



26

SINISTRO 3160482228 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA WELLYNGTON ROBERTO MACEDO SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A #624

BENEFICIÁRIO WELLYNGTON ROBERTO MACEDO SILVA

CPF/CNPJ: 12365514430

Posição em 19-09-2016 14:39:57

Pedido de indenização cancelado. Para mais informações procure a seguradora responsável pelo processo.





TRIGUEIRO & NOBREGA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

O (a) Outorgante Maria José de Macedo Silva
brasileira, casada agricultor portador (a) do RG nº 1.259.415
expedido por SSP/PB e CPF nº 048.284.434-52 residente e
domiciliado(a) na(o) Rua João Corduro Sobrinho
nº 28, Bairro centro, Cidade Picuí UF PB, pelo presente
instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procuradores e
advogados os Bels. **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, portador do CPF nº. 047.951.774-65, inscrito
na OAB-PB sob nº. 13.220 e na OAB-RN sob nº. 834-A, e, **DIJANIELLYESON MONTEIRO**
NOBREGA, inscrito na OAB/PB sob nº. 17068, brasileiros, casados, advogados, com endereço
profissional na Rua Pedro Salustino de Lima, nº 47, Empresarial Evanisa Dantas, Sala "E",
Pedro Salustino, Picuí-PB, fone (0**83) 3371-2274, ao qual confere poderes para o foro em
geral, nos termos do art.38, inclusive parte final do código de Processo Civil, podendo
confessar, transigir, desistir, receber e dar quitações, firmar compromissos, prestar primeiras
e últimas declarações, acompanhá-lo(a) em todos os seus termos, impugnar créditos ou
concordar com os mesmos, representá-lo(a) perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal,
repartições públicas, federais, estaduais, municipais, conjunto ou separadamente, bem
como substabelecer com ou sem reservas de poderes.

Picuí-PB, 11 de março de 2016.

Maria José de M. Silva
Outorgante

Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas
Sala E, Pedro Salustino - Picuí-PB - CEP: 58187-000
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777
Email: nilotdantas@hotmail.com / nelinhoadv@gmail.com



18
Q

DECLARAÇÃO
(Lei 7.115)

Eu, Maria José de Macedo Silva
brasileiro(a), Cobada, agricultora, portador do
RG nº 1.259.415 expedido por SSP PB e do CPF nº
048.284.734-52, residente
na(o) Rua João Cordeiro Sobrinho,
município de Picuí - PB, DECLARO, nos precisos termos do art. 1º da
lei nº 7.115 de 29 de março de 1983 (lei da desburocratização), para o fim de dispensa de
custas processuais, **QUE SOU POBRE NA FORMA DA LEI**, cuja situação econômica não
me permite pagar custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento
próprio ou da família, **BEM COMO QUE RESIDO NO ENDEREÇO ACIMA**
ENUNCIADO.

Declarando ainda, ser conhecedor(a) das sanções civis, administrativas e
criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Picuí - PB, 11 de março de 2016.

Maria José de M. Silva
DECLARANTE

(A rogo se não souber ler nem escrever)

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983

DOU 30/8/1983

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O Presidente da República,

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único. O disposto neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162ª da Independência e 95ª da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Ibrahim Abi-Ackel / Hélio Beltrão





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Maria José de Magalhães Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 1.259.415 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 22/05/2016 E
CPF 048284434-50 /CNPJ _____, PROFISSÃO agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 440,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria José de M. Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Picuí - PB 11 de março de 2016 Maria José de M. Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Nº SINISTRO



Assinado eletronicamente por: IRANILDA DANTAS - 25/04/2019 09:50:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1904250951240000000020219552>

Número do documento: 1904250951240000000020219552

Num. 20787675 - Pág. 18

220

960-2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



CARTEIRA DE IDENTIDADE

Assinatura eletrônica

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 4.209.617 DATA DE
EXPIRAÇÃO 29/11/2013

NOME WELLINGTON ROBERTO MACEDO SILVA

FILIAÇÃO JOÃO BATISTA DE ARAÚJO SILVA
MARIA JOSÉ DE MACEDO SILVA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
PICUI-PB 10/07/2004

BDO ORIGINAR NASC.N.020482 FLS.112F LIV.A 22

CPF CARTÓRIO PICUI PB 123.655.144-30

ASSINATURA EM DIREÇÃO

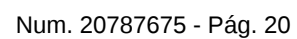
LEI Nº 7.116 DE 2009/03

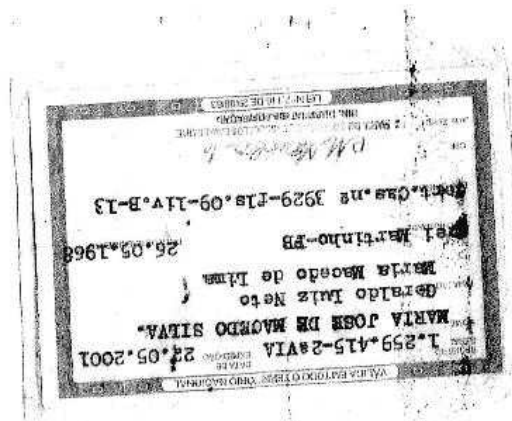
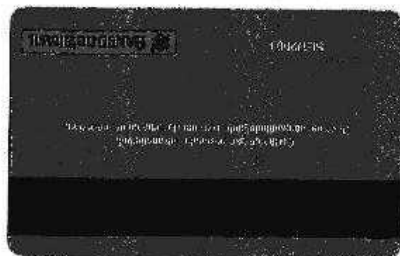


IXA Loterias

VIA DO CLIENTE

Call for





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria José de Melo Silva,
RG nº 1.259.415, data de expedição 22/05/2011, Órgão
SSP/PB, CPF nº 048.284.434-52, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua João Cordeiro Sobrinho</u>
Número	<u>28</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>Picuí</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.187-000</u>
Telefone de Contato	<u>99167-1718</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picuí - PB, 11 de março de 2016

Assinatura do Declarante: Maria José de M. Silva



MARIA JOSE DE MACEDO SILVA
RUA JOAO CORDEIRO SOBRINHO, 24 - CENTRO
PICO/PA CEP: 58167000 (PA. 80)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRACENDA MONOFÁSICO
Rótulo: 1-90-503-2140 Referência: Fev/2018
Fornecedor: 0000222733 Emissão: 02/02/2018

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 230, Km 25 - Canto Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-420
CNPJ 09.095.163/0001-40 Ins. Est. 16.015.829.0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000018314
Código para Débito Automático: 8888888888

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/96921-2

Fev/2016

Canal de contato

Apresentação

- Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Redução do valor da bandeira vermelha para o patamar 1, R\$ 3,03 a cada 100 kWh consumidos, vigente a partir de 01/03/2016

02/02/2016

Data prevista da próxima leitura

04/03/2016

CPE/ CNPJ/ RANI

- Anterior Atual Constante Consumo Dias

462943452

Data Leitura Data Leitura
02/02/16 4068 02/02/16 4113

Faturas em atraso

Demonstrativo

FATURAS VENCIDAS ATÉ
04/03/2016 PASAS
OBRIGADO

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-ER	30	0,14483	4,33
Consumo - 31 a 100MWh-ER	15	0,24794	3,71
Adc. B Vermelha			0,85
Subsídio			11,88
PIB			0,29
COFINS			1,34
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			3,45
Devolução Subsídio			-11,88

Histórico de Consumo
(kWh)

Jan/16	61
Dez/15	55
Nov/15	49
Out/15	52
Set/15	46
Ago/15	47
Jul/15	55
Jun/15	52
Mai/15	60
Abr/15	53
Mar/15	53
Fev/15	56

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIB	22,41	1,3000	0,29
COFINS	22,41	6,0000	1,34

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses
50 kWh

11/02/2016

R\$ 13,97

7a05.641f.c9cc.60c5.c3a5.c6bb.7997.7be1

Indicadores de Qualidade

11/2015-Pico

Limites da ANEEL	Apostado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DC MENSAL	6,30	NOMINAL 220	Serviços de Dist. da Energisa/PB	6,84	26,84
DC TRIMESTRAL	17,54		Compra de Energia	11,10	42,82
DC ANUAL	25,08		Serviços de Transmissão	0,54	2,09
FC MENSAL	3,30	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 234	Encargos Sociais	2,20	8,51
FC TRIMESTRAL	6,50		Impostos Diretos e Encargos	5,08	18,94
FC ANUAL	12,30		Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	3,71		Total	26,86	100,00
DCR	12,22				

Valor do RUSO (Ref. 11/2015) R\$4,62

ATENÇÃO

- Sua unidade foi liberada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$11,88



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

25
Eu, Maria José de Paula Silva, portador da carteira de
identidade nº 1.259.485 e inscrito no CPF/MF sob o nº 048.284.434-52,
residente e domiciliado na Rua João Cordeiro Sobrinho,
Cidade Picuí, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Maria José de Paula Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Picuí-PB, 11 de março de 2016

Local e data





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
13ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL – PICUI/PB
DELEGACIA DE PICUI
Rua Coronel Manoel Lucas, nº 02 – Centro, Picuí/PB
CEP: 58.187-000 – Telefone: (83)3371-2324

C E R T I D ã O

Nº.Cont.: 014/2016

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências N.º 01/2016, o Registro n.º 14/2016, cujo teor agora passo a transcrever na Íntegra: Aos dez dias do mês de março do ano de 2016, Nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) Bel(ª). Luisa Nascimento Correia Lima, Delegada de Polícia Civil, comigo, Escrivã(o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, Ai, volta das 15h58min, compareceu **MARIA JOSÉ DE MACEDO SILVA**, brasileira, casada, agricultora, natural de Frei Martinho/RN, nascida aos 26/05/1968, filha(a) de Geraldo Luiz Neto e Maria Macedo de Lima, residente na Rua João Cordeiro Sobrinho, 28, centro, Picuí/PB, neste ato representando seu filho, **WELLYNGTON ROBERTO MACEDO SILVA**, brasileiro, solteiro, estudante, natural de Picuí/RN, nascido aos 10/07/2004, 11 anos, filho(a) de João Batista de Araújo Silva e Maria José de Macedo Silva, residente na Rua João Cordeiro Sobrinho, 28, centro, Picuí/PB, **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE** no dia 06 de abril de 2014 por volta das 14h50m, a comunicante deslocava-se como passageira juntamente com sue filho, **WELLYNGTON ROBERTO MACEDO SILVA**, na PB 177, sentido Frei Martinho/PB a Picuí/PB, no veículo tipo Gol, placa NPX 4307/PB, chassi 9BWAA05W7BP000365, cor preta, , ano/modelo 2010/2011, licenciado em nome de José Adriano da Silva Dantas, quando o veículo atravessou uns pedregulhos que estavam na pista e devido a forte chuva o carro derrapou, desceu o barranco e caiu em um riacho; Que o veículo estava sendo conduzido por João Batista de Araújo Silva, pai de Wellyngton; Que o SAMU foi acionado para prestar os primeiros socorros e em seguida encaminhar a vítima ao Hospital Regional de Picuí/PB, que logo em seguida foi transferido para o Hospital do Trauma em Campina Grande/PB; Que Wellyngton quebrou o fêmur esquerdo e foi submetido a cirurgia. O referido é Verdade e Dou fé. Picuí/PB, 10 de março de 2016.

Maria Jose de M. Silva
COMUNICANTE:

Edja Araújo de Lima Santos
EDJA ARAÚJO DE LIMA SANTOS

TESTEMUNHA 1 RG 2.673.120 SSP/PB, Rua João Cordeiro Sobrinho, 23, Monte Santo, Picuí/PB.

Divanice Bezerra Dantas
DIVANICE BEZERRA DANTAS

TESTEMUNHA 2 RG 1.900330 SSP/PB, Rua João Cordeiro Sobrinho, 17, Monte Santo, Picuí/PB.

ESTADO DA PARAÍBA

Assinatura Belina
APC / PB



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB. Nº 010591649826
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRF 201301000813/1-0

VIA 1 COD RENAVAM 0022301224-6 RNTC 00/00000000 EXERCÍCIO 2013

NOME
JOSE ADRIANO DA SILVA DANTAS

CPF / CNPJ
02274889465

PLACA
NPX4307/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 9BWAA05W7BP000365

ESPÉCIE TIPO PAS/AUTOMÓVEL/ COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO VW/GOL 1.0 GIV ANO-FAB. 2010 2011

CAP / POT / CV 5 P77 / 70 / 95 CATEGORIA PARTIC PRETA

COTA ÚNICA IPVA PAGO EM 12/07/2013 1ª VENC. COTA ÚNICA 2ª VENC. COTAS 3ª

FAIXA I.R.V.A. 0 PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 JOF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 12/07/2013

SEGURO P A G O

OBSERVAÇÕES
A.F. BANCO ITAUCARD S/A

CAMPIN 124 26/07/2013 671

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 010591649826 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE ADRIANO DA SILVA DANTAS EXERCÍCIO

CPF / CNPJ

PLACA

02274889465

NPX4307/PI

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2013 26/07/2013

PB Nº 010591649826

VIA JOSE ADRIANO DA SILVA DANTAS PLACA

RENAVAM

MARCA / MODELO

ANO 02274889465

Nº CHASSI NPX4307/PE

00223012246 VW/GOL 1.0 GIV

RNS (R\$) 2010 1 DENATRAN (R\$) 9BWAA05W7BP000365 CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00 JOF (R\$) 0,00 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO

***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

67 CNP 02.048.008/0001-26

9833 9720

25

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE ADRIANO DA SILVA DANTAS,

RG nº 1852407, data de expedição 1/1,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 022.748.894-65, com
domicílio na cidade de PICUI-PB, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA: ANAILZA HENRIQUES, nº 200,

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 WELLYGTON ROBERTO MASCENO SILVA cujo o condutor era
JOÃO BATISTA DE ARAÚJO SILVA.

Veículo: Automóvel

Modelo: VW GOL 1.0I CV

Ano: 2010/2011

Placa: 0800 PB

Chassi: 9BWAA05W2 6P000305

Data do Acidente: 06/04/2014

Local e Data: Picui - PB, 11 de março de 2016


JOSE ADRIANO DA SILVA DANTAS
Assinatura do Declarante


JOÃO BATISTA DE ARAÚJO SILVA

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

PICUI CARTORIO 2 OFICIO	2º TABELIONATO PUBLICO LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS ESCREVENTE Comarca de Picuí - Paraíba
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de: JOÃO BATISTA DE ARAÚJO SILVA Dou fé. Picuí/PB - 03/03/2016 Escrevente: LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS Selo Digital: ACQ83531-TJ2Z Acesse o site https://seidigital.tpb.jus.br	
PICUI CARTORIO 2 OFICIO	2º TABELIONATO PUBLICO LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS ESCREVENTE Comarca de Picuí - Paraíba
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de: JOSE ADRIANO DA SILVA DANTAS Dou fé. Picuí/PB - 21/03/2016 Escrevente: LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS Selo Digital: ACQ84152-1VU0 Acesse o site https://selodigital.tpb.jus.br	





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUI
C.N.P.J. 08.741.399/0001-73
Home Page: <http://picui.famup.com.br>
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 08.819.650/0001-21

BASE DESCENTRALIZADA SAMU 192

Picuí/PB, 09 de abril de 2014.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Picuí/PB, realizou atendimento pré-hospitalar e transporte do paciente **WELLYNGTON ROBERTO MACÊDO SILVA**, 09 anos, vítima de acidente automobilístico, ocorrido no dia 06 de abril de 2014, na rodovia entre Picuí/PB – Frei Martinho/PB. Paciente apresentava fratura de fêmur esquerdo, dor intensa em braço esquerdo e escoriações. Encaminhado ao Hospital Regional de Picuí/PB e em seguida transferido para o Hospital de Trauma “Dom Luiz Gonzaga” de Campina Grande/PB. Transporte sem intercorrências.


Alinne Macedo de Lima
ENFERMEIRA
COREN - PB 294121

ALINNE MACEDO DE LIMA
Coordenadora SAMU PICUI/PB

Rua: Galdini Pinheiro, 26 - Bairro Centro / CEP: 58 187 - 000 - Picuí - PB
Fone/fax: (83) 3371-2620/ 3371-2350 – e-mail: pmpicui.sat.splena@uol.com.br



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		NATUREZA DA CONSULTA	
ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO CÓDIGO DA UNIDADE: 0023371 CNPJ/CNPJ: 08.778.269/0001-80 NOME: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES END.: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE ESTADO: PARAIBA UF: 25		CONSULTA BÁSICA (PAB): CONSULTA ESPECIALIZADA: <i>ortopedica + cirurg</i>	
PACIENTE: NOME: WELLINGTON ROBERTO MACEDO SILVA SEXO: M IDADE: 9,7 PRONTUÁRIO Nº: 1089537 DOCUMENTO: 9890332437428-9 MUNICÍPIO: ESTUDANTE F. 33374789 ESTADO: 2500332437428-9 DATA DE NASCIMENTO: 10/07/2000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: CENTRO		PROCEDIMENTO 	
RAÇA / CORPUSCULO ☐ 1 - BRANCA ☐ 2 - PRETA ☐ 3 - PARD ☐ 4 - AMARELO ☐ 5 - INDIGENA ☐ 6 - OUTRA		TIPO DE ATENDIMENTO ☒ 01 - URGÊNCIA ☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA ☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS	
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS: <i>Acidente auto-mobilístico Trauma por queda de 10m de altura sem perda de consciência</i>		MEDICAÇÃO ☐ 1 - PRESCRITA ☒ 2 - APLICADA	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS		ENCAMINHAMENTO ☒ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ CBITO ☐ OUTROS	
RESULTADOS		SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO CBO IDADE	
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS: 1. <i>Plataforma de 10m</i> 2. <i>Plataforma de 10m</i> 3. <i>Plataforma de 10m</i> 4. <i>Plataforma de 10m</i> 5. <i>Plataforma de 10m</i>		ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IAIS) ASSISTENTE(S) DE CONSULTA ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE RESPONSÁVEL OU POLEGAR DIREITO <i>Iranilda Dantas</i> ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO) ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO	
DIAGNÓSTICO / CID: <i>S00.0</i>			





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI "Felipe Tiago Gomes"

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

NOME: Wellington Roberto da Silva

DOCUMENTO Nº. 4209617 IDADE: 8-

DATA DE NASCIMENTO: 10 / 07 / 2004 SEXO: M

ENDEREÇO: Rua do Comércio, 100

CIDADE: Picuí CEP: 58.187-000

PROFISSÃO: Estudante ESTADO CIVIL: solteiro

H.D.A. saúde neta de acidente automobilístico

o acidente ocorreu em 10/07/13

Glasgow 15

região hospital, Dep. Costa, Lourenço da

EXAMES REALIZADOS: St. fuma

CONDUTA: SRL - 500 - 100

aprox. 20 /

de 100 /

fratura fuma

devido a uma queda

depois de 10 dias de tratamento

DATA: 06 / 04 / 2014

MÉDICO ASSISTENTE / CRM



Diagnóstico
Fratura de rádio e
ulna

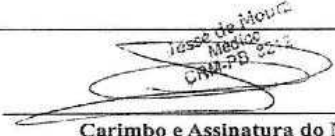
Folha de Tratamento e Evolução

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Wellington Roberto Moura	8	3	
Date	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
06/04/14	1 Dieta livre		II ortopedia
	2 SF 0.5% - 100ml EV/24h	15	Admissão:
	3 Dipirona 1.5ml + AD EV	24	Paciente vítima de acidente de carro, referindo dor, deformidade e inchaço do membro em M.I.R.
	4 Paracetamol 0.5 FA + AD EV de 6 em 6	96	Exame neurovascular do M.I.R. normal
	5 SSKV + CC GG		Ad - Internamento
	Assinado L.R. Júnior MÉDICO CRM-PB 9.116		Assinado L.R. Júnior MÉDICO CRM-PB 9.116

33
0

 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NOME:		Wellington Roberto Nóbrega		PRONTUÁRIO: 143	
IDADE: 9	SEXO: M ☒ F ☐	COR: B ☐ P ☐ A ☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA: ENF: LEITO:
DADOS CLÍNICOS: Abstinência					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS: - Ex. Hb - Ex. Ferr (E)					
URGÊNCIA ☒		ROTINA ☐		 Genesio Cirilo de Carvalho CRM 4475	
DATA: 6.4.14		HORA DA SOLICITAÇÃO?			
Carimbo e Assinatura do Médico					

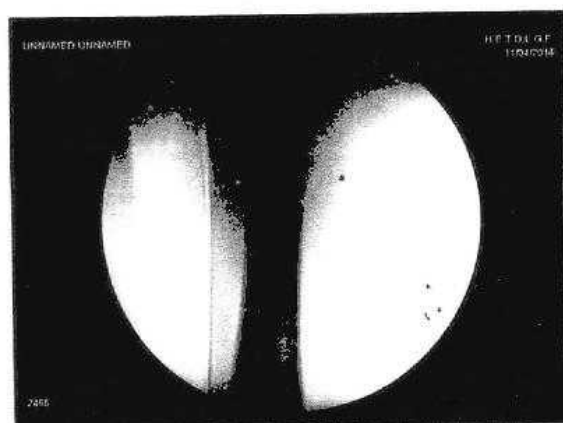
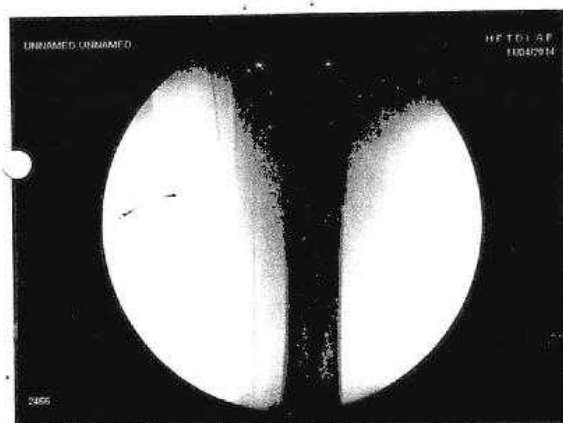
Mod. 002

 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NOME:		Wellington Roberto Nóbrega		PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO: M ☐ F ☐	COR: B ☐ P ☐ A ☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA: ENF: LEITO:
DADOS CLÍNICOS: PDS OP					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS: Rtx X cox (C) HCP					
URGÊNCIA ☐		ROTINA ☐		 Jéssé de Moura CRM-PB 5222	
DATA: 11.04.17		HORA DA SOLICITAÇÃO?			
Carimbo e Assinatura do Médico					

Mod. 002



34



Diagnóstico

Paciente	Tratamento	Seguimento	Observações
11/04/2019	Prescrição Médica: 1. Paracetamol 500mg, 4x ao dia, Data zero 2. Amoxiclavina 625mg, 3x ao dia 3. Clonazepam 0,5mg, 1x ao dia 4. Clonazepam 0,5mg, 1x ao dia 5. Amoxiclavina 625mg, 3x ao dia	12/04/2019 13/04/2019 14/04/2019	Paciente em bom estado, sem manifestações agudas de prurido ou urticária, sem necessidade para medicação. BGG, suprimido o tratamento de segundo. # 001 VPM Ao bloco cirúrgico. De Colégio Médico de São Medicina - 0000 0000



Diagnóstico

For $\bar{F} = \bar{F}_1 + \bar{F}_2 + \bar{F}_3$

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente)	W.C. LEMES	Rodriguez	Alojamento)	08	Leito)	03	Convênio)
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica				
12/12/24	1) pílula Luvac 2) SP997, 1000mg L, qd 2x/dia 3) Difenidramina 50mg, qd 6/8L 4) enalapril 5mg (50%) 5) ceftriaxon 1g, qd 8/8L 6) soro + cc68	cl 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30	Cl no i.o.p.d. sem alteração da sintoma de respiração infecção				



8-3 Wellington Roberto Macedo

06.04.14 = Jorgeta Luzimar Macêdo Dantas

07.04.14 = Jorgeta Luzimar Macêdo Dantas

08.04.14 = Jorgeta Luzimar Macêdo Dantas

09.04.14 = Jorgeta Luzimar Macêdo Dantas

10.04.14 = Maria José de Macedo Silva

11.04.14 = Maria José de Macedo Silva

12.04.14 = Maria José de Macedo Silva

13.04.14 = Maria José de Macedo Silva

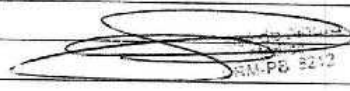


39
0

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande
Dom Luís Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente <i>WALBERTO ROBERTO MORAIS</i>		N.º Prontuário
Data da Operação <i>07/07/19</i>	Enf.	Leito
Operador <i>M. MORAIS</i>	1.º Auxiliar <i>R. XES</i>	
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia		Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório		
<i>Prima no 1.º grau (C)</i>		
Tipo de Operação		
<i>APLICACAO DE TAPADO TRANSVERSAL</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório		
<i>OK</i>		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato <i>NV</i>		
Acidente Durante a Operação <i>NV</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em posição decúbito supino com a cabeça elevada
2) Abdomen e inspeção
3) Avaliação de todos os estômagos
4) Aplicação de TAPADO TRANSVERSAL NA TIRUA PULMONAR (C) COM FIO DE KAPSHAW 3.0
5) Curativo
6) Avaliação final da cirurgia de emergência
 RAM-PS 2212

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



40

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIS GONZAGA FERNANDES				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Delmonico - Robert G. Silva</i>				IDADE: <i>9</i>	SEXO: <i>M</i>	CCR: <i>B</i>
DATA: <i>7-4-14</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO: <i>25 kg</i>	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÊMA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO					DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOSENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO: <i>II</i>			
ANESTESIAS ANTERIORES					RISCO: <i>II</i>			
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO	
SEMPRE ANESTESIA BICÓD LIQUIDOS: <i>500 ml</i> CÓDIGOS VP-ARTERIAL O-PULSO O-RESPIRAÇÃO AX-ANESTESIA O-OPERAÇÃO 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 INDUÇÃO Satisf.: <i>+</i> Excit.: <i>+</i> Tosse: <i>+</i> Laringo espasmo: <i>+</i> Lenta: <i>+</i> Náuseas: <i>+</i> Vômitos: <i>+</i> Outros: <i>+</i> MANUTENÇÃO <i>Anest. geral ml 1</i> <i>de manutenção em</i> <i>oxigênio 100% - 100%</i> ANESTESIA SATISF.: <i>Sim</i> Não Não, por quê?: <i>+</i> DESPERTAR Reflexos na SO: <i>+</i> Obstr.: <i>+</i> CO₂: <i>+</i> Excit.: <i>+</i> Náuseas: <i>+</i> Vômitos: <i>+</i> Outros: <i>+</i> Com cânula: Paro o leito: <i>Sim</i> Não CONDIÇÕES: <i>B.</i>								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		<i>propofol 15ml</i> <i>devoção ml</i> <i>100 ml de</i> <i>cepropol 1g</i> <i>clonidine 1g</i>						
POSIÇÃO		<i>O</i>						
AGENTES								
TÉCNICA								
OPERAÇÃO		<i>Tricoma Anest. Geral 100% de O₂</i>						
CIRURGIÕES		<i>Dr. Jose</i>						
ANESTESISTAS								
OBSERVAÇÕES		<i>Dr. Jose</i>						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGÜÍNEA			

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Saúde

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Wellington Roberto Macedo Silva			Idade:	9 anos
Convênio:				Data:	07/04/14
Procedimento:	Tórax: transelektiva				
Cirurgião:	Dr. Jesse	Auxiliar:		Anestesista:	Dr. Isabela
Início:	11:00	Término:	11:15	Anestesia:	geral

[illegible][illegible][illegible]

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação





GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

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

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

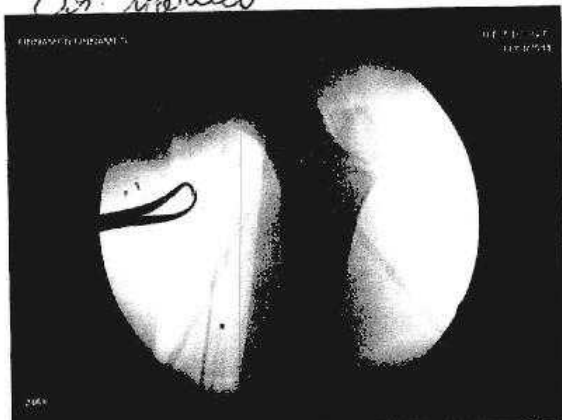
 20/04/19

Assinatura do anestesista



43
e

Dr. Marcelo



Wellington Roberto Macedo Silva
RM: 06.07.2004

Reg. 1098534. 11-04-14.



44
Q

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	ASSIS
12.04.14	10h	36,8	100	25			paciente evolui em EGR, aférril até o momento, acianótico, eufórico, hidratado, normo-corado, funções de eliminação presente, acuta distal.	
							Vera Lúcia Barbosa Aquino ENFERMEIRA - COREN 386.1 DEUS É FIEL	
12.04.14	10h	36,8	100	25				Janda
12.04.14	20:00						Paciente evolui com EGR aférril até hoje. Normo-corado, eufórico, acianótico. Eliminação O. Segue sob cuidados da equipe.	
							Jane Evelyn M. da Silva ENFERMEIRA COREN-PB-264.336	



Diagnóstico

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente)	Alojamento)	Leito)	Convênio)
Wagner 1234-10	28	03	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/04	1) DUSA 400 2) SFA 1000ml CV 1512 3) DUSA 400 CV 400 4) DUSA 400 CV 400 5) Coração 100 CV 400 6) SFA 100 CV 400 31/04/12		Sinais vitais e exames 10/04/12





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): WELLINGTON ROBERTO MACEDO SILVA
Dr(a): AGUINALDO L. P. JUNIOR
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Protocolo: 0000139099
Data: 07-04-2014 07:53
Idade: 9 anos
RG: 8-3 PED.
Origem: ENFERMARIA
Destino: 01-1 ETO

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 07/04/2014 07:52]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos	4.16 milhões/mm ³	3.8 a 5.8 milhões/mm ³
Hemoglobina	12.3 g/dL	12.0 a 15.0 g/dL
Hematócrito	36 %	34.1 a 43.8 %
V.C.M.	87 fL	76.0 a 91.0 fL
H.C.M.	30 pg	26.0 a 32.0 pg
C.H.C.M.	34 g/dL	33.0 a 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	Leucócitos	9.200 /mm ³ (%)	(/mm ³)	4.500 a 13.500 /mm ³
Neutrófilos				
Promielócitos	0	0		
Mielócitos	0	0		
Metamielócitos	0	0		
Bastonetes	3.0	276		
Segmentados	77.0	7.084		40 a 70 % - 2.200 a 11.200 / mm ³
Eosinófilos	0	0		0,5 a 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos	0	0		0,6 a 2,0 % - até 200 / mm ³
Linfócitos				
Típicos	19.0	1.748		20 a 45 % - 1.000 a 5.500 / mm ³
Atípicos	0	0		
Monócitos	1.0	92		2,0 a 10 % - até 1.500 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	173.000 mm ³			140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES

Caro Dr. cadastre sua senha no laboratório
e acesse seus resultados PDF na rede:
<http://10.1.1.250:8181/online>
ou na internet
<http://www.newlablaboratorio.com.br>

Carlos A. R. Martins
CRF-PB 1464



47
Q

Sr(a): WELLINGTON ROBERTO MACEDO SILVA
Dr(a): AGUINALDO L. P. JUNIOR
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000139099
Data: 07-04-2014 07:53
Idade: 9 anos
RG: K-3 PED
Origem: ENFERMARIA 8
Destino: 03 - LEITO

PROVAS DE COAGULAÇÃO

[DATA DA COLETA: 07/04/2014 07:53]

Material: SANGUE

	Resultado	Valor de Referência
Método: BELL-AUSTON		
TEMPO DE SANGRAMENTO (DUKE)	2'30''	1 a 3 minutos
TEMPO DE COAGULAÇÃO (LEE-WHITE)	8'00''	5 a 11 minutos


Carlos A. R. Martins
CRF-PB 1484



48
2

NOME: Wellington Roberto Macedo
 IDADE: 9 anos SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE ATENDIMENTO: 6/4/16 as 8-3 h
 SETOR: _____ LEITO: 8-3
 DIAGNÓSTICO MÉDICO: F.T. de Fome
 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: _____

MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS: Dihidrate + Amoxicilina
 PRESENÇA DE ESCARA: SIM ☐ NÃO ☒ LOCAL: _____
 PRESENÇA DE ULCERA: SIM ☐ NÃO ☒ GRAU: _____
 ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS: _____
 PRESSÃO ARTERIAL: _____ HIPOTENSO ☐ NORMOTENSO ☐ HIPERTENSO ☐
 SIST. NEUROLÓGICO: _____ CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐
 SIST. RESPIRATÓRIO: _____ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ EUPNEICO ☒ BRADIPNEICO ☐
 SIST. GENITOURINÁRIO: _____ NORMAL ☐ POLIÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐
 (DIURE) _____ DISÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐
 MOB. JADE: _____ DEÂMBULA ☐ DEÂMBULA C/ APOIO ☐ ACAMADO ☐ S/ DÉFICIT MOTOR ☐
 _____ TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO LEITO ☐
 SIST. GASTROINTESTINAL: _____ VO ☒ SNG ☐ SNE ☐
 (DIETA) _____
 ESTADO NUTRICIONAL: _____ NUTRIDO ☐ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐
 DADOS VITAIS: PA: _____ T: _____ FR: _____ FC: _____ PESO: _____

RISCO	CD/FR
☐ RISCO DE QUEDA	CD/FR:
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:
☒ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	CD/FR:
☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	CD/FR:
☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR:
☐ OXIGENOTERAPIA RESPIRATÓRIA INEFICAZ	CD/FR:
☒ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJ.	CD/FR:
☐ RISCO DE TRAUMA VASCULAR	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: _____
 CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
 FR: FATOR RELACIONADO
 ABRACAMENTO: 12/1/26 ASSINATURA: 2
☒ REGISTRAR SINAIS VITAIS
☐ REALIZAR BALANÇO HÍDRICO
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA
☐ REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSEPTICA SE HOUVER SUJIDADE
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICOS EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CATETERES
☐ AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE
☐ VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS
☐ PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE
☐ REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA DUAS HORAS
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A 2L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA



PROCEDIMENTO

Continuo ed

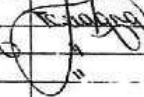
MANTER ELEVADA AS GRADES DE PROTEÇÃO DA CAMA

☐	MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO DE TOSSE, NÁUSEA E CAPACIDADE DE DEGLUTIR	
--------------------------	---	--

☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS:

DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA CARIMBO
09.04	09.00	-	36.5 ^{°C}	94	40		+	Uma avaliação com	
Rm	20.30		36	96	20		+	quase, aguardando cirurgia	
9/4/14								Após 12h sem melhorias, foi feita a laparotomia de urgência - diagnóstico cirúrgico. Dr. 649889	

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM DIURNA

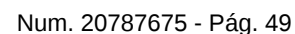
INTERCORRÊNCIA DE ENFEREJAMENTO NOTURNO



40
2

☐	RISCO DE QUEDA		CD/FR:
☐	RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR:
☒	RISCO DE INFECÇÃO		CD/FR:
☒	RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL		CD/FR:
☐	RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CD/FR:
☐	RISCO DE SANGRAMENTO		CD/FR:
☐	DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO		CD/FR:
☐	RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO		CD/FR:
☐	VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA		CD/FR:
☐	PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD/FR:
☒	MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD/FR:
☐	INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	☐	RISCO PARA INT. PELE PREJ. CD/FR:
☐	RISCO DE TRAUMA VASCULAR		CD/FR:
☐			CD/FR:
☐			CD/FR:
☐			CD/FR:
☐			CD/FR:

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO



52

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL



350

20/04/14 - 08:00

Paciente evolui em ECR, supnicio, hidratação, abster, e vômitos. Deixa dieta. Bivum ① e evacuação ② há 4 dias. Dito pro após 04 para realizar procedimento cirurgico. Segue aos cuidados da equipe.

Luana Sílvia Braz de Araújo
ENFERMEIRA
COREN 201569

T = 37,2 P = 86 R = 18

20/04/14

20:00h. Tmx = 13,4°C. Fe = 184 bpm - FA = 100 bpm

- manter no pré-operatório, cumprir requisitos para anestesia

10/04/14 - 20:00h Paciente evolui em ECR

Normotensão, apnéia, desobstrução

Diurese normal, sem constipação

de estômago. Dito para após 04.

Paciente permanece em ECR

Jane Evelyn M. da Silva
ENFERMEIRA
COREN-PB 264.336



ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL



[illegible]

MOD. 010



Evolução Psicológica

Nome: Wellington Roberto

Setor: Pediatria

Leito: 8.3

Data	
12/04/14	Paciente mostra-se muito satisfeito com o tratamento. Em 2013, an-
13/04	ticipou em alta. Aspecto eufórico, afetado eufórico,
14/04	apresentando dificuldade para compreender a situação
15/04	vivenciada e colabora com o tratamento. A dinâmica
16/04	familiar pouco favoreceu o quadro. Realizado a medi-
17/04	cação do paciente e orientações à família.
18/04	
19/04	
20/04	
21/04	
22/04	
23/04	
24/04	
25/04	
26/04	
27/04	
28/04	
29/04	
30/04	
01/05	
02/05	
03/05	
04/05	
05/05	
06/05	
07/05	
08/05	
09/05	
10/05	
11/05	
12/05	
13/05	

MOD. 100



Ficha de Acolhimento

Nome:	Wellington Roberto Macedo Silva		
End.:	140 Estrada Bomfim - 154	Bairro:	Paião
Data de Nascimento:	10/10/1964	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acid. Gástrico	Data do Atend.	06/04/14
		Hora:	19:30
		Documento:	

Classificação de Risco

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

MOD. 110

Estratificação

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

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


Assinatura e carimbo do profissional



60
2

Do Otorpedista,

Acompanhante do menor Wellington comunicou que o mesmo faz uso de medicações psicotrópicas, estando sob seus cuidados, não elas:

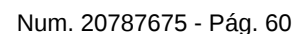
- Depakote 250mg
1 cp 06:30h e 01 cp 18:30h
- Zaxgas 3mg
1/2 comp os 18:30h
- Trileptal 300mg
1/2 comp os 06:30h
1 comp os 18:30h

Atenciosamente, :

Fernando Borneiro



62

MOD. 066

Diagnóstico

Ex do clouso de fórmulas (C)

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente)	Alojamento)	Leito)	Convênio)
Wenderson Rodrigues Moreira	B.	3	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03/07	1- Dieta livre, calça, TELA 2000 2- SF 0,5% 100cm ² EV em 2lit 3- Dipirona 2,5ml + AP EV 6h 4- Omeprazol 50mg AP EV pela manhã 5- GNV + CCE 6- medicação paracetamol caso cuidado da acompanhante	18h 19h 20h 21h 22h 23h	Prontidão médica vital, normo intercorrências secundárias com BCL, ausência de sinais de infecção. B. CD= VPM Aguardando programação cirúrgica Sinais vitais estáveis - mucosa hidratada



Ex de clojure de pâmur (C)

True or False

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) Wolfgang R. Richter

Alojamento) 8

Leito)	3
---------	---

Convênio)

[illegible]

Diagnóstico

Es de degree de Forman (C)

Folha de Tratamento e Evolução

Pre-GP Ole

Paciente)	Waldington Roberto	Alcornoque) 8	Leito) 3	Convênio)
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
09.04	1- Dieta zero. Suco de laranja fresquinho. 2- SPOZ 100mg EV em 5h 3- Dexamet 1,5mg + AD EV 6h 4- Omeprazol 40mg EV 1h da manhã 5- Cefaz + 500v 6- Medicamentos prescritos aos cuidados da acompanhante. Enq. vital de: - Dexamet 1,5mg c/amp/dia - SPOZ 100mg c/amp/dia - Tetracil 200mg c/amp/dia (concomitante)	18h 24/06 06	Travessa ouvidor, com má circulação. Em uso de insulina humana: 40 U. de 12h. Segue em Dieta Zero para cirurgia. BS, monitora e oxigênio no Tórax. 4 CO - VAN do laboratório <i>Juliano Reme</i>	



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DO PARANÁ

DIAGNÓSTICO

FEILHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: WILSON A. SOARES Alargamento: 5 Sessão: 1 Coarctação: 1

Data	Prescrição Médica	Parâmetro	Parâmetro Resposta
30/04/2014	Medicamento: <u>Zoro 400mg 00:00h</u> Exames: <u>ECG</u> Exames: <u>ECG</u> Exames: <u>ECG</u> Exames: <u>ECG</u> Exames: <u>ECG</u>	<u>52</u> <u>52</u> <u>52</u> <u>52</u> <u>52</u>	<u>00</u> <u>00</u> <u>00</u> <u>00</u> <u>00</u>
			Paciente evoluiu satisfatoriamente, sem intercorrências. Nega queixas de dor torácica. BEG, ausência de alteração de ritmo. # CD - VPM Aguardando cirurgia para amanhã.

Dr. Wilson A. Soares
Médico Assistente

Dr. Wilson A. Soares
Médico Assistente



30104154 - Paciente evolui em EBR, eupneico,
08:00 hidratado, afecul, d anótico.
Deito dieta. Rinsos ① e evacuações ②
há + 4 dias. Visto pelo após 0h para
realizar procedimento cirurgico. Segue
em unidades da equipe.

Luana Araújo Braz de Araújo
ENFERMEIRA
COREN-PA 201369

T=37.2 P=86 R=18

20/04/14 do: ach. TAX=14.8%. FC=184bpm FBR=120bpm - semer no pré-operatório, cirurgia
prevista para amanhã

16/04/14 - Desem. Paciente evolui em EBR

Normotensão, apneia, eucardia

Dilataç. Pântalo 30cm circunferência

do abdome. Deito 100% após 0h

Para procedimento cirurgico

Jane Evelyn M. da Silva
ENFERMEIRA
COREN-PA 264.336



67
2

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande
Dom Luís Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente <i>WESLENO ROZINHO</i>		N.º Prontuário	
Data da Operação <i>11/10/14</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>R. M. M. M.</i>		1.º Auxiliar <i>R. J. J.</i>	
2.º Auxiliar <i>R. J. J.</i>	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>FRATURA OBLÍQUA DO FÊMUR (C)</i>			
Tipo de Operação <i>FR. CERRIGIA</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>SL</i>			
Acidente Durante a Operação <i>NÃO</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em posição de decúbito dorsal, com a cabeça elevada.
2) ASSESSÃO E MARCAÇÃO.
3) POSIÇÃO DE UMPO ESTÉRIL + POSIÇÃO INICIAL DA PATELA
4) PASSAGEM DE MASTRO DE LATERAL DE FOM RECURSOS COM 2
5) PASSAGEM DE MASTRO DE COM MASTRO DE FOM RECURSOS COM 2
6) SUTURA
7) MASTRO
8) MASTRO DE COM MASTRO DE FOM RECURSOS

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



68
Q

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Wellington Roberto Ribeiro</i>			IDADE	SEXO: <i>M</i>	COR
DATA: <i>11/09/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO: <i>- 22 -</i>					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO: <i>- 22 -</i>					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fratura de Fêmur E.</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	<i>51 - 820</i>				INDUÇÃO		
LÍQUIDOS					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____		
					Laringo. espasmo: _____ Lenta: _____		
CÓDIGOS VP - ARTERIAL, O - PULSO, O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA, O - OPERAÇÃO					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
					Outros: _____		
					MANUTENÇÃO		
					- <i>Phenylephrine 13-6 e 1g/ml - 2-26 mg/kg - int. 20-30 e 70-100 mg/kg - com atropina</i>		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
					Não, por quê?: _____		
POSICÃO					DESPERTAR		
					Reflexos na SO: _____		
AGENTES					Obstr.: _____ CO ₂ : _____ Excit.: _____		
					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
TÉCNICA					Outros: _____		
					Com cânula: _____		
OPERAÇÃO					Para o Leito Sim _____ Não _____		
					CONDICÕES: _____		
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGÜÍNEA		
					FOLHA DE ANESTESIA - SRPB		

MOD. 098

5803



69

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

[illegible][illegible]

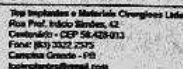
1979



Alto entedio 70 NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE		Wellington Roberto Norberto Silva, Ru. 06-07-2004		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITO	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
		SUS	09 anos	1098534	
CIRURGIA		CIRURGIÃO		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA	
Exatamento cirurgico		Dr. Alexandre		Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
ANESTESIA		ANESTESIA			
Esquema		Dr. Bellamy			
INSTRUMENTADORA		INICIO		FIM	
Sandora		11-04-14		14:30	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Cáfel. pl. Óxg.		Catgut Cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. de Urinar Sist. Fech.		Catgut Cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut Cromado Sertix	
01	Dimox amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotoncoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenogam amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Penitani ml	Dreno Penrose nº		Cera pl. osso	
01	Inoxat ml	Dreno Pezzier nº		Ethibond	
01	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina	Equipo de Microgotas		Ethibond	
	Nubahim amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila Cardiac	
	Rapifen amp.	H ₂ O, ml		Mononylon	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto	01	Mononylon	210
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
02	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Flaxicid amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Plebecortid amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Garamicina amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Glicose amp.	Luvas 8.5			
	Glucon de Cálcio amp.	Oxigênio l/m			
	Haemacel ml	Polifix			
	Heparina ml	PVPI Degermante ml			
	Kanexion amp.	PVPI Tópico ml			
	Lasix amp.	Seção Antiséptico			
	Metrodinazol.	Saco Coletor			
	Plasil amp.	Seringa Desc. 10 ml			
	Prolamina	Seringa Desc. 20 ml			
	Revivan amp.	Seringa Desc. 5 ml			
02	Suclatol amp.	Sonda			
	Celastina 1g	Sonda Foley			
		Sonda Nasogátrica			
		Sonda Uretral nº			
		Steridrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelco 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Lase			
01	Agulha desc. 25 x 25				
01	Agulha pl. Raque nº				
01	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gaseada				
	Azul Metileno amp.				
	Benzina ml				
			EQUIPAMENTOS		
			(X) Oximetro de Pulso	(X) Foco Auxiliar	
			() Serra	() Eletrocautério	
			() Desfibrilador	() Oxímetro	
			(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor	
			() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico	
			CIRCULANTE RESPONSÁVEL		

MOD. 056



30

Hospital: União e Trabalho Código: _____
 Procedimento: Prost. de prótese de U. para Cód. do Procedimento: _____
 Paciente: Adelino de Almeida
 Data da Cirurgia: 11/04/88 Prontuário Nº: 101834 Convênio: União
 Cirurgião: Dr. João de Deus Código: 101834 ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

[illegible]

Может

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS							Valor Unt.	Valor Total
PARAFUSO CORTICAL. 3.5mm	Nº							
	Qtd.							
PARAFUSO CORTICAL. 4.5mm	Nº							
	Qtd.							
PARAFUSO ESPONJOSO. 4.0mm	Nº							
	Qtd.							
PARAFUSO ESPONJOSO. 6.5mm ESP. R/16 CURTA	Nº							
	Qtd.							
PARAFUSO ESPONJOSO. 6.5mm ESP. R/32 LONGA	Nº							
	Qtd.							
PARAFUSO MALEOLAR 4.5mm	Nº							
	Qtd.							

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: _____

Faturar N.F. para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

Figure 1 consists of two panels, (a) and (b), each showing a scatter plot of the number of correct responses (Y-axis) versus the number of trials (X-axis). Panel (a) shows a linear relationship, with data points following a straight line. Panel (b) shows a non-linear relationship, with data points following a curve that increases at an increasing rate.

Nº do pedido:



Alto porcheio NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE		Nascimento Roberto Mateus Silva, Ru: 26-07-2004		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
		SUS	09 anos	1098534	
CIRURGIA		Tratamento cirúrgico da fratura distal da tíbia e fêmur		CIRURGIÃO	
ANESTESIA		Rastur + sedação		ANESTESIA	
INSTRUMENTAÇÃO		Sandoia		FIM	
DATA		13-06-14		INÍCIO	
		10:30		FIM	
		14:30			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp.	01	Catgut Cromado Serlix		
	Atropina amp.		Catgut Cromado Serlix		
	Diazepam amp.	15	Catgut Cromado Serlix		
01	Dimorfo amp.		Catgut Simples		
	Dofantina amp.		Catgut Simples Serlix		
	Efrane ml		Catgut Simples Serlix		
	Fanegam amp.		Catgut Simples Serlix		
	Pentamyl ml		Cera pl osso		
01	Iners ml		Ethibond		
01	Ketalar ml		Ethibond		
01	Marcolina		Ethibond		
	Nubahim amp.		Fio de Algodão Serlix		
	Pavulon amp.		Fio de Algodão Serlix		
	Protigmina amp.		Fio de Algodão Sutapak		
	Protóxido l/m		Fio de Algodão Sutapak		
	Quelclim ml		Fila Cardíaca		
	Rapifen amp.		Mononylon		
	Thionembital ml		Mononylon		
	Tracrium amp.		Prolene Serlix		
Qtd.	MEDICAÇÕES	Qtd.	SOROS		
02	Água Destilada amp.		SG Normotérmico fr 500 ml		
	Decadron amp.		SG Gelado fr 500 ml		
02	Dipirona amp.		SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Flaxidol amp.		SG Ringer fr 500 ml		
	Fléboocortid amp.		SG fr 500 ml		
	Garamicina amp.				
	Glicose amp.				
	Glucon de Cálcio amp.				
	Haemacel ml				
	Heparema ml				
	Kanakion amp.				
	Lasix amp.				
	Metrodinazol.				
	Plasil amp.				
	Prolamina				
	Revivan amp.				
02	Stoptanon amp.				
	Cefalotina 1g				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.	EQUIPAMENTOS		
	Agulha desc. 25 x 7		(X) Oxímetro de Pulso		
	Agulha desc. 28 x 28		() Serra		
01	Agulha desc. 25 x 25		() Desfibrilador		
01	Agulha pl Raque nº 26		(X) Foco Frontal		
01	Alcool da Enfermagem		() Fonte de Luz		
	Alcool Iodado ml		(X) Foco Auxiliar		
	Ataduras de Crepon		() Eletrocautério		
	Ataduras de Gaseada		() Oxícapígrafo		
	Azul Metileno amp.		(X) Cardiomonitor		
	Benzina ml		(X) Perfurador Elétrico		

MOD. 065



Secretaria de Estado da Saúde

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Wellington Roberto Macedo Silva	Idade: 09.02
Convênio:	Data: 11/04/14
Procedimento: TC lin de diátese de puer (2)	
Cirurgião: Dr. Marcelo	Auxiliar: Anestesista: Dr. Delano
Início:	Término: Anestesia: Respir / sedar

[illegible][illegible]

Observações:


Assinatura Anestesiista

Circulante

Relatório de Operação

4038 J. Neurosci., November 11, 2009 • 29(45):4033–4041



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Wellington Roberto V. Silva</i>		IDADE	SEXO	COR
DATA: <i>11/09/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS
URINA						
AP. RESPIRATÓRIO: <i>- n n -</i>				ASMA		
AP. CIRCULATORIO: <i>- n n -</i>				ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URBÁRIO		
ESTADO MENTAL		ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fratura de Fêmur E</i>				ESTADO FÍSICO		RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
AGENTES ANESTÉSICOS				INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LÍQUIDOS				MANUTENÇÃO <i>- Pneu. início 13-4 e 14-4 2-36 opor intubação e Suf. 70-1 sem alteração</i>		
CÓDIGOS				ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê?: _____		
VP. ARTERIAL O. PULSO O. RESPIRAÇÃO AX. ANESTESIA O. OPERAÇÃO				DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ CO ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>- Vigoroso 0.5 l. por 10.0 l. O. R.</i> <i>- Pneu. 80-5 O. R.</i> <i>- 14-4 l. O. R. T. 14-4, O. R.</i> <i>- 14-4 l. O. R. T. 14-4, O. R.</i>			Com cânula: _____ Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____		
POSICÃO	<i>- Decúbito O. R. T. 14-4, O. R.</i>					
AGENTES						
TÉCNICA				CÂNULAS		
OPERAÇÃO	<i>- T. C. C. C.</i>					
CIRURGIÕES	<i>- V. R. V. R. - P. R. R.</i>					
ANESTESISTAS	<i>- P. R. R.</i>					
OBSERVAÇÕES						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.				PERDA SANGÜÍNEA		

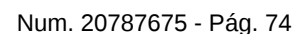
MOD. 68

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



45

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

9x

GOVERNO
DO PARANÁ

SECRETARIA DE SAÚDE
INSTITUTO DE ESPECIALIDADES EM SAÚDE PÚBLICA E COLEÇÃO DE MATERIAIS

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Tratamento de rotina

Paciente	Medicamentos	Alojamento	Leito	Conteúdo
----------	--------------	------------	-------	----------

Data	Procedimento Médico	Horário	Procedimento Médico
10/04/2019	1. Exame físico, ECG, apênd 00 con 2. Exame físico, ECG, apênd 00 con 3. Exame físico, ECG, apênd 00 con 4. Exame físico, ECG, apênd 00 con 5. Exame físico, ECG, apênd 00 con 6. Exame físico, ECG, apênd 00 con 7. Exame físico, ECG, apênd 00 con 8. Exame físico, ECG, apênd 00 con 9. Exame físico, ECG, apênd 00 con 10. Exame físico, ECG, apênd 00 con	18:00 18:15 18:30 18:45 19:00 19:15 19:30 19:45 20:00 20:15	Paciente acordado, sem intercorrências. Vaga queixas no momento. Bem, responde o exame de rotina.
	Assinatura		#CD-UPM Apresentando cirurgia para ampliação.

Dr. SCHULZ
Otorrinolaringologista
CRM 85.523

Dr. S. VILLER
Otorrinolaringologista
CRM 85.523



Diagnóstico

Fórmula de Fórmula (6)

Folha de Tratamento e Evolução

Pré-op. 016

Paciente)	Wellington Roberto	Alojamento)	B	Leito)	3	Convênio)
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
08.04	1- Queda de 2m, fratura aberta de fêmur esquerdo. 2- SP 0,4x 100cm EV em 24h 3- Infusão 1,5ml + 40 EV para monitor 4- Osmopac 0,4x 40 EV para monitor 5- RCTE + 3500 6- Medicação pós-operatória com antibiótico de amplo espectro. Foi verificado: • Dupla drenagem adequada • Sanguis 1mg adequado • Temperatura 36,0°C adequada • Sinais vitais estáveis	18:00 18:00 18:00 18:00 18:00 18:00	Paciente estável, sem intercorrências. Em uso de Soro fisiológico e RCTE. Sede em Sala de espera para cirurgia plástica, aguardando o cirurgião. U. CO - VEM Atenção: monitorar fórmula de fórmula			
<i>Exatidão dos dados por falta de material de análise.</i> <i>Revisada por enfermeiro</i>						

Diagnóstico

Ex do cucurme do Parmun ©

Folha de Tratamento e Evolução

Prüfung: 01.02.2016

Paciente)	Wellington Roberto	Alojamento)	B	Leito)	3	Convênio)
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
08/04	1- Tiroc Eute 2- SFO,9Z 100ml EV em 24h 3- Dexametaz 1,5mg + AB EV cich 4- Omeprazol 40FA + AD EV pelo mambc 5- CEF + STX 6- Medicações paracetamol com efeito da uroparalento.	1/8 1/2 1/5 7/8 1/6 cf etc	Pronto socorro inicial para reintrodução. Em uso de fraxi, mupirocin, zinc (2x) etc, aumento a glicose VCS-VCA			

420.125



Diagnóstico

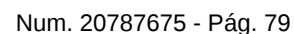
Ex. de unção de fôrmas (2)

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente)	Alojamento)	Leito)	Convênio)
Miguel Borges Roberto Moreira	B	3	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03/04	1- Dieta livre, digm. Dieta zero 2- SFA 6% 1000ml EV em 24h 3- Dupunoma 2.5 ml + AD EV 6x/d 4- Gomeporal SFA + AD EV pela manhã 5- SSIV + CCE 6- Medicação para controle de sintomas condições da descompensação	18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h <	



28

MOD. 065

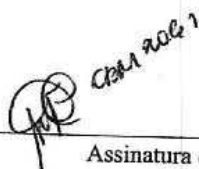


GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

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

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



Assinatura do anestesista



286

GOVERNIO
DO PARANÁ

SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ

FOLHA DE EXAME E EVOLUÇÃO

Unidade de Saúde: ...

Unidade de Saúde: ...

Paciente: ...

Apresentação: ...

Exame: ...

Conclusão: ...

Data:

Prescrição Médica:

Horário:

Prescrição Médica:

11/04/2019
Exame: ...
Prescrição: ...
Observações: ...

Exame: ...
Prescrição: ...
Observações: ...
Recomendações: ...

Recomendações: ...

CI

CI

Exame: ...

Exame: ...

Dr. Cristiano ...
MÉDICO - CRM 2233

By $\sqrt{m} \sqrt{2}$

Folha de Tratamento e Evolução

Diagnóstico

Fr. $\frac{1}{2} \times 2 \times 2 \times 2$

Paciente) <u>WILLIAMSON ROSA R</u>	Aljamento) <u>08</u>	Leito) <u>03</u>	Convênio)
------------------------------------	----------------------	------------------	-----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
12/12/21	1) DICA LIVRE 2) SFE, 91, 100ml, 05/29/21 3) DICA 010 TAN, 05, 6/21 4) DICA 010 TAN, 05, 6/21 5) DICA 010 TAN, 05, 6/21 6) SFE, 91, 100ml, 05/29/21	05 14 05	05 14 05




Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)
Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde
 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
 2 - CNES
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
 4 - CNES

Identificação do Paciente
 5 - NOME DO PACIENTE
 6 - N° DO PRONTUÁRIO
 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
 8 - DATA DE NASCIMENTO
 9 - SEXO
 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
 11 - TELEFONE DE CONTATO
 12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
 15 - UF
 16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR
 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA
 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL
 23 - CID 10 PRINCIPAL
 24 - CID 10 SECUNDÁRIO
 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)
 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
 31 - QTDE
 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
 34 - QTDE
 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
 37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE
 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
 41 - DOCUMENTO
 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
 43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO
 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
 45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
 47 - DOCUMENTO
 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

MOD. 017



283

8-3 Wellington Roberto Marcedo

06.04.14 = Jorgeta Luzimar Macedo Dantas

07.04.14 = Jorgeta Luzimar Macedo Dantas

08.04.14 = Jorgeta Luzimar Macedo Dantas

09.04.14 = Jorgeta Luzimar Macedo Dantas

10.04.14 = Maria José de Macedo Silva

11.04.14 = Maria José de Macedo Silva

12.04.14 = Maria José de Macedo Silva

13.04.14 = Maria José de Macedo Silva



Secretaria de Estado da Saúde

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Wellington Roberto Macedo Filho	Idade:	9 anos
Convênio:		Data:	07/04/14
Procedimento:	Tracção transqueletica		
Cirurgião:	Dr. Jesse	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Isabela
Início:	11:00	Término:	11:15
		Anestesia:	geral

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação



87
Q

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIS GONZAGA FERNANDES				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>William Roberto F. Silva</i>				IDADE: <i>9</i>	SEXO: <i>M</i>	COR: <i>B</i>
DATA: <i>7-4-14</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO: <i>30</i>	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA			
AP. CIRCULATÓRIO					BRONQUITE			
AP. DIGESTIVO					ELETROCARDIOGRAMA			
ESTADO MENTAL					AP. URINÁRIO			
DENTES					PESCOÇO			
ATÁRAXICOS					CORTICÓIDES			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>comatose</i>					ALERGIA			
ANESTESIAS ANTERIORES					HIPOTENSORES			
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					ESTADO FÍSICO: <i>II</i>			
					RISCO: <i>II</i>			
APLICADA					AS			
					EFEITO			

LÍQUIDOS		CÓDIGOS		INDUÇÃO	
SEV. ANEL 5000	<i>5000</i>	UP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO	AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO	Satisf.: ☒	Excit.: ☐
				Laringo espasmo: ☐	Tosse: ☐
				Náuseas: ☐	Vômitos: ☐
				Outros: ☐	
				MANUTENÇÃO	
				<i>Anest. geral ind. 1</i>	
				<i>de manutenção em</i>	
				<i>vis. de esp. parat.</i>	
				ANESTESIA SATISF.: ☒ Sim ☐ Não	
				Não, por quê?:	
				DESPERTAR	
				Reflexos na SO: <i>+</i>	
				Obstr.: ☐ CO.: ☐ Excit.: ☐	
				Náuseas: ☐ Vômitos: ☐	
				Outros: ☐	
				Com cânula: ☐	
				Para o leito: ☒ Sim ☐ Não	
				CONDIÇÕES: <i>Br.</i>	

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		CÂNULAS	
PROPRIO 15ml	devoção ind. cephalo ly		
10.1.20			
clonazepam ly			
POSICÃO			
AGENTES			
TÉCNICA			
OPERAÇÃO	<i>Proced. Anest. Geral Ind. 1</i>		
CIRURGIÕES	<i>Dr. Jairo</i>		
ANESTESISTAS			
OBSERVAÇÕES			
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS		PERDA SANGÜÍNEA	

MOD. 058

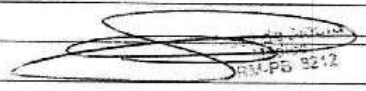
FOLHA DE ANESTESIA - SRPE



Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande
Dom Luís Gonzaga Fernandes

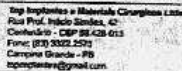
Nome do Paciente <i>WELLINGTON ROBERTO MORAES</i>		N.º Prontuário
Data da Operação <i>07/03/19</i>	Enf.	Leito
Operador <i>M. Moraes</i>	1.º Auxiliar <i>M. Rossi</i>	
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia		Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Prima 1.º Fêmea (C)</i>		
Tipo de Operação <i>APLICAR 2 DE TACAO TRANSVAGINAL</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato <i>NV</i>		
Acidente Durante a Operação <i>NV</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em posição dorsal sob CO2 de insuflação
2) Abdomen e insuflação
3) Insuflação de 12 cm H2O
4) Abdomen em posição transversal na tórax direita (C) com 1.º de insuflação 3.º
5) Insuflação
6) Insuflação de 12 cm H2O de insuflação
 IRANILDA DANTAS CRM-PB 8212

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





89

Hospital: Unidade de Pronto Atendimento Código: _____
 Procedimento: Amputação da 2ª perna Cód. do Procedimento: _____
 Paciente: Walter de Jesus
 Data da Cirurgia: 11/01/18 Prontuário Nº: 028537 Convênio: União
 Cirurgião: Dr. João e Dr. Gomes Código: _____ ☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

[illegible]

PARAFUSO		Nº	Qtd.	Valor Unt.	Valor Total
CORTICAL. 3.5mm		Cód.			
PARAFUSO		Nº			
CORTICAL. 4.5mm		Cód.			
PARAFUSO		Nº			
ESPONJOSO. 4.0mm		Cód.			
PARAFUSO		Nº			
ESPONJOSO. 6.5mm		Cód.			
ESP. R/16 CURTA		Cód.			
PARAFUSO		Nº			
ESPONJOSO. 6.5mm		Cód.			
ESP. R/32 LONGA		Cód.			
PARAFUSO		Nº			
MALEOLAR 4.5mm		Cód.			

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Cód. do consultor. _____ Total: _____

--	--

Nº do pedido:



290

PROCURAÇÃO

Outorgante: Maria José de Macedo Silva,
brasileira(a), casada, agricultora,
portador(a) do RG nº. 1.259.415 expedido por SSB/PB em
22/05/2001 e do CPF nº. 048.284.434-52, residente na (o)
Rua João Cordeiro Sobrinho,
município de Picuí - PB, CEP 58.187-000.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a
OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825
SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão
Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí - PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.:
(83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes
para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO
DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Picuí - PB, 11 de março de 2016.

Maria José de M. Silva
outorgante



94
Q

PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 08.619.650/0001-21
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME: Wlinton

*Atesto + se dando que
que Wellington Delant meudo
Sua me pode comprar as
atitudes finais e
colocar física no ano
leito a 2016*

Picuí, 02 / 03 / 2016

*Dr.ª Mariana M. Oliveira
MÉDICA - CRM/PB 3769
CPF 531.812.714-20
FONE 301 3769 - 379 660.005
Médico - CRM*

Rua Antonio Firmino, 344 - Bloco B - Bairro Monte Santo - Picuí - PB
CEP: 58.187 - 000
3071-2620/3371-2374



92
0

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98

Pelo exposto, eu **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, portador(a) do RG nº 2.669.825 2ª via, expedido por SSP/PB, em 04/09/2001, CPF/CNPJ nº 047.951.774-65, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a)

Wellyton Roberto Naudó Silveira
do sinistro de DPVAT da natureza Involidez
da vítima Wellyton Roberto Naudó Silveira

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações solicitadas:

Profissão: **advogado** Renda Mensal: **R\$ 2.500,00**

Documentos comprobatórios: **RG/CPF/CARTEIRA DA OAB/PB/COMPROVANTE DE RESIDENCIA.**

NILO TRIGUEIRO DANTAS

RG nº 2.669.825 2ª via SSP/PB - CPF/CNPJ nº 047.951.774-65

PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



2.669.825.2ª Via 04.09.2001
NILO TRIGUEIRO DANTAS
 Nilton Araújo Dantas.
 Marli Lúcia Trigueiro Dantas.
 João Pessoa, PE 09.06.1983
 Cart. Naso. N° 26.412. Fls. 195. Liv. A. 27
 3ª Cart. João Pessoa, PE
 047.951.774.65
 Lta. Maria *[assinatura]*
 DIRETORIA DE REGISTRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
 01-P.01

Nilo Trigueiro Dantas
 CARTEIRA DE IDENTIDADE

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
 DEPARTAMENTO DE ADVOCADO
 NOME
 NILO TRIGUEIRO DANTAS
 FUNÇÃO
 NILVAN ARAÚJO DANTAS
 MARLI LÚCIA TRIGUEIRO DANTAS
 NATURALIDADE
 JOÃO PESSOA, PE
 DATA DE NASCIMENTO
 09/06/1983
 CPF
 047.951.774.65
 ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA E TRABALHO
 N° 1007 2012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 05481822

Nilo Trigueiro Dantas
 02500415001
 IDENTIFICAÇÃO CÍVEL PARA TITULAR DE TITULO LEGAL
 (Art. 1º do Lei nº 8.966/94)



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cime, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

17421799

REFERENCIA

MAR/2016

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERV. COS.

NILO TRIGUEIRO DANTAS
RUA ROLDÃO Z. DE MACEDO 145

JK

58187 000

PICUI

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
028.01.020.0304	0	1	0	0	0	17421799
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A08A017737	08/07/2013	I	IGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NÚM. DI DIAS	PROXIMA LEITURA
391	396	5	21	29/03/2016
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS				
OUT/2015	11	0	NÚMERO DE AMOSTRAS	
NOV/2015	8	0	PARÂMETROS	
DEZ/2015	10	0	TURBIDEZ.....	
JAN/2016	10	0	COR.....	
JAN/2016	10	0	CLORO.....	
FEV/2016	20	0	COLIFORMES TOTAIS.....	
MEDIA(M)	10		DADOS REFERENTES A: 0/0	

DATA DA LEITURA: 01/03/2016	HORA DA LEITURA: 10:57:36
DESCRICAÇÃO	CONSUMO VL. ÁGUA VL. ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	10 32,78 R\$32,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3,03 PIS E COFINS. LEI 42.741/42	Total a Pagar:
VENCIMENTO: 26/03/2016	R\$32,78

15.7 R. 1.0

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DÉBITO.

DÉBITO EM CONTA NO BANCO: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PEL: INTERNET OU DÉBITO AUTOMÁTICO.



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
17421799	MAR/2016	26/03/2016	R\$32,78

** CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO **





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidiz Permanente Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente NILO TRIGUEIRO DANTAS		Nome da Vítima WELLYNGTON ROBERTO M SILVA	CPF da Vítima 12365514430
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ☐ ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidiz Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada) Outros Docos. Entregues e Observações DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO TELEFONE (83) 99912-5490/3371-2274 EMAIL: nilotdantas@hotmail.com Data: 28/04/16 Hora: 13:00 Anogueira	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente

<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...> 28/07/2016



Assinado eletronicamente por: IRANILDA DANTAS - 25/04/2019 09:50:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1904250951240000000020219552>

Número do documento: 1904250951240000000020219552

Num. 20787675 - Pág. 94

- Identidade / CPF do Procurador
- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidez Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

Nome Completo / RG

<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...> 28/07/2016



Assinado eletronicamente por: IRANILDA DANTAS - 25/04/2019 09:50:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509512400000000020219552>

Número do documento: 19042509512400000000020219552

97

PODER JUDICIARIO DO ESTADO DA PARAIBA
COMARCA DE PICUI - CENTRAL DE DISTRIBUICAO

Tipo de distribuição: SORTEIO - 22/03/2017 15 horas 09 minutos

Processo: 0002845-18.2016.815.0271

Classe: PROCEDIMENTO ORDINARIO

SEGURO

Valor da causa : 9450,00

Serie : 10

Autor : WELLYNGTON ROBERTO MACEDO SILV

Reu : SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO

Vara : VARA UNICA DE PICUI

Juiz : ANYFRANCIS ARAÚJO DA SILVA

Promotor: LEONARDO QUINTANS COUTINHO

DATA
Assinado nesta data em Carteira
Ass. 05 / 04 / 17
Assinatura / Técnico Judiciário



CONCLUSÃO

Concluído nesta data ao MM. Juiz de Direito.

Picuí, 06 / 04 / 17

Q

Analista Judiciário / Técnico Judiciário





PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DA PARAÍBA
VARA ÚNICA DA COMARCA DE PICUI

DECISÃO

Vistos etc.,

O pedido de justiça gratuita não merece acolhimento, eis que a parte autora não comprova sua hipossuficiência financeira.

Com efeito, não há nos autos qualquer comprovação dos seus rendimentos, ou da sua qualificação profissional ou ainda que o autor é beneficiário de programa social de baixa renda.

Ademais, pela nova sistemática processual prevista no art. 98 do NCPC, deve o juízo ser criterioso no deferimento deste benefício, eis que há a possibilidade de **redução ou parcelamento das custas**, razão pela qual a concessão da gratuidade deve ficar reservada para aquelas partes que comprovam sua incapacidade de custear as despesas do processo.

Posto isto, indefiro o pedido de justiça gratuita e determino a intimação da parte autora para em 5 dias recolher as custas, sob pena de cancelamento da distribuição.

Cumpra-se.

Picuí, 9 de agosto de 2017.

ANYFRANCIS ARAÚJO DA SILVA
Juiz de Direito

DATA
RECEBIDOS NESTA DATA EM CARTÓRIO
PICUI 10 08 17
Assinatura e rubrica eletrônica



CERTIDÃO

Certifico e dou fé que a Expediente:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| () Mandados de prisão | () Mandado de prisão |
| () Mandados de busca e apreensão | () Mandado de busca e apreensão |
| () Ofício nº | () Ofício nº |
| () Alvará Judicial nº | () Alvará Judicial nº |
| () Mandado de Averb. nº | () Mandado de Averb. nº |
| () Nota de Fora nº 138/17 | () Nota de Fora nº 138/17 |

Ficou, 21 / 08 / 2017

Analista Judiciário / Técnico Judiciário



JUNTADA
Anexo a auto(s) auto(s) a pte(s)
Proc. 25 30 de 20 14
Anexa / Anexo(s) / Anexos(s) - 4º Ofício





TRIGUEIRO & NOBREGA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

24/04/19

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA COMARCA DE PICUI-
PARAÍBA

Processo: 0002845-18.2016.815.0271

WELLINGTON ROBERTO MACEDO SILVA, já devidamente qualificada, servindo-se do patrocínio profissional do Bel. Nilo Trigueiro Dantas, inscrito na OAB/PB sob o nº 13.220, nos autos desta Ação de Cobrança, processo em epígrafe, vem, respeitosamente, juntar o competente comprovante de renda, o qual testifica que s requerente é apenas uma mera ESTUDANTE, e não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, razão pela qual insiste na concessão da **GRATUIDADE JUDICIÁRIA**.

Cumpre ressaltar inicialmente que foi colacionado nos autos declaração de pobreza informando que o promovente da presente demanda é pobre nos termos da lei, o que é suficiente para provar que o mesmo não tem condições de arcar com despesas processuais e com os honorários advocatícios.

Porém, apesar de ter colacionado aos autos tal declaração, esse Juízo acabou por indeferir o pedido de Justiça Gratuita, conforme assevera o despacho retro, o que com toda vênia, entendemos ser injusto, haja vista que tal entendimento viola o apregoado por nossa Constituição Federal, em seu art. 5º, inciso XXXV, onde assegura a todos o direito de acesso à justiça em defesa de seus direitos, independentemente do pagamento de taxas.

Ademais, é cristalino o direito do requerente em ser agraciado por tal benefício da justiça gratuita, uma vez que juntara agora a Declaração Expedida pela ESCOLA MUNICIPAL ANA MARIA GOMES, a qual testifica que ela é uma mera ESTUDANTE, comprovando assim a inviabilidade de pagamento das custas judiciais sem comprometer sua subsistência, nos termos do art. 99 do NCPC, abaixo transcrito:

Desta forma, fica demonstrado a precária situação econômica do requerente, fazendo-se necessária a concessão da Justiça Gratuita, viabilizando o amplo acesso ao Judiciário.

Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas
Sala E, Pedro Salustino - Picuí-PB - CEP: 58187-000
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777
Email: nilotdantas@hotmail.com / nelinhoadv@gmail.com





TRIGUEIRO & NOBREGA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

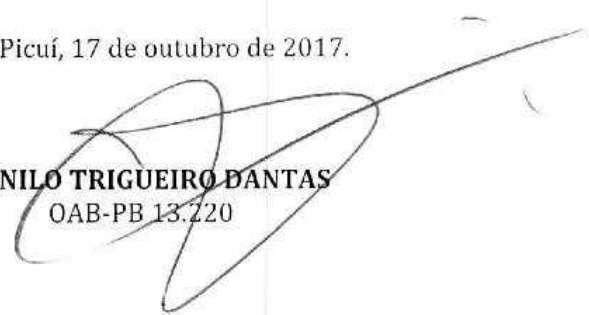
101

Caso Vossa Excelência entenda por não conceder a gratuidade da Justiça de forma integral, que seja lhe concedido apenas a gratuidade para dispensa das custas prévias iniciais, nos termos do § 5º do art. 98 do CPC.

Diante do exposto, requer o peticionário que Vossa Excelência reconsidere o indeferimento da Justiça Gratuita, e, diante dos documentos ora colacionados, que conceda os beneplácitos da justiça gratuita de forma integral, ou em caso contrário, que seja o mesmo apenas dispensado de recolher as custas prévias iniciais, nos termos do § 5º do art. 98 do CPC, devendo arcar com os ônus das diligências, postagens e demais outras despesas decorrentes desses autos.

Nesses termos,
pede deferimento.

Picuí, 17 de outubro de 2017.


NILO TRIGUEIRO DANTAS
OAB-PB 13.220



Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas
Sala E, Pedro Salustino - Picuí-PB - CEP: 58187-000
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777
Email: nilotdantas@hotmail.com / nelinhoadv@gmail.com





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUÍ
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTO
ESCOLA MUNICIPAL DE ENSINO FUNDAMENTAL
ANA MARIA GOMES
Rua Padre Apolônio Gaudêncio, 300 – Bairro Monte Santo Picuí - PB

202

01960093/0001-69

Escola Municipal de Ensino Fundamental
Ana Maria Gomes

DECLARAÇÃO

MONTE SANTO - CEP 58187-000
PICUÍ - PB

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o aluno WELLYNGTON ROBERTO MACEDO SILVA, nascido em 10 de julho de 2004, filho de João Batista de Araújo Silva e Maria José de Macedo Silva. O mesmo encontra-se devidamente matriculado no 7º Ano do Ensino Fundamental neste Estabelecimento de Ensino frequentando regularmente as aulas no turno matutino.

Picuí (PB), 16 de outubro de 2017

Marivânia Gomes Diniz Macedo

P/ Administradora Escola



CONCLUSÃO

Concluído nesta data no 25/04/2019.

Picov. 25/04/2019

Q

Assinado eletronicamente por: IRANILDA DANTAS - 25/04/2019 09:50:30





**PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DA PARAÍBA
VARA ÚNICA DA COMARCA DE PICUÍ**

103
C

Processo nº 2845-18.2016.815.0271

DESPACHO

Vistos etc.,

A decisão que indeferiu o pedido de justiça gratuita merece se reformada, eis que a parte autora comprova ser estudante, conforme documento de fls. 102, razão pela qual reconsidero a decisão anterior e defiro o pedido de justiça gratuita ao promovente.

Ademais, dispensio neste momento processual a audiência de conciliação/mediação, tendo em vista a ausência de núcleo de conciliação na comarca, bem como porque a prática forense revela que em ações desta natureza, somente após a realização de perícia é que a parte promovida apresenta proposta de acordo, mostrando-se assim, por hora, contraproducente a realização da mesma.

Sendo assim, determino a citação da parte promovida para querendo em 15 dias apresentar contestação, bem como a intimação da parte autora para em seguida, se juntada defesa, em 15 dias impugnar.

Cumpra-se.

Picuí, 9 de janeiro de 2018.

ANYFRANCIS ARAÚJO DA SILVA
Juiz de Direito

Recebido nesta data em Cartório
Picuí, 05/04/19
A. [Assinatura] / T. [Assinatura]





**PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE PICUI**

VARA ÚNICA DE PICUI

Rua São Sebastião, S/N - Centro, Picuí-PB
CEP: 58.187-000, Telefone: (83) 3371-2403

ATO ORDINATÓRIO (ART. 349, CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAIS - CGJPB)

Nº DO PROCESSO: 0002845-18.2016.8.15.0271

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: WELLYNGTON ROBERTO MACEDO SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT S/A

De acordo com as prescrições do art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, e nos termos do Ato da Presidência n. 15/2018, **COMUNICO** a conclusão do procedimento de migração dos autos físicos de **n. 0002845-18.2016.8.15.0271** para o PJe (Processo Judicial Eletrônico) e **INTIMO** as partes, por seus advogados, defensores públicos ou dativos, Fazenda Pública e o Ministério Público, regularmente habilitados perante o sistema de processo eletrônico - PJe, a requerer o que for pertinente, em 10 (dez) dias, sob pena de preclusão.

João Pessoa/PB, 21 de agosto de 2019.

ELIELTON ALVES DA SILVA
Técnico Judiciário





**PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE PICUÍ**

VARA ÚNICA DE PICUÍ

Rua São Sebastião, S/N - Centro, Picuí-PB
CEP: 58.187-000, Telefone: (83) 3371-2403

ATO ORDINATÓRIO (ART. 349, CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAIS - CGJPB)

Nº DO PROCESSO: 0002845-18.2016.8.15.0271

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: WELLYNGTON ROBERTO MACEDO SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT S/A

De acordo com as prescrições do art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, e nos termos do Ato da Presidência n. 15/2018, **COMUNICO** a conclusão do procedimento de migração dos autos físicos de **n. 0002845-18.2016.8.15.0271** para o PJe (Processo Judicial Eletrônico) e **INTIMO** as partes, por seus advogados, defensores públicos ou dativos, Fazenda Pública e o Ministério Público, regularmente habilitados perante o sistema de processo eletrônico - PJe, a requerer o que for pertinente, em 10 (dez) dias, sob pena de preclusão.

João Pessoa/PB, 21 de agosto de 2019.

ELIELTON ALVES DA SILVA
Técnico Judiciário





**PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE PICUÍ**

VARA ÚNICA DE PICUÍ

Rua São Sebastião, S/N - Centro, Picuí-PB
CEP: 58.187-000, Telefone: (83) 3371-2403

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0002845-18.2016.8.15.0271

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: WELLYNGTON ROBERTO MACEDO SILVA

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

O MM. Juiz de Direito da Vara Única de Picuí, manda que, em cumprimento a este, cite a parte:

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

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

para apresentar defesa, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da juntada aos autos do mandado cumprido, sob pena de serem aceitos como verdadeiros os fatos articulados pela parte promovente na
p e t i ç ã o i n i c i a l .

Segue, abaixo informado, o link para visualização da contrafé (petição inicial).

Picuí/PB, 13 de março de 2020.

De ordem, LOURDEMAR VERAS FARES DAVID
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ (PETIÇÃO INICIAL), ACESSSE O LINK:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O

IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
[VOL 1][Petição Inicial]	Petição Inicial	19042509512400000000020219552
[VOL 2]	Autos digitalizados	19042509515700000000020219556
Ato Ordinatório	Ato Ordinatório	19082121522017800000022990866
Ato Ordinatório	Ato Ordinatório	19082121522017800000022990866



