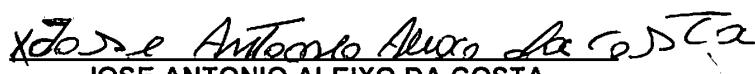


PROCURAÇÃO

JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA, brasileiro, solteiro, pedreiro, portador do RG nº. 1.979.338 - SSP/SP e inscrito no CPF sob o nº. 726.804.404-63, podendo ser intimado na Rua Chile s/nº – Cristo Redentor – João Pessoa /PB, CEP: 58070.812, denominado neste ato de OUTORGANTE, pelo presente instrumento de Procuração ao final assinado, nomeia e constitui seus bastantes Procuradores e advogados, a Sra. MARIA OLETRIZ DE LIMA FILGUEIRA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 11.534, OAB/PE sob o nº 1014-A, OAB/RN sob o nº 689-A, o Sr. TIAGO JONATHAN DE LIMA FILGUEIRA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 19.675, ambos com escritório profissional situado na Rua Rodrigues de Aquino, nº. 718, Jaguaribe, João Pessoa/PB, CEP 58.015-040, Fone: (83) 3222-5818, denominadas neste ato de OUTORGADOS, onde recebem as intimações judiciais e notificações extrajudiciais de estilo, a quem confere poderes para o foro em geral, com a cláusula "AD – JUDICIA", bem como para pleitos "EXTRAJUDICIAIS", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos e quaisquer atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive, propor quaisquer ações, promover quaisquer medidas cautelares, defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente, em que a outorgante seja autora ou reclamante, e defendendo-a quando for ré, interessada ou requerida, podendo reclamar, impugnar, peticionar, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar, recusar, prescindir e substituir testemunhas, produzir provas, participar de audiências, arrazoarem processos, requerer vistas dos mesmos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renunciar, firmar compromissos, prestar declarações, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, inclusive podendo receber citação, intimações ou notificações, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, renunciar ao direito sobre no qual se funde a ação, receber e dar quitação, podendo inclusive a outorgada endossar cheque, receber Alvará nominal a (o) outorgante, e para praticar todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa-PB, 11 de fevereiro de 2016.


JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE ESTADO DE POBREZA

JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA, brasileiro, solteiro, pedreiro, portador do RG nº. 1.979.338 - SSP/SP e inscrito no CPF sob o nº. 726.804.404-63, podendo ser intimado na Rua Chile s/nº – Cristo Redentor – João Pessoa /PB, CEP: 58070.812, desejando obter os benefícios da “Justiça Gratuita”, declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

João Pessoa, 11 de fevereiro de 2016.

Jose Antonio Aleixo da Costa

DECLARANTE





Assinado eletronicamente por: MARIA OLETRIZ DE LIMA FILGUEIRA - 21/11/2016 07:52:03
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16112107475922700000005681920
Número do documento: 16112107475922700000005681920

Num. 5785720 - Pág. 1

SINISTRO 3160173831 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CG Corretora de Seguros Ltda - MBM SEGURADORA

BENEFICIÁRIO JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

CPF/CNPJ: 72680440463

Posição em 17-11-2016 10:12:42

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médico-hospitalar	Vitima	Pendente	
Outros	Vitima	Pendente	



Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

Início do conteúdo

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

SINISTRO 3160173831 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CG Corretora de Seguros Ltda

BENEFICIÁRIO JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

CPF/CNPJ: 72680440463

Posição em 26-08-2016 10:20:13

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome	
Documentação médico-hospitalar	Vítima	Pendente		
Outros	Vítima	Pendente		



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

SINISTRO 3160173831 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

COBERTURA invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CG Corretora de Seguros Ltda

BENEFICIÁRIO JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

CPF/CNPJ: 72680440463

Posição em 23-05-2016 09:43:52

Em análise. Aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

23/05/2016 09:44



Assinado eletronicamente por: MARIA OLETRIZ DE LIMA FILGUEIRA - 21/11/2016 07:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16112107481019500000005681921>
Número do documento: 16112107481019500000005681921

Num. 5785721 - Pág. 3



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSÉ ANTONIO ALEIXO DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO 26/04/66

NOME DA MÃE BENEDITA MARIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 887.898

Nº PRONTUÁRIO 92.324

DATA DO ATENDIMENTO 19/12/2015

HORA DO ATENDIMENTO 08:45

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR E

CID 10 S 43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma no ombro E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro E - AP e P

RX do tórax - AP

TRATAMENTO:

Luxação acrômio-clavicular E ao RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Nilvan Linhares e Dr. Douglas Teixeira.

ALTA HOSPITALAR: 30/12/15

DATA DA EMISSÃO: 23/02/15


Dr. Ewerton Nalonha Teixeira
CRM/2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av Diógenes Chianca, 1777
Agua Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 601/017, **DECLARA**, para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1086214, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA** idade 49 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 19/12/2015, Rua Adelaide Novais, Bairro: Cristo Redentor - João Pessoa - aproximadamente às 07:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 06 de Janeiro de 2015.

Jefferson da Rocha Augusto
Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRMF Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Agua Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: MARIA OLETRIZ DE LIMA FILGUEIRA - 21/11/2016 07:52:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16112107484874900000005681925>
Número do documento: 16112107484874900000005681925

Num. 5785725 - Pág. 1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: José Antônio Aleixo da Costa			Registro: 887898
Idade: 49	Sexo: Mas.	Cor:	Clínica: ortop.
Data de admissão: 19/12/15			Enf: 15 Leito: 02
Data da alta: 30/12/15			
Diagnóstico inicial: LAC - Prg.			
Diagnóstico final: luxação acromio clavicular esq.			
Outros diagnósticos:			
Principais exames: Radiografia.			
Cirurgia realizada - data e equipe: Tratamento cirúrgico LAC E, Dr. Vilmar Zilhões. Dr. Douglas 19/12/15			
Terapêutica medicamentosa: cefalotina.			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não (X) Coleta de material: sim () não (X)			
Resultado bacteriologia:			
Condições de alta: Melhorado (X) Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: Vítima de fratura, evoluindo com LAC esq, feito tratamento cirúrgico sem intercorrências.			
Orientações Pós Alta			
Dieta:			
Repozo:			
relativo em casa por, _____ dias. retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias. retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.			
Medicações para casa: cefalotina			
Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: 30 de 12 de 15 Ass. Médico / CRM			





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, João Pedro Almeida da CostaPORTADOR(A) DO RG Nº 1.979.338 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 05/06/13CPF 123.620.044-04-63 /CNPJ 000000000000-00, PROFISSÃO PedreiroE RENDA MENSAL DE R\$ 1.100,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1010 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28.936-0

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1010 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28.936-0

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

João Pedro, 02 de setembro de 2016 João Antônio Almeida da Costa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA José Andrade Almeida da Costa

DATA DO ACIDENTE 19/12/15 **CPF DA VÍTIMA** 726.804.404-63

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO O assinante

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR W VITIMA **REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM**

A VÍTIMA É José Andrade Almeida da Costa **REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM**

ENDERECO DO PORTADOR Rua da Saúde

Nº 52 **COMPLEMENTO** 500 **BARRITO** Centro Redenção

CIDADE Boa Vista **UF** RB **CEP** 58.070-812

E-MAIL _____ **TELEFONE** (63) 9 8824-0009

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

BOLETO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM

OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - 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 MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 27.00,00 (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

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR. PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COM OS

LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE www.mbnpvat.com.br OU LIGUE GRÁTIS

0800 541 2555

• PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____ **RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODORA** _____

DATA 20/12/16 **DATA** _____

CPF 726.804.404-63 **CPF** _____

NOME _____ **NOME** _____

ASSINATURA Plácido da Costa **ASSINATURA** _____



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, José Antônio Aleixo da Costa

POR PORTADOR(A) DO RG Nº 1.979.338 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 05/06/13 E

CPF 726804404-63 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O meu, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO CEF Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1010 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28936-0

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

Nº do BANCO CEF Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1010 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28936-0

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

J. Perna, 22 de Fevereiro de 2016 *José Antônio Aleixo da Costa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, João Antônio Almeida da Costa, portador da carteira de identidade nº 1979.338 e inscrito no CPF nº 726.304.404-63, residente e domiciliado na Rua Onile. 515 - Bairro Redentor, Cidade João Pessoa, 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.

João Antônio Almeida da Costa

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa - PB 22/10/2016

Local e data



JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA
RUA CHILE, S/N - CRISTO REDENTOR
JOAO PESSOA/PB CEP: 58070-812 (AG: 1)

energisA

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 18 - 2 - 583 - 5590
Nº medidor: 00008013687

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
B/230, Km 26 - Crato Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 09.086.183/0001-40 - Insc Est: 16.015.923-0
Referência: Jan/2016
Emissão: 26/01/2016
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°01 162 144
Código para Débito Automático: 00008480071

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisA.com.br

ff24 c5da a5ec fd81 e3aa c54 9770 19ec

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/848007-1

Jan / 2016

Canal de contato

Não deixe água parada. Todos contra a dengue, zika e chikungunya

Apresentação

26/01/2016

Data prevista da
próxima leitura

25/02/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

Insc Est: 000000000000

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 21/01/2018 PAGAS
OBRIGADO!

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
----------	-------	-----------	---------	------

28/12/15 4849	28/01/16 4890	1	41	29
---------------	---------------	---	----	----

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	41	0,41817	17,14
Adic. B. Vermelha			1,84
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (ISENTO)			
PIS			0,29
COFINS			1,33
JUROS DE MORA 12/2015			0,08
* MULTA 12/2015			0,40

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/15	40
Nov/15	39
Out/15	40
Set/15	40
Ago/15	38
Jul/15	35
Jun/15	38
Mai/15	32
Abr/15	41
Mar/15	31
Fev/15	51
Jan/15	58

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses
40 kWh

02/02/2016

R\$ 21,06

Indicadores de Qualidade 2015 - Crato

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,70	0,00
DIC TRIMESTRAL	11,34	NOMINAL
DIC ANUAL	22,89	220
FIC MENSAL	3,80	0,00
FIC TRIMESTRAL	7,10	CONTRATADA
FIC ANUAL	14,20	LIMITE INFERIOR 202
DMIC	3,29	0,00
DICRI	12,22	LIMITE SUPERIOR 231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	8,33	39,08
Compra de Energia	10,14	48,16
Serviço de Transmissão	0,50	2,37
Encargos Setoriais	2,01	9,54
Impostos Diretos e Encargos	2,08	9,89
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	21,06	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição

(Ref. 11/2015) R\$ 8,66

ATENÇÃO

Meu nome é JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA, brasileiro, solteiro, pedreiro, portador do RG nº. 1.979.338 - SSP/PB e inscrito no CPF sob o nº. 726.804.404-63, residente e domiciliado na Rua Chile s/nº – Cristo Redentor – João Pessoa /PB, CEP: 58070.812, fui vitima de acidente de moto no dia 19 de dezembro de 2015 um sábado aproximadamente umas 07:00, quando eu me encontrava na parada de ônibus para ir ao destino do cabo branco, pois ia fazer um "bico" de pedreiro quando passou um ex-companheiro meu de trabalho conhecido como " BINHO" e me ofereceu uma carona até o meu destino. Quando aproximadamente 1000 metros de onde eu peguei a carona ainda no mesmo bairro da minha residência o condutor da moto foi trancado e atingido por um veiculo não identificado. Quando me deparei já estava no solo, o condutor da moto nada teve, mas eu tive que ser socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde fui submetido a tratamento cirúrgico e só tive alta em 30/12/2015, nunca mais eu vi a pessoa que me conduzia na moto. E hoje não sei onde encontrar os dados, bem como, o dono da referida moto, nem mesmo sei onde ele mora. Venho escrever esta carta a Líder seguradora informar que não tenho como pegar a declaração do proprietário da moto nem os dados da mesma, porque nem o SAMU anotou tais dados.

Assino a presente carta firmando ser a mais pura verdade.

JOSE ANTONIO ALIXO DA COSTA
JOSE ANTONIO ALIXO DA COSTA

RG nº. 1.979.338 - SSP/PB

CPF sob o nº. 726.804.404-63



João Pessoa-PB, 14 de abril de 2016

Charles B. T. Ferreira
Sons & Sons
1000 20th Street
Apt. 1000
17th & 20th
JOÃO PESSOA
PB 043-124-2245
25(5) Det. 16
19816



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00280.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00280.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 16 dia(s) do mês de Fevereiro do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX**, ESCRIVÃO DE POLÍCIA, às 11:38 horas, compareceu **JOSÉ ANTÔNIO ALEIXO DA COSTA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Pedreiro, naturalidade [NÃO INFORMADO], data de nascimento 26 de Abril de 1966, idade 49, filiação Benedita Maria da Silva e Manoel Aleixo da Costa, Documento - CPF: 726.804.404-63, residente Rua Chile, SN, Cristo Redentor, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98820-6184

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 19/12/15, por volta das 07:00h, quando se encontrava como carona numa motocicleta de placa não sabida, conduzida por um conhecido identificado apenas por BINHO, na ocasião que este trafegava pela Rua Adelaide Novais, no Bairro do Cristo Redentor, nesta cidade de João Pessoa/PB, após ser atingido por um veículo de placa não identificada, perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato o notificante veio a sofrer luxação acrômio clavicular esquerda, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 16 de Fevereiro de 2016

José Antônio Aleixo da Costa
JOSÉ ANTÔNIO ALEIXO DA COSTA

Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX

ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão da Polícia Civil
Mat. 135.632-3

Procedimento: 00280.01.2016.1.02.202





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 887898

**Identificação do paciente**

ID 979447	Nome JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA			Sexo Masculino
Data de nascimento 26/04/1966	Idade 49 anos 7 meses 23 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe BENEDITA MARIA DA SILVA				Pai MANOEL ALEIXO DA COSTA
Escolaridade NAO INFORMADO				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988206184	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1979338	Nº Cns 706604245129421		
Local de procedência CRISTO REDENTOR		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade SERRINHA	CBO/R		

Endereço

CEP 58070612	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CHILE
Número 43	Complemento		Bairro CRISTO REDENTOR

Admissão

Data e Hora Prevista 19/12/2015 08:45:17	Número da pulseira 1000004002412	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Méio de transporte SAMU	Quem transportou CONDUTOR JEAN		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO	Tempo 05min 25seg

Imprimir

Primeiro Atendimento Médico

VERMELHA
BRASILEIRA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

1000004002412 BE.: 887898
JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA
DT. NASC.: 26/04/1966
MAE: BENEDITA MARIA DA SILVA

END.: CHILE
N. 43 - CRISTO REDENTOR
JORDA PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (61) 988206184
IDADE: 49
DT. ENTRADA: 19/12/2015 08:45:17

DATA:

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente bifeira de oeste
Corte no joelho.

EXAME PRIMARIO

VIAS AÉREAS Pêrvias Obstruídas

AÉREAS CERVICAL IMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA Sim Sem dificuldade

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA Sem dificuldade

Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

Presente e normal

HTD Rude

Diminuído

Ausente

HTE Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente

2- RUIDOS

sim

HTD Roncos
 Sibilos
 Estertores

HTE Roncos
 Sibilos
 Estertores

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: Fotorreatente

Paralisadas

Isocôricas

Anisocôricas

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1

AL:

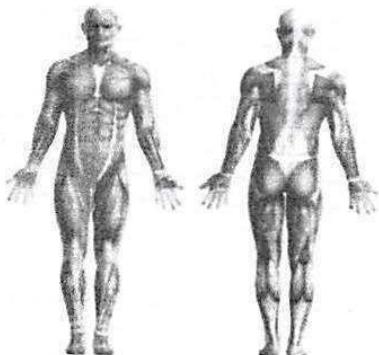
F(NG).CC.001-1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim: _____
 MEDICAMENTOS: Não Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: Não Sim: _____
 PATOLOGIA: Não Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado: →



- 1 Abrasão
 2 Amputação
 3 Avulsão
 4 Contusão
 5 Crepitação
 6 Dor
 7 Edema
 8 Empalamento
 9 Efisema subcutâneo
 10 Esmagamento
 11 Equimose
 12 F. Arma Branca
 13 F. Arma de Fogo
 14 F. Contuso
 15 F. Cortante
 16 F. Corto-Contuso
 17 F. Perfuro-Contuso
 18 F. Perfuro-Cortante
 19 Fratura Óssea Fechada
 20 Fratura Óssea Aberta
 21 Hematoma
 22 Ingurgitamento Nervoso
 23 Laceração
 24 Lesão Tendínea
 25 Luxação
 26 Mordedura
 27 Movimento torácico paradoxal
 28 Objeto Engravado
 29 Otorragia
 30 Paralisia
 31 Paresia
 32 Parestesia
 33 Queimadura
 34 Rinorrágia
 35 Sinais de Isquemia
 36

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- Radiografias Lavado peritoneal
 Ultrassonografia (FAST) Gasometria arterial
 Tomografia computadorizada Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	<i>12</i>		<i>Lensio Braguante de Araújo</i> <i>CRM 3131</i>
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da *Confidencial* às : ____ do dia ____ / ____ / ____
 Solicito parecer da *Confidencial* às : ____ do dia ____ / ____ / ____

DESTINO DO PACIENTE

Centro cirúrgico

DATA

Tranferência (unidade de saúde)

DA

Internado (setor) _____

SAÍDA

Alta hospitalar Decisão médica A pedido A revalia Desistência

HORAS:

Óbito Até 48 hs. Após 48 hs. Família IMI SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1





EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente

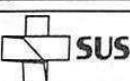
BE/PRONTUÁRIO

10000004002412 BE.: 887898
JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA
DT. NASC.: 26/04/1866
MRE. BENEDITA MARIA DA SILVA

F(NG).ENF.018-1



SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES			
Identificação do Paciente						
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N.º DO PRONTUÁRIO			
<i>Jose Antônio de Alencastro da Costa</i>			887898			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO			9 - SEXO
			/ /			Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE			12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)
			DDD / / /			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE, MUNICÍPIO			15 - UF / / /
						16 - CEP / / /
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)						
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO						
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA			
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL			24 - CID 10 SECUNDÁRIO / / /
						25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS / / /
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)						
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL / / /
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II
						<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34 - QTDE / / /
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			37 - QTDE / / /
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO						
<i>01 agulha de Plesio A - 50 + Fis de Kirschner n.º 2,01 + box. 3,5 - Só para f/ fixar a broca que me tinha caído!!</i>						
PROFISSIONAL SOLICITANTE						
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			41 - DOCUMENTO / / /
						42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / / /
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF / / /						43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) / / /
<i>Dr. Tiago Cabral G. de Souza Médico Anestesiologista CRM / PB / 611</i>						
AUTORIZAÇÃO						
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR / / /			46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / / /
47 - DOCUMENTO / / /			48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / / /			49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) / / /
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF / / /						



SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52 - QTDE
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55 - QTDE
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58 - QTDE
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - QTDE
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64 - QTDE
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67 - QTDE
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70 - QTDE
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73 - QTDE
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76 - QTDE
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79 - QTDE
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82 - QTDE
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85 - QTDE
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88 - QTDE
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91 - QTDE
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94 - QTDE
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97 - QTDE

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



HEETSML

HEETSMIL

**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR ULYSSES GUERRA**

The logo of the Brazilian Red Cross, featuring a white cross on a red background.

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS

Número: 00

PACIENTE: José Antônio Alves da Cunha. PRONTUÁRIO: 88789
PROCEDIMENTO: Curvação de Cerviculoplasty. DATA: 1/1/19
SUS () NÃO SUS ()
MÉDICO: Nildean Rêgo + Paulo + Bruno (RZ) + Priscila (RZ)

PRONTUÁRIO: 887898

DATA: / /

REPOSIÇÃO:

CAIXA PRONTA: _____

DISPENSAGAO CNE

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA

Dr. Tiberto Cabral de Souza
Médico - ~~Am~~erstes ~~Am~~erstes
169-7611

MAY 1966

ASSASSINÉ EN MARCHÉ - CORSE

Assinado eletronicamente por: MARIA OLETRIZ DE LIMA FILGUEIRA - 21/11/2016 07:52:28

Assinado eletronicamente por: MARIA CLETRIZ DE LIMA FILgueira - 217/10/2010 07:32:28

Número do documento: 16112107510049700000005681945



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: José Antônio Alves da Costa BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 29/12/15

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: Dr. Vilmar 1º Assistente: Dr. Douglas

2º Assistente: Dr. Bruno Mota 3º Assistente: Dr. Ricardo Mota

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Bento

Tipo de Anestesia: Blockao/General Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>luxo acromioclávico (2)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Antonuto Cirurgia de luxo Acromioclávula (2)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Bento Kelton B. Gonçalves
Médico

CRM-RS 7554

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 29/12/15

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Descrição da Cirurgia

Posição e Prepare:

- (1) Posição em DOR sob anestesia e cinto de cintura
- (2) Drapagem + autotransfusão + exposição de campos operatórios

Incisão:

- (3) Incisão em "Sobrancelha" por planos anatomicos, com exposição da articulação acromio clavicular

Achados:

- (4) Achado de lesão acromioclavicular.

Conduta:

- (5) Redução de LSC, gás pneumotórax e anestesia subaracnóide e fixação com fio VCS.

Fechamento:

- (6) Fechamento por planos
- (7) curativo estéril
- (8) Curabilização com fio de Ni

Observação:

Dr. Brálio K. B. Gonçalves
CRM 7654

João Pessoa, 29/12/15

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1





8

NOME DO PACIENTE:		João Batista Almeida da Costa		
IDADE:	48	PRÉ-OPERATÓRIO:	ENFERMAGEM:	LEITO:
CIRURGIA:	000	GENITO-URINÁRIO	DISSECÇÃO	ESTERIL
CIRURGIA:	000	NEUROLOGICO	BURINAS + TURBOS + PUNHOS + PINCE (R2) + PINCE	
ANESTESIA:	000	bloqueio + Geral		
ANESTESISTA:	000	ESTERIL		
INSTRUMENTADOR:	000			
DATA:	2012-05-15	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 11:00	TEMPO CIRÚRGICO: FIM: 14:00	
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)				
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()				
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA				
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS QTD.
ALFENTANILA	1	JELCO N°18		
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	500 ml	JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIO CAT GUT CROMADO N°
CETAMINA	OK	JELCO N°24		FIO DE AÇO N°
DROPERIDOL	SR2	KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE AÇO N°
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	FIO DE NYLON N° 2,0
'OBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%	QTD.	FIO DE NYLON N° 2,0
MENTANILA	1	PVPI DEGERMANTE	0h	LÂMINA BISTURI N°11
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	0h	LÂMINA BISTURI N°15
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO	0h	LÂMINA BISTURI N°23
EVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	1	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA BISTURI N°24
'OBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LÂMINA DE DERMATOMO
LIDOCAINA C/ VASO	1	AGULHA 13X4,5	0h	LÂMINA DE ENXERTO
LIDOCAINA S/ VASO		AGULHA 25X07	0h	LÂMINA ESTERIL N°1
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X08	0h	LÂMINA ESTERIL N°2
MORFINA		AGULHA 40X12	0h	LÂMINA ESTERIL N°3
NIMBium		AGULHA PERIDURAL N°16		LÂMINA ESTERIL N°4
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		LÂMINA ESTERIL N°5
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18		MÁSCARA CIRÚRGICA
PROPORFOL	1	AGULHA RAQUI N°25G		MULTIVIAS
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G		PERFURADOR DE SORO
ROCURÔNIO (MS)	OK	AGULHA RAQUI N°27G		SCALP N°19
SEVOFLURANO	OK	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SCALP N°21
SUXAMETÔNIO	1	ATADURA DE CREPOM	0h	SERINGA 3ML
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	0h	SERINGA SML
MEDICAÇÕES QTD.		BOLSA P/ COLOSTOMIA	0h	SERINGA 10ML
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		SERINGA 20ML
ÁGUA DESTILADA	0h	CATETER DE OXIGÉNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8
ROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL N°18		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16
RONA SÓDICA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°12
EDRINA		CERA PARA OSSO		SONDA FOLEY 2VIAS N°14
FUROSEMIDA	1	COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. CURTA
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA NASOG. LONGA
GLUCONATO DE CALCIO		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL N°
HIDROCORTISONA		DRENO DE PENROSE		TORNEIRINHA
LIDOCAINA GELÉIA		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°
ONDASENTRONA	1	ELETRODOS	0h	TUBO ENDOTRAQUEAL N°
PLASIL		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO ENDOTRAQUEAL N°
PROSTIGMINE		EQUIPO TRANSF. SANGUE		TUBO SILICONE (LATEX)
PROTAMINA		EQUIPO MICROGOTAS		
TENOXICAN		ESPONJA DE PVPI	0h	
		ESPARADRAPO		FIOS QTD.
		GAZES	OK	ASPIRADOR
		GAZES ALGODOADAS		BISTURI ELETRICO
		GEL ELETROLÍTICO		CAPNÓGRAFO
		JELCO N°14	0h	CÁRDIONITOR
		JELCO N°16		DESFIBRILADOR
		01 Filtros		FOCO AUXILIAR
		01 asutilla		FOCO CENTRAL
		de PLEXO A-50		MICROSCOPIO
				OXÍMETRO DE PULSO
				P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
				PERFURADOR ELÉTRICO
				SERRA
				CIRCULANTE



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 11/11/2015

PRONTUÁRIO: 887898

CG

PACIENTE:

José Pedro da Costa

SEXO: M

IDADE: 28

PRESSÃO ARTERIAL PULSO

RESPIRAÇÃO

ESTADO MENTAL

TEMPERATURA PESO

GRUPO SANGUÍNEO

63

ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA

CIRURGÃO

INÍCIO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

ANESTESISTA

ESTADO MENTAL

DURAÇÃO DA ANESTESIA

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

CRM-PB

AGENTE/HORA

O₂

N₂O

CO₂

LIQUIDOS

VENOSOS

Dr. Tiberio Cabral G. de Souza
Médico Anestesiologista
CRM/PB 7511

PULSO

● CIRURGIA

ANESTESIA

P. ARTERIAL SISTÓLICA

DIASTÓLICA

ANOTACOES



**Poder Judiciário da Paraíba
13ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0858160-46.2016.8.15.2001

Vistos, etc.

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, onde a parte autora pleiteia o pagamento da complementação atinente a dito seguro.

Na conformidade da nova sistemática do CPC, sabe-se que, em seu art. 334, há determinação expressa para designação de audiência prévia de conciliação/mediação antes da apresentação de defesa do réu, no intuito de tentar promover a composição amigável entre as partes. Tal norma admite apenas duas hipóteses de exceção, a saber: havendo manifestação de vontade de ambas as partes pela não realização da audiência e quando o feito não admitir composição.

Em demandas desta natureza, apesar deste Juízo já ter determinado a designação de diversas audiências, as seguradoras, de forma reiterada, afirmam acerca da inviabilidade de qualquer acordo antes da realização da prova técnica.

Desta feita, diante da necessidade de prévia perícia médica, infrutífera será qualquer tentativa de acordo antes da prova técnica.

Assim, pelas razões expostas, deixo de aprazar audiência de conciliação prévia.

Cite-se a parte ré, para, no prazo de 15 dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de revelia.

Defiro a gratuidade judiciária requerida.

Certifique-se a Escrivania se existe ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada.

P.I.

JOÃO PESSOA, 01 de setembro de 2017.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: DANIELA FALCAO AZEVEDO - 06/09/2017 11:46:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17090611462519800000008525283>
Número do documento: 17090611462519800000008525283

Num. 8708582 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
13ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0858160-46.2016.8.15.2001

Vistos, etc.

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, onde a parte autora pleiteia o pagamento da complementação atinente a dito seguro.

Na conformidade da nova sistemática do CPC, sabe-se que, em seu art. 334, há determinação expressa para designação de audiência prévia de conciliação/mediação antes da apresentação de defesa do réu, no intuito de tentar promover a composição amigável entre as partes. Tal norma admite apenas duas hipóteses de exceção, a saber: havendo manifestação de vontade de ambas as partes pela não realização da audiência e quando o feito não admitir composição.

Em demandas desta natureza, apesar deste Juízo já ter determinado a designação de diversas audiências, as seguradoras, de forma reiterada, afirmam acerca da inviabilidade de qualquer acordo antes da realização da prova técnica.

Desta feita, diante da necessidade de prévia perícia médica, infrutífera será qualquer tentativa de acordo antes da prova técnica.

Assim, pelas razões expostas, deixo de aprazar audiência de conciliação prévia.

Cite-se a parte ré, para, no prazo de 15 dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de revelia.

Defiro a gratuidade judiciária requerida.

Certifique-se a Escrivania se existe ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada.

P.I.

JOÃO PESSOA, 01 de setembro de 2017.

Juiz(a) de Direito

