



IÊDA CARNEIRO

Serviço Notarial e Registral



LIVRO: 0105

FOLHA: 068



* 0 1 0 5 0 6 8 *

PROCURAÇÃO

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos 28 (vinte e oito) dias do mês de novembro do ano de 2018 (dois mil e dezoito), neste **IEDA CARNEIRO - SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL**, situado na Praça Apolônio Zenaide, 755, Centro - Alagoa Grande-PB, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, **IÊDA MARIA DE PAIVA CARNEIRO – Titular**, compareceu(ram) como OUTORGANTE(S) **JOAO DOS SANTOS**, brasileiro(a), casado, vigilante, Filho de Severino Josa dos Santos e Rita Maria dos Santos, portador(a) do Documento de Identidade nº 2.257.473 -2 VIA-SSDS/PB, inscrito(a) no CPF/MF nº 713.406.374-72, residente e domiciliado(a) na Rua Projetada, S/N, Centro, Alagoa Grande-PB, CEP 58388-000; identificado(s) como o(s) próprio(s) por mim Notário(a), à vista dos documentos de identificação apresentados, do que dou fé; perante mim por ele(s) me foi dito que constituía(m) e nomeava(m) seu(s) bastante(s) procurador(es): **LORENA DANTAS MONTENEGRO**, brasileira, casada, advogada, inscrita da OAB/PB sob nº 16.849, CPF nº 083.707.154-27, **LUÍS FERNANDO MARTINS SANTOS**, brasileiro, casado, advogado, Inscrito na OAB/PB sob nº 17.291, CPF nº 061.241.834-04 e **ISADORA DANTAS MONTENEGRO**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob nº 19.824, CPF nº 083.688.924-06, ambos com escritório profissional à Rua João Pessoa, 1234, Centro – Alagoa Grande-PB; a quem confere(m) amplos e ilimitados poderes para o foro geral, com a cláusula “ad-judicia”, a fim de que, agindo em conjunto ou separadamente, possa defender os interesses e direito(s) do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartições públicas federal, estadual e municipal, autarquias ou entidades paraestatais, propondo ação(ões) competente(es) em que o outorgante seja autor ou reclamante e, defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo ainda receber citações, intimações, notificações, reclamar, confessar, conciliar, transigir, desistir, fazer acordo, recorrer, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações arguir exceções de incompetência, impedimento ou suspenção na forma dos arts. 112,134 e 135, CPC, bem como substabelecer no todo ou em parte, com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier. Os elementos relativos à qualificação e identificação do procurador, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo(a) outorgante(s), que por eles se responsabiliza(m). Recolhidas as Taxas FARFEN - Fundo de Apoio ao Registro das Pessoas Naturais, no valor de R\$ 5,14, FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 9,48, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 1,19, sendo os Emolumentos R\$47,40. Selo Digital: **AHR93894-W8GV**. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpj.brasil.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lhe sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando Patrícia Pereira da Silva, solteira, representante comercial, portador do Documento de Identidade nº 2714832-2ºVIA-SSDS/PB, inscrito no CPF/MF nº 041.574.704/00, residente e domiciliado na Rua Gedeão Amorim, nº 124, Alagoa Grande-PB, CEP 58388-000, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo do outorgante que DECLAROU SER ANALFABETO e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, Na presença e assinatura de duas testemunhas: Polyana Ferreira de Araújo, casada, portador do Documento de Identidade nº 3108541-SSP/PB, inscrito no CPF/MF nº 065.128.634-09, residente e

Praça Dr.º Apolônio Zenayde, N.º745 – Centro – CEP: 58.388-000 – Alagoa Grande – Paraíba – Telefax: (0xx83) 3273-1430 E-mail:cartorioiedacarneiro@bol.com.br



Assinado eletronicamente por: LORENA DANTAS MONTENEGRO - 04/09/2019 14:38:29
<http://pje.tjpj.brasil.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090414382887700000023365570>
Número do documento: 19090414382887700000023365570

Num. 24125472 - Pág. 1

LIVRO.: 0105



FOLHA.: 068

* 0 1 0 5 0 6 8 *

domiciliado na Rua José Hipólito, nº158, Alagoa Grande-PB, CEP 583888-000 e Matheus Peregrino Dantas Montenegro, solteiro, estudante, portador do Documento de Identidade nº 3925765-SSP/PB, inscrito no CPF/MF nº 121.586.294-60, residente e domiciliado na Rua Francisco Carlos da Silva, nº 508, Alagoa Grande-PB, CEP 58388-000. A presente procuração não pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. O presente ato foi lavrado, rubricado e encerrado, tendo sido conferida toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, **IÉDA MARIA DE PAIVA CARNEIRO – Tabeliã do IEDA CARNEIRO - SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL**, subscrevo e assino, estando conforme o original. (aa) JOAO DOS SANTOS.

Em testemunho () da verdade.

MANUELLA DE FÁTIMA DE PAIVA CARNEIRO

- TABELIÃ SUBSTITUTA -

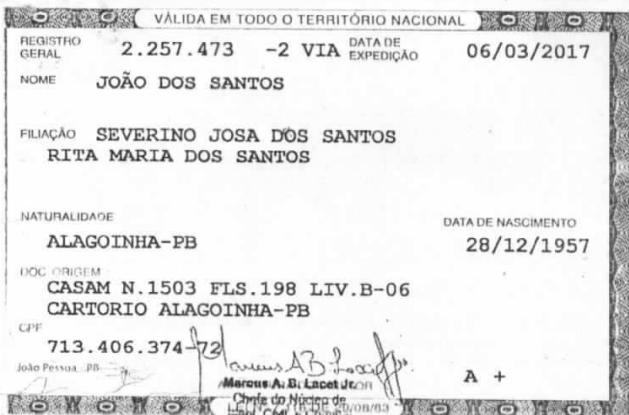


Assinado eletronicamente por: LORENA DANTAS MONTENEGRO - 04/09/2019 14:38:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090414382887700000023365570>

Número do documento: 19090414382887700000023365570

Num. 24125472 - Pág. 2



CÓDIGO DE CONTROLE
CA27.4A1F.28EF.D81D

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:14:57 do dia 22/11/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/carta da energia elétrica N° 027.447.006



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-689
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-8

DADOS DO CLIENTE

CLARICE SOARES DOS SANTOS
RUA LUIZ LAURENTINO S/N
ALAGOA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1532207-6

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2019	05/07/2019	57	12/07/2019	R\$ 40,72

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 08/07/2019				
Pagador: CLARICE SOARES DOS SANTOS CNPJ/CPF: 048.280.274-08				
RUA LUIZ LAURENTINO S/N - CANAFISTULA - ALAGOA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nossa-Número 26249120003462626	Nr Documento 001532207201907	Data Vencimento 12/07/2019	Valor do Documento R\$ 40,72	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				
09.095.183/0001-40				



Assinado eletronicamente por: LORENA DANTAS MONTENEGRO - 04/09/2019 14:38:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090414383035800000023365790>
Número do documento: 19090414383035800000023365790

Num. 24125492 - Pág. 1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 593/2018

Aos TRÊS dias de DEZEMBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA SOLIDADE DE SOUSA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:45min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

JOÃO DOS SANTOS, conhecido(a) por JOÃO ZAROIO, Identidade nº 2.257.473 2ª via-SSDS/PB, CPF nº 713.406.374-72, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: vigilante, filho(a) de Severino Josa dos Santos e de Rita Maria dos Santos, natural de alagoinha/PB, nascido(a) em 28/12/1957 (60 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Luis Laurentino, 101, Conjunto Antônio Fernandes de Carvalho, Distrito de Canafistula, tendo como ponto de referência: Colégio Araci Nóbrega Montenegro, na cidade de ALAGOA GRANDE/PB, fone(s) para contato: (83) 9 8625-8881.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do Fato:** 8 de setembro de 2018;
- 3) Horário do fato:** 18h:8min;
- 4) Local do fato:** Próximo a Rodoviária Velha, Alagoa Grande/PB;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo? SIM;**
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(elas) habilitado? NÃO;**
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias? NÃO**

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

MOTO HONDA CG 125 TITAN ES, COR PRATA, ANO/MODELO 2003/2003, PLACA ILB 6961/RS, CHASSI 9C2JC30203R130506.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

NÃO

8) Breve resumo do fato:

Que o comunicante vinha da feira central de Alagoa Grande com destino a escola CANTINHO DO SABER para pegar seu neto; Que próximo a Rodoviária Velha uma moto em outro sentido passou direto pelo cruzamento sem respeitar a parada obrigatória, pegando a lateral da moto do comunicante; Que o comunicante sofreu fratura no TORNOZOLE esquerdo; Que o comunicante foi socorrido por terceiros, sendo levado para o HOSPITAL LOCAL DE ALAGOA GRANDE, que foi atendido e transferido no mesmo dia para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE, onde o mesmo passou 12 dias internado, recebendo alta no dia seguinte.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

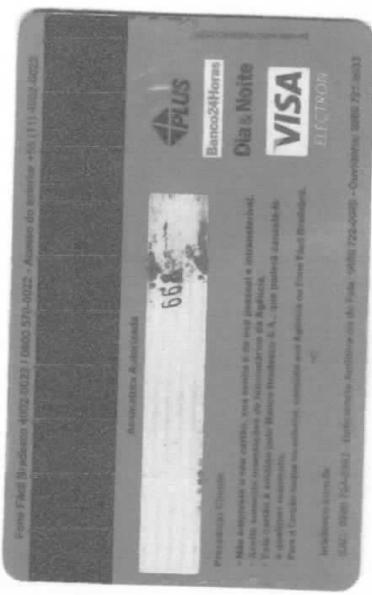
nada consta

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

JOÃO DOS SANTOS

Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 182.235-7



Assinado eletronicamente por: LORENA DANTAS MONTENEGRO - 04/09/2019 14:38:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090414383213900000023365794>
Número do documento: 19090414383213900000023365794

Num. 24125496 - Pág. 1



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

Jônio da Santos

foi atendido (às) hoje, às _____ horas, necessitando de _____ dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

582.6

Campina Grande, 22/09/18



Assinatura do Médico - CRM Nº

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP: 58432-809 - Malvinas - Campina Grande-PB
MOD.004





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Seáo dos Santos		
End:	Centro, Bairro: Almeida Braga		
Data de Nascimento:	35/12/1957	Documento de Identificação:	
Queixa:	AC. Olho	Data do Atend.:	18:05
Acidente de trabalho?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Classificação de Risco			
Motivo	Aspecto:	<input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente	
Nível de consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Baixo
Frequência respiratória:			
Pressão arterial:			
Dosagem de HGT:			
Ambulatório:	<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Maca
Estratificação			
<input checked="" type="checkbox"/> Ortopédico			
<input checked="" type="checkbox"/> Amarelo - atendimento até 1 hora			
<input type="checkbox"/> Azul - atendimento ambulatorial			
<input checked="" type="checkbox"/> Vermelho - atendimento imediato			
<input type="checkbox"/> Verde - atendimento até 4 horas			
<hr/> <i>Assinatura e carimbo do profissional</i>			



DESTINO DO PACIENTE	1 / 1	às	15:	hs.
() Centro cirúrgico		() Alta hospitalar	() A revélia	
() Internação (setor)		\	() Decisão Médica	
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL			() Óbito	
<i>Edilene Sando de Santos</i>				
(Ass. do paciente ou responsável (quando necessário))				





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: João dos Santos Registro: 1 Leito: 4 Setor Atual: Orto II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 60 °C; P: 120 bpm; FR: 18 irpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 98 %
HGT: 70 mg/dl; Peso: 70 Kg; Altura: 170 cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: Isocôricas Anisocôricas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T
() VMNI VMI TOT nº Comissura labial nº 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 ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

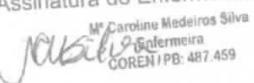
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> < 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção 09/09/18	
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 <input checked="" type="checkbox"/> Prótese.		
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> V.O () SNG () SNE () Gástronomia () Jejunostomia () N.P.T; Hora: Data: / /		
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:		
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:		
R.H.A: <input checked="" type="checkbox"/> 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 () Hematuria () S.V.D: Débito ml/h;		
Aspecto: () Outros: Observações:		
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA		
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:		
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica () Turgor da pele: () Preservado		
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas () Manifestações de sede: ()		
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Débito: Curativo em: / /	
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Local: Descrição: Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: () Estágio:	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: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:		
SONO E REPOUSO		
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:		
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS		
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL		
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada () Ausência de familiares/visita () Outros:	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		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 10/09/18	HORA: 12 h
		
FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).		



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	Precordialgia ()
Drogas vasoativas: () Quais?	Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	Data da punção ____/____/____
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização:	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 () Gastroenterologia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> 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 () Hematuria () SVD: Débito ml/h;
Aspecto: () Outros: Observações:		
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA		
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Intacta () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica () Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas () Manifestações de sede: ()		
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Dreno: () Tipo/Aspecto: Local: Débito: Descrição: Curativo em: ____/____/____	Retirado em: ____/____/____ Curativo: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio:		
CUIDADO CORPORAL		
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória () Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:		
SONO E REPOUSO		
<input checked="" type="checkbox"/> 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 () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS		
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE		
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	INTERCORRÊNCIAS	
<p style="text-align: center;"><i>Dalva</i></p>		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		
		
		DATA: 14/09/18
		HORA: 11.00 h

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

AL AGORA GRANDE (P/B)

~~Dr. Klio L. R. F. MEDICO~~
Médico CRM 1922
CNPJ: 23.485.765/0001-50





Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

5581

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

João Pessoa

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

João dos Santos

Nº DO PRONTUÁRIO

1729275

Nº AI. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT. Cirúr. DE FRACTURA DE TIZ.

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
DRIL 3,5 TUBULAR OF.	01		
1,50 CORTEZ 3,5 x 14	03		
11 11 3,5 x 16	01		
11 11 3,5 x 18	02		
11 11 3,5 x 20	01		

DATA DA UTILIZAÇÃO

12/09/18

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Dra. Lorena Torres

OBSERVAÇÕES

Q 3,5 N. 10





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Jair dos Santos IDADE: 62 SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 01/01/11

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligosintomática

SINTOMAS:

Cefalácia Tontura Síncope

Dispneia de esforço Grande Pequena

Palpitações Média Ortopnênia

Dôr Precordial Tosse Seca Expectoração

Relacionada: Esforço Tipica Atípica

Relacionada: Emoções Frio Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

Hipertensão Arterial Sistêmica S. V. Hipertensão Pulmonar DPOC Outros

Diabetes Mellitus N. Insuf. Cardíaca Congestiva N. Insuficiência Coronariana N.

Arritmias Insuf. Renal Aguda Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

Alergia a Medicamentos: Amoxi Tabagismo N.

Etilismo N. Sedentarismo N.

Dislipidemia Cirúrgico Interv. cardíaca Outros N.

Medicamentos em uso Não

Sim HCTZ, Losartan

4 - EXAME FÍSICO:

Estado Geral Bem Regular Comprometido Precário Altura Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: PEF, R, T, J, D

FC.: 56

b.p.m P.A.: 130 x 70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: Edema periorrificial

5 - E.C.G.: ÓK

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)

Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)

Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitoramento Clínico)



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Av: 30300053 - AC ALAGOA GRANDE
ALAGOA GRANDE - PB
CNPJ.: 3402831604300 Insc Est.: 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEG. LIDER
CNPJ/CPF.....: 00000000000000
Insc. Est.....: JOAO DOS SANTOS

Movimento.: 29/07/2019 Hora.: 10:22:27
Caixa.....: 92690692 Matricula.: 34775645
Lancamento.: 012 Atendimento: 00005
Modalidade.: A Vista ID Tiquete.: 1679988993

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
CARTA NAO COML REGI	1	14,30
Valor do Porte(R\$).....	2,80	
Cep Destino:.....	20031-205 (RJ)	
Peso real (G).....	85	
Peso Tarifado:.....	0,085	
OBJETO.....	JU068903975BR	

REGISTRO A VISTA.....	5,75
AVISO DE RECEBIMENTO:	5,75

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$)	14,30
---------------------------	-------

Valor Declarado não solicitado(s).
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

TOTAL(R\$).....	14,30
VALOR RECEBIDO(R\$).....	14,30

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!
Baixe o APP de Pre-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
deste comprovante, para eventual contato com
os Correios.

VIA-CLIENTE SARA 7,9,00





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

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190470367**

Vítima: JOAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de **Invalidez Permanente**, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até **30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14697237





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Alagoa Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801160-76.2019.8.15.0031

DESPACHO

V i s t o s , e t c .

Inicialmente, defiro o pedido de justiça gratuita ao autor, nos termos do art. 98 do CPC.

Outrossim, considerando a omissão da petição inicial, e bem assim o fato de que a seguradora promovida em diversas demandas análogas a esta não demonstra interesse em transigir, deixo de agendar a audiência prevista no art. 334 do CPC e, em via de consequência, determino a CITAÇÃO da parte demandada para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 dias.

ALAGOA GRANDE, 04 de setembro de 2019.

José Jackson Guimarães

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: JOSE JACKSON GUIMARAES - 05/09/2019 16:11:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090516115468900000023385831>
Número do documento: 19090516115468900000023385831

Num. 24146875 - Pág. 1