

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador de cédula de identidade nº 3.115.947-SSP/PB e do CIC/MI nº 079.131.974-33, residente e domiciliado na Rua Projetada, s/nº, Conj. Mariz V – Cacimba de Dentro/PB.

OUTORGADO: JOÃO FERREIRA FURTADO NETO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 6.489, com escritório na Rua Benjamim Gomes Maranhão, n. 56, Centro, Cacimba de Dentro/PB.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Cacimba de Dentro/PB, 15/09/2017.


JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA
- Outorgante -



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador de cédula de identidade nº 3.115.947-SSP/PB e do CIC/MF nº 079.131.974-33, residente e domiciliado na Rua Projetada, s/nº, Conj. Mariz V – Cacimba de Dentro/PB, Declaro que, em razão de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Cacimba de Dentro/PB, 15 de setembro de 2017.

Josenildo do Nascimento Silva
JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA
Declarante





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 33846 Série 00029Pb



Josemildo do Nascimento Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

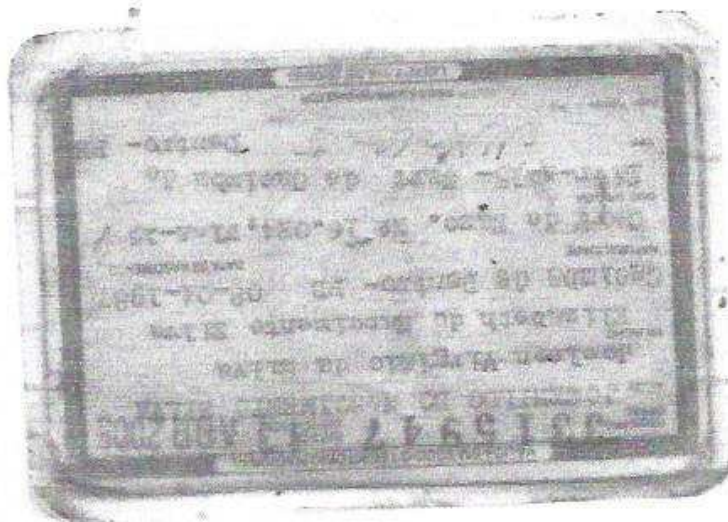
Nome Josemildo do Nascimento Silva
Loc. Nasc. Cabimbu de Dentro, Est. PB, Data 08/04/87
Filiação Joseilson Virgilio do Nascimento Silva
Doc. Nº 16.024 - FIS - 252 - LIV. A 15

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 17/04/2004 DRT 2.123206 PB

Assinatura do Funcionário







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **076.131.974-33**

Nome da Pessoa Física: **JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA**

Data de Nascimento: **08/04/1987**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **06/08/2005**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:40:25** do dia **29/12/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **5FE3.DB0D.B719.D07F**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



ANA KARLA TAVARES DA SILVA
LOC. CONJ. PROJ. MARIZ V. SIN - CENTRO
CACHIMBA DE DENTRO / PB CEP: 58230000 (AG. 52)

Classe/Subcl. RESIDENCIAL / BARRA RENCA MONOFASICO
Roteiro 7-49-520-2141
Nº medidor 00098736111

Referencia Out / 2016
Emissão: 14/10/2016

ENERGISA PARANÁ - DIS. (REGULADORA ENERGISA SA)
R-209, km 25 - Codo Redentor - Jui. - Povoado / PB - CEP 58071-880
CNPJ 09.665.183/0-01-40 - Ins. Est. 19.045.922-0
Nota Fiscal / Cota de Carga Elétrica Nº 000.529.302
Código para Débito Automático: 0004182220

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1752822-5**

Out / 2016

Canal de contato

Apresentação

14/10/2016

Data prevista da próxima leitura

14/11/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

9086824410
Insc. Est.

Faturas em atraso

2208/2016 27,00

Histórico de Consumo (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Sep/16	59
Ago/16	73
Jul/16	74
Jun/16	79
Mai/16	62
Abr/16	72
Mar/16	82
Fev/16	64
Jan/16	72
Dez/15	56
Nov/15	54
Out/15	70

Média dos últimos meses
65 kWh

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 15/09/16 Leitura: 626	Data: 14/10/16 Leitura: 694	1	58	30

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 200kWh-EF	30	1,16003	4,51
Consumo - 21 a 100kWh-BR	28	0,35923	7,23
Subsídio			18,79
ICMS			8,17
PIS			0,35
COFINS			1,63

Descrição	Valor (R\$)
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS	
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	5,00
JUROS DE MOROSIDADE 07/2016	0,55
JUROS DE MOROSIDADE 08/2016	0,50
MULTA 07/2016	0,69
MULTA 08/2016	0,51
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2016	0,06
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2016	0,01
Devolução Subsídio	-13,79

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	56,89	35,00	8,17
PIS	35,89	0,9666	0,35
COFINS	56,89	4,4561	1,63

VENCIMENTO 21/10/2016 **TOTAL A PAGAR R\$ 29,81**

a108 ff49 c1ea 51af 5b1c a0ed 8c87 dadb

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DMT MENSAL	9,97	0,00
DMT TRIMESTRAL	13,74	0,00
DMT ANUAL	27,48	0,00
DMT MENSAL	3,99	0,00
DMT TRIMESTRAL	11,97	0,00
DMT ANUAL	35,94	0,00
DMC	3,97	0,00
DCR	12,77	0,00

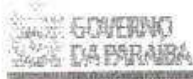
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia - PB	4,49	14,96
Consumo Energia	5,22	17,51
Serviço de Transmissão	0,31	1,04
Energia Setorial	1,76	5,87
Impostos Diretos e Encargos	18,07	60,62
Outros Serviços	0,90	3,00
Total	29,81	100,00

Valor de EUSD (Ret 8/2016) - R\$ 7,98

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relatada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 28/10/2016. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após a data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado nos 5 dias úteis após a data de vencimento, sob pena de suspensão do fornecimento. Caso a(s) fatura(s) não seja(m) paga(s) até a data de vencimento, a suspensão do fornecimento será efetuada e o pagamento deverá ser efetuado imediatamente após a suspensão. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. - Sua unidade foi faturada como BARRA RENCA, tendo um desconto de R\$ 13,79.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
21ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DO MUNICÍPIO DE CACIMBA DE DENTRO/PB

BOLETIM DE OCORRENCIA

Livro nº. 001/2016

Ocorrência nº 190/2016

DESCRIÇÃO:

Aos OITO (08) dias do mês de NOVEMBRO do ano de dois mil e Dezesseis (2016), nesta cidade de Cacimba de Dentro/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. JOACIL DE LIMA MOREIRA, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão de Polícia Civil, ai pelas 09:00, compareceu o (a) Senhor (a)

Nome: JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA

Idade: 29 anos

Data de nascimento 08/04/1987

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Cacimba de Dentro/PB

Estado Civil: solteiro

Profissão: Pedreiro

Filiação: Joelson Virginio da Silva e Elizabeth do Nascimento Silva

Endereço: Rua Projeta sn, Conjunto Benjamin Maranhão/PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:

RG: 3315947 SSP/PB

CPF: 079.131.974.33

HISTORICO

Noticiou Que no dia 12 de outubro de 2016 por volta das 17:30 horas trafegava na rodovia PB-111, em uma motocicleta de marca HONDA NXR 160, BROS ESD, ANO MODELO 2015, PLACA FLI 1679, DE COR VERMELHA, CHASSI 9C2KD0800FR015037, Que se encontra em nome de GILMAR DO NASCIMENTO SILVA, na proximidade do trevo que dá acesso para o Distrito de Logradouro da cidade de Cacimba de Dentro um outro motoqueiro não identificado colidiu com o noticiante não prestando socorro e evadindo-se do local. Que foi socorrido por populares para o hospital de trauma da cidade de Campina Grande-PB, onde ficou internado do dia 12 ao dia 15 de outubro de 2016, e foi submetido a uma cirurgia no pé esquerdo; Que apresenta com festemunhas o Sr Marcelo da Costa Araújo Residente a Rua Sítio Barreiros de Cacimba de Dentro/PB e Katia Tavares da Silva Residente a Rua Simpliciano Hipolito nº 01 Nada mais tendo a consignar, ciente (a) noticiante das implicações penais contida no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, caso o quanto aqui se reportou não for a verdade e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Cacimba de Dentro/PB, 08 de Novembro de 2016

Jozenildo do Nascimento Silva
Assinatura do (a) noticiante

Joacil de Lima Moreira
Escrivão Ad-Hoc
RG: 1.131.974.33



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OL POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

SP Nº 010877841087 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

2015 11/04/201

VIA	DRF CNPJ	PLACA
7	09087623408	FL11679

RENKAM	MARCA/ MODELO
01045538725	HONDA/NXR160 BROS ESD

ANO-PAG	PATRON	OF CHAS
2015	09	9C2KD0800FR015037

- PRÊMIO TARIFÁRIO

PRE (R)	DENTIAN (R)	CUSTO DO SEGURO (R)
125,04	14,34	

CUSTO DO INMETE (R\$)	FOR (R\$)	TOTAL APOSTAR DO INMETE (R\$)
4,15	1,11	292,01

<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PAR ELADO	DATA DE SUPORTE
-------------------------------------	-----------	------------------------------------	-----------------

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.000/0001-04

www.seguredorajr.com.br

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 101–107

0F2-2014

Assinado eletronicamente por: JOAO FERREIRA FURTADO NETO - 16/05/2019 14:51:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051614511152100000020640746>

Número do documento: 19051614511152100000020640746

Num. 21232826 - Pág. 2

SINISTRO 3170177480 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB**BENEFICIÁRIO** JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA**CPF/CNPJ:** 07613197433**Posição em 04-09-2017 09:32:28**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 675,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/09/2017	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: JOZILTO DO NASCIMENTO SILVA

DATA DO ATENDIMENTO: 12 / 10 / 2016

Nº PRONTUÁRIO: 1340372 FICHA: (1º, 2º, 13º PEX)

DIAGNÓSTICO: FL EXP PE (E)

PROCEDIMENTO: FIXAÇÃO PERCUTÂNEA DE KESCHER-MENON
(Dr. Rodrigo Amorim)

MÉDICO (CARIMBO): _____

MOD. 120



Nome: Roberto do Nascimento Silva Bairro: Antas
End: Rua Belarmino
Data de Nascimento: 08.04.89 Documento de Identificação: Graciano de Almeida
Queixa: Acid de moto Data do Atend.: 12/10/16 Hora: 20:10 Documento: PB
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: (<input checked="" type="checkbox"/>) Bom (<input type="checkbox"/>) Regular (<input type="checkbox"/>) Baixo	Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Calmo (<input type="checkbox"/>) Fáceis de dor (<input type="checkbox"/>) Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: (<input type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Palida
Deambulação: (<input type="checkbox"/>) Livre (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input checked="" type="checkbox"/>) Maca	

Estratificação

ENCLOSURE

Assinatura e carimbo do profissional

Ass/ do paciente ou responsável / (quando necessário)

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671 CNPJ: 08-778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25

DADOS DO PACIENTE

PRONTUÁRIO Nº: 1340372

Nome: JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA Sexo: MASCULINO

Profissão: (K) Documento: 701805271266570

End.: BEJAMIN, Bairro: CENTRO

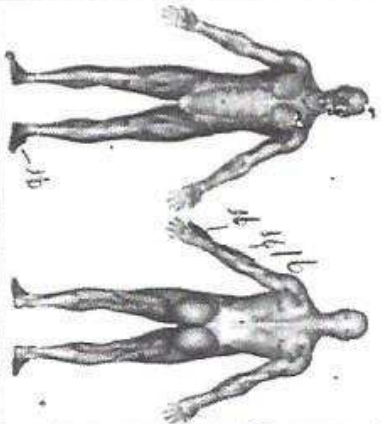
Município: CACIMBA DE DENTRO Estado: PB CEP: 290390

Data Atendimento: 12/10/2016 Código do Município: 290390

Catão do SUS: DIA NASCIMENTO: 08/04/1987 QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abalo | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria venosa |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Ensaamento | 28. Objeto encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorrágia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Contuso | 32. Parosteia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinite |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS.:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

DIAGNÓSTICO / CID:

poltrona

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente LUIZ GONZAGA FERNANDES, nascido em 08/04/1987

História: paciente chegou ao Hospital de Emergência e Trauma, relatando

que estava dirigindo uma moto quando sofreu um acidente de trânsito

colidindo com uma árvore, resultando em lesões múltiplas

na cabeça, tórax, abdome e membros inferiores. Não há perda de consciência

relatada. Paciente está consciente e orientado, porém com dor intensa

em todo o corpo. Não há sinais de choque. Exame físico: sem alterações

significativas. Exames de imagem: tomografia computadorizada de crânio

sem alterações. Exames de imagem: tomografia computadorizada de tórax

sem alterações. Exames de imagem: tomografia computadorizada de abdome

e pelvis sem alterações. Exames de imagem: tomografia computadorizada

de membros inferiores sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

computadorizada de coluna sem alterações. Exames de imagem: tomografia

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Dr. Fábio Daniel C. Camargo
MÉDICO
CRM: 55469

10/10/2016

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Josenildo do Nascimento Silva		Idade:	29
Convênio:	SUS		Data:	13/10/16
Procedimento:	Fratura exposta			
Cirurgião:	DR. Rodolfo	Auxiliar:	Anestesista:	DR. SOARES
Início:	01:30	Término:	02:50	Anestesia:

[illegible][illegible]

Observações:





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Data da Operação		Enf.	Leito
Operador	1º Auxiliar	2º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Prê-Operatório			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Posicionamento com PDM sob ultrassom
2) Acesso à cavidade peritoneal e aspiração de conteúdo líquido
3) Lavagem extensiva da cavidade com solução fisiológica e solução de 70% de álcool iodado
4) Análise identificada grande comunicação e presença de líquido com PDM
5) Ligadura e sutura de 1º, 2º e 3º MTC e fixação do 2º e 3º MTC de 100:550g
6) Sutura de comunicação
7) 70% de álcool



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Joséildo do Brande	Alojamento	4	Leito	2	Convênio	8x cap
Data	13/10	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
		Depto Japer JFTE Realização 7-24-19-12		Depto Real			
		Deposito 2ml de G/L	12/12 14 16	- EGB. 11/12/19			
		Tubulal 1000 12/12	16 18	coler, prope			
		capexline 1g v 8tbl (6-19-19)		1-12/12 de 2000			
		Diuretica 1FA de 8tbl su		sem ss. exames			
		CC 66 155w		Banco RDR			
		ceftriaxona 1g (12/12)	18	12/12 FCC SC			
		5HT 5.00201 12/12	FAIXA	pe e			
				4.2. 12/12 de 2000			
				CP 12/12 de 2000			

Dr. Aristoteles Queiroz Nelo
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
ORTOPEDIA OMBRO E COTO 12637
CIRURGIA Ombro e Cot 12637
CIMA 6811 Rua Dr. Chateaubriand 206
Clínica CTO Rua Dr. Chateaubriand 206
Tel 3341-2580 / 3341-2568

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculat. cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: __/__/__	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: __/__/__	
Alterações: <input checked="" type="checkbox"/> Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Umidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: __/__/__	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: __/__/__	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: __/__/__	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Pac. evolui bem, s/ queixas e s/ intercorrências após a proced. cirúrgica ortopédica. Segue aos cuidados da equipe.	



Pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Fria	<input checked="" type="checkbox"/> Aquecida.
Tempo de enchimento capilar:	<input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos;		<input type="checkbox"/> > 3 segundos.		<input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas:	<input type="checkbox"/> Quais?		Precordialgia <input type="checkbox"/>			
Ausulta cardíaca:	<input type="checkbox"/> Rítmica		<input type="checkbox"/> Arritmica		<input type="checkbox"/> Sopros <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular:	<input type="checkbox"/> Periférico		<input type="checkbox"/> Central		Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____	
Edema:	<input type="checkbox"/> MMSS		<input type="checkbox"/> MMII		<input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)						
Tipo somático:	<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido		<input type="checkbox"/> Emagrecido		<input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição:	<input type="checkbox"/> Completa		<input type="checkbox"/> Incompleta		<input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação:	<input checked="" type="checkbox"/> VO		<input type="checkbox"/> SNG		<input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações:	<input type="checkbox"/> Inapetência		<input type="checkbox"/> Disfagia		<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen:	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso		<input type="checkbox"/> Distendido		<input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA:	<input checked="" type="checkbox"/> Normoativos		<input type="checkbox"/> Ausentes		<input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Líquida		<input type="checkbox"/> Constipado há ____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea		<input type="checkbox"/> Retenção		<input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto:	<input type="checkbox"/> Outros:		Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA						
Condição da pele:	<input type="checkbox"/> Integra		<input type="checkbox"/> Ressecada		<input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocrada		<input type="checkbox"/> Hipocorada		<input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas:	<input checked="" type="checkbox"/> Úmidas		<input type="checkbox"/> Secas		Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica:	<input type="checkbox"/> Local/Aspecto:				Curativo em: ____/____/____	
Dreno:	<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:		Débito:		Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão:	<input type="checkbox"/> Estágio:		Local:		Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL						
Cuidado corporal:	<input type="checkbox"/> Independente		<input type="checkbox"/> Dependente		<input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal:	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória		<input type="checkbox"/> Insatisfatória		Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física:	<input type="checkbox"/> Acamado		<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas		<input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO						
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:						
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS						
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL						
Comunicação:	<input checked="" type="checkbox"/> Preservada		<input type="checkbox"/> Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:						
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS						
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE						
Tipo:	<input type="checkbox"/> Praticante		<input type="checkbox"/> Não praticante.		Observações:	
INTERCORRÊNCIAS						
Segue com EGE MCPM e aos cuidados da equipe de enfermagem						
12 h 16 16:00						



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Renildo do Nascimento Registro: Leito: 0402 Setor Atual: UTG

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 120x80 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENIZAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculata pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquila () Agitada () Agressiva () Risco de queda Observação:



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *João do Nascimento* Registro: *4* Leito: *2* Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Anitado () Agressivo () Risco de queda Observação:



⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

2017/10/10



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		
Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia - 0		
Respiração Limitada, Dispnéia = 1		
Respiração profunda e tosse = 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		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0		
Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1		
Sat O ₂ < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		

Assinatura Anestesista



Fe KP R ESQ
 1 DPO
 BLS
 Dia 1/4/4
 Sike @
 No de
 fms @ @

7/8/2016

FARMÁCIA

04-02

Data	Prescrição Médica
1. Data	1/4/4
2. SRA. 1500ml EV/24h	500 cc 5% 5/6
3. Opioids 12h + AD EV 04/06h	40. 1/5. 24 6
4. Tetrin 20mg + AD EV 12/12h	12. 24 6
5. Omeprazol 40mg EV/24h	40 6
6. Tetrin 10mg + 100ml 0.9% EV 6/6h SN	SN
7. Metoclopridol 10h + AD EV 6/6h SN	SN
8. Clonazepam 40mg SC/24h	40 6
9. SSIV + COAG	40 6
10. Fenitoina 1g EV 12/12h	1g 24
11. Euteticos	24
12. Hic clado	24



Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Cacimba de Dentro

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800067-06.2019.8.15.0831

DESPACHO

Vistos, etc.

INTIME-SE o autor, por intermédio do seu advogado, para juntar aos autos, no prazo de 15 (quinze) dias, o requerimento administrativo prévio perante a seguradora, sob pena de indeferimento da inicial.

CACIMBA DE DENTRO, 4 de junho de 2019.

Juiz(a) de Direito





Vara Única de Cacimba de Dentro
Rua Capitão Pedro Moreira, S/N, Centro, CACIMBA DE DENTRO - PB - CEP: 58230-000
()

Nº do processo: 0800067-06.2019.8.15.0831
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

MANDADO DE INTIMAÇÃO DE ADVOGADO(A)

O MM. Juiz de Direito da vara supra manda ao ao oficial de justiça, a quem este for entregue, que em cumprimento a este, intime o(a) advogado(a) para manifestar-se no processo acima, cumprindo os termos do despacho id 21691402.

Advogado: JOAO FERREIRA FURTADO NETO OAB: PB6489 Endereço: desconhecido

CACIMBA DE DENTRO, em 6 de junho de 2019.

De ordem, VIVIANY CHRISTINE RODRIGUES DA SILVA
Mat. 4767390



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA
COMARCA DE CACIMBA DE DENTRO-PB.**

PROCESSO Nº 0800067-06.2019.815.0831

JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA, assaz qualificada nos autos da **AÇÃO
DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DPVAT**, que promove em desfavor de
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT, processo *ut supra*, vem à
presença de Vossa Excelência, com o axiomático respeito, trazer aos autos o requerimento
administrativo da autora, em consonância com despacho ID: 21691402.

Documento segue em anexo.

Nestes termos,

Pede DEFERIMENTO.

Cacimba de Dentro-PB, 26 de junho de 2019.

JOÃO FERREIRA FURTADO NETO

OAB/PB 6.489



POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA

OAB/PB 16.689



Rio de Janeiro, 31 de Março de 2017

Carta nº: 10753415

A/C: JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170177480 ASL-0112198/17
Vítima: JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA
Data Acidente: 12/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01677/01678 - carta_01





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Cacimba de Dentro

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800067-06.2019.8.15.0831

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de gratuidade judiciária.

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

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

CACIMBA DE DENTRO, 2 de agosto de 2019.

Juiz(a) de Direito

