

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,
OUTORGANTE: *JOSÉ BARROS DA SILVA BRASILIRO CASADO
Agrônomo, residindo e domiciliado na Rua do Brumá,
58, S/N, Centro, Taperoá/PB, CEP 58680-000.*,
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, 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 *Ação de Cobrança de Seus Obrigações 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 estabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

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

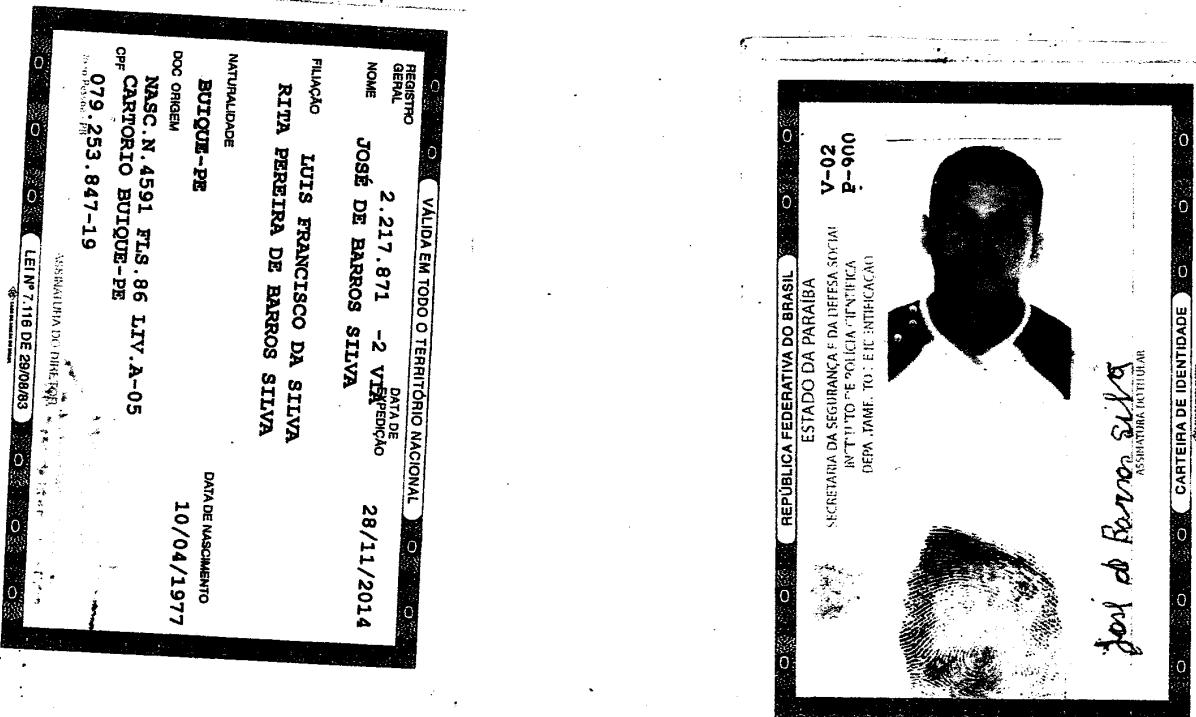
CONTRATO DE HONORÁRIOS: Neste instrumento lido e firmado, entre os contratantes, o outorgante compromete-se a pagar aos outorgados o percentual 20%, a título de honorários advocatícios calculados sobre o valor da condenação (liquidação de sentença ou acordo firmado entre as partes), independente de sucumbência,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

Taperoá/PB, 20 de Junho de 2018

X José de Barros Silva

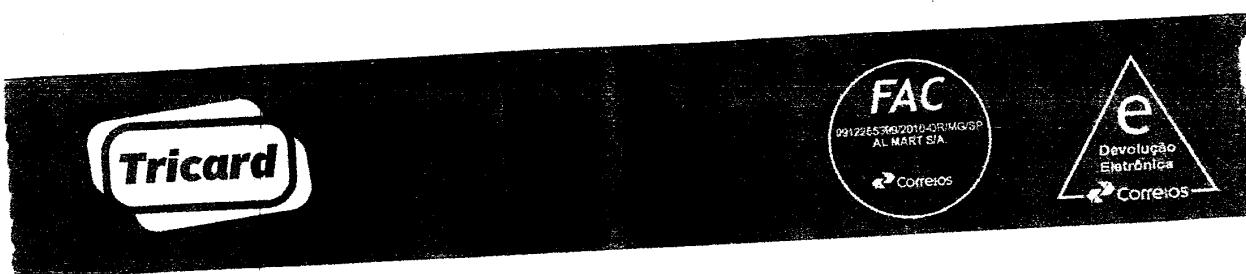
OUTORGANTE





Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 19/08/2018 20:31:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081920281914800000015627856>
Número do documento: 18081920281914800000015627856

Num. 16031410 - Pág. 2



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



7210139109501650000034937550245717

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



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 19/08/2018 20:31:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081920281914800000015627856>
Número do documento: 18081920281914800000015627856

Num. 16031410 - Pág. 3



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
Nasc....: 10/04/1977 Idade: 40a 5m SEXO: M Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: AGRICULTOR
Endereço.: RUA GROTA n°27
Cidade...: TAPEROA /PB Cep: 58680000 Bairro.: ALTO
Telefone.: Celular: R.G.: 2217871
Mãe.....: RITA PEREIRA DE BARROS SILVA
Pai.....: LUIS FRANCISCO DA SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

Data....: 23/09/2017 Horario: 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 COMADA DE GLASGOW _____

QUEIXA PRINCIPAL _____

HISTÓRIA REGRESSA _____

QUADRO CLÍNICO _____

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

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente vítima de colisão moto-moto,
com amputação de parte do pé direito

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPO)

RESULTADOS:

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSSOS:

- 1º Trombol 700 mg + SF 0,8% HORA: _____ ASS TEC: _____
2º 100 mL , EV HORA: _____ ASS TEC: _____
3º Tiletil 40 mg + AD, EV HORA: _____ ASS TEC: _____
4º Triamorin 1FA + AD, EV HORA: _____ ASS TEC: _____
5º SF 0,8% 500 mL , EV, C/ HORA: _____ ASS TEC: _____

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

DIAGNÓSTICO

- MEDICAÇÃO: CID-10.: _____
 PRESCRITA () OBSERVAÇÃO () RESIDÉNCIA () EVASÃO
() APLICADA () INTERNAÇÃO () OUTRO HOSPITAL () ALTA MÉDICA
() ÓBITO () OUTROS

SERVICOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

- 1 - 0301060061
2 -
3 -

MÉDICO: DR. (A)
C.N.S....: 708203626168040 CBO.: 06105

CRM: /

Dr. José de Barros Silva

Assinatura do Profissional

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

15/08/18

Diagnóstico

Fractura em pedra
liso de tendões flexores.
cúpula extensoras.

Paciente José da Penha Silveira

Alojamento 4

Leito 2

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/09	1) Bloco goso, olho direito com s/ma		# Olho perdido #
	2) SIC, 0,000 mgl, IV, sem duração		
	3) Cefaloxina 4g, IV, 12/12h		pt com história de acidente
	4) Diprofona 4mg + AD, IV, 6/6h		pt muito há poucas horas
	5) Ibutam 40mg + AD, IV, 24/24h		deja sangramento em pulmão
	6) Cineprazol 40mg + AD, IV, pela manhã em fum		D.
	7) Curativo clínico		ad. no encontro
	8) SxIV + cagé		Vm.
	9) R\$ 15000,00, agno - justificativa no hospital		

Ver

Ceutor bloco de FA IV Indolece. 24
Fala Bora Jardim

R-X contínuo

fbi

Fr submetido a proced.

Muito curativo ceto fálico
Sua indenificações

col. VPU

R-X contínuo

H URPA

*Hallison Lima de Almeida
HALLISON LIMA DE ALMEIDA
CAMPOMBOA
CRM-PB 2622*

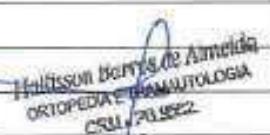
Brigas do bloco as 19:20h

Data	Hora	T	P	R	PA	Direse	Observações Enfermagem	Assis
03/09	00 hrs 36s	-	-	-	40%	—	paciente queixado em - tontura paroxística m-	17



Nome do Paciente	José de Barros		Nº Prontuário
Data da Operação	23/09/17	Enf.	Leito
Operador	Dra Jaylla	1º Auxiliar Dr. Hellinson	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório Frac exposto de omos per D + lesões tendíneas extensoras 2º ao 5º PDD's			
Tipo de Operação Lmc + Destrtctamento + osteomartese + tenorrafie			
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 - Táctica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral
Pelvis ODH sob efeito anestésico
Analgic + antiinflamat + cintos cintos
Injeção exaurora c/ 10 lts de Stb. 7%
Destrtctamento de tendões dentatagoides
Observado extensa lesão de partes moles + perda de substância óssea e tendínea + alterações grande de contumescência + lesão vascular importante em PDD's
Realização osteomartese de 4º ao 5º Metatarsos
pe (D) c/ fios 1,5 mm Kirschner sob escopio
Tenorrafie de tendões extensores do 4º ao 5º
PDD'S + tendões flexor 5º PDD
Sutura de pele + enxerto
Tela Bota MIO


Med. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 19/08/2018 20:31:51
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081920293121300000015627866>
Número do documento: 18081920293121300000015627866

Num. 16031421 - Pág. 4

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

EQUIPAMENTOS	
✓ Oxímetro de Pulso	✓ Foco Auxiliar
✓ Serra	✓ Electrocautélio
✓ Desfibrilador	✓ Oscilográfico
✓ Foco Frontal	✓ Cardiomonitor
✓ Fonte de Luz	✓ Monitorador Eletrônico

CENSANTES

WWD 905





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: José de Bonis Silveira Idade: 40
Convênio: SUS Data: 23/03/17
Procedimento: Tratamento de Protese Exposta no D

Cirurgião: Drº Alison Auxiliar: Anestesista: Drº Taylor
Início: 16:00 Término: 18:10 Anestesia: Raquel

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MENÚ 103





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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
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 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10



Assinatura do anestesista

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>José de Barros Silva</i>			IDADE <i>40a</i>	SEXO <i>M</i>	COR	
DATA <i>23/09/17</i>		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO		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 <i>nigra</i>	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO <i>asa 2</i>	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	Às	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	O ²				INDUÇÃO			
	LÍQUIDOS	<i>5F 200ml</i> <i>-PNI</i> <i>-ECG</i> <i>-SpO2</i>			Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____	
CÓDIGOS VP ARTERIAL: O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO		Laringo esparmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____				MANUTENÇÃO		
		<i>neocaina</i> <i>dimorf</i> <i>aloprolina</i> <i>dipofenox</i> <i>nauxidion</i> <i>decacloron</i> <i>antak</i> <i>tilatil</i> <i>elektrina</i>				1	2	1
ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____								
Não, por quê? _____								
DESPERTAR								
Reflexos na SO: _____								
Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit: _____								
Náuseas: _____ Vômitos: _____								
Outros: _____								
Com cânula: _____								
Paro o Leito Sim _____ Não _____								
CONDIÇÕES: _____								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		<i>16h00 → 17h00</i>						
POSIÇÃO		<i>O</i>						
AGENTES		<i>Neocaina 20mg + dimorf 100ug.</i>						
TÉCNICA		<i>Raqui Q25G 13-L4 ♀</i>						
OPERAÇÃO		<i>tto cirúrg. fratura exposta da p/ dírito.</i>						
CIRURGIÕES		<i>Spila + Alison</i>						
ANESTESISTAS		<i>Taylah Oliveira</i>						
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.								
 Taylah Oliveira MED/14/2017/3-5511 124-23 CPF: 072.123-1234-23 PERDA SANGUÍNEA								

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

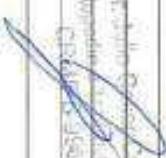
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

THE OPERA

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/09	1. DIETA LIVRE	08:00	#ORTOMEDIA# DIA 2.
	2. JELOCO	12:30	
	4. DIARRONA 2ML/EV 5/6H	18:00	
	5. OMEPRAZOL 40MG EV JETAM	.	BEG, estavre!
	6. TRAMAL 100MG + 100ML S/F 0,9% EV 8/8H S/N	.	Sem intercorrências
	7. NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N	.	Dor de se + enxaquecas +
	8. TILATIL 20 MG + AD - EV 12/12H S/N	.	
	9. KARELTO 10MG 1 CP VO 1X/DIA, dia 15-2		
	10. SSVV + CCGG		
	11. Contra-indicado		
n2	12. Ceftriaxone 1g, EV, 12/12hns	08:00	Dr. J. M. G. P. Salles
n2	13. Gentamicina 80mg ev qd ev 12/12hns	12:00	Dr. J. M. G. P. Salles

Diagnóstico

FE CHP PED + LEGATO TENDÃO







FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

ok! ok!
aposta na f
louca jandai

Paciente: *Jôn de Freitas*

Alojamento: 4

Leito: 2

Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1. Dieta	<i>lata</i>		
2. SRL 1500ml EV/24h		<i>10h 10h 10h</i>	<i>20/08</i>
3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h		<i>10h 10h 10h</i>	<i>20/08</i>
4. Tilitil 20mg + AD EV 12/12h			
5. Omeprazole 40mg EV/jejum			
6. Tramal 1000mg + 1000ml SF 0,9% EV 8/8h SN			
7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN			
8. Clexane 40mg SC/dia	<i>150 mg/dia</i>		
9. SSIV + CCGG			
10. Ceftriaxone - 1g/dia, 12/12h	<i>06h</i>	<i>10h</i>	<i>20/08</i>
11. Cetofen			

ATE

*Caxi
Caxi*

Chá

*Dr. Marcelo Dantas Lopes
Dra. Ana Paula Góes
Dr. Ana Paula Góes*

*Dr. Marcelo Dantas Lopes
Dra. Ana Paula Góes
Dr. Ana Paula Góes*

03/17 Faculdade com estudos para compromisso, pôs exames, foi realizada exibição sobre sintomas.
00 Manifestou lesões spontâneas sem melhora recente, foi feito exame total e sepe em níveis baixos, foi
medicada e não apresentou melhora de dor. Fornecimento de medicamentos "m".
1m - 130/30

* Panik-mauí quando manifestava intensamente pôs exames e sepe mostrando resultados.
por medicina oft. Faroeste.

Adelina Oliveira Pires
TECNICO DE ENFERMAGEM
20281-299788





GOVERNO
DA PARAI BA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

~~deep~~ /deɪp/





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

Num. 16031425 - Pág. 5



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

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

ULTRASSONOGRAFIA 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 oca, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar buscando-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.



**GOVERNO
DA PARÁBA**

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

Receituário Simples

José de Barros Silva

R.

IM

SAT 5000 UJ —

Aplicar IM, aguarde

10 min

MOD. 001

Data

Médico



10/04/17

apensos



 GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Ao centro cunh-

*grac
luz*

MOD. 001

/ /

Médico



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

IDADE: 47 ANOS PRONTUÁRIO: 151002813

MARCO ALEXANDRE SANTOS

DATA: 24/04/2014
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ► ► ► ► ► ► ► ►

ENTRADA
VERIFICAÇÃO SOBRE O PACIENTE
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
SITIO CIRÚRGICO
PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
CONSENTIMENTO

PAUSA CIRÚRGICA

CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMAM VERBALMENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
SITIO CIRÚRGICO
PROCEDIMENTO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA
CIRÚRGICA

SADA

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

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

✓ REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS
NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS
PÉRDAS SANGUÍNEAS?

A CONTAGEM DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS,
COMPRIMIDAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU
NÃO SE APLICAM

✓ PÁXIMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

BIOPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME
DO PACIENTE

✓ PACIENTE POSSUI:
ALERGIA CONHECIDA?
NÃO
SIM

HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS
PARA SER RESOLVIDO

✓ VIA AÉREA: DIFÍCIL RISCO DE BRONCOSPASMO?
NÃO
SIM E MAIS EQUIPAMENTO DISPONÍVEL
RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML
SIM E MAIS ALÍKIO EM CRANCIAS?

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE
ENFERMAGEM REVISEM PREOCUPAÇÕES
ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO
DESTE PACIENTE

✓ A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA
NOSSOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
SIM
NÃO SE APPLICA
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?
SIM
NÃO SE APPLICA

Marco Alexandre Santos
19/08/2018
08:36



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Rx: exp. da Pele dividida

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

40 dias

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José da Paixão Sá | Registro: | Leito: L - 2 | Setor Atual: Intep. II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36 °C; P: 120 bpm; FR: 12 lpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 68 bpm; SPO2: 98 %HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Dor: () Local: M 2 > Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): 15 Drogas (Sedação/Analgesia):Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotomeagentes () Mióticas () Midriáticas.Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O() Eupnéia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispneia () Outros:Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () ERuidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto:Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

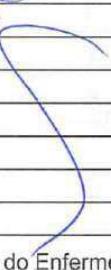
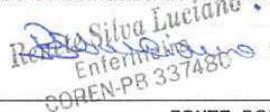
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>NSE</u> Data da punção <u>24/09/17</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
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 () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <u>Católico</u> () Praticante <input checked="" type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>Paciente cirurgiado, com queimuras no momento alérgico, desseja presente, acesso venoso periférico dito livre, aguardando alta realizada euratina e trazendo de volta o mesmo seguindo os cuidados da equipe.</i></p> 	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  Ricardo Silveira Lucena Enfermeiro COREN-PB 337480	DATA: <u>25/09/17</u> HORA: <u>8:00</u> h

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *José da Ribeira Sá* | Registro: | Leito: 4 - 2 | Setor Atual: *Intep: H*

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 38 °C; P: bpm; FR: 72 irpm; PA: 110/80 mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 99 %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venluri % 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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> <3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordalgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <u>MSC</u> Data da punção <u>24/09/14</u>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Distefia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotônico <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há ____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocrada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input checked="" type="checkbox"/> Local/Aspecto: <u>MJD</u> Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro: <u>Desambulante e/ou cadeira</u>	
SONO E REPOUSO	
<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <u>Católica</u> <input type="checkbox"/> Praticante <input checked="" type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Paciente cirurgiado, afibril, sem queixas a excepção das limitações da rigidez.</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Bráulio Silveira Luciano</u>	DATA: <u>24/09/14</u> HORA: <u>9:36 h</u>

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de 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: José de Barros Silva
End: Rua Vdc. Groto 58 Bairro: do Jardim Capucinhas
Data de Nascimento: 10.04.77 Documento de Identificação:
Querela: Culposas Data do Atend.: 93 09 17 Hora: 13:00 Documento:
Acidente de trabalho? Sim Não

Classificação de Risco

15. * Vendas de artigos de higiene e limpeza - Arrozaria / → Colmeia / → Fábrica de doces / → Gourmet

— 5 —

Exercise 10: *Onomatopoeia*

Resumen

To summarize our findings

Documento UGT

Musicares / \rightarrow Nostromoide / \rightarrow Délida

Resembolhança / 3Hrs. / 1 Cadeira de rodas / 1 Maca

Estratificação

第十一章

- ✓ 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 - 19/08/2018 20:31:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081920294826700000015627870>
Número do documento: 18081920294826700000015627870

Num. 16031425 - Pág. 16

Dr. Daniel (C. Daniel)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO



HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ - ANTONIO HILARIO DE GOUVEIA

www.hgt.org.br

JUSTIFICATIVA DE TRANSFERÊNCIA

Nome: José de Barros Silveira Prontuário:

Idade: 40 anos Sexo: M() F(X)

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 transferência: H. de Trauma Destino:

Motivo do Transferência:

- () Necessidade de cuidados intensivos (X) 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 colisão moto-moto, apresentando amputação
em pé direito.

Responsável pela solicitação do transferência:

Carimbo e assinatura do médico:

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____





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

Num. 16031425 - Pág. 18

DESTINO DO PACIENTE	I	I	às	:	hs.
SERVICOS REALIZADOS:					
CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE			
1.) Contro cirúrgico	<input type="checkbox"/> Ata Hospitalar <input checked="" type="checkbox"/> A revista				
2.) Internação (setor)	<input type="checkbox"/> Decisão Médica				
3.) Transferência a Outro SETOR ou HOSPITAL	<input type="checkbox"/> Óbito				
Ass. Dto paciente ou responsável (quando necessário)					





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

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 002/2018

Aos (11) onze dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezete, por volta de 16h10min, nesta cidade de Livramento/PB, na Delegacia de Polícia, presente o Del. Poi. 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 Grotta, 27, bairro do Alto, Taperoá/PB, TEL: 83 xxxx-xxxx.

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 Bonos Silveira

JOSÉ DE BARROS SILVA

Gilliard Guimarães Ferreira



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 30301467 - AC TAPEROA
TAPEROA
CNPJ...: 34028316374453 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 Matricula..: 84786558
Lancamento.: 014 Atendimento: 00006
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1414617195

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURADO PVAT 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 grotta,27 - alto		
Cep Remetente..: 58680-000		
Cidade Remet...: TAPEROA		
UF Remet.....: PB		
POSTAL RESPONSA 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 FATARAR

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 servico(s)
de encomendas, estauo acrescidos 2 dias Atlet
eis de tolerancia no prazo de entrega.

VIA-CLIENTE

SARA 7.8.00

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS

Ag: 30301467 - AC TAPEROA - PB
TAPEROA
CNPJ...: 34028316374453 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 Matricula..: 84786558
Lancamento.: 014 Atendimento: 00006
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1414617195

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURADO PVAT 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 grotta,27 - alto		
Cep Remetente..: 58680-000		
Cidade Remet...: TAPEROA		
UF Remet.....: PB		
POSTAL RESPONSA 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 FATARAR

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 servico(s)
de encomendas, estauo acrescidos 2 dias Atlet
eis de tolerancia no prazo de entrega.

VIA-CLIENTE

SARA 7.8.00



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DETAN - PB		
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
VIA	COD RENAVAM	Nº 011545659677
	BRT	20150100071838-3
1	0096892794-7	00/0000000
JOSE DE BARROS SILVA		
CNPJ / CNPJ		15/03
07925384719		MOA7194/PB
PLACA ANT/UE		ANO FAB.
NOVO	PB	9C2KC08108R181564
ESPECIE TIPO		COR/PALETA
PAS/MOTOCICLETA NAO APLIC		GASOLINA
HONDA/CG 150 TITAN KS		APENAS ANO
2-B/149 /CL		2008
PARTIC		2008
GOTA ÚNICA		PRETA
I	IPVA PAGO EM	27/04/2015
P	FAIXA IPVA	PARCEMENTO/COTA
V	*****	0
A	*****	3
PREMIO TARIFARIO (R\$)		IPF (R\$)
*****		SEGURADO
SEM RESERVA DE DOMINIO		27/04/2015
TAPEROA-PB		0
33375		DATA DE PAGAMENTO
		17/07/2015
		14478

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE TERRESTRE E POR CARGA APENAS AS TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT	
PB Nº 011545659677 PRIMEIRO DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT	
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO	
07925384719 CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
MOA7194/PB	
www.dpvatseguradoratransito.com.br	
SAC DPVAT 0800 029 1204	
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO	
2015 17/07/2015	
CNPJ / CNPJ PLACA	
07925384719 MOA7194/PB	
RENAVAM MARCA / MODELO	
00968927947 HONDA/CG 150 TITAN KS	
ANO FAB. CAL/FAPE N. CHASSI	
2008 9 9C2KC08108R181564	
PRÉMIO TARIFÁRIO	
FNS (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)	
***** *****	
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)	
***** *****	
SEGURADO PAGAMENTO DATA DEQUITACAO	
GOTA ÚNICA PAGAMENTO 27/04/2015	
6	
SEGURADORA LIDER - DPVAT	
CNPJ 09.221.006/0001-01	
www.seguradoralider.com.br	
14478-0930200-20150717	



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

CPF da Vítima

079253847-19

Nome completo da vítima

JOSÉ 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 Grana	Número 27	Complemento CASA
Bairro Auro	Cidade - Tijucas	Estado PB
Email marcelodantas@gmail.com	CEP 58680000	Telefone (DDD) (83) 99640-4337

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 checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.
0043

CONTA NRO.
23

D/V

(Informar dígito se existir)

00165238-5

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA 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.

Tijucas/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

CADDE 001 V001/2017



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>Alto</u>
Cidade	<u>Taperaoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58680.000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99640-4118</u>
E-mail	<u>marcelodantas@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Taperaoa/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 07925384739, residente e domiciliado na Rua da Grotta, 27, Cidade Tapeca, 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

Tapeca/PB, 22/Janerio/18

Local e data





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA João de Barros Silva
 DATA DO ACIDENTE 23/04/18 CPF DA VÍTIMA 079.253.847-54

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM A VÍTIMA É João de Barros Silva
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua da Glicina
 N° 22 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Ano
 CIDADE Ipatinga UF MG CEP 58680-000
 E-MAIL marcelodantas.lopes@gmail.com FONE (31) 99640-4338

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 CONFIRME 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, TAISS 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)
- FIANTE 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 RECEITÁRIO 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, TAISS 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 12/1 JANEIRO 2018IDENTIDADE Q217373

ASSINATURA

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

Num. 16031429 - Pág. 7



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 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 entabularem acordo sem a concretização daquela prova, à luz do princípio da duração razoável do processo, deixo de designar a audiência prevista no art. 334 do CPC.

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

Taperoá, (data e assinaturas eletrônicas).

José Milton Barros de Araújo

Juiz de Direito

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



mso-fareast-language:EN-US;} @page WordSection1 {size: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;} -->



Assinado eletronicamente por: JOSE MILTON BARROS DE ARAUJO - 20/08/2019 08:28:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082008282007500000022919310>
Número do documento: 19082008282007500000022919310

Num. 23650757 - Pág. 2