



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
13266692	26/03/2018 23:15	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
13266705	26/03/2018 23:15	<a href="#">PETIÇÃO INICIAL</a>	Outros Documentos
13266724	26/03/2018 23:15	<a href="#">PROCURAÇÃO, DOC.PESSOAIS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA</a>	Procuração
13266727	26/03/2018 23:15	<a href="#">BO, DOC. DA MOTO E PRONTUÁRIO 1</a>	Outros Documentos
13266733	26/03/2018 23:15	<a href="#">PRONTUÁRIO 2</a>	Outros Documentos
13266739	26/03/2018 23:15	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO 3 E REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO</a>	Outros Documentos
13266746	26/03/2018 23:15	<a href="#">ESPELHO DA PROMOVIDA - NEGATIVA DA PROMOVIDA</a>	Outros Documentos
13369238	03/04/2018 12:10	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
23650196	20/08/2019 08:25	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

***PETIÇÃO INICIAL EM ANEXO - FORMATO PDF***





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:

Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, Nº 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 possui 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 iudicia 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 JURIDICOS 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 do 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 CLAVICULA DIREITA**, conforme Boletim de Ocorrência registrado na Polícia Civil e o relatório da ocorrência do SAMU (DOC. 3).

Nisto, o promovente foi socorrido pelo o 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 CLAVÍCULA DIREITA**, conforme Boletim de Ocorrência registrado na Polícia Civil (DOC. 3).



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 Polícia 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.asp>, **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 Excelência, 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**



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 “I” nestes termos:***

***Art. 20, I – 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 DEPRECIÇÃO 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:



**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, conseqüentemente, 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 possui 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;



- c) A procedência da presente demanda para o fim de condenar a requerida ao pagamento do Seguro Obrigatório (DPVAT), acrescidos 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 petítória, havendo assim, desnecessidade de intimação para apresentação dos quesitos periciais.**
- h) Que seja todas as publicações, intimações, notificações e quaisquer outros atos de intercambio 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 Deferimento.***

***Taperoá – PB, 18 de março de 2018.***

  
**MARCELO DANTAS LOPES**  
**Advogado OAB/PB 18446**





**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 o 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 Nº 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 - OAB/PA 18445



*PROCURAÇÃO AD JUDITIA ET EXTRA*

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,

**OUTORGANTE:** JACKSON LOPE NUNES, maior, impune, representante legal do PAZ ASSA, por intermédio do advogado JOÃO RIBEIRO DE OLIVEIRA, brasileiro casado, portador da carteira de identidade nº 1.111.111-1, inscrito no SIO nº 1111111111, do nº 1111111111, eletrônico: dielientesap@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 o foro em geral, especialmente para propor Ações de Cobrança do Seguro DUVAT em face de ~~XXXXXXXXXX~~, inscrito no CPF/CNPJ sob o nº ~~XXXXXXXXXX~~ 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.**

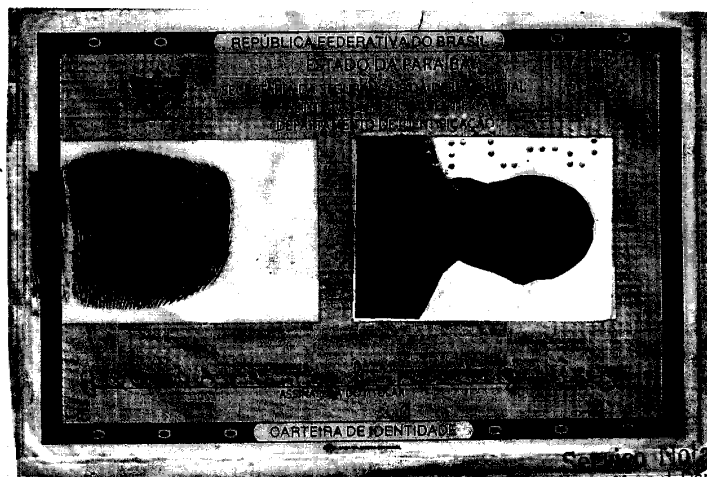
**CONTRATO DE HONORÁRIOS:** Neste instrumento lido e firmado, entre os contratantes, o outorgante compromete-se a pagar aos outorgados o percentual 20%, a título de honorários advocatícios calculados sobre o valor da condenação (liquidação de sentença ou acordo firmado entre as partes), independente 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 \_\_\_\_\_

Xgilvande S Lopes de Queros  
OUTORGANTE

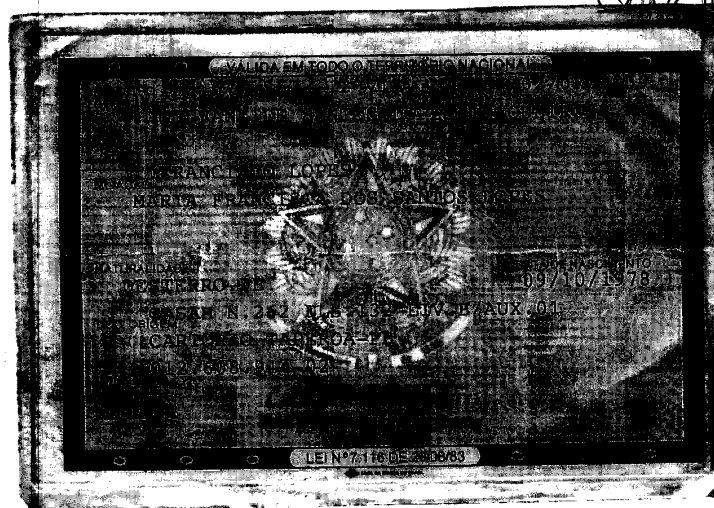
**Escritório Sede - Campina Grande** - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira  
centro - Fone: (83) 3343-4101 - **Escritório Filial Taperoá** - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone:  
88939848





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

Araceli Fernandes  
Abellu Oficial  
11 JUL 2018  
Carlos Roberto T. Filho  
ESCREVENTE



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 (083) 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.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Taperoá - PE, 11 JUL 2014

*Carlos Roberto T. Filho*

**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](http://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**



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





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 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.)

*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: (043) 3463-2578  
Certifico e dou a presente cópia  
fotostática fiel da original  
que me foi apresentada.

Assinatura: ADK 59493-23/12/18  
Carla Mendes  
Mafalda Araújo Perceira  
Tatiana Costa  
p1







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

Jaqueline Alves

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 DO PAI 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

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico.

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

Angiograma + 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

Procedimento em sala de cirurgia

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

16/05/16

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNPJ EMPRESA

42 - 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 da escápula exposta, com ferida de  
aprox. 4cm.

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:			
Data de Nascimento:	Documento de Identificação:	Bairro:	
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



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



SUS

## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

## 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: PARAIBA

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

Código 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  
ocorrido em 14/05/2016, resultando em fratura de  
tórax do lado esquerdo e lesão em MMII inferiores

## 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: Poltrauma

## 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 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



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

Paciente:

*Jackson*

Enfermária:

7

Leito:

2

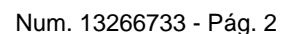
Data:

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/controlado 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: ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW (3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D&gt;E ( ) E&gt;D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas

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:

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

Ruídos 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 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.





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

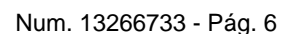
Num. 13266733 - Pág. 4

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 Luiz 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 ( ) Midríaticas

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 ( ) Dispneia ( ) Outros:

Ausulta 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 <sup>3</sup>	3,3 a 5,6 milhões/mm <sup>3</sup>
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	26,0 a 32,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL	33,4 a 36,0 g/dL

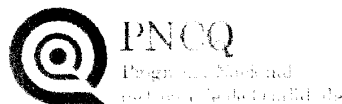
SÉRIE BRANCA

Leucócitos	8.300 /mm <sup>3</sup>	5.500 a 16.000 /mm <sup>3</sup>
	(%)	(/mm <sup>3</sup> )
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 <sup>3</sup>	140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

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 <sup>3</sup>	3,3 a 5,2 milhões/mm <sup>3</sup>
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 <sup>3</sup>	(%)	(/mm <sup>3</sup> )	3.500 a 10.000 /mm <sup>3</sup>
Neutrófilos	0	0	0	40 a 70 % - 1.900 a 5.400 /mm <sup>3</sup>
Promielócitos	0	0	0	0,5 a 6,0 % - até 500 /mm <sup>3</sup>
Mielócitos	0	0	0	0,0 a 2,0 % - até 200 /mm <sup>3</sup>
Metamielócitos	0	0	0	
Bastonetes	2,0	80	80	
Segmentados	73,0	2.920	2.920	
Eosinófilos	0	0	0	
Basófilos	0	0	0	
Linfócitos	23,0	920	920	20 a 40 % - 1.000 a 3.500 /mm <sup>3</sup>
Tipicos	0	0	0	
Atípicos	0	0	0	
Monócitos	2,0	80	80	2,0 a 10 % - até 1.000 /mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS	193.000 mm <sup>3</sup>			140.000 a 400.000 /mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Claudia Barroso  
Biomédica  
CRBM - 5793



## Diagnóstico

Rx clavícula 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	<del>14</del> 22 CG <del>12</del> 24 CG <del>12</del> 24 CG <del>14</del> 22 CG <del>14</del> 22 CG	#Ortopedia# D14: 3° Paciente estável hemodinamicamente, sem queixas.
	apl		id: VPM apl

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 SPO<sub>2</sub>= \_\_\_\_\_ 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**

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

**EXAMES REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO**

0301060061

**Dra. Talita Carvalho**  
MÉDICA  
CRM-PB 10163

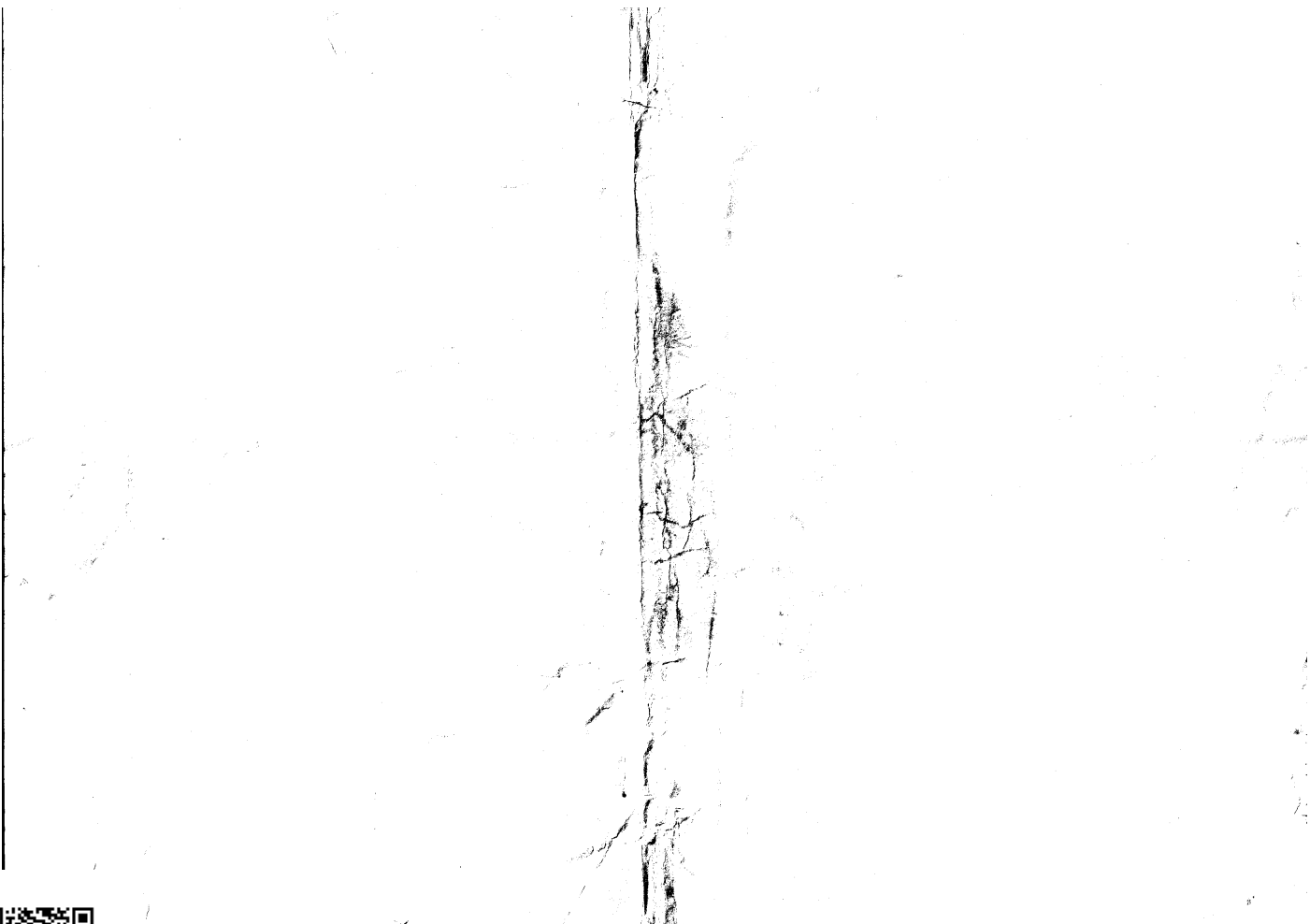
**EXAME: DR. (A)**

Idade: 708203626168040 CBO.: 06105

CRM.: \_\_\_\_\_

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 DPVAL	1	21,75

Valor do Furo (R\$).....: 21,75  
CNPJ/CPF Remet.: 01260831402  
Nome Remetente.: gilvaneide santos lopes de  
Cont. Nome.....: queiroz  
Endereço Remet.: S1140 outro da quadra, sn casa  
Cont. Endereço...: área rural  
Cep Remetente...: 58680-000  
Cidade Remet....: TAPEIOA  
UF Remet.....: PB

SEGURO DPVAL ESTIMADO	1	41,36
Valor do Furo (R\$).....	41,36	
Cep Destino:	20031-205 (RJ)	
Peso real (Kg).....	0,113	
Peso Tarifado.....	0,113	
OBETO.....	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 23/07 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 Marcelo Dantas 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](http://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](http://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>mariafranco@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;} -->

