCIA	() EVASÃO
APLICADA	() INTERNAÇÃO	() OUTRO HOSPITAL	() ALTA MÉDICA
	() ÓBITO	() OUTROS	

TRATAMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

0301060061

Dra. Talita Carvalho

MÉDICA

CRM-PB 10163

ATENDIDO: DR. (A)

CRM.:

N.R.S.: 708203626168040 CBO.:06105

Gilvaneide S. Lopes
ASSINATURA DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL



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. 2

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAMAS
AG: X301467 - AC TAVERDA

TAVERDA - PB
CNPJ ... : 34028316374453 Tel.:
Ins. St.: 160745000

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente... : SEGURALURA LIDER CONSUS SEGU
CNPJ/CPF... : 00248608000104
Doc. Post... : 199345725
Contato... : 99122406391 Cont. Adm.: 11205709
Cartão... : 62267655

Movimento... : 08/09/2016 Hora.... : 09:59:32
Caixa... : 77244332 Matrícula... : 84786558
Lancamento... : 005 Atendimento... : 00002
Moda/idade... : A Faturar ID Triplet... : 1194209881

DESCRICAU	QTD.	PRECO(R\$)
SEGUNDO DIAZ	1	21,75
Va or do Porte(R\$)		21,75
CNF/CTF Remet.	01260431402	
Nome Remetente.	gilweneide santos topes de	
Cont. Nome.	queiroz	
Endereço Remet.	SITIO otto dagua,sn casa	
Cont. Endereço.	sítia rural	
CEP Remetente.	56880-000	
Estado Remet.	TAVERDA	
UF Remet.	RN	
SERV. DIAZ ESTENDIDO	1	47,50
Valor do Porte(R\$)		47,50
Cor Destino:	2031-205 (R)	
Peso real (KG)		0,113
Peso Tarifado		0,113
DIETB		0146721440688

Obj Postado após horário 1 hr post ag. DH (Depois da Hora)

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 69,11

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor, faça seguro declarando o valor do objeto.

A FATARAR

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

Nome: RG:
Ass. Responsável:

Obj Postado após horário 1 hr post ag. DH (Depois da Hora)

SERV. POSTAL: DIRETOS | DEVERES LET 653879

De 23/07 a 18/09, período das oficinas.
o prazo de entrega está ampliado para a região metropolitana do Rio de Janeiro.

VIA-CLIENTE

SARA 7.5.02

Seguradora Líder DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Jackson lopes menezes
DATA DO ACIDENTE 04/02/2008 HORA DA OCORRÊNCIA 07:26:08.974 - 02
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Representante legal
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É mae
ENDERECO DO PORTADOR Sítio okio do queiroz
Nº — COMPLEMENTO casa BAIRRO zona rural
CIDADE Taperapuã UF PB CEP 58680-000
E-MAIL marcadedametato@yahoo.com.br TELEFONE (83) 8635.8662

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- 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)
 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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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)

SENANTE 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, TAIIS 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

- PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE — RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS —

DATA _____ DATA _____ MATR. CORREIOS _____

IDENTIDADE 2.677.962 NOME _____

ASSINATURA Marcelo Dantas Lopes ASSINATURA Guilherme





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. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Giovaneide Santos Lopes de Oliveira, PORTADOR(A) DO RG N° 2.677.962 EXPEDIDO POR SSP - PR EM 02/07/2016
 CPF 0719608974-02 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Brincante

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 ABAIXO PRÉSTADAS.

(*) 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 POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas 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 de probatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receitafazenda.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)
 Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0997-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 77644-0

PARA CRÉDITO EM CONTA POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
 Nº 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.

Tóporeaa PB de 07/06/2016 de Giovaneide Santos Lopes de Oliveira
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

< > ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT paga 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.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilvanide Santos Lopes de Queiroz,
RG nº 2.677.962, data de expedição 22/07/2009, Órgão SSDPB,

CPF nº 079.608.914, 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 Olho d'água</u>
Número	<u>561</u>
Apto / Complemento	<u>caso</u>
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Tijolao</u>
Estado	<u>paraíba</u>
CEP	<u>58680-00</u>
Telefone de Contato	<u>083) 8635 8162</u>
E-mail	<u>marialva.santos@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Tijolao - 07/06/2016

Assinatura do Declarante: Gilvanide S. Lopes de Queiroz





PROCURAÇÃO AD JUDITIA ET EXTRA

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

, eletrônico: dlclienteap@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 nº 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 nº _____ 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 accordos, 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 _____

Xairaneide S. Lopes de Oliveira
OUTORGANTE

Escrítorio Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira centro - Fone: (83) 3343-4101 - Escrítorio Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: 68939848





()



Buscar no site



A PONTOS DE
COMPANHIA SEGURO ATENDIMENTO CENTRO DE
DPVAT (/Pontos-de- DADOS E SALA DE TRABALHE
Atendimento) ESTATÍSTICAS IMPRENSA 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 LIDER 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 O

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



Assinado eletronicamente por: ADENILSON FERREIRA - 03/04/2018 12:10:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1804031210287420000013057352>
Número do documento: 1804031210287420000013057352

Num. 13369238 - Pág. 1

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 entabularem 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;} -->



Assinado eletronicamente por: JOSE MILTON BARROS DE ARAUJO - 20/08/2019 08:25:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082008251281800000022918800>
Número do documento: 19082008251281800000022918800

Num. 23650196 - Pág. 2