

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, JOELSON PEDRO JOSÉ DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.381.413

EXPEDIDO POR SSDS - PB

EM 04/08/12

CPF 017966194-93 / CNPJ _____, PROFISSÃO RECURSO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOELSON PEDRO JOSÉ DA 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 aparecerem 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3348 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 2179-5

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.

João Lessa, 02 de Agosto de 2017

LOCAL E DATA

[Assinatura]
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOELSON PEDRO JOSÉ DA SILVA


RG nº 3.881.413, data de expedição 07/08/12, Órgão SSDS - PB,

CPF nº 017.966.194-93, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOÃO GOMES VIEIRA</u>
Número	<u>178</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>VARZEA NOVA</u>
Cidade	<u>SANTA RITA</u>
Estado	<u>PARNABÁ</u>
CEP	<u>58300-970</u>
Telefone de Contato	<u>83-98630-1130</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 02 de Agosto de 2017

Assinatura do Declarante: x 



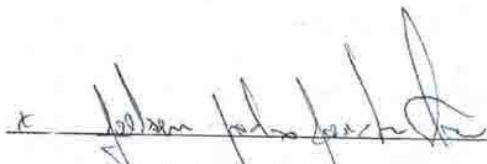
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOELSON PEDRO JOSÉ DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 3.881.413 e inscrito no CPF/MF sob o nº 017.966.194-93, residente e domiciliado na RUA JOÃO GOMES VEIRA, N 178, VARGEM NOVA, Cidade SANTA RITA, Estado PARAIBA, 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
- (X) 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.


Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Rita, 02 de Agosto de 2017
Local e data



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSUE PEDRO JOSE NETO,
RG nº 00485010717, data de expedição 17/07/15,
Órgão DETRAN-PB, portador do CPF nº 917.043.324-00, com
domicílio na cidade de SANTA RITA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA JOÃO GOMES VIEIRA, VAREJA NOVA, nº 178,
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 JOELSON PEDRO JOSÉ DA SILVA cujo o condutor era
JOELSON PEDRO JOSÉ DA SILVA.

Veículo: SHINERAY XY
Modelo: 50Q PHOENIX
Ano: 2012/2013
Placa: EFI 7514-PB
Chassi: LXYXCBL01527885
Data do Acidente: 24/08/2016
Local e Data: João Pessoa, 02 de Agosto de 2017

x JOSUE PEDRO JOSE NETO
Assinatura do Declarante

TOSCANO DE BRITO
2º OFÍCIO DE NOTAS

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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.881.413 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	07/08/2012
NOME	JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA		
FILIAÇÃO JOSUÉ PEDRO JOSÉ NETO JOSEINA MARIA DA SILVA			
NATURALIDADE	SANTA RITA-PB	DATA DE NASCIMENTO	13/04/1996
DOC ORDEM	NASC.N.438 FLS.110 LIV.01A CARTORIO SANTA RITA PB		
CPF	017.966.194-93		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/06/93			

24.08.15

942736

97138

uofa







REMETENTE 028049

INSS

AG DA PREVIDENCIA SOCIAL SANTA RITA/PB

RUA FLAVIO RIBEIRO COUTINHO S/N

CENTRO

SANTA RITA - PB

58300-220

☐ MUDOU-SE ☐ RECUSADO ☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE ☐ NÃO PROCURADO ☐ PORTEIRO/SINDICO

☐ NÃO EXISTE O NÚMERO ☐ AUSENTE

INDICADO ☐ FALECIDO

☐ DESCONHECIDO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: / /

EM: / /

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM. CON39A



JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA
 JOAO GOMES VIEIRA 178
 V NOVA
 SANTA RITA PB
 58300-970



5013196987425590000002756330030117



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
JOSUE PEDRO JOSE NETO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR DP
1705651 SSP PB

CPF
917.043.324-00 DATA NASCIMENTO
10/04/1974

RELACAO
JOSE PEDRO JOSE
ANA DE LOURDES LEITE
JOSE

PERMISSAO
ACC - CAT. AB

Nº REGISTRO
00485010717 VALIDADE
17/07/2020 1ª HABILITACAO
10/10/1997

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO
17/07/2015

57843164705
PB031021310

DETRAN - PB (CARAIBA)

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1152603174

PROJEITO PLASTIFICAR
1152603174





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Seccional De Polícia Civil
Delegacia Distrital de Santa Rita



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00083.01.2017.1.05.006

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00083.01.2017.1.05.006, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:17 horas do dia 13 de janeiro de 2017, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 6ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Antônio Alvares de Farias, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Joelson Pedro José da Silva**, RG nº 3881413 SSDS/PB, CPF nº 017.966.194-93, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Refrigeração, filho(a) de Joselma Maria da Silva e Josué Pedro José Neto, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 13/04/1996 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Gomes Vieira, Nº 178, complemento CASA, bairro Varzea Nova, tendo como ponto de referência Perto da Igreja Católica, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98607-3097.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida João Machado, Perto da Novo Rumo Honda., João Pessoa/PB, ; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/08/16 18:30h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE voltava do trabalho de moto, pela Avenida João Machado, quando foi surpreendido por um indivíduo numa outra moto, que fazia uma manobra na contra mão e entrou na sua frente; QUE não conseguiu desviar e colidiu com a moto que fazia a manobra errada; QUE caiu e foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/PB; QUE foi diagnosticado com Fratura do colo do fêmur esquerdo, CID 10 S 72.0, conforme Laudo Médico do hospital, assinado pelo médico Dr. Eerton Noronha Teixeira, CRM 2516/PB; QUE a moto que pilotava era do tipo SHINERAY XY 50Q PHOENIX, de placa Nº QF1 7514/PB, de cor preta, ano/modelo 2012/2013, chassi Nº LXYXCBL01D0527885, em nome de JOSUÉ PEDRO JOSÉ NETO, CPF 917.043.324-00.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

JANE CLEYDE G. DE O. C. DANTAS
Agente de Investigação

Santa Rita/PB, 13 de janeiro de 2017.

JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA
Noticiante


Procedimento Policial: 00083.01.2017.1.05.006

1/1





VISTO EM: 13 / 06 / 17



Comandante do BAPH
Katty Sabrina do Nascimento Silva
TEN CEL 521.280-4

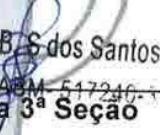
**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 12 de junho de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 212/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 24/08/2016, conforme requerimento nº 201/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 18h20min o/a Sr.(a) **JOELSON PEDRO DA SILVA** CPF: 017.966.194-93, vítima de acidente (colisão(moto x moto)), ocorrido na Av João Machado, Centro - João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-44 tendo como chefe o **SARGENTO BM ROGERIO GOMES BATISTA**, Matrícula: 520.037-7. Ao chegar ao local constatou que a vítima conduzia a moto usando capacete, consciente e orientado, com dores na região pélvica. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira** de Souza - SD BM Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.


TEN. DOBOM 517240-4
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOELSON PEDRO JOSÉ DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 13/04/96
NOME DA MÃE JOSELMA MARIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 942.736
Nº PRONTUÁRIO 97.138
DATA DO ATENDIMENTO 24/08/16
HORA DO ATENDIMENTO 18:52
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO COLO DO FEMUR E
CID 10 S 72.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto), apresentando dor intensa em quadril E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC da bacia
RX da bacia - AP
RX do quadril E - AP

TRATAMENTO:

Fratura do colo do fêmur E à TC e aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Rafael Lara.

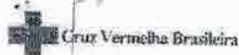
ALTA HOSPITALAR: 04/09/16
DATA DA EMISSÃO: 21/12/16

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 942736



Identificação do paciente			
ID 1073869	Nome JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA		Sexo Masculino
Data de nascimento 13/04/1996	Idade 20 anos 4 meses 11 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe JOSELMA MARIA DA SILVA	Pai JOSUE PEDRO JOSE NETO		Prontuário
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986073097	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência JAGUARIBE	Tipo BAIRRO		UF PB
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO	
Endereço			
CEP 68303195	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro JOÃO VIEIRA
Número 178	Complemento	Bairro MUNICIPIOS	
Admissão			
Data e Hora 24/08/2016 18:52:33	Número da pulseira 1000005488901	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X	mmHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
CID			
Atendido por ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA			
Tempo 02min 49seg			

impr/mir



24/08/2016 18:5

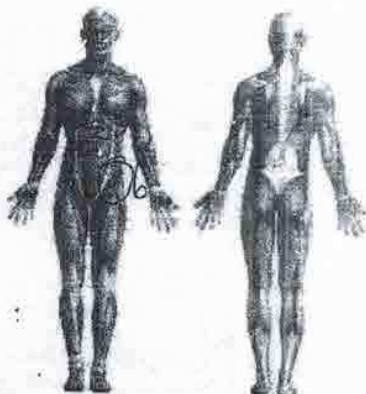


EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ☐ Sim;
 MEDICAMENTOS: ☒ Não ☐ Sim;
 IMUNIZAÇÃO: ☒ Não ☐ Sim;
 PATOLOGIA: ☒ Não ☐ Sim;
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☒ Sim: 12:00h

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



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

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias: Bacia; Quadril E, Femur E
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada

☐ Lavado peritoneal☐ Gasometria arterial☐ Triagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Primeiros Socorros		
2	Diagnóstico - Laus + AS - IV (8 Non Obstruções)		
3	Tilofel - 20mg + AS - IV		
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da: Ortopedia

Solicito parecer da:

às 19:40 do dia 24/08/16

às: do dia: / /

DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (setor)☐ Alta hospitalar☐ Óbito☐ Decisão médica☐ A pedido☐ A reavalia☐ Desistência☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ Família☐ JML☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1



CRUZVELO, GILMA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente com história recente de trauma (colisão moto-pista) em uso de capote. Negro, período de consciência e vômitos. Refere dor intensa em quadril E; Negro cutâneo queixoso.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

EAS ☒ Pervias ☐ Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: ☒ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☒ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

HTE: ☒ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

2- RUÍDOS

☒ Sim

☐ Não

HTD: ☒ Roncos

☒ Sibilos

☒ Estertores

HTE: ☒ Roncos

☒ Sibilos

☒ Estertores

PR:

Imp

SeO₂

%

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Pleetórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE:

☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO

☒ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO

☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS

☐ Normotónicas ☐ Hipotónicas

☐ Hipotónicas ☐ Ausente

SOPRO

☐ Presente ☐ Ausente

BE OU B4

☐ Sim ☐ Não

FC: 100 bpm PA: 100 x 50 mmHg T: 36 °C

ECG:

ABDOMEN:

Abdomen rígido e palpável su-
perficial e profundo.

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente

☐ Paralisadas

☒ Isocóricas

☐ Anisocóricas

(diferença = mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (casos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Espontânea	5	Obedece aos comandos
A solicitação verbal	3	Localiza a dor
Ao contínuo estímulo	2	Retira o Membro
Nenhuma	1	Flexão anormal (decorticação)
		Extensão Anormal (decerebração)
		Nenhuma
TOTAL	15	

FIM DE VÍDEO





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

8

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

8

DETSUL

Número: 00
Paciente: Tailson Pedro Teófilo da Silva
Procedimento: Trat. Cirurgico de prótese de coto de braço
SUS: (Não SUS)
Médico: Dr. Rafael Lora

Prontuário: 842736
Data: 02/09/16
Reposição: funct.

Data: 02/09/16
Caixa Pronta: _____

DISPENSÇÃO CME			
FONECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS
F.M.	Parafusos 6.5 cabeça 16 cm	02	

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA			
FONECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM: _____
ASSINATURA DA FARMÁCIA - LITRIN: _____
ASSINATURA DA CIRCET AMTE. RESPOSTA VII: _____

PING: APC.013.2





RELATÓRIO DE CIRURGIA

[Assinatura]
HISTÓRICO

Nome: JOELSON PEDRO DOS SANTOS BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 02/09/16
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: DR. NATHAL LARI 1º Assistente: DR. FLAVIO SOITER
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: DR. MARCELO
Tipo de Anestesia: RAQUÍDIA Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>FRATURA DE COTO DE FÊMUR (E)</u> <u>(G80.00 II)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>OSTEOSTATOSE COM PLACAS E PARAFUSOS</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

[Assinatura]
Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 JET 5693

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 02/09/16

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) 90° + 10° + 10°
- 2) 90° + 10° + 10°

Incisão:

10cm longitudinal + 4cm

Achados:

- 1) Fratura de 10cm sem desvio (comprimento 10cm)

Conduta:

- 1) Anestesia + antiespasmódico
- 2) Limpeza e desinfecção da ferida
- 3) Fixação provisória com fio K 2.5mm
- 4) Fixação com 2 placas e parafusos 6.5mm
avulso 16mm no 80° + 10° com compressas
interdigitais 10cm para manter a tração da
fratura
- 5) Controle no AP e perfil com parafusos
paralelos e sem compressas
- 6) Lavagem copiosa e selado selado
- 7) Curativo por plano

Fechamento:

- 1) Curativo selado

Observação:

- 1) Fratura sem desvio em redução com
ORTHOX por fixação com 2 placas e parafusos
avulsos e curativo selado.

Dr. Lara de Freitas
Ortopedia
R. 98.2781 TEST 0633

João Pessoa, 02/09/16

Médico/CRM:

FONQJASCIR.009-1





FICHA DE ANESTESIA

DATA: 02/09/2016

PRONTUÁRIO: 942736

PACIENTE: Teleson Pedro José da Silva SEXO: M COR: B IDADE: 20a

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: 90 RESPIRAÇÃO: 12 TEMPERATURA: 36,0 PESO: 60 GRUPO SANGÜÍNEO: O+

ESTADO GERAL: ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: OK

AP. RESPIRATÓRIO: OK AP. CIRCULATÓRIO: OK

AP. DIGESTIVO: OK ESTADO MENTAL: OK DROGAS EM USO: OK

PRÉ-ANESTÉSICO: OK DOSE/HORA: OK ESTADO FÍSICO (ASA): I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DO CARPO DO EXT. SUP.

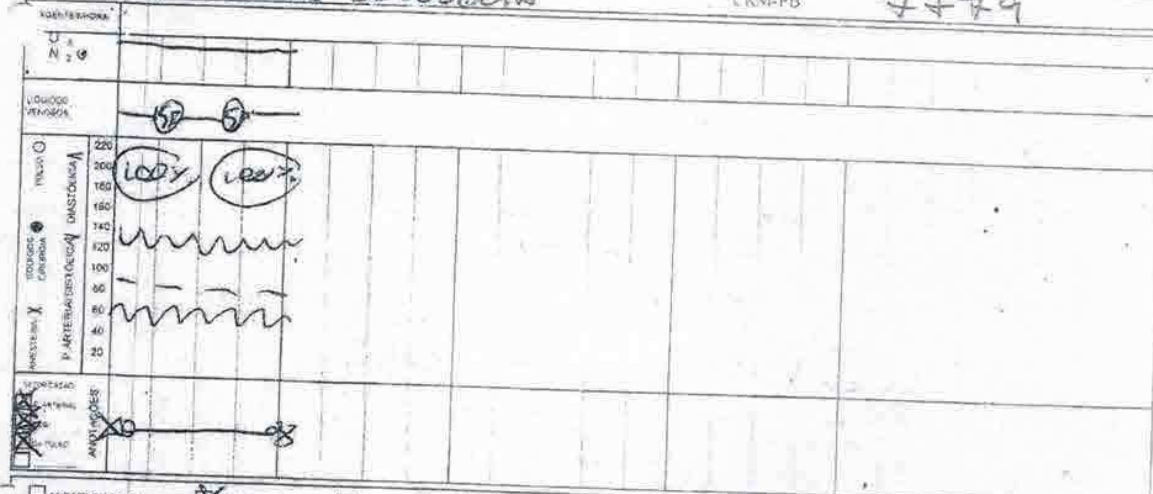
CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO / OSTEOSÍNTESE

CIRURGIÃO: DR. RAFAEL LARA

INÍCIO DA ANESTESIA: 16:30 TÉRMINO DA ANESTESIA: 17:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 60'

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: OK QUANT. DE CH.: OK VALORES RS: OK

ANESTESISTA: DR. ANDRÉ SOBRAL CRM-PB: 7779



ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☒ EPIDURAL ☐ BLOC PLEXO ☐ BLOC NERVOSO ☐ OUTROS ☐

USUÁRIO: Rafael LARA

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico:


QUANTIDADE	USUÁRIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	15	2	100%	3	100%	4	100%	5	100%	6	100%	7	100%	8	100%	9	100%	10	100%	11	100%
12	100%	13	100%	14	100%	15	100%	16	100%	17	100%	18	100%	19	100%	20	100%	21	100%	22	100%

ASSINATURA DO ANESTESISTA: [Assinatura]



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Jelson Pedro Pereira da Silva
IDADE: 20 **SEXO:** M **PRONTUÁRIO:** 99373 **ENDEREÇO:** **LISTA:**
CIRURGIÃO: Dr. Roberto C. M. **ANESTESISTA:** Dr. Amador
INSTRUMENTADOR:
DATA: 02.08.16 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO:** 16:30 **CIRURGIA INÍCIO:** 17:30
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS):
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.
ALFENTANILA
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA
BUPIVACAÍNA PESADA
CETAMINA
DROPERIDOL
ETOMIDATO
FENOBARBITAL
FENTANILA
FLUMAZENIL
FLURANO
LEVOPUPIVACAÍNA C/ VASO
EVOBUPIVACAÍNA S/ VASO
LIDOCAÍNA C/ VASO
LIDOCAÍNA S/ VASO
MIDAZOLAN
MORFINA
NIMBUM
PANCURÔNIO
PETIDINA
PROPÓFOL
RAMIFENTANILA
ROCURÔNIO
SEVOFLURANO
SUXAMETÔNIO
TIOPENTAL
MEDICAÇÕES QTD.
ADRENALINA
ÁGUA DESTILADA
ATROPINA
BEXTRA
SPAZOLINA
DEXAMETASONA
DIPTRONA SÓDICA
FEDRINA
FUROSEMIDA
GLICOSE 50%
GLUCONATO DE CÁLCIO
HIDROCORTISONA
LIDOCAÍNA GELÉIA
ONDASENTRONA
PLASIL
PROSTIGMINE
PROTAMINA
TENOXICAN
SOLUÇÕES QTD.
ÁLCOOL ETÍLICO 70%
PVPI DEGERMANTE
PVPI TINTURA
PVPI TÓPICO
SABÃO ANTISÉPTICO
MATERIAIS QTD.
AGULHA 13x4,5
AGULHA 25x07
AGULHA 25x08
AGULHA 40x12
AGULHA PERIDURAL Nº16
AGULHA PERIDURAL Nº17
AGULHA PERIDURAL Nº18
AGULHA RAQUIN Nº25G
AGULHA RAQUIN Nº27G
ALGODÃO ORTOPÉDICO
ATADURA DE CREPOM
ATADURA GESSADA
BOLSA P/ COLOSTOMIA
CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº
CATETER DE OXIGÊNIO
CATETER EMBOLECA-ARTERIAL Nº
CATETER EPIDURAL Nº16
CATETER EPIDURAL Nº17
CATETER EPIDURAL Nº18
CERA PARA OSSO
COLET. URINA FECHADO
COMPRESSAS CIRÚRGICAS
COMPRESSAS CIRÚRGICAS
DRENO DE PENROSE
DRENO DE SUÇÃO
ELETRODOS
EQUIPO MACROGOTAS
EQUIPO TRANSF. SANGUE
EQUIPO MICROGOTAS
ESPONJA DE PVPI
ESPARADRAFO
GAZES
GAZES ALGODADAS
GRU. ELETROLÍTICO
JELCO Nº14
JELCO Nº16
MATERIAIS CONT. QTD.
JELCO Nº18
JELCO Nº20
JELCO Nº22
JELCO Nº24
KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº
LÂMINA BISTURI Nº11
LÂMINA BISTURI Nº15
LÂMINA BISTURI Nº23
LÂMINA BISTURI Nº24
LÂMINA DE DERMATOMO
LÂMINA DE ENXERTO
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.
LUVA ESTÉRIL Nº7,0
LUVA ESTÉRIL Nº7,5
LUVA ESTÉRIL Nº8,0
LUVA ESTÉRIL Nº8,5
MASCARA CIRÚRGICA
MULTIVIAS
PERFURADOR DE SORO
SCALP Nº19
SCALP Nº21
SERINGA 5ML
SERINGA 5ML
SERINGA 10ML
SERINGA 20ML
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14
SONDA NASOG. CURTA
SONDA NASOG. LONGA
SONDA URETRAL Nº
TORNERINHA
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
TUBO SILICONE (LATEX)
FIOS QTD.
FIO CAT. OUT. CROMADO Nº
FIO CAT. OUT. CROMADO Nº
FIO DE AÇO Nº
FIO DE AÇO Nº
FIO DE NYLON Nº 3.0
FIO DE NYLON Nº
FIO DE NYLON Nº
FIO POLIGLACTINA Nº
FIO POLIGLACTINA Nº
FIO POLIGLACTINA Nº
FIO POLIPROPILENO Nº
FIO POLIPROPILENO Nº
FIO POLIPROPILENO Nº
FIO POLIGLECAPRONE Nº
FIO SEDA Nº
FITA CARDÍACA
MATERIAL ESPECIAL QTD.
CATETER DE PVC
CIMENTO CIRÚRGICO
CLIP TITÂNIO LIGADURA
FIO DE KIRSCHNER Nº
FIO DE KIRSCHNER Nº
FIO STEINMAN Nº
FIO STEINMAN Nº
GRAMPEADOR CIRÚRGICO
HEMOST. ABSORVÍVEL
KIT. DERRA VENTRICULAR
PRÓTESE VASCULAR
KIT. PAM
FIXADOR EXTERNO
EMPRESA
PARAFUSOS CORTICIS
PARAFUSOS CORTICIS
PARAFUSOS ESPONJOSOS
PARAFUSOS ESPONJOSOS
PARAFUSOS MALEOLAR
PARAFUSOS MALEOLAR
PLACA
PLACA
EQUIPAMENTOS
() ASPIRADOR
() BISTURI ELÉTRICO
() CAPNÓGRAFO
() CARDIOMONITOR
() DESPIERADOR
() FOCO AXILAR
() FOCO CENTRAL
() MICROSCÓPIO
() OXÍMETRO DE PULSO
() P.A. INVASIVA INVASIVA
() PERFURADOR ELÉTRICO
() SERRA
CIRCULANTE

 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES	
HTOP				
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Jackson Pedro José da Silva			842736	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			10 - SEXO	
			Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 2	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF			16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - COD. 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 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE				
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
02 Parafusos 6.5 mm x 16 mm em furo.				
02/09/16				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			37 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
			02/09/16	
38 - DOCUMENTO			39 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
40 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
AUTORIZAÇÃO				
41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			42 - COD. ORGÃO EMISSOR	
43 - DOCUMENTO			44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
			02/09/16	





(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

Nova Consulta

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

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas
[\(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente
[\(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte
[\(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis [\(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



Como Pagar [\(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados
[\(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

Informações Gerais [\(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. [\(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

ASSINE NOSSA NEWSLETTER



SINISTRO 3170477874 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB**BENEFICIÁRIO** JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA**CPF/CNPJ:** 01796619493**Posição em 10-01-2018 15:54:42**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/09/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
27/09/2017	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
09/09/2017	Interrupção de Prazo	
06/09/2017	Aviso de Sinistro	

2018-01-10 14:55

Num. 12082906 - Pág. 1

Nome

E-mail

AC Cidade



(https://novosite.seguradoralider.com.br)



(https://www.facebook.com/seguradoralideroficial/)
trk=tyah&trkInfo=clickedVertical:company%2cclickedEntityId:10845224%2cid%2c1-2%2ctarId:1467409339633%2ctas:Seguradora%20%C3%ADder)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Autoatendimento (/Seguro-DPVAT/autoatendimento)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-Sugestoes)
- › SAC DPVAT (/Contato/Sac-DPVAT)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Denúncia de Fraudes (/Contato/Denuncia-de-Fraude)

Assine nossa Newsletter

Nome E-mail AC Cidade

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)



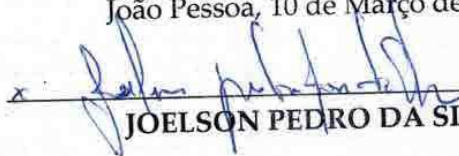
PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Outorgante: JOELSON PEDRO DA SILVA, brasileiro, solteiro, auxiliar de refrigeração, RG 3881413 SSDS - PB, CPF 017.966.194-93, residente e domiciliado na Rua João Gomes Vieira, nº 178, Varzea Nova, Santa Rita - PB.

Outorgado: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB - PB sob o nº 17.065, com endereço profissional na Av. Dom Pedro II, nº 972, Sala 108, Centro, João Pessoa- PB.

Poderes: gerais e de cláusula "Ad Judicia", a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, Repartição Pública, Empresa Privada, Autarquia ou Entidade Paraestatal, propondo a ação competente em que figure como o autor o outorgante e defendendo-o quando for o réu, ofendido, reclamado ou interessado, podendo conciliar, decidir, transigir, reclamar, fazer acordo, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromisso, prestar compromisso, prestar declarações, receber citação, receber alvarás, impetrar, mandados de segurança e habeas corpus, agravar regimentalmente, receber alvará, bem como substabelecer a presente, com ou sem reserva de iguais poderes, se assim lhe convier, enfim, praticar, todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando por bom, firme e valioso.

João Pessoa, 10 de Março de 2017.


JOELSON PEDRO DA SILVA



DECLARAÇÃO DE POBREZA PARA FINS JUDICIAIS

JOELSON PEDRO DA SILVA, brasileiro, solteiro, auxiliar de refrigeração, RG 3881413 SSDS - PB, CPF 017.966.194-93, residente e domiciliado na Rua João Gomes Vieira, nº 178, Varzea Nova, Santa Rita – PB. Declara, nos termos do Art. 1º da Lei nº. 7.115 de 29 de Agosto de 1993 (dispõe sobre a prova documental) e Lei 1060/50, para o fim de obtenção do benefício da JUSTIÇA GRATUITA, que o mesmo é hipossuficiente financeiramente não lhe permite arcar com as custas processuais e honorários Advocatícios, sem prejuízos de seu próprio sustento e de sua família.

João Pessoa, 10 de Março de 2017.


JOELSON PEDRO DA SILVA





Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0802037-57.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

De modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado no direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF).

Cite-se e intime-se a parte ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção).

Defiro o pedido de gratuidade judiciária.

Cumpra-se.

JOÃO PESSOA, 15 de fevereiro de 2018.

Juiz(a) de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível da Comarca da Capital
Av. João Machado, s/n, Jaguaribe, João Pessoa/PB - 4º ANDAR
CEP: 58.013-520 / Tel.: (83)-3208-2479

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0802037-57.2018.8.15.2001
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]
AUTOR: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Nome: BRADESCO SEGUROS S/A
Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) MM Juiz(a) de Direito desta 9ª Vara Cível da Comarca da Capital, manda ao Oficial de Justiça, a quem este for entregue, que, em cumprimento a este, proceda a Citação e intimação (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;

João Pessoa, em 19 de julho de 2019

De ordem, ROSANGELA HOLANDA DE ARAUJO
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO
"Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18011216333689400000011814508
PARA VISUALIZAR A DECISÃO ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO
"Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXX



CERTIDÃO

Certifico e dou fé, que em cumprimento a determinação judicial, EFETUEI A CITAÇÃO do BRADESCO SEGUROS S/A, na pessoa da Assistente Pessoal Rosimary Soares Costa, que após tomar conhecimento de todo conteúdo, assinou o seu nome e recebeu a contra fé.

João Pessoa, 23 de julho de 2019.

JAIR VICTOR DA SILVA

Oficial de Justiça

Mat: 471.930-1



Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível da Comarca da Capital
Av. João Machado, s/n, Jaguaribe, João Pessoa/PB - 4º ANDAR
CEP: 58.013-520 / Tel.: (83)-3208-2479

MANDADO DE CITAÇÃO**Nº DO PROCESSO: 0802037-57.2018.8.15.2001****CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)****ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]****AUTOR: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA****RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A****Nome: BRADESCO SEGUROS S/A****Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131**

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) MM Juiz(a) de Direito desta 9ª Vara Cível da Comarca da Capital, manda ao Oficial de Justiça, a quem este for entregue, que, em cumprimento a este, proceda a Citação e intimação (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;

João Pessoa, em 19 de julho de 2019

De ordem, ROSANGELA HOLANDA DE ARAUJO
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento"

INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18011216333689400000011814508

PARA VISUALIZAR A DECISÃO ACESSE O LINK:<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento"

INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXX

Assinado eletronicamente por: **ROSANGELA HOLANDA DE ARAUJO**

19/07/2019 12:05:36

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>ID do documento: **22848247**

19071912053437600000022163702

imprimir

Rosimery Soares Costa
Assistente Operacional
8337/Sucursal João Pessoa - PB

