

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,

**OUTORGANTE:** JOSE BARROU DA SILVA BRASILEIRO CASADO,  
Agricultor, RESIDENTE e DOMICILIADO NA RUA DA GRAMA,  
S/N ALTO TAPERÓIA/PB, CEP 58680000,  
, constituo e nomeio os procuradores:

**OUTORGADO:** MARCELO DANTAS LOPES, brasileiro, casado, advogado  
regularmente inscrito na OAB – 2PB sob o n.º s com no escritório profissional situado na  
com escritório profissional situado na Rua Manoel de Farias de Castro, n.º 121, Centro,  
Taperóia–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  
*Ação de cobrança do Seg Obrigatório DPVAT*  
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.

Taperóia/PB, 20 de Junho de 2018

X José de Barros Silva

OUTORGANTE



REGISTRO GERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME JOSÉ DE BARROS SILVA DATA DE EMISSÃO 28/11/2014

2.217.871 -2 VLT

FILIAÇÃO LUIS FRANCISCO DA SILVA

RITA PEREIRA DE BARROS SILVA

NATURALIDADE BUIQUE-PE

DOC ORIGINAR NASC. N. 4591 FLS. 86 LIV. A-05

CPF CARTÓRIO BUIQUE-PE 079.253.847-19

DATA DE NASCIMENTO 10/04/1977

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

006-2

V-02

ASSINATURA DO TITULAR

José de Barros Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE





CTC RECIFE PE PL14  
JOSE DE BARROS SILVA  
R DA GROTA 27  
CENTRO  
58680-000 TAPEROA PB



721013910950165000003453753240717

Di.Post: 24/07/2017 Di.Vcto: 05/08/2017

PARA USO DO CORREIO		
<input type="checkbox"/> Manifesto	<input type="checkbox"/> Aposta	<input type="checkbox"/> Retorno por Arrecadação





HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ  
FONE: (83) 3463-2298  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

103648

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

F.A.A.: 158164 - Prontuario.: 24827  
Nome: JOSE DE BARROS SILVA Cor: PARDO  
Nasci.: 10/04/1977 Idade: 40a 5m SEXO: M Estado Civil: SOLTEIRO  
Profissão: AGRICULTOR n°27  
Endereço: RUA GROTA Cep: 58680000 Bairro: ALTO  
Cidade: TAPEROÁ /PB R.G.: 2217871  
Telefone: Celular:  
Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS SILVA  
Pai: LUIS FRANCISCO DA SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

Data: 23/09/2017 Horário: 09:16 Operador: VIVIANE  
Carater.: 02 - URGENCIA Tipo de Serviço: CONSULTA  
Convenio: SUS AMBULATORIO N° Cartão do Sus: 702403057479224

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

TIPO DE CLASSIFICAÇÃO:

SINAIS VITAIS PA= 110 X 80 mmHg T= PESO= KG

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

DUM / / DPP / / ESCALA COMDA DE GLASGOW

QUEIXA PRINCIPAL

HISTÓRIA REGRESSA

QUADRO CLÍNICO

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

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente seixto de idade moto-moto,  
com amputação de parte do pé direito

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPO)

RESULTADOS:

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1° Isonal 700 mg + SF 98% HORA: ASS TEC:  
2° 700 mL, EV HORA: ASS TEC:  
3° Tilatil 40 mg + AD, EV HORA: ASS TEC:  
4° Trammin 1FA + AD, EV HORA: ASS TEC:  
5° SF 0,8% 500 mL, EV, CUI HORA: ASS TEC:

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

DIAGNÓSTICO

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

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 - P301060061  
2 -  
3 -

MÉDICO: DR. (A)

C.N.S.: 708203626168040 CBO.: 06105

Dr. José de Barros Silva

## Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

1510821

Paciente: José da Soares Silva Alojamento: 4 Leito: 2 Convênio:

Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
Data			
23/09	1) Clueto zero, olig. fonte após URPA 2) SFO, 918000 ml, IV, em 24h. 3) Cateterona 10, IV, 12/12h 4) Depuona 2ml + AD, IV, 6/6h 5) Idlatie 40mg + AD, IV, 24/24h 6) Omeprazol 40mg + AD, IV, pela manhã em jejum 7) Curatub diário 8) SSVV + CCGP 9) SAI 5000 OI, 1mg, apoa - 10ml/min no monitor 10) R-X controle		# Outopédio # Pte com fratura de acidente de auto na perna direita e rompimento em pé D. Od. Pro entrocunhação Vm. Ft. multipelto a processo amato causados este fratura sem antecedenças Cels. VPR R-X controle X URPA
	Chagas do Sítio as 19:30h		

Hollisson Barros de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - 100.872Hollisson Barros de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - 100.872

MOR 1

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
03/09	00 hs 36 e	—	—	—	50% 40	—	paciente hidratado em - permanente em - cura.	





Nome do Paciente		Nº Prontuário	
José de Barros			
Data da Operação	23/09/17	Enf.	Leito
Operador	Dra Jaylla	1º Auxiliar	Dr. Hallinson
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fxa exposta de omos por D + lesões tendíneas extensoras 2º ao 5º PDD'S		
Tipo de Operação	Lmc + Desbridamento + esternotomia + tenorrafia		
Diagnóstico Pós-Operatório	O mesmo		
Relatório Imediato da Patologia	φ		
Exame Radiológico no Ato	Sim		
Acidente Durante a Operação	Não		

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Potem DDH sob efeito anestésico

Anestesia + antiespasmódico + campos amplos

Irrigação exaustora c/ 10 lts de Sfb. 9%

Desbridamento de tecidos desvitalizados

Observado extensa lesão de partes moles + perda de substância óssea e tendínea + alívio grande de contumências + lesão vascular importante em PDD's

Realizado osteotomia de 4º ao 5º Metatarsos de (D) c/ fios 1,5 mm Kirschner sob escopia

Tenotomia de tendões extensores do 4º ao 5º PDD's + tendão flexor 5º PDD

Sutura de pele + curativo

Tela Bota MID

Hedisson Barros de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CSU 20.0522

May 1988

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO







# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <b>Wesley de Barros Silva</b>		DN: <b>10/04/77</b>		GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA	
LEITE: <b>Sala 04</b>	CONVÊNIO: <b>SUS</b>	IDADE: <b>40 anos</b>	REGISTRO: <b>1510-813</b>	SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE	
CIRURGIA: <b>pro laparoscopia de intestino apertado de D. Muller</b>		CIRURGIÃO: <b>D. Muller</b>		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Figueiredo	
ANESTESIA: <b>Dr. Diógenes</b>		ANESTESIA: <b>Dr. Fayal</b>			
INSTRUMENTADORA: <b>S. Costa</b>		DATA: <b>23/09/17</b>		FIM: <b>18:10</b>	
INÍCIO: <b>16:00</b>					

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Omg.		Calgut cromado Serfix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Serfix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Calgut cromado Serfix	
01	Dindig amp.	Compressa Pequena		Calgut Simplex	
	Dolantina amp.	Colonoide		Calgut Simplex Serfix	
	Eltane ml	Dreno		Calgut Simplex Serfix	
	Fenogam amp.	Dreno Kerr nº		Calgut Simplex Serfix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Indox ml	Dreno Pezzar nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macroglot		Ethibond	
01	Mercaina <b>grande</b> % ml	Equipo de Macroglot		Ethibond	
	Mubalin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serfix	
01	Roxidone amp. <b>mediana</b>	Equipo de PVC		Fio de Algodão Serfix	
	Proligamine amp.	Espandrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulupat	
	Prolixido 100	Furosem ml		Fio de Algodão Sulupat	
	Quelid ml	Gasa Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifen amp.	H <sub>2</sub> O ml	06	Monomylon <b>3.0</b>	
	Thionembul ml	Intracath Adulto	04	Monomylon <b>4.0</b>	
	Tracium amp.	Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lamina de Blisul nº 23		Prolene Serfix
01	Agua Destilada amp.		Lamina de Blisul nº 11		Prolene Serfix
01	Decadron amp.		Lamina de Blisul nº 15		Prolene Serfix
02	Dipirone amp.	01	Luvax 7.0		Vicryl Serfix
	Flaxizol amp.		Luvax 7.5		Vicryl Serfix
	Flabocortid amp	02	Luvax 8.0		Vicryl Serfix
	Garanticha amp	02	Luvax 8.5		
	Glicose amp		Oxigenio 100		
	Glucos de Cálcio amp		Pomex		
	Haemacel ml	05	PVPi Orogomente ml <b>Medica</b>		
	Heparina ml		PVPi Topico ml	Qtd.	SOROS
	Kanexion amp		Sabão Antiséptico		SG Normotermico fr 600 ml
	Leobx amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medroclimazol	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml
	Pisal amp.	01	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringer fr 500 ml
	Prolemine	02	Seringa desc. 05 ml	03	SG fr 500 ml
	Revivan amp		Sonda	08	<b>SE 091 - P/ Luvax Furosemida</b>
	Simplanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
01	Coligina 1g		Sonda Nasogástrica	05	<b>Fio de sutura 2.5</b>
01	<b>Medicamento</b>		Sonda Uretral nº		
01	<b>Medicamento</b>		Steridran ml		
01	<b>Medicamento</b>		Tornesinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaseline ml		
01	Agulha desc. 25x2.40 <b>114</b>		Gelcon 10		
	Agulha desc. 28 x 23	01	Lalele		
	Agulha desc. 3 x 4.5	05	<b>Alcatraz</b>		
01	Agulha p/ raque nº <b>15</b>	02	<b>Alcatraz</b>		
05	Alcool de Enfermagem <b>70%</b>	01	<b>Alcatraz</b>		
	Alcool Iodado ml				
04	Ataduras de Crepon <b>8.06m</b>				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS	
(+) Oxímetro de Pulso	(+) Foco Auxiliar
( ) Seta	( ) Eletrocardíaco
( ) Desfibrilador	( ) Oxímetro
( ) Foco Frontal	( ) Cardiomonitor
(+) Fonte de Luz	( ) Ventilador Mecânico

Adriana Sereno  
A. Sereno  
CIRCULANTE REGISTRO

## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Josi de Barros Silva		Idade:	40
Convênio:	Básico		Data:	23/09/17
Procedimento:	Lig. crúrio de Prolapso Externa no D.			
Cirurgião:	Dr. Almon	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Taylora	
Início:	16:00	Término:	18:20	Anestesia: Raquí

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MCO 103



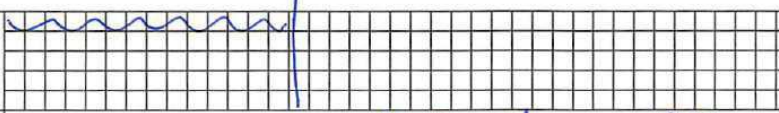
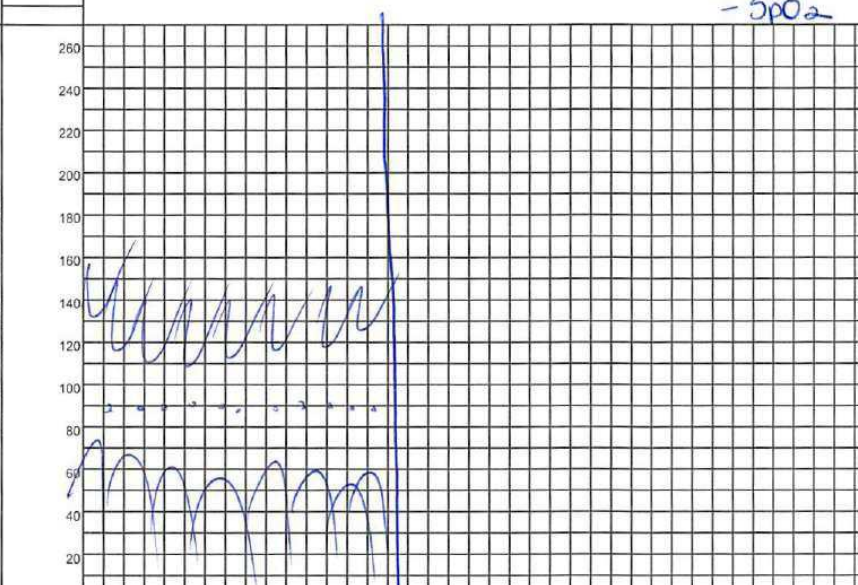


**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
( Critérios para altas da SRPA)

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		10

  
Assinatura do anestesista



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>José de Barros Silva</u>			IDADE: <u>40a</u>	SEXO: <u>M</u>	COR	
DATA: <u>23/09/17</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA: <u>ningu</u>	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO: <u>asa 2</u>	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	ÀS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
LÍQUIDOS	<u>3F 2000ml</u> - PNE - ECG - SpO2				MANUTENÇÃO <u>neocaina</u> 1 <u>dimorf</u> 1 <u>cloralfina</u> 2 <u>diplofona</u> 2 <u>nausechon</u> 1 <u>deca tron</u> 1 <u>antak</u> 1 <u>tilatil</u> 1 <u>efedrina</u> 1 ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____			
CÓDIGOS					DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co2: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					Com cânula: Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<u>16h00 → 17h00</u>							
POSIÇÃO								
AGENTES	<u>Neocaina 20mg + dimorf 100 4g</u>							
TÉCNICA	<u>Raqui Q256 L3-L4 L</u>					CÂNULAS <u>CV 02</u>		
OPERAÇÃO	<u>tto cirúrg. fratura exposta de p. direito</u>							
CIRURGIÕES	<u>Paula + Alisson</u>							
ANESTESISTAS	<u>Taylan Oliveira</u>							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.								

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 19/08/2018 20:31:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081920293121300000015627866

Número do documento: 18081920293121300000015627866



## Diagnóstico

Fix  $GMP$   $PE$   $D + L$   $ESAO$   $TEN$   $0000$

GETTING STARTED

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

**PRE OP:**

Paciente	Dose de Barros Silva	Alojamento	4	Leito	2	Convênio	
----------	----------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data		Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica
24	09	1. DIETA LIVRE			
		2. IELCO			
		4. DIFIRONA 2ML EV 6/6H			
		5. CMEPPAZOL 40MG EV 12/12H			
		6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N			
		7. NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N			
		8. TILATIL 20 MG + AD - EV 12/12H S/N			
		9. KARELTO 10MG 1 CP VO 1 X DIA, <i>doz 15mg</i>			
		10. SSV + CCGG			
		11. <i>Con-tius diário</i>			
		12. <i>Ceftriaxona 1g, EV, 12/12h</i>			
		13. <i>Gentamicina 80mg c/12h EV i/ds</i>			

#ORTOPEDIA# DH. 2.

BEG, estável

Sem intercorrências

Diversa + Evidências +

#CD: VPM

Dr. João Carlos Pereira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1556

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
24/08/17	19:00	-	-	-	120 80	✓	<p>pt. comecar a sair toda</p> <p>realizado 55urccg</p> <p>curativo segue as curatela</p> <p>de enfermagem</p> <p>Maria José da Silva França</p> <p>TEC. DE ENFERMAGEM</p> <p>COREN-PB 512.016</p>	
24/08/200	-	-	-	-	120 80		<p>Paciente estável</p> <p>e sem queixas</p> <p>medicamentos</p> <p>paciente com</p>	





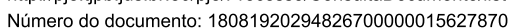
Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
24/09/17	19:00	-	-	-	120/80	+	Ref. Comiss. de Orit. da Qualidade do SUS, CCE, Eunat. e seg. de saúde	
24-09-2000	-	-	-	-	120/80		Paciente estável e sem queixas medicas e cirurg. paciente medicado	

Maria José da Silva Franco  
 TFC DE ENFERMAGEM  
 COREN-PB 542.016



Argentea (L.)  
Croc. (L.)

Dr. Ricardo Antonio C. Filho  
Cirurgião de Transcologia  
Data de nascimento: 02/02/2000





13.17

20

11 - 130/30

Paciente apresenta em estado geral comprometido, pós cirurgia, foi realizado cuidados com curativos,  
apresentando boa aparência sem nenhuma alteração, foi tratado todo o seguimento cirúrgico, foi  
medicado e não se queixa de dor. *Remanescente*  
NTE DE IDENTIFICAÇÃO  
COREL - FOLIO 08

Paciente não apresenta nenhuma enfermidade pós cirurgia e segue mantendo conduta  
pós medicado CPN. *Remanescente*  
Audina Oliveira PM  
TÉC DE ENFERMAGEM  
COREL - FOLIO 08





GOVERNO  
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

exp. de

Paciente

João de Deus

Alojamento

4

Leito

2

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

26/08

Diagnóstico

Retorno Oncológico

Prescrição curativa

~~Prescrição de~~

Alta

3-9/08

Retorno, para

informar

P.O. clausura

em dependência

em

na clausura

em

Alta

Dr. Ricardo Antonio G. Filho  
Osteopata e Terapeuta  
CRA 08 5145 223146

Dr. Ricardo Antonio G. Filho  
Osteopata e Terapeuta  
CRA 08 5145 223146

MOD. 003





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	JOSÉ DE BARROS SILVA
DATA DO EXAME:	23/09/2017

ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

**METODOLOGIA:**

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

**ANÁLISE:**

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.

Pâncreas não visualizado por interposição gasosa.

*Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.*

*Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.*

Dra. Marcella Alves de Farias  
Médica Radiologista - Membro Titular do CBR

CRM 6550

NOTA: As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação do médico radiologista. O laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda. Estamos à disposição para eventuais esclarecimentos.







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

Receituário Simples

Jose de Barros Silva

R<sub>1</sub>

1M

SAT 5000 U1 —

Aplicar 1M, aguarde

*Ver D*

*atando!*

MOD. 001

Data

Médico



10/04/17

Tapenoi





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### Receituário Simples

40 centos e meio -

que  
seu

MOD. 001

Data

Médico



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

Nome do Profissional de Saúde  
TAMARA C.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

IDADE: 43 anos

PRONTUÁRIO: 15100813

Nome da Sala de Cirurgia

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

ENTRADA

PAUSA CIRÚRGICA

SALA:

☒ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

• SÍTIO CIRÚRGICO

• PROCEDIMENTO A SER REALIZADO

• CONSENTIMENTO

☒ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO

CONFIRMAM VERBALMENTE

• IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

• SÍTIO CIRÚRGICO

• PROCEDIMENTO

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS?

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS COMO INSTRUMENTAIS, PROTETORES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)

☒ HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUALQUER PREOCUPAÇÕES?

☒ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM

☒ BIÓCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE

☒ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTE

☒ O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

☒ NÃO

☒ SIM

VIA AEREA OFICIALMENTE DE BRONCOPNEUMONIA?

☒ NÃO

SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML

(7) ALGO EM ORÇANOS?

☒ NÃO

SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

A PROFISSÃO ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

☒ SIM

NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

☒ SIM

NÃO SE APLICA

Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 19/08/2018 20:31:54  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081920294826700000015627870  
Número do documento: 18081920294826700000015627870

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Fx. exp. da Pe. direito  
40 anos

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulo de Barros Silva Registro: Leito: 4-2 Setor Atual: ortop. II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,5 °C; P: bpm; FR: 32 lpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 68 bpm; SPO2: 98 %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: (X) Local: MJD Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

(X) 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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) $\leq 3$ segundos; ( ) $>3$ segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? <span style="float: right;">Precordialgia ( )</span>	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: <u>USE</u> Data da punção <u>24/09/17</u>	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há _____ dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: _____ ( ) Outros: _____ Observações: _____	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica <b>Turgor da pele:</b> ( ) Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas ( ) Secas <b>Manifestações de sede:</b> ( ) .	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória <b>Higiene Corporal:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada <b>Sentimentos e comportamentos:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo:	
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <u>Católico</u> ( ) Praticante <input checked="" type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<u>Paciente cirurgiado, com queixas no momento</u> <u>após, diátese presente, acesso venoso periférico</u> <u>dieta livre, aguardando alta realizado curativo</u> <u>e troca de gaze o mesmo segue aos cuidados</u> <u>da equipe.</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Rafaela Silva Luciani</u> DATA: <u>25/09/17</u> HORA: <u>8:00</u> h	
Enfermeiro COREN-PB 337480	

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





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Joel de Barros Silva Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 4-2 Setor Atual: UTI: 4

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 38,8°C; P: \_\_\_\_\_ bpm; FR: 12 irpm; PA: 110/80 mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 99 %

HGT: \_\_\_\_\_ mg/dl; Peso: \_\_\_\_\_ Kg; Altura: \_\_\_\_\_ cm Dor: ( X ) Local: WID Obs.: \_\_\_\_\_

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): \_\_\_\_\_ Drogas (Sedação/Analgesia): \_\_\_\_\_

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

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

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

Obs: \_\_\_\_\_

OXIGENAÇÃO

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

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

( X ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) 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 de inserção do dreno: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Aspecto da drenagem torácica: \_\_\_\_\_

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: (X) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) < 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais?	Precordialgia: ( )
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: <u>ASE</u> Data da punção <u>24/09/17</u>	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: (X) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: (X) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: ___/___/___	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: (X) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: (X) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há ___ dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ___ ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros:	Observações:
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: (X) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: (X) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: (X) Local/Aspecto: <u>MSD</u> Curativo em: ___/___/___	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente (X) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: (X) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro: <u>Deambula e/ou apoio</u>	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo ( ) Medo:	
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <u>Católico</u> ( ) Praticante (X) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<u>Paciente cirurgado, afebril sem queixas e segue aos cuidados da equipe.</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <u>24/09/17</u> HORA: <u>9:30</u> h	

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio do grupo focal. Porto Alegre (2006).







GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Jorge de Barros Silva		
End:	Rua da Grota 58	Bairro:	do Jato
Data de Nascimento:	10.04.77	Documento de Identificação:	apexia
Queixa:	Colúbas	Data do Atend.:	93 09 17
		Hora:	13:00
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não	Documento:

### Classificação de Risco

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

### Estratificação

MOD. 110

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

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

Assinatura e carimbo do profissional



CÓPIA DIGITALIZADA NO SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
06/12/2017  
ASS. *Marcelo Dantas Lopes*



Dr. Daniel (C. Carol)



GOVERNO  
DA PARAÍBA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO



GERIR  
Instituto de Gestão em Saúde

HOSPITAL GERAL DE TAPERÓIA - ANTONIO HILARIO DE GOUVEIA

www.hgt.org.br

## JUSTIFICATIVA DE TRANSFERÊNCIA

Nome: João de Barros Silva Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: 40 anos Sexo: M( ☒ ) F( )

Hipótese Diagnósticos: 1- Trauma

2- \_\_\_\_\_

Exame Físico: Escala de Coma de Glasgow: 15 Pressão: 110 x 80 mmHg FR: \_\_\_\_\_  
Ipm FC: 90 bpm SpO2: 98 % Local de Saída: Pavilhão Superior ( ) Pavilhão Inferior ( )

Local \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Destino: \_\_\_\_\_  
H. de Trauma

### 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: Paciente vítima  
de acidente moto-moto, apresentando amputação  
em pé direito.

Responsável pela solicitação do transferência:

Carimbo e assinatura do médico \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_h.









H1CG-Panel Administrativo

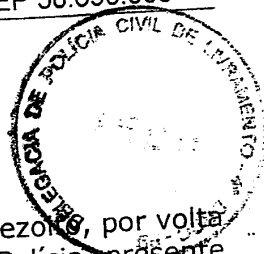
## EXAMEN SECUNDARIO / PARECER MÉDICO

[illegible]



ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª SUPERINTENDENCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
12ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE LIVRAMENTO  
Rita Pereira de Almeida, s/nº, Centro, Livramento PB. CEP 58.690.000

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 002/2018**



Aos (11) onze dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezoito, por volta de 16h10min, nesta cidade de Livramento/PB, na Delegacia de Polícia, presente o Del. Pol. Ariosvaldo Adelino de Melo, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão nomeado ao final assinado, após verificar o livro de ocorrência policial de nº 003, a ocorrência de nº 002/2018, às folhas 35, foi verificado que compareceu:

**JOSÉ DE BARROS SILVA - RG 2.217.871 SSP/PB, CPF 079.253.847-19**, brasileiro, União Estável, Agricultor, natural de Buique/PE, com 40 anos de idade, nascido aos 10/04/1977, filho de Luiz Francisco da Silva e de Rita Pereira de Barros Silva, residente na Rua da Grota, 27, bairro do Alto, Taperoá/PB, TEL: 83 xxxx-xxxx.

**PARA NOTIFICAR QUE:** informa o noticiante de que no dia 23/09/2017, por volta das 09h00min, seguida do centro de Taperoá/PB, com destino a sua residência, pilotando a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, ANO/MOD 2008/2008, DE COR PRETA, CHASSI 9C2KC08108R181564, PLACA MOA 7194/PB, licenciada em seu nome, quando no trajeto, uma outra motocicleta, pilotada por um homem desconhecido, atravessou em sua frete, fazendo com que ele, noticiante, perdesse o controle e caísse; **QUE**, quando o noticiante caiu, um popular conhecido por CHIQUINHO Patativa, vereador de Taperoá/PB, ia passando o fez seu socorro ate o hospital de Taperoá/PB; **QUE**, após ser atendido naquele hospital, foi verificado que o noticiante havia sofrido uma fratura com amputação do dedo mindinho do pé direito, e foi encaminhado para Campina Grande/PB, onde foi atendido no hospital de Trauma, local onde o medico fez a remoção do dedo, uma vez que não tinha mais como reimplantá-lo; **QUE**, apresenta Ficha de Atendimento Ambulatorial. **Ciente das sanções previstas no artigo 299 do CPB, assume inteira responsabilidade.**

Livramento/PB, 11 de janeiro de 2018.

Notificante José de Barros Silva

**JOSÉ DE BARROS SILVA**

  
**Giliard Guimarães Ferreira**  
escrivão



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS  
Ag: 30301467 - AC TAPEROA  
TAPEROA  
CNPJ: 34026316374453 Ins Est.: 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU  
CNPJ/CPF: 09248608000104  
Doc. Post: 264525759  
Contrato: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709  
Cartao: 62267655

Movimento: 12/01/2018 Hora: 10:18:07  
Caixa: 84697445 Matrícula: 84786558  
Lancamento: 014 Atendimento: 00006  
Modalidade: A Faturar ID Tiquete: 1414617195

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	21,75+
Valor do Porte(R\$):	21,75	
Peso real (G):	74	
CNPJ/CPF Remet: 07925384719		
Nome Remetente: Jose de Barros Silva		
Endereco Remet.: RUA da grota.27 - alto		
Cep Remetente: 58680-000		
Cidade Remet.: TAPEROA		
UF Remet.: PB		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	28,00+
Valor do Porte(R\$):	28,00	
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (G):	67	
OBJETO: DY785409101BR		

DY 78540910 1 BR

Obj Postado apos horario lim post ag. DH (Depois da Hora)

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 49,75

Valor Declarado nao solicitado(R\$)  
No caso de objeto com valor,  
utilize o servico adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheco a prestacao do(s) servico(s) acima  
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante  
apresentacao de fatura. Os valores constantes  
deste comprovante poderao sofrer variacoes de  
acordo com as clausulas contratuais!

Nome: RG:  
Ass. Responsavel:

Obj Postado apos horario lim post ag. DH (Depois da Hora)

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

De 24/11 a 31/01, devido aumento nos serviAr"o  
s de encomendas, estaAruo acrescidos 2 dias Arlt  
eis de tolerArancia no prazo de entrega.

VIA-CLIENTE SARA 7.8.00

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS  
Ag: 30301467 - AC TAPEROA  
TAPEROA  
CNPJ: 34026316374453 Ins Est.: 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU  
CNPJ/CPF: 09248608000104  
Doc. Post: 264525759  
Contrato: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709  
Cartao: 62267655

Movimento: 12/01/2018 Hora: 10:18:07  
Caixa: 84697445 Matrícula: 84786558  
Lancamento: 014 Atendimento: 00006  
Modalidade: A Faturar ID Tiquete: 1414617195

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	21,75+
Valor do Porte(R\$):	21,75	
Peso real (G):	74	
CNPJ/CPF Remet: 07925384719		
Nome Remetente: Jose de Barros Silva		
Endereco Remet.: RUA da grota.27 - alto		
Cep Remetente: 58680-000		
Cidade Remet.: TAPEROA		
UF Remet.: PB		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	28,00+
Valor do Porte(R\$):	28,00	
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (G):	67	
OBJETO: DY785409101BR		

DY 78540910 1 BR

Obj Postado apos horario lim post ag. DH (Depois da Hora)

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 49,75

Valor Declarado nao solicitado(R\$)  
No caso de objeto com valor,  
utilize o servico adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheco a prestacao do(s) servico(s) acima  
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante  
apresentacao de fatura. Os valores constantes  
deste comprovante poderao sofrer variacoes de  
acordo com as clausulas contratuais

Nome: RG:  
Ass. Responsavel:

Obj Postado apos horario lim post ag. DH (Depois da Hora)

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

De 24/11 a 31/01, devido aumento nos serviAr"o  
s de encomendas, estaAruo acrescidos 2 dias Arlt  
eis de tolerArancia no prazo de entrega.

VIA-CLIENTE SARA 7.8.00



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 19/08/2018 20:31:56

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081920302785900000015627874

Número do documento: 18081920302785900000015627874

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB Nº 011545639677  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM FRT 20150100071838-9  
1 0096892794-7 00/00000000 2015

**JOSE DE BARROS SILVA**

CPF/CNPJ 07925384719 PLACA ANTJUE MOA7194/PB

NOVO PB 9C2KC08108R181564

ESPECIE TIPO MARCA/MODELO GASOLINA

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC HONDA/CG 150 TITAN KS 2008 2008

2 P/149 /CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 27/04/2015

\*\*\*\*\* 0 \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 27/04/2015

SEM RESERVA DE DOMINIO

TAPEROA-PB 33375 17/07/2015

14478

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA APESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011545639677 PRIMEIRO DE SEGURO DPVAT

2015  
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO  
07925384719 CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodetransiao.com.br  
SAC DPVAT 0800 029 1204

2015 17/07/2015

VIA COD RENAVAM PLACA  
1 07925384719 MOA7194/PB

RENAVAM MARCA/MODELO  
00968927947 HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. CALIBRE P. COBERTURA  
2008 9 9C2KC08108R181564

PRÊMIO TARIFARIO

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

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

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITACAO  
\$ 27/04/2015

SEGURADORA LIDER - DPVAT  
CNPJ 08.242.606/0001-01  
www.seguradoralider.com.br

14478-0930200-20150717

JUN-2014



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 19/08/2018 20:31:56

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081920302785900000015627874

Número do documento: 18081920302785900000015627874



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL — X —	CPF da Vítima 079253847-19	Nome completo da vítima JOSE DE BARROS SILVA
------------------------------------	-------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo JOSE DE BARROS SILVA		CPF titular da conta 079253847-19	Profissão Agricultor
Endereço RUA da GREGO		Número 27	Complemento CASA
Bairro Auro	Cidade Tapaná	Estado PB	CEP 58680000
Email marcelodantas@gmail.com			Telefone (DDD) (83) 99640-4317
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.			

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	
<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<b>AGÊNCIA</b> NRO. 0043 D/V 23 (Informar dígito se existir)		<b>BANCO</b> Nome _____ NRO. _____	
<b>CONTA</b> NRO. 00165238-5 D/V _____ (Informar dígito se existir)		<b>AGÊNCIA</b> NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
		<b>CONTA</b> NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Tapaná/PB, 12 de Janeiro de 2018  
Local e Data

x José de Barros Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José de Barros Silva

RG nº 2217872, data de expedição 28/11/14, Órgão SSP/PB

CPF nº 079253847-19, 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>Rua da Geom</u>
Número	<u>27</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Auro</u>
Cidade	<u>Taperoá</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58680-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99640-448</u>
E-mail	<u>marcelo.dantas@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Taperoá/PB 12/01/18

Assinatura do Declarante: José de Barros Silva



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jose de Barros Silva, portador da carteira de identidade nº 2257871 e inscrito no CPF/MF sob o nº 079253847-59, residente e domiciliado na Rua da Gruta, 27, Cidade Tapera, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jose de Barros Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Tapera/PB, 22/Jan/2018

Local e data





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA João de Barros Silva  
 DATA DO ACIDENTE 23/09/18 CPF DA VÍTIMA 079.253.847-34  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É João de Barros Silva  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua da Greena  
 Nº 22 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Anjo  
 CIDADE Tapera UF PA CEP 58680000  
 E-MAIL marcelodantas@gmail.com TELEFONE (83) 99640-4238

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, 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

TANTE 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 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12/ Janeiro / 2018  
 IDENTIDADE 2217871  
 ASSINATURA João de Barros Silva

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 19/08/2018 20:31:56

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081920302785900000015627874>

Número do documento: 18081920302785900000015627874



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE DE BARROS SILVA**

Nº Sinistro: **3180054445**  
Vitima: **JOSE DE BARROS SILVA**  
Data do Acidente: **23/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro número **3180054445**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13169045



## CERTIDÃO

Certifico, em razão do meu ofício, ao MM. Juiz, que não existe processo tramitando ( ou que tenha tramitado) em nome das partes existentes neste processo. Faço conclusão dos autos.

O referido é verdade, dou fé.

Taperoá-PB, 13 de dezembro de 2018

Adriana Dias Farias

Técnica Judiciária



**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:612.0pt 792.0pt; margin:70.85pt 3.0cm 70.85pt 3.0cm; mso-header-margin:36.0pt; mso-footer-margin:36.0pt; mso-paper-source:0;} div.WordSection1 {page:WordSection1;} -->

