



Número: **0801579-68.2019.8.15.0881**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de São Bento**

Última distribuição : **04/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,00**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS (AUTOR)	FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (Réu)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
25904 395	04/11/2019 19:52	Petição Inicial
25904 591	04/11/2019 19:52	01. Petição Inicial
25904 592	04/11/2019 19:52	02. Procuração
25904 594	04/11/2019 19:52	03.1 Documentos Pessoais - Requerente
25904 800	04/11/2019 19:52	03.2 COMPROVANTE DE RESIDENCIA DO REQUERENTE
25904 805	04/11/2019 19:52	04.1 hipossuficiencia
25904 808	04/11/2019 19:52	04.2 bolsa familia
25904 810	04/11/2019 19:52	04.3 Documento - Esposa do Requerente
25904 816	04/11/2019 19:52	05.1 Boletim de Ocorrência
25904 817	04/11/2019 19:52	05.2 Documentos Pessoais - Testemunhas
25904 818	04/11/2019 19:52	06.1 Documentos Médicos
25904 819	04/11/2019 19:52	06.2 Documentos Médicos
25904 820	04/11/2019 19:52	06.3 Documentos Médicos
25904 822	04/11/2019 19:52	06.4 Documentos Médicos
25904 824	04/11/2019 19:52	06.5 Documentos Médicos
25904 825	04/11/2019 19:52	06.6 Documentos Médicos
25904 827	04/11/2019 19:52	06.7 Documentos Médicos
25904 828	04/11/2019 19:52	06.8 Documentos Médicos
25904 829	04/11/2019 19:52	06.9 Documentos Médicos

25904 831	04/11/2019 19:52	<u>06.10 Documentos Médicos</u>	Documento de Comprovação
25904 832	04/11/2019 19:52	<u>07.1 Declaração do Proprietário do Veículo</u>	Documento de Comprovação
25904 835	04/11/2019 19:52	<u>07.2 Documentos Pessoais - Proprietário do Veículo</u>	Documento de Comprovação
25904 838	04/11/2019 19:52	<u>07.3 DECLRARAÇÃO DO PROP</u>	Documento de Comprovação
25904 840	04/11/2019 19:52	<u>08. Carta de Indeferimento</u>	Documento de Comprovação
25904 851	04/11/2019 19:52	<u>09. Dados da Conta Bancária</u>	Documento de Comprovação
25904 853	04/11/2019 19:52	<u>10. GuiaCustas</u>	Guias de Recolhimento/ Deposito/ Custas
27094 780	16/12/2019 21:30	<u>Despacho</u>	Despacho
27393 739	10/01/2020 13:26	<u>Carta</u>	Carta

(PDF).



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419511968200000025035299>
Número do documento: 19110419511968200000025035299

Num. 25904395 - Pág. 1



PETIÇÃO INICIAL

VARA ÚNICA DE SÃO BENTO-PB

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG sob o nº 4.101710 SSP/PB e inscrito no CPF sob o Nº 121.881.274-55, residente e domiciliado no sitio Xique-Xique, nº s/n, área rural, São Bento-PB, por intermédio de seu bastante procurador que esta subscreve, com escritório profissional localizado no endereço que consta no preâmbulo desta, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex^a, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro - RJ, CEP-20.031.201, CNPJ 09.248.608.0001-04 expondo e ao final requerendo o seguinte:

flauberjoseadv@gmail.com
© @flauberjoseadvogado

⌚ (83) 99621.0214
(83) 98786.2097
(83) 98197.3333



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419512164500000025035494>
Número do documento: 19110419512164500000025035494

Num. 25904591 - Pág. 1

1. DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

Diante da situação financeira em que se encontra o Promovente requesta inicialmente a **JUSTIÇA GRATUITA** de tal forma a poder ter acesso a Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

Nos termos do art. 98 e seguintes do Novo Código de Processo Civil, o autor afirma, para os devidos fins e sob as penas da Lei, não possuir condições de arcar com o pagamento das custas e demais despesas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, pelo que requerer o benefício da gratuidade de justiça.



2. DOS FATOS

No dia **18/08/2019**, o autor sofreu acidente de trânsito (queda com motocicleta), quando deu entrada no Hospital Municipal Maria Paulino Lúcio em São Bento-PB, com trauma em ombro (fratura de clavícula), conforme prontuário de atendimento médico hospitalar em anexo.

Devido à gravidade das lesões sofridas, em especial no membro superior, o autor encontra-se incapacitado para suas ocupações habituais, onde é possível se aferir a ocorrência dos danos sofridos pelo requerente, a que resultou em invalidez permanente, conforme prontuários médicos em anexo.

Entende o Autor, que o pagamento administrativo, uma vez não realizado, fere seus direitos enquanto cidadão, haja vistas que a sequela existente reduz seus movimentos e o incapacita de realizar as tarefas laborais como em outrora. Além disso,



entende que sua debilidade é de caráter permanente, portanto, faz jus ao pagamento integral da sequela advinda do sinistro.

O seguro DPVAT, foi requerido via administrativa junto à demandada, que INDEFERIU o pedido, alegando não ser o autor, portador de invalidez permanente.

Motivo pelo qual o autor apresenta a presente demanda, com forte confiança de que esse litígio será resolvido.

3. DO DIREITO

Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº LEI Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

O seguro DPVAT, comumente conhecido como seguro obrigatório, cumpre importante função social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.

A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT. Posteriormente, a Lei 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torná-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada in verbis:

O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).

A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT.



O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte é de até 3 anos contados da data do óbito. Para despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo prescricional se inicia a partir da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.

Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.

Sendo assim Excelênciia, fazem jus ao recebimento de indenização coberto pelo seguro DPVAT, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.

Cite-se o art. 3º do referido diploma legal in verbis:

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

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

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia à demandante:



APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. **Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária.** 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. **Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia judicial e o pagamento administrativo realizado.** 4. **Correção monetária incidente a partir do pagamento administrativo. Sentença reformada, no ponto.** 5. Distribuição da sucumbência mantida, considerado o decaimento das partes. APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA. (Apelação Cível Nº 70069102705, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 29/06/2016). (grifou-se).

APELAÇÃO. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO PAGA NA VIA ADMINISTRATIVA. COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. **Presente prova de que a extensão das lesões é superior ao constatado na perícia administrativa, imperiosa se faz a complementação da indenização securitária decorrente do seguro obrigatório DPVAT.** Precedentes. APELO DESPROVIDO. UNÂNIME. (Apelação Cível Nº 70067253906, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Rinez da Trindade, Julgado em 07/04/2016). (grifou-se).

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. **Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária.** 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. **Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia e o pagamento administrativo realizado.** 4. Descabida correção do valor da indenização do seguro DPVAT. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO, EM DECISÃO MONOCRÁTICA. (Apelação Cível Nº 70066950957, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 10/02/2016) (grifou-se).



Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o demandante com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça estabelecido na 474:

"A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

Ante o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de indenização do seguro DPVAT à parte autora, montante este a ser quantificado através da avaliação dos documentos médicos juntados aos autos e realização de eventual perícia médica. Ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

4. DOS PEDIDOS:

ANTE O EXPOSTO, evidenciados o interesse e a legitimidade do Autor para o ajuizamento da presente ação, bem assim a possibilidade jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da petição Inicial, previstos no artigo 319 do Código de Processo Civil, **REQUER**:

- a) Nos termos do Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que o Autor não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, **os benefícios da assistência judiciária gratuita;**
- b) Seja recebida a presente, autuada e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;



- c) Conforme previsão no Art. 319 VII do Código de Processo Civil, o Autor desde já manifesta que não possui interesse na realização de audiência de conciliação;
- d) Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que em conjunto com os documentos carreados aos autos, se quantifique o real valor devido ao autor a título de indenização DPVAT;
- e) Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:
 - Que se declare devida ao Autor o pagamento da indenização correspondente ao seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, no valor de R\$ 7.087,00 (sete mil e oitenta e sete reais) por invalidez permanente,
 - Condenando a demandada ao pagamento de complementação de indenização referente ao seguro DPVAT, com atualização monetária desde o evento danoso 18/08/2019;
- f) Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;
- g) Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual;

Dá se a causa o valor de **R\$ 7.087,00** (sete mil e oitenta e sete reais).

Termos em que

pede deferimento.

São Bento, 4 de novembro de 2019.

FLAUBER JOSÉ DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO – OAB/PB 23.221

JEFFERSON KELLYSON DA SILVA SANTOS OAB/PB – 26.822





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG sob o nº 4.101710 SSP/PB e inscrito no CPF sob o nº 121.881.274-55, residente e domiciliado no sitio Xique-Xique, nº s/n, área rural, São Bento-PB, CEP 58865-000, telefone 83. 99677-8542.

OUTORGADO: FLAUBER JOSÉ DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO, brasileiro, solteiro, regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o número 23.221/PB, CPF nº 097.234.454-33, JEFFERSON KELLYSON DA SILVA SANTOS, brasileiro, casado regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o número 26822/PB; ANA BEATRIZ CÂNDIDA DANTAS SILVA, CPF nº 121.460.314-92, ambos com endereço profissional na Rua Padre Sandoval Ferrer, n.º 161, Centro, São Bento-PB.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer está a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, enfim, praticar todos os atos previstos no **artigo 38 do Código de Processo Civil**, com redação dada pela Lei nº. 8.952/94 e art.5º § 2º da Lei nº. 8.906/94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

Especificação:***

Assistência judiciária: ***.

Honorários: a definir.

São Bento-PB, 28 de outubro de 2019.

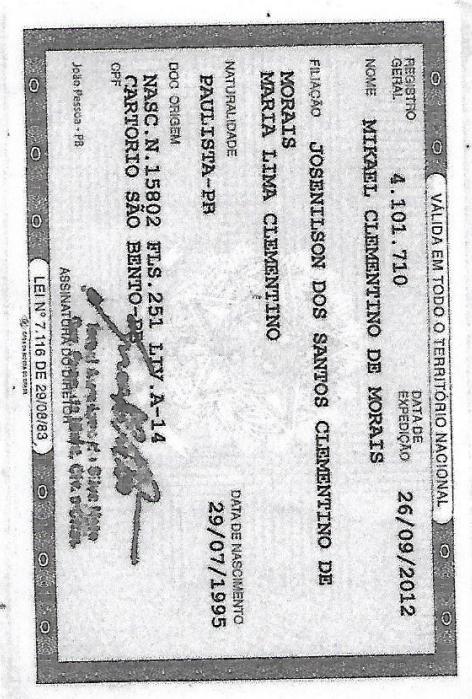
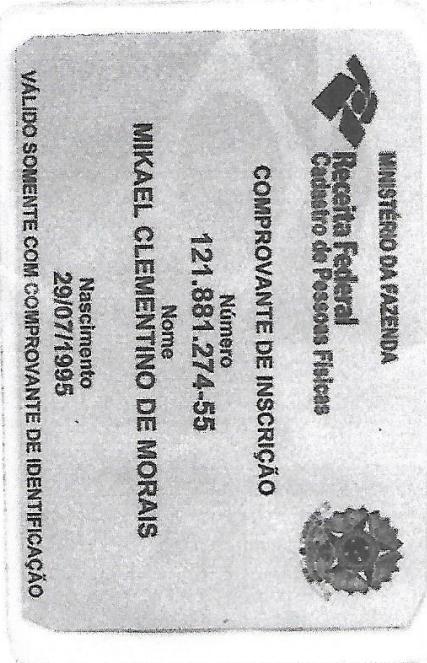
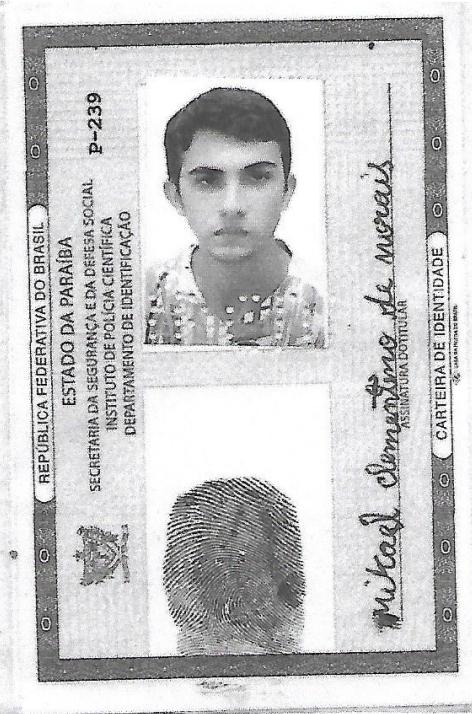
Mikael Clementino De Moraes

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS - OUTORGANTE

flauberjoseadv@gmail.com
@flauberjoseadvogado

(83) 99621.0214
(83) 98786.2097
(83) 98197.3333





ERIKA RODRIGUES LIMA SIT XIQUE-XQUE SIN/CS-APEA RUFAL SAO BENTO / PB CEP: 58885000 (AG: 237);																						
Logradouro: MONOFÁSICO Cis/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Roteiro 1 - 237 - 201 - 2890 Referencia Set/2019 Medidor 00006225949 Emissao 04/09/2019		ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A Br230 Km25-Cristo Redentor-João Pessoa/PB-CEP 53071-690 CNPJ 03.095.187/0001-40 Ins Est 16.015.822-0 Nota Fiscal/Conf de Energia Elétrica N°000478754 Cód. para Déb. Automático: 00013872585																				
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br																						
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ PAFN																			
Set / 2019	04/09/2019	04/10/2019	703.818.264-14 Insc Est																			
UC (Unidade Consumidora):		5/1387258-5																				
Canal de contato																						
Junta-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil!																						
Anterior	Atual	Constante	Consumo																			
Data 02/08/18	Leitura 14551	Data 04/09/18	Leitura 14004																			
		1	53																			
			35																			
Demonstrativo																						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base/Cabo	Alic. Iptu/R\$	Base/Cabo	PIS/R\$	Cofins/R\$														
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS		PIS/Cofins(R\$) (0,912%) (4,5657%)														
0801	Consumo em kWh	53.000	0,814150	43,15	43,15	25	10,78	43,15	0,42	1,87												
0801	Adic. B Vermelha			3,05	3,05	25	0,78	3,05	0,03	0,13												
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS																						
0807	CONTRIBUICAO PÚBLICA			13,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00												
0804	JUPOS DE MOPA 08/2018			0,81	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00												
0805	MULTA 08/2018			2,69	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00												
CCI - Código de Classificação do item				TOTAL	85,19	48,20	11,55	48,20	0,45	2,10												
Tributos e/ou Impostos:				0,565370																		
Média últimos meses (kWh)		VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR																		
152		11/09/2019		R\$ 63,19																		
Histórico de Consumo (kWh)																						
152		228		249		246		248		217		210		151		80		70		0		152



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Mikael Clementino De Moraes,

RG nº 4.101.710, data de expedição 26/09/12,

Órgão SSP/PB, CPF nº 121.881.274-55,

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
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SIT. XIQUE-XIQUE</u>
Número	<u>510</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>SÃO BENTO</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58865-000</u>
Tel. de contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: SÃO BENTO, 09 DE SETEMBRO 2019.

a Mikael Clementino De Moraes

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG sob o nº 4.101710 SSP/PB e inscrito no CPF sob o nº 121.881.274-55, residente e domiciliado no sitio Xique-Xique, nº s/n, área rural, São Bento-PB, CEP 58865-000, declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015. Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

São Bento-PB, 28 de outubro de 2019

Mikael Clementino de Moraes

DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

Eu MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG sob o nº 4.101710 SSP/PB e inscrito no CPF sob o nº 121.881.274-55, residente e domiciliado no sítio Xique-Xique, nº s/n, área rural, São Bento-PB, CEP 58865-000, declaro que sou isento de Imposto de Renda, pelas a simples razão de, não ter auferido renda capaz gerar a incidência do fator gerador do referido imposto, por isso não há necessidade de realizar a referida declaração. Conforme dispositivo abaixo:

"Com a edição da Instrução Normativa RFB nº 864/2008, de 25 de julho de 2008, deixou de existir a Declaração Anual de Isento, a partir do ano de 2008. A isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado, conforme previsto na Lei 7.115/83."

São Bento-PB, 28 de outubro de 2019



MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Declarante





Integrantes da Família

ERIKA RODRIGUES LIMA

NIS: 16012471972

Data de nascimento: 02/04/1994

Parentesco: Pessoa Responsável pela
Unidade Familiar - RF

Sexo: Feminino

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

NIS: 21278028716

Data de nascimento: 29/07/1995

Parentesco: Conjugado ou companheiro(a)

Sexo: Masculino



CONTA ABERTA A MENOS DE 2 MESES



AUTOATENDIMENTO - AG. SAO BENTO
DATA: 29/10/2019 HORA: 10:20:17
TERMINAL: 49171001 CONTROLE: 491710010188*

AGÊNCIA: 4917 - SAO BENTO DA PARAI
CONTA: 013.00013808-6
CLIENTE: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

EXTRATO MOVIMENTO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
MESES ANTERIORES

MOVIMENTAÇÃO			VALOR
DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	
SALDO ANTERIOR			10,00C

Outubro

03/10	000000	REM BASICA	0,00C
03/10	000000	CRED JUROS	0,03C
04/10	040936	DP DIN LOT	1.500,00C
07/10	051129	DP DIN LOT	500,00C
07/10	070837	SAQUE ATM	700,00D
15/10	151555	SAQUE ATM	400,00D
18/10	180723	SAQUE ATM	70,00D
18/10	180727	SAQUE ATM	830,00D
18/10	191018	SAQUE TERMINAL	2,30D

RESUMO EM 28/10
SALDO 7,73C

RESUMO DO DIA	7,73C
SALDO DISPONÍVEL	0,00
SALDO BLOQUEADO	7,73C
SALDO TOTAL	7,73C



TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento, e o seu estado de conservação, espelham a conduta à qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIN-PASEP

212.78028.71-6

NÚMERO

4723237

SÉRIE

0040

PB

Mikael Clementino dos Santos

Assinatura do Titular

PROLEGAMUS



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

FILIAÇÃO JOSENILSON DOS SANTOS CLEMENTINO
..... MARIA LIMA CLEMENTINO
SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 29/07/1995

ESTADO CÍVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: PAULISTA - PB

DOCUMENTO: C. I. 4101710 / 26/09/2012 SSDS PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 121.881.274-55

SECÃO: TIT. ELEITOR:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 14/08/2013

Rua 145, nº 100
Bairro: Jardim Cida.
Recife - Pernambuco - Brasil

Suplemento: Registro de Trabalho e Emprego na Páraiba

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE PARA
DOCUMENTO: MOTIVO:

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO:

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO:

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO:

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA
A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE Nascimento
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOPÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR			
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
DOADOR DE ORGÃOS (Decreto nº 879, de 12 de julho de 1993)			
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
CARTEIRAS ANTERIORES			
DATA DA ANOTACAO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR	DATA DE EMISSAO	
DATA DA ANOTACAO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR	DATA DE EMISSAO	
DATA DA ANOTACAO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR	DATA DE EMISSAO	
DATA DA ANOTACAO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR	DATA DE EMISSAO	
06			

CONTRATO DE TRABALHO			
EMPREGADOR			
CGC/CPF/CNPJ			
ENDERECO			
MUNICÍPIO	UF		
ESP. DO ESTABELECIMENTO			
CARGO			
CBO N°			
DATA DE ADMISSÃO	DE	DE	
REGISTRO N°	FLS./FICHA		
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA			
ASS. DO EMPREGADOR (Data e Mão do Contratante) 1º 2º			
DATA DE SAÍDA	DE	DE	
ASS. DO EMPREGADOR (Data e Mão do Contratante) 1º 2º			
COM. DISPENSA CD N°			
FGTS N° DA CONTA:			
07			

CONTRATO DE TRABALHO			
EMPREGADOR			
CGC/CPF/CNPJ			
ENDERECO			
MUNICÍPIO	UF		
ESP. DO ESTABELECIMENTO			
CARGO			
CBO N°			
DATA DE ADMISSÃO	DE	DE	
REGISTRO N°	FLS./FICHA		
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA			
ASS. DO EMPREGADOR (Data e Mão do Contratante) 1º 2º			
DATA DE SAÍDA	DE	DE	
ASS. DO EMPREGADOR (Data e Mão do Contratante) 1º 2º			
COM. DISPENSA CD N°			
FGTS N° DA CONTA:			
08			

CONTRATO DE TRABALHO			
EMPREGADOR			
CGC/CPF/CNPJ			
ENDERECO			
MUNICÍPIO	UF		
ESP. DO ESTABELECIMENTO			
CARGO			
CBO N°			
DATA DE ADMISSÃO	DE	DE	
REGISTRO N°	FLS./FICHA		
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA			
ASS. DO EMPREGADOR (Data e Mão do Contratante) 1º 2º			
DATA DE SAÍDA	DE	DE	
ASS. DO EMPREGADOR (Data e Mão do Contratante) 1º 2º			
COM. DISPENSA CD N°			
FGTS N° DA CONTA:			
09			





Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419512647900000025035511>
Número do documento: 19110419512647900000025035511

Num. 25904808 - Pág. 1



Integrantes da Família

ERIKA RODRIGUES LIMA

NIS: 16012471972

Data de nascimento: 02/04/1994

Parentesco: Pessoa Responsável pela
Unidade Familiar - RF

Sexo: Feminino

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

NIS: 21278028716

Data de nascimento: 29/07/1995

Parentesco: Conjugue ou companheiro(a)

Sexo: Masculino





Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:28
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419512753200000025035513
Número do documento: 19110419512753200000025035513

Num. 25904810 - Pág. 1

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3^a Superintendência Regional
18^a Delegacia Seccional Catolé do Rocha-PB
Delegacia de São Bento
Fone (83)3444-2804
Disque denúncia 197



GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 0804/2019

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **18/08/2019** hora: **18:00 HRS**

Notificante: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , nascido em / / , documento:
, filho(a) de e de , endereço: ***** ,
referência: .

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): ANDERSON FONTES CAMPOS

Vítima: **MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS**, alcunha " ",
Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Paulista-PB, idade: 24
anos, nascido em 29/07/1995, cor/raça: Branca, Estado Civil:
Solteiro, Profissão: autônomo, Escolaridade:
fundamental incompleto, documento: CPF 121.881.274-55, filiação:
Josenilson dos Santos Clementino de Moraes e de Maria Lima
Clementino, endereço: Sítio Xique-xique, zona rural, São Bento-PB,
referência: Dede de Sinhô. Tel/Cel:(83) 99677-8542;

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data de 18/08/2019 por volta das 18hrs a vítima conduzia a moto Honda NXR 160 Bros, 2015/2015, preta, chassi 9C2KD0810FR415279, placa NQK-0742 licenciada em nome de Rosihelio Vieira Ramalho, e quando trafegava no sentido Centro/São Bentinho na Av. Pedro Eulâmpio, ao passar por uma lombada depois da ponte, ao frear a motocicleta perdeu o controle da mesma após acionar o freio dianteiro, vindo a cair, sendo socorrido por seu amigo Wagner Henrique Dias Alves; Que em virtude do acidente sofreu uma fratura na clavícula/ombro, tendo recebido os primeiros atendimentos no hospital local e em seguida transferido para a cidade de Pombal no hospital Se. Ruy Carneiro; Que comunica o fato para acionar o seguro DPVAT. Nada mais a consignar.

São Bento-PB, 29 de Agosto de 2019. Às 10:40 horas.

Mikael Clementino de Moraes

Notificante

Testemunha Arrogada

Pedro T
Assinatura do Policial responsável pelo registro
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim
Matrícula: 168.203-2

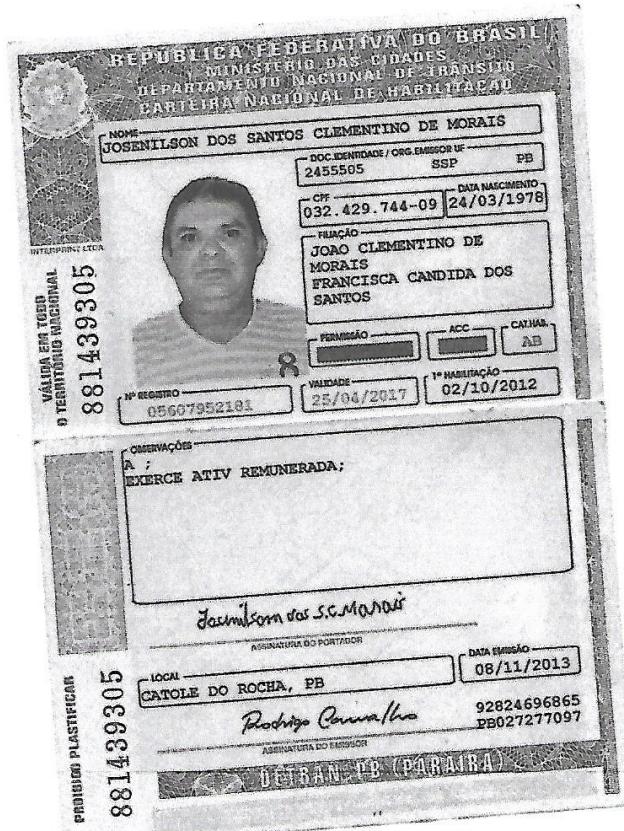
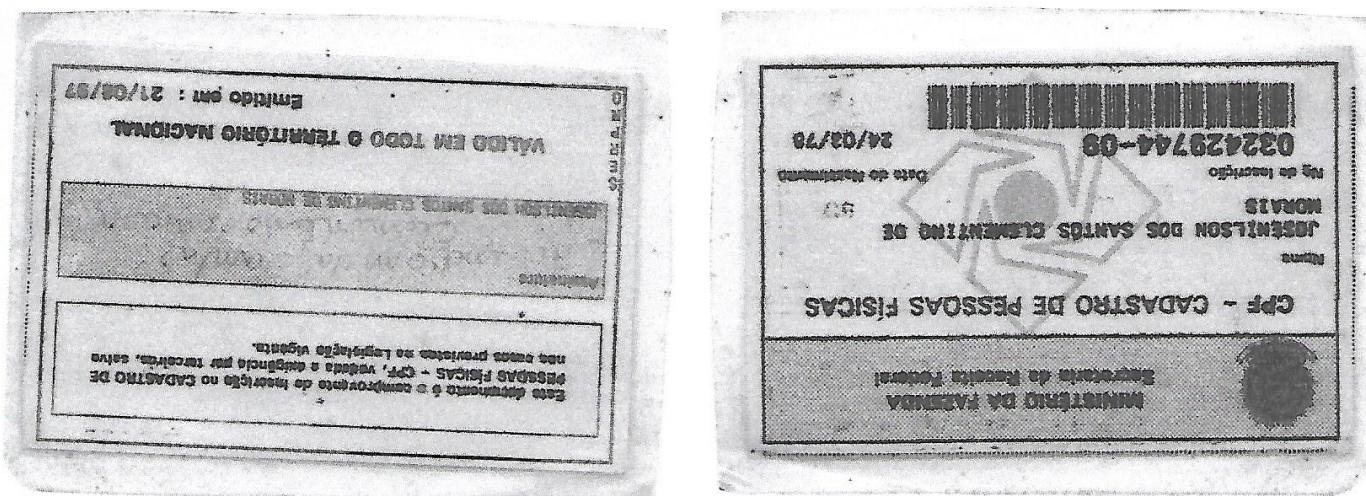
POLEGAR DIRETO

MILTON LÚCIO DA SILVA	
SÉRVICO NOTARIAL E REGISTRAL Titular: MILTON LÚCIO DA SILVA SANTOS Rua Lúcio da Silva, nº 224, Centro CEP 58.665-000 São Bento - PB - Fone: (83) 3444-2533 / 3444-1312	
Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS. Em test. Ha verdade. Dou fcs. São Bento-PB, 29/08/2019	
<i>Milton Lúcio da Silva</i>	

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS. Em test. Ha verdade. Dou fcs. São Bento-PB, 29/08/2019

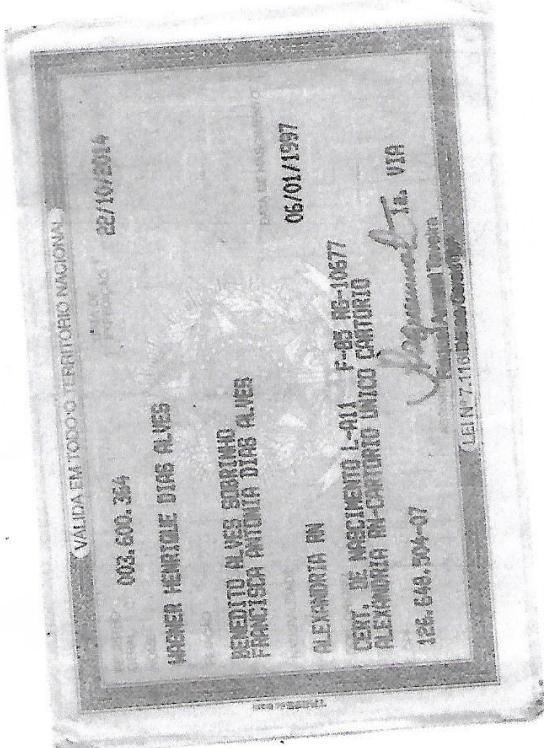
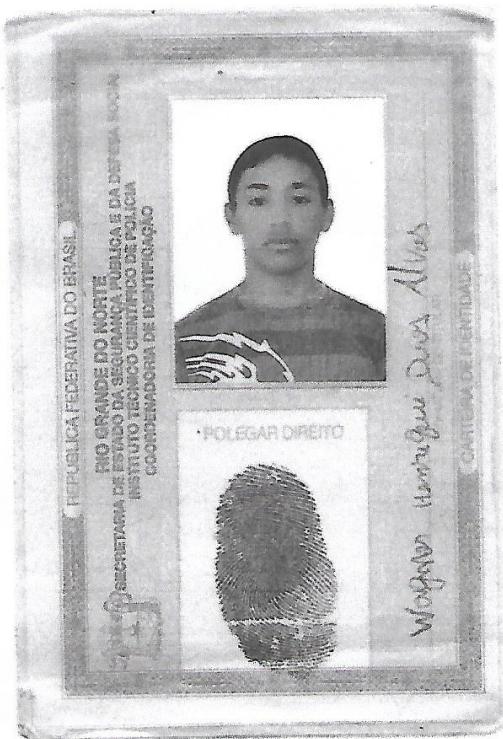
AURICÉLIO NICOLAU DA SILVA
Selo Digital de fiscalização tipo Norma B-AJA6544569100
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM R\$ 3,91 FAR PEN R\$ 0,29 FEPJ R\$ 1,98

*Auricélio Nicolau da Silva
Escrevente*



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419512944800000025035520>
 Número do documento: 19110419512944800000025035520

Num. 25904817 - Pág. 1





Governo da Paraíba – Secretaria do Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO

NOME: *Mikael Clementino de Melo eis*
IDADE: *24* SEXO: *m*
Procedimento cirúrgico proposto: *Ortopédico - Fratura clavícula*
Medicação em uso: *—x—*
Alergias medicamentosas: *Nega*
Antecedentes / Comorbidades: *—x—*
EXAME FÍSICO:
Exame geral: *Bom*
PA: *110x60 mmHg* FC: *89 bpm* HGT: *14.30 → 90 seg*
Aparelho cardiovascular: *Refibrafat 575*
Outros:
ELETROCARDIOGRAMA: *Normal*

Risco intrínseco do procedimento cirúrgico: () Alto () Intermediário () Baixo

Conclusão: (Risco cardiovascular baseado em algoritmos validados)

EMAPO
LEE *BAIXO* Rises
ACP

OBS:

Dr. Joáro Leal CRM/PB 8882
Cardiologista RQE 5345
Cirurgião Cardiovascular RQE 5346
Marcapasso RQE 5979

DATA 26/08/2019



		Hospital	Hospital Regional de Ponta Grossa		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário									
FOLHA DE ANESTESIA		Nome	Mikael Clémentino Maran		Idade	24	Altura									
Data		Pressão Arterial Pulso	130 x 80		Respiração	Espontânea	Peso									
Ipo Sanguíneo	Hemácias		Hemoglobina	Hematócito	Glicerina	Ureia	Outros									
	Urina															
Ap. Respiratório <i>NRN</i>						Asma	Bronquio									
Ap. Circulatório <i>NRN</i>						Eletrocardiograma										
Ap. Digestivo <i>TG ok</i>						Ap. Urinário										
Estado Mental <i>WPE</i>						Alergia	Hipotensores									
Diagnósticos Pré-Operatório <i>Folme de Clavícula (D)</i>						Estado Físico	Risco									
Anestesias Anteriores																
Medicação Pré-Anestésica						Aplicado às	Efeito									
AGENTES ANESTÉSICOS	02															
		<i>-o-o-o</i>														
LÍQUIDOS							INDUÇÃO									
							Satis.: _____ Exit: _____ Tosse: _____									
							Laringo espamp.: _____ Lenta: _____									
							Náuseas: _____ Vômito: _____									
							Outros: _____									
							MANUTENÇÃO									
IDIGO P.V. ARTERIA PULSO RESPIRAÇÃO/Vz - ANESTESIA: OPERAÇÃO	260	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20	10	0	0
	<i>200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10 0 0</i>															
	SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		Bloqueio supraclavicular com Bupivacaína 0,5% 10 ml + lidocaína 2% 5ml + epinefrina 1:100000 15ml. Sedação com Midazolam 2mg + pentoxifilin 50 mg + atropina 0,4g - Fentanyl 50 mcg - Diazepam 50 mg													
	POSIÇÃO		001													
	Agentes		Oxigênio 2l Dicumarol 10mg; Noradrenalin 1mg; Ringer's 2l													
	Técnica		Bloqueio + sedação													
	Operação		Tto cirúrgico de folme de clavícula (D)													
	Cirurgiões		Ismael													
	Anestesistas		Márcia													
	Observações		Nao observou caro e concavo em o procedimento													

FOLHA DE ANESTESIA



Ministério
da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nome do estabelecimento Solicitante: Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"	CNES: 2592568		
Nome do estabelecimento Executante: Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"	CNES: 2592568		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome do Paciente: <i>M. Ruiol de monteiro de Freitas</i>	Apelido:	Nº Prontuário:	
Cartão Nacional de Saúde (CNS):	Data de Nascimento:	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raça/Cor:
Nome da Mãe:	Nome do Responsável:	DDD	Telefone de Contato:
Município de Nascimento:	UF:	Nacionalidade:	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)
Nº <i>1900</i>	Bairro:	Município de Residência:	Código IBGE de Município: UF: CEP:
Ponto de Referência:	Documento: CPF <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> R. Civil <input type="checkbox"/> PIS/PASEP <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Nº	
DIRETOR CLÍNICO DO ESTAB. (IMENTO ELETRÔNICO)			
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante:	Nº Cons. De Classe:	CPF:	Ass. e Cárismo Diretor Clínico:
JUSTIFICATIVA DA INTENSAO			
Principais Sinais de Sintomas Clínicos: <i>1 nau me em onda (D)</i>			
Condições que Justificam a Internação: <i>Cirurgia.</i>			
Principais Resultados de Provas Diagnosticados (Resultados de Exames Realizados): <i>2000 X</i>			
Diagnóstico Inicial: <i>Fratura (Novicula) 397.0</i>	CID 10 Principal: <i>397.0</i>	CID 10 Secundário:	CID 10 Causas Associadas:
PROCEDIMENTO SOLICITADO		Nº Notif. Compulsória:	
Descrição do Procedimento Solicitado: <i>1. Abordagem de clavícula</i>		Código do Procedimento Solicitado:	
Código do Caráter da Internação: <input type="checkbox"/> UE <input checked="" type="checkbox"/> Eletivo		Leitor Complemento: <i>Ortopédica.</i>	
Equipamentos Requeridos Para Internação:			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
Nome do Profissional Solicitante: <i>JOAQUIM NETO</i>		Nº de Conselho de Classe:	
Documento: CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente: <i>030784304-87</i>	Nº de Conselho de Classe: <i>7001</i>	
Date da Solicitação: <i>19/10/2019</i>	Assinatura e Cárismo do Profissional Solicitante/Assistente/Nº Conselho de Classe: <i>Dr. JOAQUIM NETO Ortopedia e Traumatologia CRMPE/1801 TEOF 15263</i>	Data Desejada Para Internação: <i>26/10/2019</i>	
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES TRAJETOS			
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/>	ACIDENTE DE TRAB/TÍPICO <input type="checkbox"/>	ACIDENTE DE TRAB/TRAJETO <input type="checkbox"/>	
CNPJ da Seguradora:	Número do Bilhete:	Série:	
CNPJ da Empresa:	CNAE da Empresa:	CBOR:	
Vínculo com Previdência: Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado <input type="checkbox"/>	AUTORIZADO		
Nome do Profissional Autorizador:			
Documento: CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	Nº do CNS/CPF Prof. Autorizador:	Espaço Reservado para Colocar a Etiqueta com Dados da Autorização	
Data de Autorização:	Código do Órgão Emissor:		
Assinatura do Autorizador/Cárismo:			



Sistema Único de da Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES
2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE
MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

4 - PRONTUÁRIO
38834

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 707-4010-2379-2875

6 - DATA DE NASCIMENTO
29/07/1995

7 - SEXO
M

8 - RACA / COR
BRANCA

9 - NOME NA MÃE

MARIA LIMA CLEMENTINO

10 - TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL
JOSENILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS

12 - ENDEREÇO
CROMACIO WANDERLEY N.: VIDA NOVA I

13 - BAIRRO
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE
POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

I au na em ombro (v).
pt. Doloroso em viu ombro de dor e
dor + limitação d (ADM).

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Grau de.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

1500 X.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de Ossículo (D)

22 - CID 10 PRINC.

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteosíntese de Ossículo (D)

26 - COD PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

Ortopédica

28 - CARATÉR INTERNAÇÃO

Ossículo.

29 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

036A84304-S/

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. José Cassimiro Neto

Ortopedia e Traumatologia

CRM: 1801 TEOF 15253

32 - DATA SOLIC.

16/08/14

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CPF/CNPJ) PROFISSIONAL

() CNS () CPF

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

/ /





Secretaria do Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
“SENADOR RUI CARNEIRO”

CHEC LIST DE CIRURGIAS SEJURA

Nome completo:	Flávia Gómez Mendes
Cirurgia Proposta:	Ortopedia e Traumatologia
Unidade de origem	
Data	26 / 03 / 149
Modalidade () Eletiva () Urgência () Emergência	() Eletiva

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUY CARNEIRO"

Nome: Miguel Clementino Moraes
 Filiação: Maria Irmãos Clementina
 Sexo: Male Idade: 04a. Cor: Branca
 Procedência: Clinica Cunigeca Data: 26 / 08 / 19
 Cirurgião: Dra. Carmimira Auxiliar:
 Anestesista: Dra. Jéssica Anestesia: Bloqueio + Sedação
 Início da anestesia: 17:30 Término: _____ Duração: _____
 Início da intervenção: _____ Término: 18:30 Duração: _____

Procedimento Ortopédico- com Bloqueio + Sedação

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
Dimorf 0,2	01
Ajalha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
(Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseadron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5" / 3,5" / 4,5"	01
Serra ortopédica	01
Ajalha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-

Amanda Rodrigues de Almeida
[Assinatura]
 Enfermeira
 COREN-PB 264578



87046582

Serviços Realizados

CBO

IDADE

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO - PB	Procedimento
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
CNES: 2613649	CNPJ: 09.069.709/0001-18
NOME: HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO	Ficha Número: 239980
ENDERECO: FLORENCIO CANDIDO RAMALHO, 388 CENTRO CEP 58.865-000	
CIDADE: SAO BENTO	ESTADO: PARAIBA
UF: 26	

Atendimento: ACIDENTE DE MOTO

REALIZADOS NA UNIDADE

Serviços Auxiliares - Diag / Terapia

SOLICITADOS

Paciente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS	
Mae: MARIA LIMA CLEMENTINO	
Nascimento: 29/07/1995 Idade: 24	Cor: BRANCA
Profissao: AUTONOMO(A)	
Endereco: SITIO XIQUE XIQUE	
Bairro: ZONA RURAL	
Cidade: SAO BENTO - PB - 58865-000 - 2513901	
CNS: 707-4010-2378-2875	Identidade: 4101710 SSP PB
CPF: 1308019 103221	Reg. Nasc.: 498048934
Data / Hora: 18/08/2019 10:32:21	Receptionista: PRISCILA LUCIO
39636	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS	
Num:	HORAS
1- <i>Dip. 300</i>	10:32:21
2- <i>Paracetamol 500</i>	10:32:21
3- <i>Salbutamol 100</i>	10:32:21
4- <i>Salbutamol 100</i>	10:32:21
5- <i>Salbutamol 100</i>	10:32:21
6- <i>Salbutamol 100</i>	10:32:21
7- <i>Salbutamol 100</i>	10:32:21

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME

*Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável**Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo*

DIAGNÓSTICO	<i>Priscila Lucio</i>
Cid	<i>00000000000000000000000000000000</i>

Caracterização Atendimento

*Diagnóstico**Cid*

POLEGAR DIREITO

NATUREZA DA CONSULTA

TIPO DE ATENDIMENTO

A cargo do SUS

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

- Consulta simples
- Consulta com medicamento
- Consulta com observação
- Consulta ortopédica

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

P/ outras Unidades

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo

Prescrição

Aplicada

P/ outro Hospital

Internação

Óbito

Outros

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO" POMBAL - PARAÍBA		Nº Prontuário:
Name: <i>Yekhal Clementino</i>	Enf.:	Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
20/08	<p>Pt. com lesão do Osteomartírio do clavícula (D).</p> <p>Cd. V.P.Y.</p>	<p>Dr. José Cassimiro Neto Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 7001 TECIT 15253</p>
28/08	<p>Alta o. 478</p>	<p>Dr. José Cassimiro Neto Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 7001 TECIT 15253</p>





**Hospital Regional de Pombal
Senador "RUI CARNEIRO"**

Nome do Paciente:

Sd.

Homofemor
Capulofemor

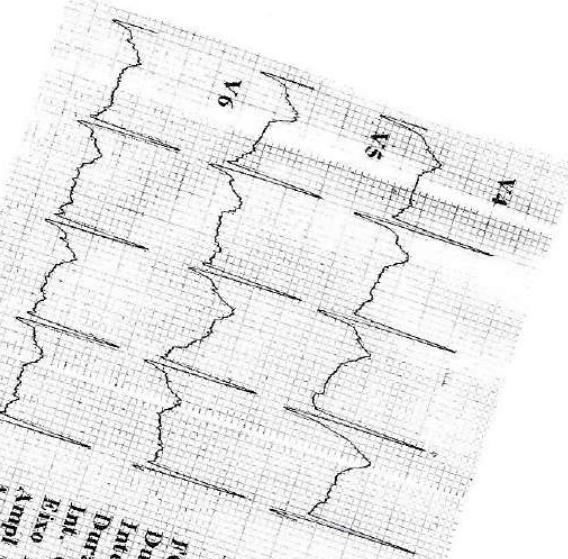
Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
PM/PB 7801 TEOT 15253

19/08/19
DATA

Assinatura do Médico

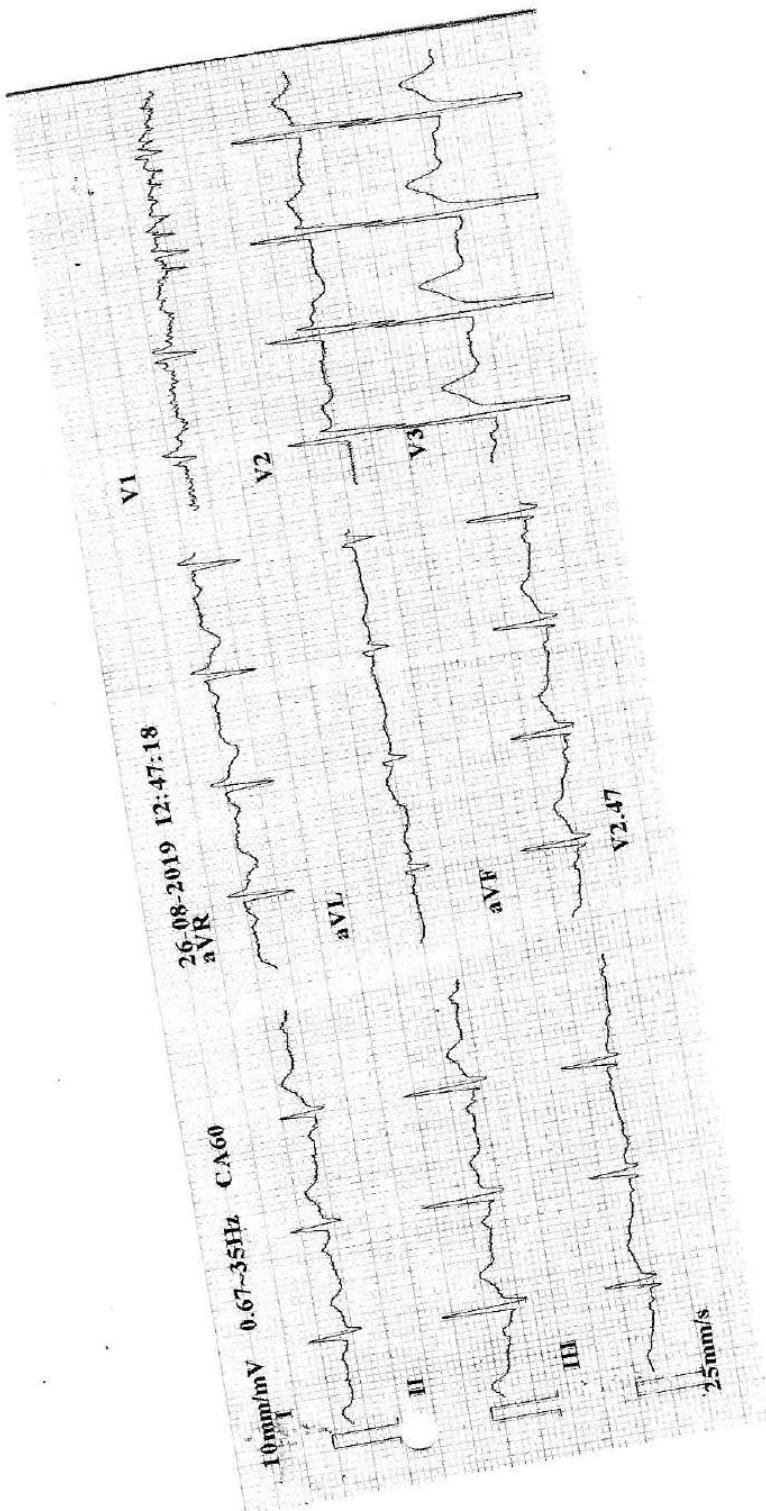
Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB
"Tudo posso naquele que me fortalece"





ID : 190826-1247
 Nome :
 Idade :
 Sexo :
 P_A : 35 A
 Altura :
 Peso :
 F.C. :
 Duracao P :
 Intervalo PR : 93 bpm
 Int. QT/QTc : 145 ms
 Exto P/QRS : 94 ms
 Ampli P/QRS/T : 325406 ms
 Ampli RV5/SV1 : 516856 °
 Ampli RV6/SV2 : 1.4410.233 mV
 1.3070.967 mV

Informacao
 800: Ritmo diagnosticado:
 ECG Sinusal Normal
 Lando Confirmando por:





Hospital Regional de Pombal
Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente:

Michaell Clementino

Z. Uso oral

O Tandarauz - Ola

Toman o dia 8/8h

por dia

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7801 TECOT 15253

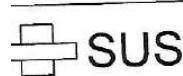
DATA

19/10/19

Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.
"Tudo posso naquele que me fortalece"





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		2592568
HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO		
Identificação do Paciente		4 - PRONTUÁRIO
3 - NOME DO PACIENTE		38834
MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO
707-4010-2379-2875	29/07/1995	M
8 - RACA / COR		BRANCA
9 - NOME NA MÃE		10 - TELEFONE
MARIA LIMA CLEMENTINO		34812149
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		13 - BAIRRO
JOSENILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS		
12 - ENDEREÇO		N.: VIDA NOVA I
CROMACIO WANDERLEY		
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE		
POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
I naugna om ombro (v). DF. Sfagmico om voin ombro de clavicala (v) + limitacão de ADM.
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Fratura.
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Fratura.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID 10 PRINC.	23 - CID 10 SEC.	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
Fratura de clavicala (v)	S42.0		

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	26 - COD PROCEDIMENTO		
Osteointeira de clavicala (v)			
27 - CLÍNICA	28 - CARATÉR INTERNAÇÃO	29 - DOCUMENTO	30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE
Clínica	Eleva.	() CNS () CPF	03628430481
ASS. CÁRIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE	Dr. José Cassimiro Neto	32 - DATA SOLIC.	33 - DESTINATÁRIO CÁRIMBO / DIRETOR MEDICO
	Ortoped Traumatologia	16/08/19	Diretor Clínico - CRM 9251 CNS: 206633762240007
	CRM: 2601 TEOT 15253		

34 () ACIDENTE TRÂNSITO	37 - CNPJ SEGURADORA	38 - Nº BILHETE	39 - SÉRIE
35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	40 - CNPJ EMPRESA		
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DOCUMENTO (CPF/CNPJ) PROFISSIONAL	
() CNS () CPF		
48 - DATA AUTORIZAÇÃO	49 - ASS. CÁRIMBO (Nº REG. CONSELHO)	





Ministério
da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nome do estabelecimento Solicitante: Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"		CNES: 2592568				
Nome do estabelecimento Executante: Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"		CNES: 2592568				
Nome do Paciente: <i>M. R. C. Clementino de Souza</i>		Identificação do Paciente Apelido: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F				
Cartão Nacional de Saúde (CNS):		Data de Nascimento:				
Nome da Mãe:		Nome do Responsável:				
Município de Nascimento:	UF:	Nacionalidade:	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)			
Nº	Bairro:	Município de Residência:	Código IBGE de Município:	UF:	CEP:	Nº
Ponto de Referência:	Documento:	CPF <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> R. Civil <input type="checkbox"/> PIS/PASEP <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Nº			
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante:		Nº Cons. De Classe:	CPF:	Ass. e Carimbo Diretor Clínico:		
JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO						
Principais Sinais e Sintomas Clínicos: <i>Inflamação em ombro (D)</i>						
Condições que Justificam a Internação: <i>Cirurgia.</i>						
Principais Resultados de Provas Diagnosticadas (Resultados de Exames Realizados): <i>Raios X</i>						
Diagnóstico Inicial: <i>Fratura clavícula S42.0</i>	CID 10 Principal: <i>S42.0</i>	CID 10 Secundário:	CID 10 Causas Associadas:	Nº Notif. Compulsória:		
PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Osteomíteca de clavícula</i>				Código do Procedimento Solicitado:		
Descrição do Caráter da Internação: <input type="checkbox"/> UE <input checked="" type="checkbox"/> Eletivo		Clinical	Leitor Complemento: <i>Ortopédica.</i>			
Equipamentos Requeridos Para Internação:						
PROFISSIONAL SOLICITANTE						
Nome do Profissional Solicitante: <i>Joaquim Neto</i>						
Documento: <i>CNS</i>	CPF: <i>036184304-87</i>	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente: <i>036184304-87</i>			Nº de Conselho de Classe: <i>7001</i>	
Data de Solicitação: <i>19/05/19</i>	Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente/Nº Conselho de Classe: <i>Dr. Joaquim Neto - Ortopedia e Traumatologia - CRM-PB 1201 TEOT 15253</i>			Data Desejada Para Internação: <i>26/08/19</i>		
PREENCHER EM CASO DE EXCEPÇÕES (ACE, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRAB/TÍPICO, ACIDENTE DE TRAB/TRAJETO)						
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/>		ACIDENTE DE TRAB/TÍPICO <input type="checkbox"/>		ACIDENTE DE TRAB/TRAJETO <input type="checkbox"/>		
CNPJ da Seguradora:		Número do Bilhete:		Série:		
CNPJ da Empresa:		CNAE da Empresa:		CBOR:		
Vínculo com Precidência:						
Empregado <input type="checkbox"/>	Empregador <input type="checkbox"/>	Autônomo <input type="checkbox"/>	Desempregado <input type="checkbox"/>	Aposentado <input type="checkbox"/>	Não Segurado <input type="checkbox"/>	AUTORIZADO
Nome do Profissional Autorizado:						
Documento: <i>CNS</i>	CPF: <i>036184304-87</i>	Nº do CNS/CPF Profiss. Autorizado:				
Data de Autorização: <i>19/05/19</i>	Código do Órgão Emissor: <i>Ass. Do Autorizado/Carimbo</i>					Espaço Reservado para Colocar a Etiqueta com Dados da Autorização



HOSPITAL

Nome: Mikael Clementina Moraes
 Filiação: Maria Rainha Clementina
 Sexo: Male Idade: 24 Cor: Branca
 Procedência: Clinica Cirúrgica Data: 26 / 08 / 19
 Cirurgião: Dr. Cassimara Auxiliar:
 Anestesista: Dr. Italo Anestesia: Bloqueio + Sedação
 Início da anestesia: 17:30 Término: _____ Duração: _____
 Início da intervenção: _____ Término: 18:30 Duração: _____

Procedimento Ortopédico- com <u>Bloqueio + Sedação</u>	
Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
Dimorf 0,2	01
Agulha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
(Cefalotina) ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseídron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Espadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5" / 3,5" / 4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
-Atropina	05
Lidocaína 2%	02
-Adrenalina	03
-Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner N° 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-

Amanda Rodrigues de Almeida
 Enfermeira
 COREN-PB 264578



		Hospital	Hospital Regional de Lombrai	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
OLHA DE ANESTESIA		Nome	Mikael Clomenho Moraes		Idade	29	
a 26/10/19		Pressão Arterial Pulso	130x80		Sexo	M	
				Respiração	Eufnéus	Altura	
				Temperatura	37,1	Peso	
Sanguíneo		Hematíias	Hemoglobina	Hematócito	Glicerina	Ureia	
		Urina				Outros	
Respiratório		NON				Asma	Bronquito
Circulatório		NON				Eletrocardiograma	
Digestivo		Tij. OK				Ap. Urinário	
ado Mental		WPE				Alergia	Hipotensores
gnósticos Pré-Operatório		Intome da Clavícula D			Estado Físico	Risco	
estesias Anteriores							
dicação Pré-Anestésica					Aplicado às	Efeito	
AGENTES ANESTÉSICOS	02				Efeito		
		<i>ooo</i>					
Liqu.					INDUÇÃO		
		<i>(sic) (sic)</i>			Satis.: _____	Exit: _____	Tosse: _____
IDIGO P.V. ARTERIA PULSO RESPIRAÇÃOZ - ANESTESIA:	OPERAÇÃO	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20				Laringo espamp.: _____	Lenta: _____
			<i>100 100 100</i>			Náuseas: _____	Vômito: _____
						Outros: _____	
					MANUTENÇÃO		
					ANESTESIA SATISF: Sim: _____ Não: _____		
					Não, por quê?: _____		
					DESPERTAR		
					Reflexo na SO: _____		
					Obstr.: _____	CO ₂ : _____	Exit: _____
					Náuseas: _____	Vômito: _____	
					Outros: _____		
					Como cânula		
					para leito Sim: _____ Não: _____		
					CONDIÇÕES: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		Bloqueio supraobturador com Bupivacaina cítrico 0,5% 10 ml + lidocaína 2% 5ml. Sedotônico com Midazolam 2mg + fentanil 50 mcg + atropina 10 mcg - bromogel 50 mg					
POSIÇÃO		DOR					
gentes		Giglio 2g. Oftalmoscópio 10mg. Naranhão 8mg. Rípiano 3g					
técnicas		Bloqueio + Sedotônico					
operação		Teto cirúrgico de folha de Clorocálcio D					
rurgiões		toracoscopia					
nestesistas		Melo Magalhães, Renato Cm 94620g					
bservações		Nao obstrui. Cervi e concavo ao o procedimento					
notar, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias							

FOLHA DE ANESTESIA





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL		Nº PRONTUÁRIO
IME DO PACIENTE	Mirkaell	Clá. msc fmno.
TA DA OPERAÇÃO	7/11/19	ENF.
ERADOR	Dr. José Cassimiro	1º AUXILIAR
AUXILIAR		3º AUXILIAR
ESTESISTA		INSTRUMENTADOR
AGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO		TIPO DE ANESTESIA
Fratura de Clavícula (D)		
DO DE OPERAÇÃO		Ortoanomia de Clavícula (D)
AGNOSTICO PÓS- OPERATORIO		(anterior)
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO		
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS		
(1) Abordagem longo D.D.H sob omoplata. (2) Anatomia e Anterior. m. (3) Osteotomia de clavícula, unívoca. (4) Implants com ósseo contínuo da clavícula (D) (5) Abertura por dilatador (6) Redutor suscavado + irrigação da juntura e fio de R.m. (7) Sutura por plástica (8) Encerrada		

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7801 TEOT 15253





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/08/2019 09:29:01

Ocorrência: CIRURGIA

2030

Servidor do Dr.:

Paciente MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Idade: 24 Sexo M

Filiação

Pai: JOSENILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS
Mãe: MARIA LIMA CLEMENTINO

Endereço

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101
Endereço: CROMACIO WANDERLEY N.:
Bairro: VIDA NOVA I
Naturalidade: PAULISTA - PB
Fone:

Documentos

CNS: 707-4010-2379-2875
Identidade: 4.101.710
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 29/07/1995
Cor: BRANCA
Estado Civil: UNIAO ESTAVEL
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Trauma com cunha (P) há +
(10) dias

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aperelhos)

Exame de limitação funcional em VS.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Fratura de clavícula (P).

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1804 TEC 15253

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, _____ / _____ / _____

Recepção: FATIMA



AEL CLEMENTINO DE MORAIS

D

5 cm

C 1012
5 cm

AEL CLEMENTINO DE MORAIS

D

5 cm

C 1012
5 cm



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419513683300000025035680>
Número do documento: 19110419513683300000025035680

Num. 25904827 - Pág. 1

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

DADOS GERAIS:

Enfermaria: C.C.U.II Leito: 02 Data Admissão: 26/08/14
Paciente: Mikaell Cleverton de Oliveira Idade: 24 anos Hora Admissão: _____

Dias de Internação: _____ Turno: D/N SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso: _____ Estatura: _____

Admitido: () Deambulando () Cadeira de rodas () Maca () Outros: _____

Veio transferido: () Residência () Área vermelha () Área laranja () Área amarela () Área verde () UTI

Transferência interna: () Clín. médica/Cirúrgica () Clín. cirúrgica/Médica () Clín. médica/Área vermelha

() Clín. cirúrgica/Área vermelha () Clín. médica/Obstetrícia () Clín. cirúrgica/Obstetrícia () Clín. médica e cirúrgica/UTI

() UTI/Clín. médica () UTI/Clín. Cirúrgica () Outro hospital/Cidade: _____ / _____

Tipo de tratamento: () Clínico () Cirúrgico () Pediátrico

ESTADO GERAL:

EG: () Bom () Estável () Regular () Grave

SINAIS VITAIS:

12h00	T: <u>37</u> °C	P: <u>89</u> bpm	R: <u>20</u> ipm	PA: <u>110x80</u> mmHG
18h00	T: <u>36,6</u> °C	P: <u>76</u> bpm	R: <u>20</u> ipm	PA: <u>110x90</u> mmHG
00h00	T: <u>37</u> °C	P: <u>89</u> bpm	R: <u>20</u> ipm	PA: <u>130x90</u> mmHG
06h00	T: <u>36,5</u> °C	P: <u>84</u> bpm	R: <u>20</u> ipm	PA: <u>130x80</u> mmHG

FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência: () Consciente () Insconsciente () Orientado () Desorientado () Confuso () Cooperativo
() Não Cooperativo () Comunicativo () Não Comunicativo () Sono/reposo preservado () Sono/reposo prejudicado

Responde a estímulos: () Verbais () Dolorosos () Ocular

Estado emocional: () Normal () Agitado/ativo () Hipoativo () Choroso () Deprimido () Agressivo

Crise convulsiva: () Sim () Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS: _____

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

Respiração: () Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Em uso de dreno torácico

() Em oxigenoterapia: () Cateter nasal () Máscara de Venturi () Nebulização

Tosse: () Sim () Não () Seca () Cheia com expectoração () Cheia sem expectoração () Batimentos de asa do nariz

Característica de secreções: () Esbranquiçada () Amarelada () Esverdeada () Sanguinolenta () Purulenta

FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:

() Incisão cirúrgica: () Limpa () Contaminada () Hiperemiada () Secretiva

Curativo: () Sim () Não Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Estado nutricional: () Normal () Emagrecimento () Caquético () Obeso

Dieta alimentar: () Boa () Regular () Insuficiente () Restrição () Não aceita dieta

Via de administração alimentar: () Oral () SNG () SOG () Parenteral

Vômitos: () Sim () Não Frequência: _____

Eliminações intestinais: () Presentes () Ausentes Frequência: _____

Aspecto: () Normais () Pastosas () Melena () Constipação () Diarreica () Obstipação

SISTEMA URINÁRIO:

Eliminações vesicais: () Normais () Ausentes () Retenção () SVF 02 vias

() SVF 03 vias () Uso de fraldas

Aspecto: () Limpida () Concentrada () Hematúria

Diurese: () Espontânea () SVF

FUNÇÃO LOCOMOTIVA:

Desenvolvimento motor: () Deambulando () Não Deambulando () Deambulação prejudicada

Edema: () Presente () Ausente () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD

Edema: () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD () MSE () MID () MIE



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



ACESSO VENOSO:

Venóclise: () MMSS e MMII () MSD () MSE X MID () MIE () Subclávia () Cateter venoso central () Dissecção venosa Data punção: 26/08/19 Hora: 10:40 Gelco N° 20 () Scalp N° _____

Quem punctionou: _____

ALTA HOSPITALAR:

Alta autorização médica: () Se sim: data: ____ / ____ / ____ , hora: ____ : ____ Médico: _____
() Se não, responsável: _____

Testemunha 1: _____ Testemunha 2: _____

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

PACIENTE EM ÓBITO:

() Não () Se sim, data: ____ / ____ / ____ , hora: ____ : ____ , causa da morte (diagnóstico médico): _____

QUEIXAS:

Seus queixas

RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM COM PACIENTE:

Paciente evolui em G.O.R., aguardando procedimento cirúrgico.

Cybele Formiga Oliveira
Técnica em Enfermagem

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____ COREN-PB: 1005860
Data: 26/08/19 Hora: 11:00

AVALIAÇÃO NOTURNA DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente evolui em G.O.E, feito procedimento cirúrgico, medicando e deixa no pós imediato.

Cybele Formiga Oliveira
Técnica em Enfermagem

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____ COREN-PB: 1005860
Data: 26/08/19 Hora: 20:30



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO - ÚLCERA POR PRESSÃO

TABELA DE VALORES

PERCEPÇÃO SENSORIAL - Habilidade de responder significativamente a pressão relacionada ao desconforto

- 1 - Completely limitado
- 2 - Muito limitado
- 3 - Levemente limitado
- 4 - Sem alteração

Pontuação	Observação

UNIDADE DA PELE - Grau no qual a pele está exposta à umidade

- 1 - Constantemente úmida
- 2 - Muito úmida
- 3 - Ocasionaismente úmida
- 4 - Raramente úmida

Pontuação	Observação

ATIVIDADE FÍSICA - Grau de atividade física

- 1 - Acamado
- 2 - Na cadeira com ajuda
- 3 - Anda ocasionalmente
- 4 - Anda frequentemente

Pontuação	Observação

MÓBILIDADE - Habilidade de mover e controlar as posições corporais

- 1 - Completely imóvel
- 2 - Muito limitado (Paraplégico)
- 3 - Levemente limitado
- 4 - Sem limitação

Pontuação	Observação

NUTRIÇÃO - Padrão atual de ingestão alimentar

- 1 - Não se alimenta / Alimentação parenteral
- 2 - Se alimenta pouco (Desid.)
- 3 - Se alimenta de forma satisfatória
- 4 - Normal

Pontuação	Observação

ASPECTO DA PELE - Condições de como se apresenta

- 1 - Edema / Eritema / Escoriações em mais de uma área
- 2 - Eritema / Escoriações em uma área
- 3 - Edema em alguma área
- 4 - Normal

Pontuação	Observação

PONTUAÇÃO: A CONTAGEM BAIXA DE PONTOS INDICA UMA BAIXA

> ACIMA DE 15 PONTOS: RISCO MÍNIMO

HABILIDADE FUNCIONAL INDICADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO - ALTO

> DE 13 A 14 PONTOS: RISCO MODERADO

> ABAIXO DE 12: RISCO ELEVADO

Pontuação total 22

CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE FUGULIN et al.

ÁREA DE CUIDADO	GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL			
	4	3	2	1
Estado mental	Inconsciente.	Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.	Orientação no tempo e no espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume).	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio.	Uso intermitente de máscara ou cateter de Oxigênio.	Não depende de oxigênio.
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas.	Controle em intervalos de 4 horas.	Controle em intervalos de 6 horas.	Controle de rotina (8 horas).
Mobilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais.	Limitação de movimentos.	Movimenta todos os segmentos corporais.
	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem.	Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada enfermagem.		
Deambulação	Restrito ao leito.	Locomoção através de cadeira de rodas.	Necessita de áudio para deambular.	Ambulante.
Alimentação	Através de cateter central.	Através de sonda nasogástrica.	Por boca, com áudio.	Auto suficiente.
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem.	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Áudio no banho de chuveiro e/ou higiene oral.	Auto suficiente.
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese.	Uso de comadre ou eliminações no leito.	Uso de vaso sanitário com áudio.	Auto suficiente.
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA.	EV contínuo ou através de sonda nasogástrica.	EV intermitente.	IM ou VO.
Integridade Cutâneo-mucosa/ Comprometimento tecidual	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais.	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo.	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hipoxemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele Intacta.
	Eviscerações.	Incisão cirúrgica, Ostomias, Drenos.		
Curativo	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais, pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem.	Sem curativo ou limpeza da ferida/cirúrgica, realizada pelo paciente, durante o banho.
Tempo util. na realiz. de curativos	Superior a 30 minutos.	Entre 15 a 30 minutos.	Entre 5 a 15 minutos.	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho.

Pontuação total 26/08/17

Data da avaliação 33

Thiago Chagas de Faria Nobre
Enfermeiro (a) / COREN
COREN-PB 273.206

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação do Paciente:

Nome: Mikhail Clementino de Moraes Leito: 02
Pront.: _____ Procedência: _____ Enfermeira: _____ Data da admissão: 26.08.19
Idade: 24 Sexo: ()M ()F Religião: _____
Escolaridade: _____ Estado Civil: _____

2. Motivo da Internação / Queixa Principal:

Tipo de tratamento:

Artroplastico - cirurgia

3. Necesidade / Auto Cuidado:

Higiene

Corporal: ()Preservada ()Prejudicada

Oral: ()Preservada ()Prejudicada

Demandas de Auto Cuidado:

Sono e repouso: ()Satisfatório ()Prejudicado ()Insônia ()Auxiliares do sono Qual: _____

Dieta: ()Preservada ()Prejudicada ()Ajuda para Alimentação ()Restrição Alimentar

Movimentação: ()Deambula ()Não deambula ()Restrito ao Leito ()Acamado

Movimenta-se com ajuda: ()Sem movimentação ()Limitação localizada de movimento

Interação Social: ()Comunicativo ()Não Comunicaativo

Conhecimento sobre seu problema de saúde: ()Informado ()Não informado

Orientação quanto procedimento cirúrgico: ()Boa ()Insuficiente ()Não orientado

4. Fatores de Risco:

()Tabagismo ()Etilismo ()Sedentarismo ()Perfil sanguíneo alterando por uso de drogas

Alergias: Neg

Antecedentes Pessoais (Enfermidades / cirurgias anteriores): _____

Antecedentes familiares: _____

Uso de medicamentos: X

5. Exame Físico e Outras Informações:

Tax: C P: 80 bpm R: 16 ipm PA: 120/80 mmHg FC: 80 bpm

Peso: 75 Kg Altura: 175 cm CA: 90 cm

Estado nutricional: ()Normal ()Obeso ()Emagrecido ()Caquético ()Desnutrido ()Outro

Nível de consciência: ()Consciente ()Orientado ()Desorientado

Nível de Resposta: _____

Pele / Tecido: ()Integra ()Hidratada ()Ressecada ()Sudoreica ()Pálida ()Cianótica ()Escara
Ligeira catarrante (pele seca) supurativa

Cabeça: ()Alopecia ()Seborreia ()Pediculose ()Outros: _____

Face: ()Cushingoide ()Paralisia facial ()Acromegálica Expressão: _____

Olhos: ()Visão normal ()Visão turva ()Acuidade visual diminuída ()Cegueira ()Exoftalmia
()Processo inflamatório / Infeccioso

Aspecto da mucosa/outros: _____



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



Nariz: () Sem anormalidade () Deformidade () Obstrução () Secreção () Epistaxe _____

Ouvidos: () Audição normal () Diminuída () Zumbido () Surdez () Processo inflamatório/infeccioso
() Outros: _____

Boca: () Cáries () Falhas dentárias () Halitose () Língua saburrosa () Prótese

Mucosa oral: () Integra () Lesões: _____

Pescoco: () Linfonodos palpáveis () Tireoide aumentada () Ingurgitamento jugular () Traqueostomia
() Mov. difícil ou doloroso () Outros: _____

Tórax: () Atípico () Típico Expansão torácica: () Normal () Diminuída

Mamas: () Assimétricas () Presença de nódulos palpáveis () Secreção: _____

Sistema Respiratório: () Eupnélico () Bradipnélico () Taquipnélico () Dispnélico () Em repouso () Min. Esforço
() Méd. Esforço () Grand. Esforço () Uso O₂ () Tosse () Secreção () Ausculta pulmonar

Atividade Cardíaca: () Regular () Irregular Frequência: _____

Edema: ausente

Sist. Digestivo/abdome: () Plano () Distendido () Tenso () Globoso () Incisão/cicatriz cirúrgica () Sonda
() Náuseas () Vômitos () Pirose () Plenitude pós-prandial () Dificuldade deglutição.

Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente

A palpação: () Flácido () Doloroso Hepatomegalia () Ascite

Eliminação intestinal (frequência/característica): presente normal

Genito-urinário: () Micção espontânea () Incontinência () Retenção () Dispositivo p/ incontinência () Sonda
() Disúria () Poliúria () Polaciúria () Nictúria () Oligúria () Anúria () Hematúria () Colúria
() Prurido () Cortimento () Lesões () Aspecto de urina

Atividade sexual: () Não tem atividade () Tem atividade () Uso de preservativo: _____

Ciclo menstrual: () Normal () Menopausa () Dismenorreia () Amenorreia () Hipermenorreia: _____

Membros Sensibilidade: () Presevada () Parestesia () Câimbras Força motora: () Preservada () Paresia
() Plegia () Im. de mov. articular Pulsos periféricos: () Palpáveis () Diminuídos () Ausentes () Amputação
Rede venosa: _____

6. Impressões do Enfermeiro:

Pt fad. adm. opor. surdina, calmo, desorientado
pela sala com visseira em suspensão, recado, apêndice
suspeito, abdome flácido, sem queixas m/c,
coronavírus, sem cefaleia, agressivo
procedimentos cirúrgicos

Pt encontra-se c.c. Consciente, orientado, higienizado, afelado
suspeito em recuperar-se da anestesia; segue as orientações da
equipe.

Impressão de Enfermeiro
COREN-PB 273-206

Thiago

de Farias N. Medeiros
Enfermeiro

Enfermeiro:

COREN:

DATA: 26/08/19





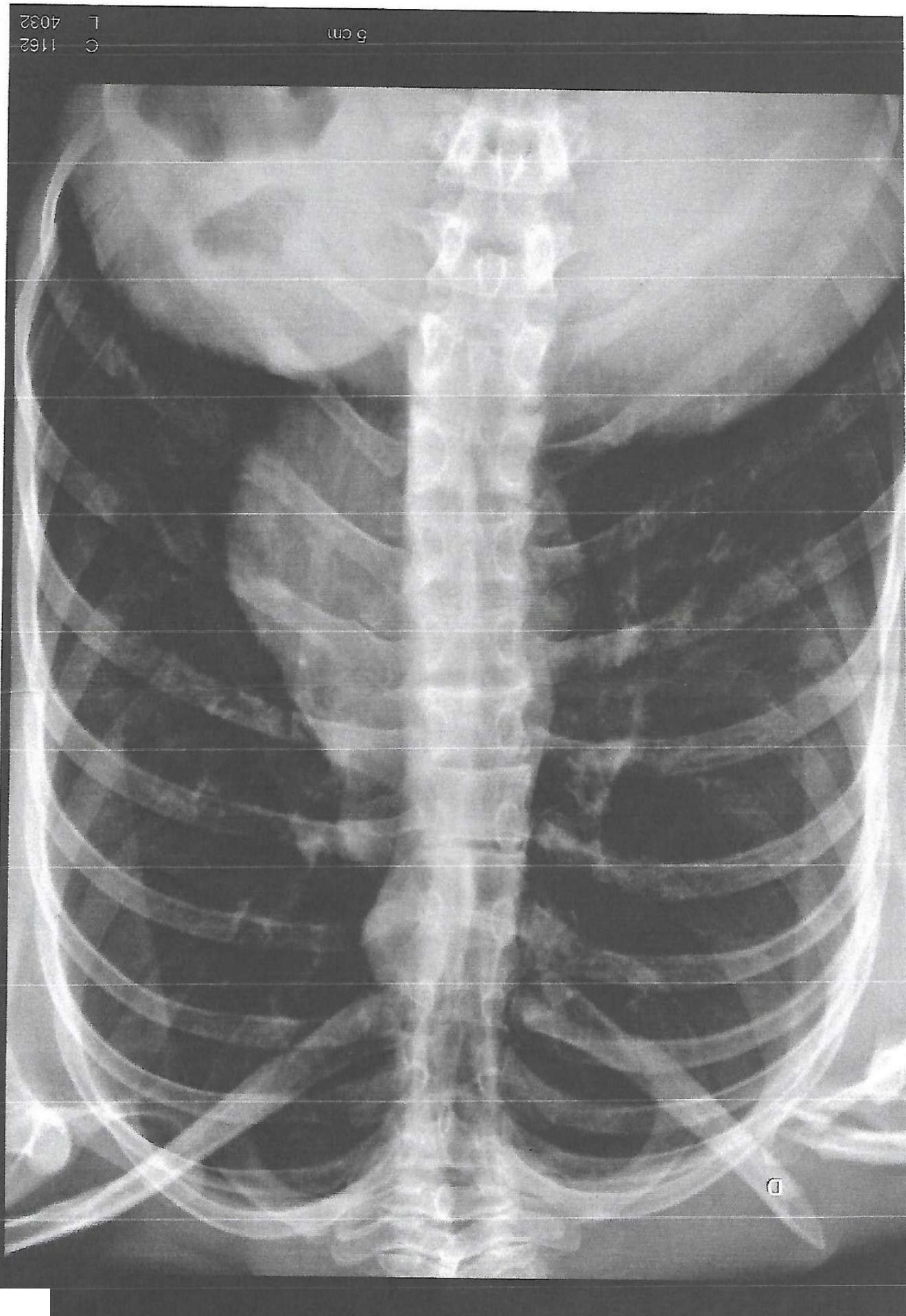
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL		
NOME DO PACIENTE	Mikhail Ulyanov	Nº PRONTUÁRIO
DATA DA OPERAÇÃO	7/12/14	ENF.
OPERADOR	Dr. José Cassimiro	1º AUXILIAR
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA
DIAGNÓSTICO PRÉ- OPERATORIO	Fratura de Clavícula (D)	
TIPO DE OPERAÇÃO	Descolamento da Clavícula (D)	
DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATORIO	(D) melhora	
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO		
VIA DE ACESSO -TÁTICA E TÉCNICA -LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS		
(1) Aperto de 2x2,5cm de cateter		
(2) Anestesia e Antiseptico		
(3) Colhação de sangue único		
(4) Incisão com ligeiro contorno da clavícula (D)		
(5) Abertura da clavícula		
(6) Descolamento da clavícula da fíbula de R.m.2		
(7) Sutura por plástico		
(8) Encerrado		

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7801 TEOT 15253







GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
“SENADOR RUI CARNEIRO”



ATESTADO MÉDICO

Este, para os devidos fins, que Mihael Clementino
de Morais portador do RG _____
é submetido (a) à consulta médica nessa data, no horário das _____ horas,
sendo portador da infecção CID-10 S42.9
necessário, deverá permanecer afastado (a) de suas atividades laborativas
por um período de 60, (Sezenta) dias, a
partir desta data.

Pombal-PB, 07 de 09 de 2019

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7801 TEOT 15253

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____, a registrar o diagnóstico
certificado CID ou por extenso neste atestado médico.





Paciente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Nº do Paciente: PB180290795

Data de Nascimento: 29/07/1995

Data do Exame: 19/08/2019

Sexo: M

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO OMBRO DIREITO

RELATÓRIO:

Fratura completa do terço distal da clavícula com desvio ósseo, elevação proximal e fragmento ósseo desprendido.

Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.

Superfícies articulares íntegras, com espaços conservados.

Relação gleno-humeral mantida.

Altura acromioclavicular usual.

Aumento das partes moles e obliteração dos planos adiposos intermusculares na região supraclavicular.

A handwritten signature in black ink that reads "Carla Fanchiotti Costa".

Assinado Eletronicamente por: Dra. Carla Fanchiotti Costa CRM 10231-ES
| Médica-radiologista RQE 8650-ES CRM ES-1964-55 em Laudo
Radiológico Criado em 19/08/2019 17:43:57 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097

Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237

Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419513978500000025035684>

Número do documento: 19110419513978500000025035684

Num. 25904831 - Pág. 1



Paciente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Nº do Paciente: PB180290795

Data de Nascimento: 29/07/1995

Data do Exame: 19/08/2019

Sexo: M

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TÓRAX PA

RELATÓRIO:

Traqueia e mediastino centrados.

Parênquima pulmonar com transparência usual.

Hilos pulmonares preservados.

Seios costofrênicos visualizados livres.

Índice cardiotorácico normal.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Carla Fanchiotti Costa CRM 10231-ES
| Médica-radiologista RQE 8650-ES CRM ES-1964-55 em Laudo
Radiológico Criado em 19/08/2019 17:44:25 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097

Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237

Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419513978500000025035684>

Número do documento: 19110419513978500000025035684

Num. 25904831 - Pág. 2



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Rosílio Vieira Ramalho

RG nº 003177600 - SSP/RN, data de expedição ___/___/___

Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 017.413.264-60,

com domicílio na cidade de SÃO BENTO, no Estado de

PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

_____, nº _____

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

_____, cujo o condutor era

Veículo: _____ Modelo: _____ Ano: _____

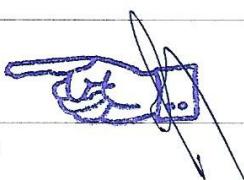
Placa: _____ Chassi: _____

Data do Acidente: ___/___/___

Local e Data: _____

Rosílio Vieira Ramalho

Assinatura do Declarante



Nicálio Clementino de Moura

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Auricelio Nicolau da Silva
Escrevente



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419514076200000025035685>

Número do documento: 19110419514076200000025035685

Num. 25904832 - Pág. 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

DENATRAN

LACRE

DETAN - PB **Nº 014482079010**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
FRT 20192000014579

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	0103925378-1	00/00000000	2019
NOME ROSIHELIO VIEIRA RAMALHO			
CPF / CNPJ 01741326460		PLACA NQK0742/PB	
PLACA ANT / UF NOVO	PB	CHASSI 9C2KD0810FR415279	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL	
MARA/ MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD		ANO FAB. 2015	ANO MOD. 2015
CAP / POT / CIL 2 P/162 /CI	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE PRETA	
I P V A	COTA ÚNICA ***** 0	VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000	VENC / COTAS 1 ^a 2 ^a 3 ^a
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) *****	IOF (R\$) *****	PRÉMIO TOTAL (R\$) SEGURO P A G O	DATA DE PAGAMENTO 28/02/2019
OBSEVAÇÕES A.F RECON ADM DE CONSORCIOS LTDA			
SAO BENTO-PB		LOCAL	DATA 07/03/2019
41521		14982	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
16388676390

[Signature]

PB Nº 014482079010 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

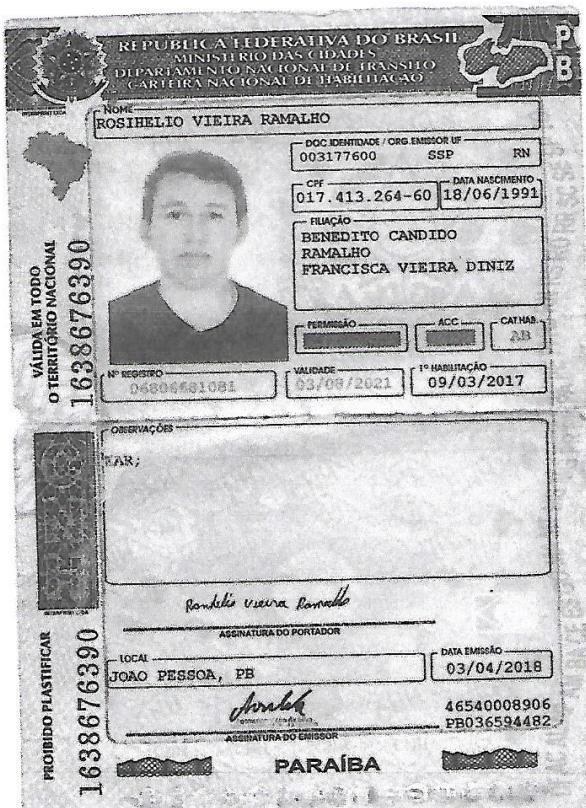
VIA	CPF / CNPJ 01741326460	PLACA NQK0742/PB
RENAVAM 01039253781	MARA/ MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD	
ANO FAB. 2015	CAT. TARIF. 9	NP CHASSI 9C2KD0810FR415279
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) SEGURO	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) P A G O
PAGAMENTO COTA UNICA		DATA DE QUITAÇÃO 28/02/2019
PARCELADO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.246.608/0001-04

AGO/2018

14982-0914043-20190307





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Rosílio Vieira Ramalho

RG nº 003177600 - SSP/RN, data de expedição / /

Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 017.413.264-60,

com domicílio na cidade de SÃO BENTO, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

ANTONIO LUCIO DA SILVA, BAIRRO HERCULAND, nº 277,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Mikael Clementino de Moraes, cujo o condutor era

Mikael Clementino de Moraes.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/NXR 160 Bros GSDD Ano: 2015

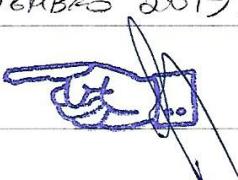
Placa: NQK 07 212 Chassi: 3C2KD0810FR415279

Data do Acidente: 18/10/19

Local e Data: SÃO BENTO - PB, 16 DE SETEMBRO 2019.

Rosílio Vieira Ramalho

Assinatura do Declarante



Mikael Clementino de Moraes
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Auricélio Nicolau da Silva
Escrevente



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419514281000000025035691>
Número do documento: 19110419514281000000025035691

Num. 25904838 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190526109

Vítima: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

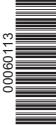
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00225/00226 - carta_07 - INVALIDEZ



00060113

Carta nº 14800936



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419514382100000025035693>
Número do documento: 19110419514382100000025035693

Num. 25904840 - Pág. 1

 Caixa Econômica Federal

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

246-634676852-6
03/SET/2019 HORA DF 11:00:14

LOT: 13_012404-4 TERM: 013858
LOCALIDADE: SAO BENTO
AG. VINCULADA: 4917 CONTROLE: 078226914

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO
4917 013 00013808-6
MIKAEL CLEMENTINO MORAIS

VALOR : 10,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS
246-634676852-6

1ª VIA

 Caixa

 Loterias CAIXA



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419514510700000025035704>
Número do documento: 19110419514510700000025035704

Num. 25904851 - Pág. 1

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via da parte)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 088.4.19.00786/01
	Sao Bento	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 04/11/2019
Número da guia: 088.2019.600786 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/11/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 506,30 Promovente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS - Taxa Judiciária: R\$ 106,30 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS			UFR vigente: R\$ 50,63
			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 613,95
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866700000064 139509283186 520191130084 841900786010</p>			Valor final: R\$ 613,95

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do processo)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 088.4.19.00786/01
	Sao Bento	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 04/11/2019
Número da guia: 088.2019.600786 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/11/2019
Promovente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT			UFR vigente: R\$ 50,63
Detalhamento:			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 613,95
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 613,95

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do banco)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 088.4.19.00786/01
	Sao Bento	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 04/11/2019
Número da guia: 088.2019.600786 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/11/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 506,30 Promovente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS - Taxa Judiciária: R\$ 106,30 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS			UFR vigente: R\$ 50,63
			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 613,95
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866700000064 139509283186 520191130084 841900786010</p>			Valor final: R\$ 613,95





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 088.2019.600786

Data Vencimento: 30/11/2019

Data Emissão: 04/11/2019

Comarca: São Bento

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT

Valor da Causa: R\$ 7.087,00

Despesas Processuais: R\$ 0,00

Custas: R\$ 506,30

Taxa: R\$ 106,30

Total da Guia: R\$ 612,60

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419514614300000025035706>
Número do documento: 19110419514614300000025035706

Num. 25904853 - Pág. 2



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE SÃO BENTO**

Fórum Gov. João Azevêdo
Praça Álvaro Dias, 65, Centro, São Bento - PB.
CEP 58.865-000 Tel.: (083) 3444-1225

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

PROCESSO N° 0801579-68.2019.8.15.0881

AUTOR: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Vistos, etc.

Não havendo nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão de gratuidade, DEFIRO o pedido de justiça gratuita, sem prejuízo de sua impugnação, na forma do art. 100, do NCPC.

Em que pese o contido no art. 334, do NCPC, tem-se que a prática forense tem revelado que as seguradoras do Consórcio DPVAT demandadas não costumam promover autocomposição.

Desse modo, torna-se infrutífera a designação de audiência de conciliação, quando já visualizada a sua não realização. Ademais, a designação desse ato, quando improvável a sua realização, atenta frontalmente contra o princípio da celeridade processual. Assim, deixo de designar a dita audiência.

Nesse passo, CITE-SE o réu para que, no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335, III, c/c art. 231, ambos do NCPC), apresente resposta.

Providências necessárias. Cumpra-se.

Datado e assinado digitalmente.

São Bento - PB, na data da assinatura eletrônica.

JOSÉ NORMANDO FERNANDES

Juiz de Direito em substituição

Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, da Lei 11.419/2006.



Assinado eletronicamente por: JOSE NORMANDO FERNANDES - 16/12/2019 21:30:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912162130300270000026153954>
Número do documento: 1912162130300270000026153954

Num. 27094780 - Pág. 1



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SÃO BENTO-PB

Fórum Gov. João Agripino Filho

Praça Álvaro Silva, SN, Centro, São Bento-PB, Tel.: (0**)83 3444-1225

CARTA DE CITAÇÃO

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

Processo nº 0801579-68.2019.8.15.0881

AUTOR: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

A(o) Ilustríssimo(a) Senhor(a) Representante legal do(a):

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 Andar - de 58 ao fim - lado par, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito desta Comarca de São Bento-PB, fica Vossa Senhoria **CITADO(A)** de todo conteúdo da petição inicial e para que apresente resposta/contestação no prazo de 15 (quinze) dias, ficando advertido(a) que não sendo contestada a ação, nesse prazo, serão presunvidas verdadeiras as alegações do(a)(s) promovente(s) (art. 344 CPC).

Obs: O prazo para resposta fluirá da juntada do Aviso de Recebimento (AR) da presente carta aos autos.

São Bento-PB, 10 de janeiro de 2020.

SUEUDES VIEIRA ALMEIDA

Técnico Judiciário

Para visualizar os documentos que compõem este processo, acesse:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> No campo (Número do documento) informe

um desses códigos (cada código se refere a um documento): [Despacho: 19121621303002700000026153954,

Documento de Comprovação: 19110419514382100000025035693, Documento de Comprovação:

19110419513782100000025035681, Documento de Comprovação: 19110419513582600000025035678, Documento

de Comprovação: 19110419513478200000025035677, Documento de Comprovação:

19110419513259200000025035523, Documento de Comprovação: 19110419512847800000025035519, Documento

de Comprovação: 19110419512647900000025035511, Documento de Comprovação:

19110419512555300000025035508, Documento de Comprovação: 19110419512457700000025035503]



Assinado eletronicamente por: SUEUDES VIEIRA ALMEIDA - 10/01/2020 13:26:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011013263741400000026438185>

Número do documento: 20011013263741400000026438185

Num. 27393739 - Pág. 1