



Número: **0801260-34.2019.8.15.0321**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Santa Luzia**

Última distribuição : **21/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS (AUTOR)</b>	<b>DIEGO PABLO MAIA BALTAZAR (ADVOGADO)</b> <b>NATHALIE DA NOBREGA MEDEIROS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
26400 685	21/11/2019 10:19	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
26400 692	21/11/2019 10:19	<a href="#">Petição Inicial e Documentos</a>	Petição
26401 210	21/11/2019 10:19	<a href="#">Certidão DPC Santa Luzia</a>	Outros Documentos
26401 211	21/11/2019 10:19	<a href="#">Docs Médicos 03</a>	Outros Documentos
26401 212	21/11/2019 10:19	<a href="#">Comprovante Protocolo da Interdição</a>	Outros Documentos
26401 214	21/11/2019 10:19	<a href="#">Atestado Médico</a>	Outros Documentos
26401 216	21/11/2019 10:19	<a href="#">Petição Inicial - Seguro DPVAT</a>	Outros Documentos
26401 218	21/11/2019 10:19	<a href="#">Receita Medicamento</a>	Outros Documentos
26401 239	21/11/2019 10:19	<a href="#">Docs Médicos 02</a>	Outros Documentos
26401 240	21/11/2019 10:19	<a href="#">Guia Custas</a>	Outros Documentos
26401 242	21/11/2019 10:19	<a href="#">Docs Médicos 01</a>	Outros Documentos
26401 243	21/11/2019 10:19	<a href="#">Atendimento Online - Solicitação Indeferimento Administrativo</a>	Outros Documentos
26401 246	21/11/2019 10:19	<a href="#">Documento motocicleta</a>	Outros Documentos
26401 248	21/11/2019 10:19	<a href="#">Atestados e Laudos</a>	Outros Documentos
26401 761	21/11/2019 10:19	<a href="#">Docs Pessoais</a>	Documento de Identificação
26401 762	21/11/2019 10:19	<a href="#">Laudo Interdição - Gilberto</a>	Outros Documentos
26402 200	21/11/2019 10:19	<a href="#">Atestados Médico.</a>	Outros Documentos
26402 228	21/11/2019 10:19	<a href="#">Comprovante de Residência</a>	Outros Documentos
26402 248	21/11/2019 10:19	<a href="#">Protocolo de entrega de documentos</a>	Outros Documentos

26406 067	21/11/2019 11:05	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
26407 329	21/11/2019 16:18	<a href="#"><u>Despacho</u></a>	Despacho

Petição Inicial e Documentos em anexo



Assinado eletronicamente por: NATHALIE DA NOBREGA MEDEIROS - 21/11/2019 09:51:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112109514881600000025499948>  
Número do documento: 19112109514881600000025499948

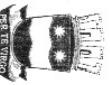
Num. 26400685 - Pág. 1

Petição Inicial e Documentos em Anexo.



Assinado eletronicamente por: NATHALIE DA NOBREGA MEDEIROS - 21/11/2019 10:16:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112110160435800000025499955>  
Número do documento: 19112110160435800000025499955

Num. 26400692 - Pág. 1

ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
  
PERTE VIMOS

Sr.(a)

Gilberto Augusto dos Santos

Declaro para os devidos fins que a mesma encontra-se sob meus cuidados, com traópia Fonoaudiológica permanente, sequelado de TCE. Na área fonoaudiológica detectou-se infusão.



Sr.(a) \_\_\_\_\_ Declaração

Declaro para os devidos fins que Gilberto Augusto dos Santos, em constro - se, realizando tratamento fisioterapêutico, apresentando diagnóstico de traumatismo cranio - cérebro, o mesmo apresenta desordens atenciais, compreensão, comunicação materna e oralizada. Sem do humor, consequências do TCE.

  
Maria Câmila de A. Marinho  
Fisioterapeuta  
CREFIGTO 11192068-F

  
Katarina Vilar Torres  
Fonoaudióloga  
CRF# 11918-4

Data 10/10/2012

MÉDICO - CRM

Data 10/10/2012

**CLINICA SERIDOENSE DE NEUROPSIQUIATRIA**  
**RUA JOAQUIM GREGORIO, 2088 – TELEFAX – (84) 3421-2626**  
**CAICÓ-RN**  
**CNPJ: 05.086.821/0001-06**  
**Doenças Mентais, Nervosas e Psicoterapia.**

**ATESTADO**

Atesto, para os devidos fins, que Gilberto Augusto dos Santos, CPF:566.567.935-68, é portador de um quadro neuropsicopatológico compatível com CID-10:F07.2 – SÍNDROME PÓS TRAUMÁTICA, caracterizado por inúmeros sintomas, como dificuldades de concentração, de realizar tarefas mentais, alteração da memória, insônia, diminuição da tolerância ao estresse, às emoções, cefaleia, vertigens, fadiga, irritabilidade, etc; tudo isso devido a Traumatismo Crânio-encefálico, ocorrido há pouco menos de 2 anos: CID-10:S06.0 – CONCUSSÃO CEREBRAL, apresentando sequelas neurológicas como hemiparesia complexa à direita, afasia mista, etc; apresenta em comorbidade patologias como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, fazendo uso de medicação específica; apresenta um prognóstico reservado a curto, médio e longo prazos; necessita de tratamento médico especializado (Psiquiatria, Neurologia, Endocrinologia, Cardiologia, Fonoaudiologia e Fisioterapia); encontra-se, total e definitivamente, incapacitado para o trabalho produtivo e de responder, plenamente, pelos atos da vida civil; necessita do amparo social e de assistência contínua de terceiros.

**AUTORIZAÇÃO**

  
Salomão Gurgel Pinheiro  
MÉDICO - PSQUIATRA  
CRM - 2104/RN - CPF: 307.406.724-91

Autorizo à Clínica Seridoense de Neuropsiquiatria a divulgar, em código e em extensão, o diagnóstico deste paciente.

Gilberto Augusto dos Santos  
Responsável

Caicó-RN, 11 de janeiro de 2019.

Dig:A

OBS: Atestado emitido em cumprimento à Resolução CFM nº1851/2008, publicada no DOU de 18 de Agosto de 2008, seção I, pg.256, que normaliza a emissão de atestados médicos, para fins de PERÍCIA MÉDICA.





**Dr. Alexandre Firmino**

CRM - 5724

Gilberto Augusto dos Sousa :

farto Motivo :

ATÉSIS para os dorinhos fruscos,  
mesmo encontrar-se sob  
que o respiratório está melhor,  
muitas vezes apresenta someis,  
em tratamento merle someis,  
seguidas de TCE grave, apresenta  
afasia mista a laringe deficit coxinhas  
grave.

CIO: F07-2  
506-0

PATOS, 15 DE OUTUBRO

DE 2018

Dr. Alexandre Firmino  
Neurologista  
CRM 5724

CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 99838.7422 - PATOS-PB.





**Dr. Alexandre Firmino**

CRM - 5724

Gilberto Araújo for Sontus:

A RESMA MÉDIO:

MESO para os der dos fns,  
que o meso envia-se ob minhas  
SESTUNTAIS DA MELHOR, seguem DE  
TCE que. A exame: Hemiparesia com-  
plena A D, phasia misma. Só que per-  
cia médica.

Cv: 506

CRM 5724  
Neurologista  
Dr. Alexandre Firmino

11/10/18

CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 99838.7422 - PATOS-PB.





**Dr. Alexandre Firmino**

Médico Neurologista Efetivo da Academia Brasileira de Neurologia

CRM - 5724

Gilberto Augusto da Silva:

ALESANDRO MEDICO:

TESTES para o dano que deve ser:

o nervo espinhal sob tensão DÉ

possibilitando MEDICAS sequenciais de

TTE gástrico TC como compõem o hemipar-

lismo subaracnóide AD oximétrico: meios

REIA complexa D periférica em meios

membra cerebral: AFASIA Mis. SLE

perda NEURO.

cu: 506.

7 08 17

Dr. Alexandre Firmino  
NEUROLOGIA CLÍNICA

Alexandre Firmino  
NEUROLOGIA CLÍNICA

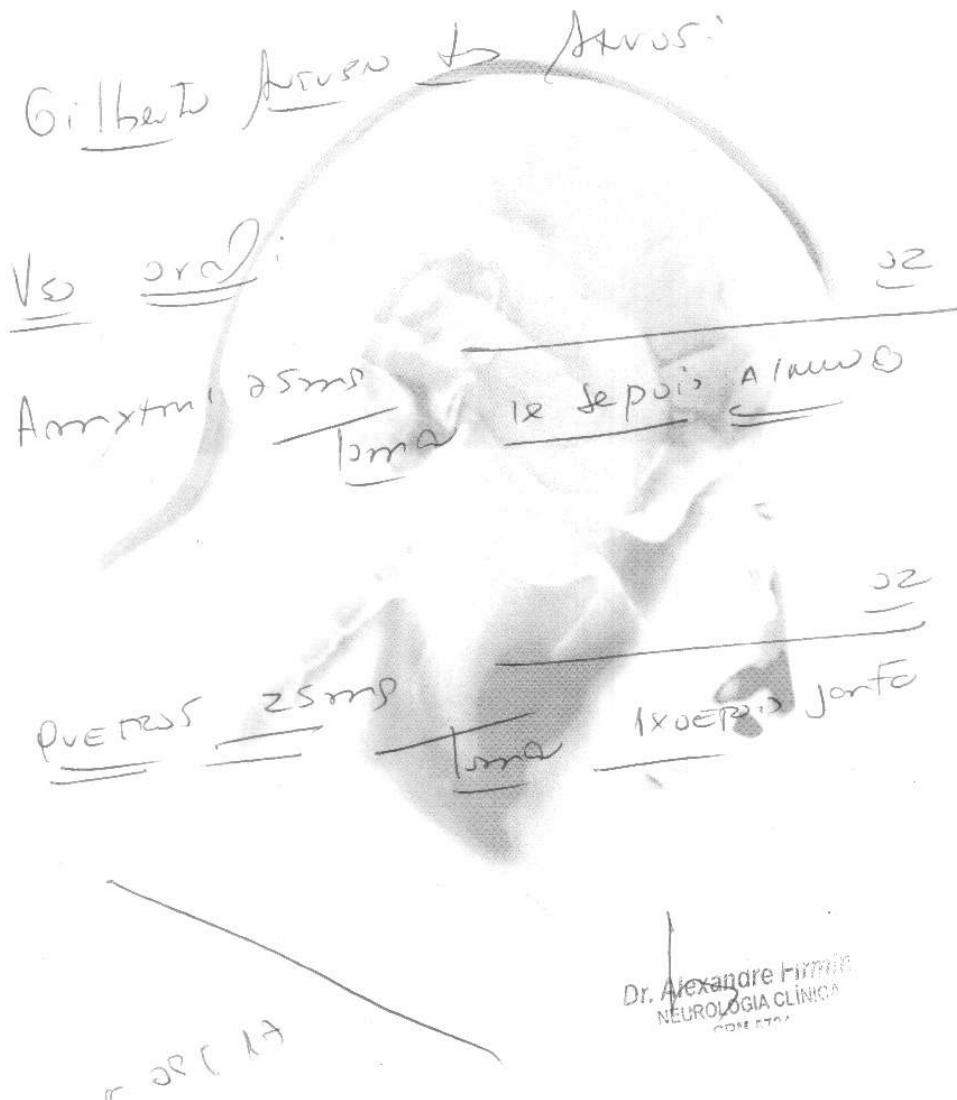
CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 9 8635.0313 / 9 9838.7422 - PATOS-PB.





**Dr. Alexandre Firmino**

Médico Neurologista Efetivo da Academia Brasileira de Neurologia  
CRM - 5724



CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 9 8635.0313 / 9 9838.7422 - PATOS-PB.



Assinado eletronicamente por: NATHALIE DA NOBREGA MEDEIROS - 21/11/2019 10:16:06  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112110160662100000025500275>  
Número do documento: 19112110160662100000025500275

Num. 26401212 - Pág. 3



**Dr. Alexandre Firmino**

Médico Neurologista Efetivo da Academia Brasileira de Neurologia  
CRM - 5724

Gilberto Brasileiro

Vs oral

Gino = Brasileiro 8)

Toma

ix dia

Dr. Alexandre Firmino  
Neurologista  
CRM 5724

103 14

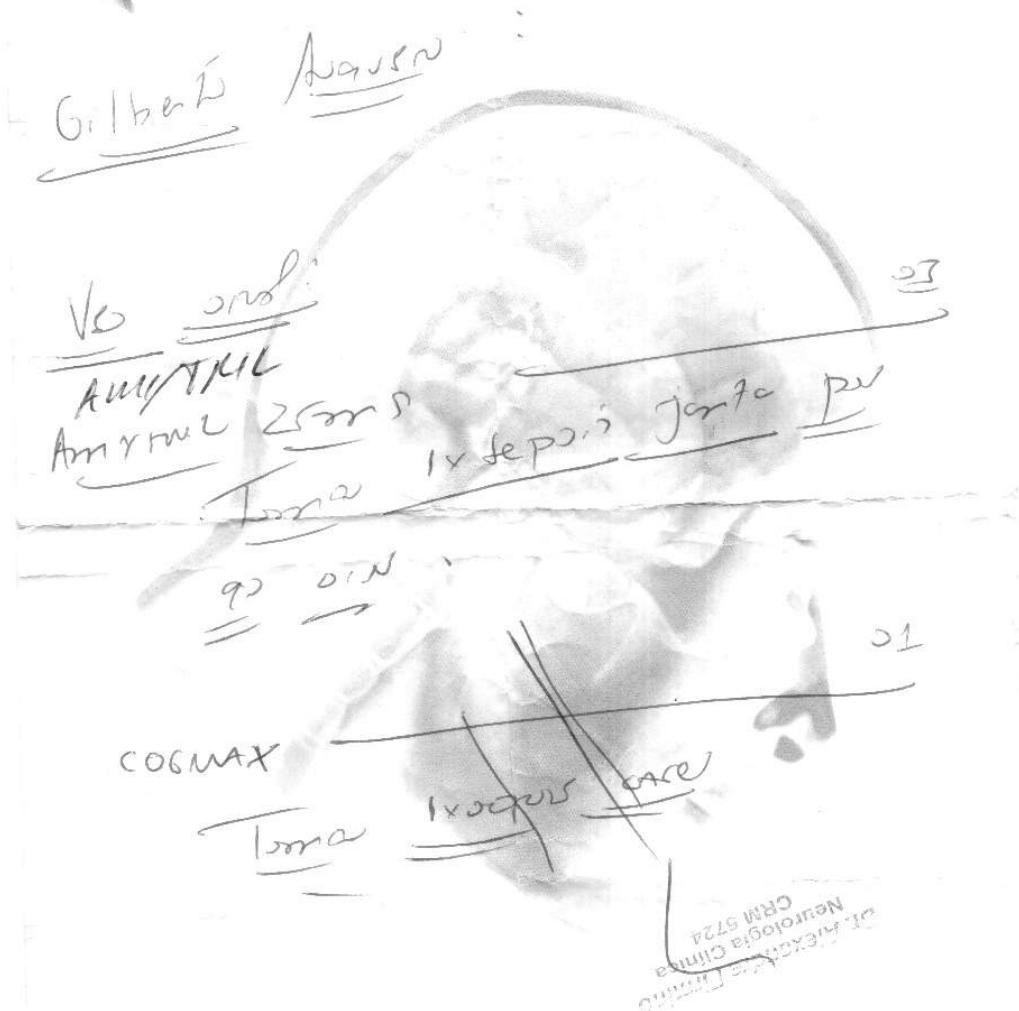
CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 8635.0313 / 9838.7422 - PATOS-PB.





**Dr. Alexandre Firmino**

Médico Neurologista Efetivo da Academia Brasileira de Neurologia  
CRM - 5724



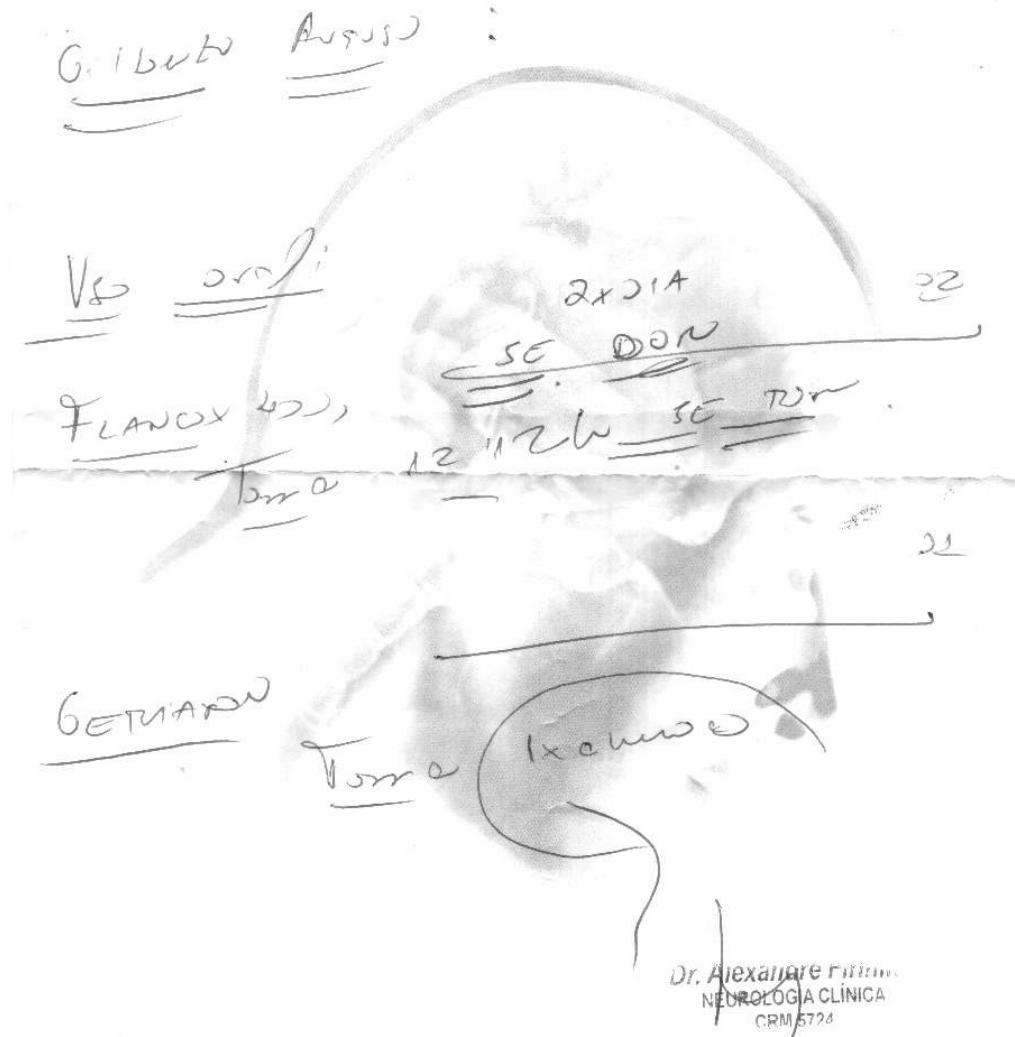
CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 9 8635.0313 / 9 9838.7422 - PATOS-PB.





**Dr. Alexandre Firmino**

Médico Neurologista Efectivo da Academia Brasileira de Neurologia  
CRM - 5724



CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 9 8635.0313 / 9 9838.7422 - PATOS-PB.





**Dr. Alexandre Firmino**  
CRM - 5724

Gilberto Anos do só só :

Vs oral:

Proftan les,

Tumor

z wz = se pdr

z

z

Amynt

25

Toma

12/11/20

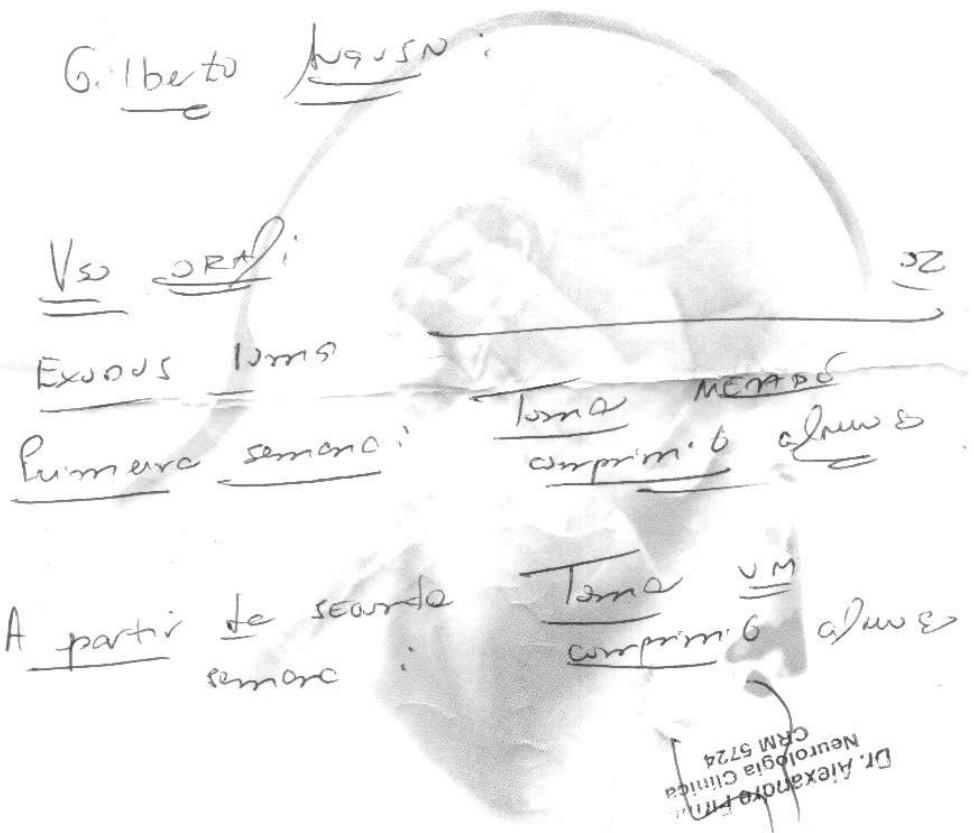
CRM 5724  
Neurologista  
Dr. Alexandre Firmino

CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 99838.7422 - PATOS-PB.





**Dr. Alexandre Firmino**  
Médico Neurologista Efetivo da Academia Brasileira de Neurologia  
CRM - 5724



CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 9 8635.0313 / 9 9838.7422 - PATOS-PB





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

CNPJ: 08.778.268/0001-60 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - CEP 58432-809 / Campina Grande - PB

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM:

Endereço:

Cidade:

Telefone:

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data:

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Assinatura e Carimbo do Médico

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

End.:

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone:

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

MOD 083

ASU0434264117

**Estado da Paraíba  
Secretaria da Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
3ª Superintendência Regional de Polícia  
15ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Polícia de Santa Luzia/PB**



Boletim de ocorrências



## CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a Ocorrência Policial Nº 414/17, cujo teor passa a transcrever na íntegra: Nos DOIS dias do mês de AGOSTO do ano de DOIS MIL E DÉZESSETE, nesta cidade de Santa Luzia/PB, no Cartório desta Delegacia Distrital, onde presente estava a Autoridade Policial, RÔNIS FERNANDES FEITOSA, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão, ao final assinado às 15h10min compareceu GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS, brasileiro (a), casado (a), agricultor, com 50 anos de idade, nascido (a) aos 20.04.1967, natural de São José do Sabugi - PB, filho (a) de: Pedro Augusto dos Santos e Luzia Cesária Dantas dos Santos, residente no Sítio Rivera, S/N, Zona Rural, São José do Sabugi - PB, portador (a) da cédula de identidade RG nº 1.162.634 - SSP/RN, CPF nº 566.567.935-88, fone 83-9-9927-1725, a fim de prestar a seguinte Ocorrência: Que, no dia 29.01.2017, por volta das 21h30min, quando trafegava na estrada carroçável que liga a sede do Município ao Sítio Rivera, em uma motocicleta Marca: HONDA/CG 150 TITAN MIX KS, Ano: 2010/2010, Cor: VERMELHA, Chassi: 9C2KC1610AR062983, Placa: NOK-8639/PB, licenciada em nome de: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS, tendo caído ao chão, sendo conduzido inicialmente para o HOSPITAL E MATERNIDADE SINHÁ CARNEIRO, Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 67.320 de 30/01/2017 e em seguida transferido para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES; da cidade de Campina Grande – PB, conforme ATENDIMENTO URGÊNCIA PRONT. (B.E.) Nº 1.375.150 DE 30/01/2017. Nada mais havendo a constar encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, Escrivão de Polícia, que o dialei. O referido é verdade. Dou fé.

**TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL**  
referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante: Gilberto Augusto dos Santos

Santa Luzia/PB - 02 de Agosto de 2017.

APC - IREMAR FARIAS DE FIGUEIREDO  
Matrícula: 133.148-5

Matrícula: 133.148-5.

**C** Cartório Andrade 2.º Ofício  
A Serviço Notarial e Registral

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original que  
apresentado. Em testemunha da verdade.  
Santa Luzia-PB 19/09/2017 15:47:59.  
Luria Messias dos Santos Medeiros - Substituto  
[2017-003149] ENDR:R\$ 2,31 FARPENH:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 0,46  
Confira a autenticidade no <https://ssloboaital.tjpb.mt.br>

Rua: Abílio Nóbrega, 55, Centro.  
Santos-Luzia-PB, CEP - 58600-000.  
Email: caroncarvalho@yahoo.com.br

SINGAPORE LITERATURE

JY-011-2017 09:48 361726 17



## BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.  
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: Nº 034.378.952



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

### DADOS DO CLIENTE

ANTONIA JOSINEIA DA SILVA  
RUA FRANCISCO ALVES MARTINS 250  
SANTA LUZIA

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/368352-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
NOV/2019	19/11/2019	128	26/11/2019	R\$ 120,57

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 08747.740176 6 80850000012057				
Pagador: ANTONIA JOSINEIA DA SILVA CNPJ/CPF: 968.663.572-68				
RUA FRANCISCO ALVES MARTINS 250 - FREI DAMIAO - SANTA LUZIA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 26249120008747740	Nr Documento 000368352201911	Data Vencimento 26/11/2019	Valor do Documento R\$ 120,57	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA 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: NATHALIE DA NOBREGA MEDEIROS - 21/11/2019 10:16:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112110160724400000025500279>  
Número do documento: 19112110160724400000025500279

Num. 26401216 - Pág. 1



Tribunal de Justiça da Paraíba - 1º Grau  
Processo Judicial Eletrônico - 1º Grau  
**Comprovante de protocolo**

#### Processo

Número do processo: **0800114-55.2019.8.15.0321**  
Órgão julgador: **Vara Única de Santa Luzia**  
Jurisdição: **Santa Luzia - Fórum de Santa Luzia**  
Classe: **INTERDIÇÃO (58)**  
Assunto principal: **Tutela e Curatela**  
Valor da causa: **R\$ 998,00**  
Partes: **GILVANIA MASCENA DOS SANTOS (089.726.924-17)**  
**GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS (566.567.935-68)**

#### Audiência

Documentos protocolados	Tipo	Tamanho (KB)
Petição Inicial	Petição Inicial	0,06
Petição - Interdição.pdf	Outros Documentos	174,33
Procuração - Declarações.pdf	Outros Documentos	660,87
Documentos Pessoais - Autor.pdf	Outros Documentos	845,95
Documentos Pessoais.pdf	Outros Documentos	247,33
Atestado Médico.pdf	Outros Documentos	352,82
Atestados e Laudos.pdf	Outros Documentos	523,61
Atestados Médico..pdf	Outros Documentos	738,42
Receita Medicamento.pdf	Outros Documentos	310,66
Comprovante de Residência.pdf	Outros Documentos	23,14
Guia Custas.pdf	Outros Documentos	26,07
Decisão	Decisão	37,08
Expediente	Expediente	37,08
Mandado	Mandado	1,46
Ofício	Ofício	37,08
Mandado	Mandado	6,17
Ofício	Ofício	0,41
Ofício CRAS 0800174622018.pdf	Ofício	33,18
Diligência	Diligência	2,96
114-55.pdf	Devolução de Mandado	29,69
Diligência	Diligência	3,01
114-55.pdf	Devolução de Mandado	29,69
Ofício	Ofício	0,44
Ofício CAPS 0800114552019.pdf	Ofício	46,70
Termo de Audiência	Termo de Audiência	0,27
Termo de audiência 0800114552019.pdf	Termo de Audiência	51,46
Ofício	Ofício	0,29
Ofício CAPS 0800114552019.pdf	Ofício	40,45
Mandado	Mandado	1,70
Diligência	Diligência	2,96
114-55.pdf	Devolução de Mandado	29,16
Certidão	Certidão	0,52
Ofício CAPS Perícia 0800114552019.pdf	Ofício	614,34
Despacho	Despacho	2,60
Certidão de Decurso de prazo	Certidão de Decurso de prazo	2,18



Assinado eletronicamente por: NATHALIE DA NOBREGA MEDEIROS - 21/11/2019 10:16:06  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112110160693200000025500281>  
Número do documento: 19112110160693200000025500281

Num. 26401218 - Pág. 1

Mandado	Mandado	2,03
Diligência	Diligência	1,85
Felipe 6.pdf	Diligência	19,81
Certidão de Decurso de prazo	Certidão de Decurso de prazo	2,21
Despacho	Despacho	2,28
Despacho	Despacho	2,28
Contestação	Contestação	31,49
Despacho	Despacho	2,32
Cota	Cota	3,63
Despacho	Despacho	3,63
Petição	Petição	1,46
Endereço Gilvania.pdf	Outros Documentos	21,74
Mandado	Mandado	3,63
Diligência	Diligência	2,27

Assuntos	Lei
DIREITO CIVIL (899) / FAMÍLIA (5626) / Tutela e Curatel	Lei 10406/02

REQUERENTE	REQUERIDO
NATHALIE DA NOBREGA MEDEIROS (Advogada) GILVANIA MASCENA DOS SANTOS	GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS FELIPE ANDRE HONORATO NOBREGA (Advogado)

Complemento	Valor
Número da guia de custas:	
Número da guia de custas:	

Distribuído em: 07/02/2019 11:06

Protocolado por: NATHALIE DA NOBREGA MEDEIROS



Assinado eletronicamente por: NATHALIE DA NOBREGA MEDEIROS - 21/11/2019 10:16:06  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112110160693200000025500281>  
 Número do documento: 19112110160693200000025500281

Num. 26401218 - Pág. 2

30/01/2017

HTCG-Painel Administração Lider PRONTIF 09-01-2017 08:48 361741 1/1

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



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1375150

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mairinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 30/01/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Mirella De Sousa Melo

PACIENTE: GILBERTO AUGUSTO

CEP:58100000

Nascimento:20/05/1967

DOS SANTOS

Endereço:RUA PRESIDENTE CASTELO BRANCO

Sexo:M

Idade:949

Bairro:CENTRO



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

SERIENNR. LIDER DRUCK UF 30-011-2017 09:49 361742 1/1

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

1375161

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30/01/12	① Dista. Zero. ② SG SY - 1000 ml p/ EV 12/12h.	PTC	
	Naq. (10L) - 20 ml p/ EV 12/12h.	PTC	
	KCE 10L - 10 ml p/ EV 12/12h.	PTC	
	③ Diprospan 1g EV b/bis, S/N, ④ Kineplex 1amp EV 8/8h, S/N ⑤ Cetirizina 10mg EV qds. ⑥ Hapt. 0,6mg + cônus 1/2 SC - Conferindo protocolo.	PTC	
	⑦ R64 SOY: Tomar EV se Hgt < 10	PTC	
	⑧ Aten. 1000ml p/ EV se Hgt < 10 Hgt > 1000 ml p/ EV p/ 1000.	PTC	
	⑨ Fumadenosil 100 mcg EV qd.	PTC	
	⑩ CC G6 e obstrus. renal.	PTC	
	<i>JF</i>		
	TOMAS CASTRO		
	CRM 7742		

MOD. D3



30/01/2017

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

SESSÃO DE LIBER DIRET. UF 29-01-2017 09:49 361743 1/1

TC - Crânio

Hematoma subdural esquerdo, com  
falso de lama de espessura, com dorso  
significativa da lesão mediana.  
Confluentes das duas linhas.  
Ausência de níveis de fulgura.  
Contorno irregular.

CD: Só temos crise unidirecional da  
memória.

Dr. Tomas Castro  
CRM 4742.

DESTINO DO PACIENTE

1 1 hs : hs

SERViÇOS REALiZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

IDADE

CBQ

- Centro cirúrgico
- Internação (setor)
- Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

- Até o paciente ou responsável (quando necessário)



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Cleber Augusto dos Santos		
End:	Av. Dom Pedro II - Bairro: Centro		
Data de Nascimento:	20-04-67	Documento de Identificação:	ST 323456789
Queixa:	Dor		
Data do Atend.:	30/01/18	Hora:	21:42
Documento:			
Acidente de trabalho?	( ) Sim	(x) Não	

### Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo   Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente

Frequência respiratória:

Pressão arterial:

Dosagem de HGT:

Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

Temperatura axilar:

Mucosas:

( ) Normocorada ( ) Pálida

### Estratificação

MOD. 110

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

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

CIRURGICO ( )  
Assinatura e carimbo do profissional

**Diagnóstico**

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

MOD. 03





#### **RESULTADOS ESPERADOS:**

**REGISTROS: VIDE CONTROLE DE ENFERMAGEM**

**INTERCORRÉNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA**      **INTERCORRÉNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA**

SEARCHED INDEXED SERIALIZED FILED 30-05-2017 09:49 361747





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA VERMELHA

BOLETIM DE ENFERMAGEM										
1. NOME:	Gilberto Augusto dos Santos									
IDADE:	49	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:		01 / 02 / 17	as	:	h	
SETOR:	A - Vermelha				LEITO: 18					
2. DIAGNÓSTICO MÉDICO:	TCE + HSDA									
3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:										
4. ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:							
5. USO DE DISPOSITIVO:	SONDAS: SVD <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TRAQUEOST <input type="checkbox"/> VENOSO: ACESSO V. CENTRAL <input type="checkbox"/> ACESSO V. PERIFÉRICO <input checked="" type="checkbox"/> DRENOS: DRENOT <input type="checkbox"/> DRENO VAC <input type="checkbox"/> DRENO SUCCÃO <input type="checkbox"/>									
6. DADOS VITais	VPA: controles	T:	FR:	FC:	PESO:					
7. RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO:	ALTISSIMO RISCO <input type="checkbox"/>	ALTO RISCO <input checked="" type="checkbox"/>	RISCO MODERADO <input type="checkbox"/>	BAIXO RISCO <input type="checkbox"/>	SEM RISCO <input type="checkbox"/>					
7.1 PRESENÇA DE ÚLCERA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	ESTÁGIO:	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>						
8. SISTEMA CARDÍACO:	BRADICARDIA <input type="checkbox"/>	TAQUICARDIA <input type="checkbox"/>	ARRITMIA <input type="checkbox"/>	PRECORDIALGIA <input type="checkbox"/>	RITMO NORMAL <input type="checkbox"/>					
9. SISTEMA NEUROLOGICO:	COMATOSO <input type="checkbox"/>	SEDADO <input type="checkbox"/>	TORPOROSO <input type="checkbox"/>	LETARGICO <input type="checkbox"/>	DESORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>			
9.1 DÉFICIT MOTOR:	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO LEITO <input checked="" type="checkbox"/>	SEM DÉFICIT MOTOR <input type="checkbox"/>					
10. SISTEMA RESPIRATÓRIO:	VENT. ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/>	DISPÉICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/>	EUPNEICO <input type="checkbox"/>	BRAOPNEICO <input type="checkbox"/>	VENT. MECAN. INV <input type="checkbox"/>				
10.1 AUSCULTA:	RONCO <input type="checkbox"/>	SIBILOS <input type="checkbox"/>	ESTERTORES <input type="checkbox"/>	NORMAL <input type="checkbox"/>						
11. SIST. GENITOURINÁRIO: (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>						
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	HEMATÚRIA <input type="checkbox"/>						
12. SIST. GASTROINTESTINAL: Evacuações	PRESENTES <input type="checkbox"/>	AUSENTES <input checked="" type="checkbox"/>	DIARREIA <input type="checkbox"/>	CONSTIPADO <input type="checkbox"/>	MELENA <input type="checkbox"/>					
12.1 ABDOME	PLANO <input type="checkbox"/>	FLACIDO <input checked="" type="checkbox"/>	GLOBO <input type="checkbox"/>	DISTENDIDO <input type="checkbox"/>	COLOSTOMIA <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>				
13. ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>						
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM										
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: Agitadas + Sessões Juntas / Inverno									
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:									
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: Exposição ambiental à patógenos / Disp. infecc.									
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:									
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:									
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:									
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDIACO DIMINUÍDO	CD/FR:									
<input type="checkbox"/> RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	CD/FR:									
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR:									
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:									
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:									
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR: Ruptura na Pele								
<input type="checkbox"/> RISCO DE TRAUMA VASCULAR	CD/FR:									
<input type="checkbox"/>	CD/FR:									
<input type="checkbox"/>	CD/FR:									
<input type="checkbox"/>	CD/FR:									
<input type="checkbox"/>	CD/FR:									
ASSINATURA DA ENFERMEIRA RESPONSÁVEL	Assinatura: Gilberto M. Bezerra									
PRSCRIÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO				ASSINATURA					
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITAIS	614L									
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BALANÇO HÍDRICO	13112L									
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA	616R									
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSEPTICA SE HOUVER SUJIDADE	Rotina									
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES	Contínuo									
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE	II									
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS	II									
<input type="checkbox"/> PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE										

2019-11-21 10:16:06  
35-11-2017 09:49:32 148116

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA TECNOLÓGICA  
CONFERÊNCIA VIRTUAL PARA PARECERES TÉCNICOS

Manu Vagner  
Turno 98756 -  
1987



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

NOME: Gilberto Augusto dos Santos F.C.

14

MÍDICO  
— SETOR

18 DATA: 31/01/17





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Gilberto Antônio dos Santos

HD:

SETOR: Q.U.

LEITO: 13

DATA: 31/01/17

HORÁRIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	12H	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H			
P.ARTERIAL																										2	5	12H	
PULSOFIC																										55			
TEMPERATURA																										18			
RÉSPRACAO																										92%			
SAT. 02																													
PVC																													
PIA																													
HGT																													
SF 0,9%																													
SRL																													
SG 5%																													
SORO EXTRA																													
SEDACAO																													
ANALGESIA																													
MEDICAÇÕES																													
NORA																													
DORA																													
HEMODERIVADOS																													
NPT																													
	I	N	F	U	S	O	E	S	V	E	N	O	S	A															
DIETA																													
ÁGUA																													
MEDICAÇÕES	D	R	E	N	A	G	E	N	S																				
SINGAVÔMITOS																													
FESES																													
DIURESE																													
HEMODIALISE																													
DRENO TÓRAX D																													
DRENO TÓRAX E																													
DRENO SUCCÃO																													
D. CAVITARIO																													
DVE																													
GANHOS 12H DIA=																													
PERDAS 12H DIA=																													
BH DIA=																													
GANHOS 24H DIA=																													
PERDA 24H + 1000ML=																													
ASSINATURA:																													
ASSINATURA:																													



Sr(a): GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS  
Dr(a): TOMAS CATÃO MONTE  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000320181 RG: SALA VERMELHA  
Data: 30-01-2017 23:31 Origem: SALA VERMELHA  
Idade: 49 anos Destino: SALA VERMELHA

#### URÉIA

(DATA DA COLETA: 30/01/2017 23:53 )  
Resultado ..... 50 mg/dL  
Resultados anteriores:  
Material: Soro  
Método: Sistema Automatizado SELECTRA

De 15 A 41 mg/dL

Observação:

#### CREATININA

(DATA DA COLETA: 30/01/2017 23:53 )  
Resultado ..... 1,0 mg/dL

Recente-nato: 0,3 a 1,0 mg/dL  
Crianças...: 0,3 a 1,0 mg/dL  
Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dL  
EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuração  
da Creatinina  
e Sumário de  
urina.  
NOTA: O uso de medicamentos contendo  
dipirona e  
vitamina C podem alterar o  
resultado deste exame.

Resultados anteriores:  
Material: Soro  
Método: Automatizado CM 200 WIEKER

Emissão : 30/01/2017 23:34 - Página 1 de 1  
Processo: 35-001-2017-0049-361752-1





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Assinado eletronicamente por: NATHALIE DA NOBREGA MEDEIROS - 21/11/2019 10:16:06  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1911211016060200000025500303>  
Número do documento: 1911211016060200000025500303

Num. 26401240 - Pág. 2

Ind	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
	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							
	51							
	52							
	53							
	54							
	55							
	56							
	57							
	58							
	59							
	60							
	61							
	62							
	63							
	64							
	65							
	66							
	67							
	68							
	69							
	70							
	71							
	72							
	73							
	74							
	75							
	76							
	77							
	78							
	79							
	80							
	81							
	82							
	83							
	84							
	85							
	86							
	87							
	88							
	89							
	90							
	91							
	92							
	93							
	94							
	95							
	96							
	97							
	98							
	99							
	100							
	101							
	102							
	103							
	104							
	105							
	106							
	107							
	108							
	109							
	110							
	111							
	112							
	113							
	114							
	115							
	116							
	117							
	118							
	119							
	120							
	121							
	122							
	123							
	124							
	125							
	126							
	127							
	128							
	129							
	130							
	131							
	132							
	133							
	134							
	135							
	136							
	137							
	138							
	139							
	140							
	141							
	142							
	143							
	144							
	145							
	146							
	147							
	148							
	149							
	150							
	151							
	152							
	153							
	154							
	155							
	156							
	157							
	158							
	159							
	160							
	161							
	162							
	163							
	164							
	165							
	166							
	167							
	168							
	169							
	170							
	171							
	172							
	173							
	174							
	175							
	176							
	177							
	178							
	179							
	180							
	181							
	182							
	183							
	184							
	185							
	186							
	187							
	188							
	189							
	190							
	191							
	192							
	193							
	194							
	195							
	196							
	197							
	198							
	199							
	200							
	201							
	202							
	203							
	204							
	205							
	206							
	207							
	208							
	209							
	210							
	211							
	212							
	213							
	214							
	215							
	216							
	217							
	218							
	219							
	220							
	221							
	222							
	223							
	224							
	225							
	226							
	227							
	228							
	229							
	230							
	231							
	232							
	233							
	234							
	235							
	236							
	237							
	238							
	239							
	240							
	241							
	242							
	243							
	244							
	245							
	246							
	247							
	248							
	249							
	250							
	251							
	252							
	253							
	254							
	255							
	256					</		

 GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga - EMECT

**SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE**

286



**GOVERNO  
DA PARÁBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE**

Hospital de Emergência e Trauma do Pará

**SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE**  
**Hospital de Emergência e Trauma De-**

ALERGIA A DIPIRONA

pe / emboids 13: 4D Veig.  
da Alc. Venezuela Franç  
Avaliacan coating as  
Ouidado da lumberjack fronts

Dra. Patrícia P. de Almeida  
NEUROCIRURGIA  
CRM-PB 10.216

SEMIPROGRAM LITER SPJAT U 29-07-2017 09:39 361761 W





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

**Diagnóstico** NCF

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

1375161

Paciente	Guilherme Augusto dos Santos	Alojamento	Leito	Nº 8	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		

30/01/14	① Dexta Zeno. ② SG 5% - 1000 ml.	EV 12/12h.	PTC		
31	Nº 010% - 30 ml KCl 1% - 10 ml		09/01/14		
01	Dipirona 1g EV 6/6h EV - S/N				
02	Bumexen 100mg EV 8/8h S/N				
03	Amoxicilina Long EV 400mg				
04	Hgt 67cm e peso 41kg CPE SC				
05	RC H 50Y. gano EV 12/12h Hgt 210				
06	Atmancia O 1mce VO AR PAS				
07	160 ev pa 0.7 PAB 3 110.1				
08	Respiração 100-120 EV 6/6h				
09	CC 66 e descreve normal.				

J  
TONS CARAS  
CRM 7742

<b>NOME</b>	<b>Gilberto Augusto dos Santos</b>			<b>ENFERMAGEM</b>	<b>6</b>	<b>LEITO:</b>	<b>3</b>																																				
<b>IDADE</b>	<b>40 Anos</b>			<b>ADMISSÃO</b>	<b>HORA</b>																																						
<b>H. D.</b>	<b>TCE</b>																																										
<b>PROCEDÊNCIA:</b>																																											
<p>MOTIVO INTERNACÃO: <input type="checkbox"/> DVM <input type="checkbox"/> IRPA <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> I. Renal <input type="checkbox"/> Ceno Neuro <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> PNM</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Outros:</p> <p>ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> CRM <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Cirurgia</p> <p>HDAL:</p> <p><i>Puxante nasco lhe fez dor forte</i>  <i>Contracturante, pouco desencadeado</i>  <i>Sem dor, mas, dormitando.</i></p>																																											
<p>DRENO: <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Pneumotoracico <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante, Débilo</p> <p>Perfuso: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente</p> <p><input type="checkbox"/> Edema Regional: <input type="checkbox"/> Caxios</p>																																											
<p><b>CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CD:</th> <th><input type="checkbox"/> THB</th> <th><input type="checkbox"/> TEP <small>Assist.</small></th> <th><input type="checkbox"/> TEP <small>Ass.</small></th> <th><input type="checkbox"/> VNI</th> <th><input type="checkbox"/> O2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aspiração</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Desenvolvimento</td> <td><input type="checkbox"/> Cinostoterapia</td> </tr> <tr> <td>Treino de Marcha</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Orientações</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Treino equilíbrio</td> <td><input type="checkbox"/> Transferências</td> </tr> <tr> <td>Ondostatismo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Marcha</td> <td><input type="checkbox"/> Estimulação sensorial</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Secesiação</td> </tr> <tr> <td>Postureamento:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Treino Music. Pró decambulacão</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Outros:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>								CD:	<input type="checkbox"/> THB	<input type="checkbox"/> TEP <small>Assist.</small>	<input type="checkbox"/> TEP <small>Ass.</small>	<input type="checkbox"/> VNI	<input type="checkbox"/> O2	Aspiração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desenvolvimento	<input type="checkbox"/> Cinostoterapia	Treino de Marcha	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Orientações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Treino equilíbrio	<input type="checkbox"/> Transferências	Ondostatismo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Marcha	<input type="checkbox"/> Estimulação sensorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Secesiação	Postureamento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Treino Music. Pró decambulacão	<input type="checkbox"/>	Outros:	<input type="checkbox"/>				
CD:	<input type="checkbox"/> THB	<input type="checkbox"/> TEP <small>Assist.</small>	<input type="checkbox"/> TEP <small>Ass.</small>	<input type="checkbox"/> VNI	<input type="checkbox"/> O2																																						
Aspiração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desenvolvimento	<input type="checkbox"/> Cinostoterapia																																						
Treino de Marcha	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Orientações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Treino equilíbrio	<input type="checkbox"/> Transferências																																						
Ondostatismo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Marcha	<input type="checkbox"/> Estimulação sensorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Secesiação																																						
Postureamento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Treino Music. Pró decambulacão	<input type="checkbox"/>																																						
Outros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<p>SV: <input type="checkbox"/> FC <small>bpm</small> <input type="checkbox"/> FR <small>lpm</small> <input type="checkbox"/> PA: <small>mmHg</small></p> <p>ESTADO GERAL: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo</p> <p>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso Glasgow</p> <p>Tônus: <input type="checkbox"/> Hipo <input checked="" type="checkbox"/> Hiper <input checked="" type="checkbox"/> Normal</p> <p>Reflexos: <input type="checkbox"/> Aumentos <input type="checkbox"/> Diminuidos <input checked="" type="checkbox"/> Normal</p> <p>Bioquímicos Aditivos (Regis/See)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Espasmo <input type="checkbox"/> Sem alterações</li> </ul> <p>SUporte VENTILATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TOT <small>(Sem TOT)</small> <input type="checkbox"/> DVM <input type="checkbox"/> DVI</p> <p>D2 SUPLEMENTAR: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> OCEN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Másc. Simples <input type="checkbox"/> Másc./Sistema de Venturi <small>%</small></p> <p>OMásc. Reinaleração parcial. <input type="checkbox"/> OMásc. não Reinaleração <input type="checkbox"/> Másc. de Reservatório. Fluxo <small>l/min</small></p> <p>DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> Tragéias supracardíacas <input type="checkbox"/> Tragéias intercostais <input type="checkbox"/> Tragéias subcostais</p> <p>Obstrução do nariz, acessoário Insp./Exp. <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Rosp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estridor <small>- N+</small></p> <p>OBSTRUÇÃO DE VAS: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>PADRÃO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diaphragmático <input type="checkbox"/> Mistº <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superficial</p> <p>EXPANSIBILIDADE TORÁTICA: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica</p> <p>Ausculta Pulmonar: <input checked="" type="checkbox"/> Ausculta <input checked="" type="checkbox"/> Ausculta, PR <small>Ratio X Tônus:</small></p> <p>TOSSE: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Elétrica <input type="checkbox"/> Deglute <input type="checkbox"/> Expectorada <input type="checkbox"/> Ineficaz</p> <p>SECRETÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quantidade: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande.</p> <p>COMPOSIÇÃO: <input type="checkbox"/> Hialina <input type="checkbox"/> Mucóide <input type="checkbox"/> Muco-purulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sanguinolenta</p> <p>COR SECRETÃO: <input type="checkbox"/> Incolor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Marrom <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Vermelha</p>																																											
<p><b>FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS</b></p> <p>DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO: <b>TCE</b></p> <p><i>* Enfarrinhação Tardia</i></p> <p>Campina Grande,</p> <p><i>Adm. H. da Matilde Gama Silveira FISIOTERAPISTA - F- CRÉDITO - F-</i></p>																																											

**GOVERNO  
DA PARÁBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE**

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga, Estreito

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

O'K  
NB 6-3

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes





**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM HILZ GONZAGA FERNANDES**

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HIDRÍCO

— SETOR

HORARIO: 7 10 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 12H 18H 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 12H DATA: 23/02/14  
SETOR: UOLME LETTO: 18 P. ARTERIAL: 130x97 PULSO/FEC: 83/180 TEMPERATURA: 36 RESPIRAÇÃO: 26 SAT. O2: 82% SAT. O2: 82% SAT. O2: 82%

SCHEIDWAN LIBRARY 38-011-2017 89:49 361757 V



03/02/17 7:30 - Pcte encontra consciente, orientado, sonolento, aceita  
PA = 94x90 dieta, eliminações presentes, realizado curativo  
em ombro D. Rendeez

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JAGUARIÚNA  
2010-00176946-361756-11





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA VERMELHA

BOLETIM DE ENFERMAGEM						02/02/17
1. NOME:	Gilberto Augusto dos Santos					
IDADE: 49	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:		LEITO: J8	I	as
SETOR:						h
2. DIAGNÓSTICO MÉDICO:	TCE + H.S.D.A					
3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:						
4. ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:			
5. USO DE DISPOSITIVO:						
VENOSO: ACESSO V. CENTRAL <input type="checkbox"/>	ACESSO V. PERIFÉRICO <input checked="" type="checkbox"/>		SONDAS: SVD <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SOG <input type="checkbox"/>	TOT <input type="checkbox"/>
DRENOS: DRENOTx <input type="checkbox"/>	ORENO VAC <input type="checkbox"/>		DRENO SUCCÃO <input type="checkbox"/>			
6. DADOS VITais PA: T: FR: FC: PESO:						
7. RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: ALTISSIMO RISCO <input type="checkbox"/>	ALTO RISCO <input type="checkbox"/>	RISCO MODERADO <input checked="" type="checkbox"/>	BAIXO RISCO <input type="checkbox"/>	SEM RISCO <input type="checkbox"/>		
7.1 PRESENÇA DE ÚLCERA: SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	ESTÁGIO: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>				
8. SISTEMA CARDIÁCO: BRADICARDIA <input type="checkbox"/>	TAQUICARDIA <input type="checkbox"/>	ARRITMIA <input type="checkbox"/>	PRECORDIALGIA <input type="checkbox"/>	RITMO NORMAL <input type="checkbox"/>		
9. SISTEMA NEUROLOGICO: COMATOSO <input type="checkbox"/>	SEDADO <input type="checkbox"/>	TORPOROSO <input type="checkbox"/>	LETARGICO <input type="checkbox"/>	DESORIENTADO <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>
9.1 DÉFICIT MOTOR: TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO LEITO <input checked="" type="checkbox"/>	SEM DÉFICIT MOTOR <input type="checkbox"/>		
10. SISTEMA RESPIRATÓRIO: VENT. ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/>	DISPÉICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	BRADPNÉICO <input type="checkbox"/>	VENT. MECAN. INV <input type="checkbox"/>	
10.1 AUSCULTA:	RONCO <input type="checkbox"/>	SIBILOS <input type="checkbox"/>	ESTERTORES <input type="checkbox"/>	NORMAL <input type="checkbox"/>		
11. SIST. GENITOURINÁRIO: (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>		
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	HEMATURIA <input type="checkbox"/>		
12. SIST. GASTROINTESTINAL: Evacuações	PRESENTES <input type="checkbox"/>	AUSENTES <input type="checkbox"/>	DIARREIA <input type="checkbox"/>	CONSTIPADO <input type="checkbox"/>	MELENA <input type="checkbox"/>	
12.1 ABDOME	PLANO <input checked="" type="checkbox"/>	FLACIDO <input checked="" type="checkbox"/>	GLOBOSO <input type="checkbox"/>	DISTENDIDO <input type="checkbox"/>	COLOSTOMIA <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>
13. ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>		CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM						
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: Agitação + Desorientação					
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: Procedimento invasivo					
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR: AUF					
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDIÁCO DIMINUIDO	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE TRAUMA VASCULAR	CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	CD/FR:					

CD: CARACTÉRISTICA DEFINIDORA  
FR: FATOR RELACIONADO

**ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL**

**PREScrição DA ENFERMAGEM**

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITais	4/4	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BALANÇO HÍDRICO	12/12	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA	6/6	
<input type="checkbox"/> REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA SE HOUVER SUJIDADE		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES		
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE		
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS		
<input checked="" type="checkbox"/> PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE		

MOP 124



卷之三



CÔES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO

Paciente mulher 66, segue com 600 ml/24h.  
Na jete e na urina, com uriníctas, por  
necessidade constante, profunda.

Vaso cistostomia  
Caren 24h

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TOT	SNE	SNG	DRENOS

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TOT	SNE	SNG	DRENOS

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TOT	SNE	SNG	DRENOS

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TOT	SNE	SNG	DRENOS

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TOT	SNE	SNG	DRENOS

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TOT	SNE	SNG	DRENOS

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TOT	SNE	SNG	DRENOS

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TOT	SNE	SNG	DRENOS

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TOT	SNE	SNG	DRENOS

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TOT	SNE	SNG	DRENOS

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TOT	SNE	SNG	DRENOS

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TOT	SNE	SNG	DRENOS

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TOT	SNE	SNG	DRENOS

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

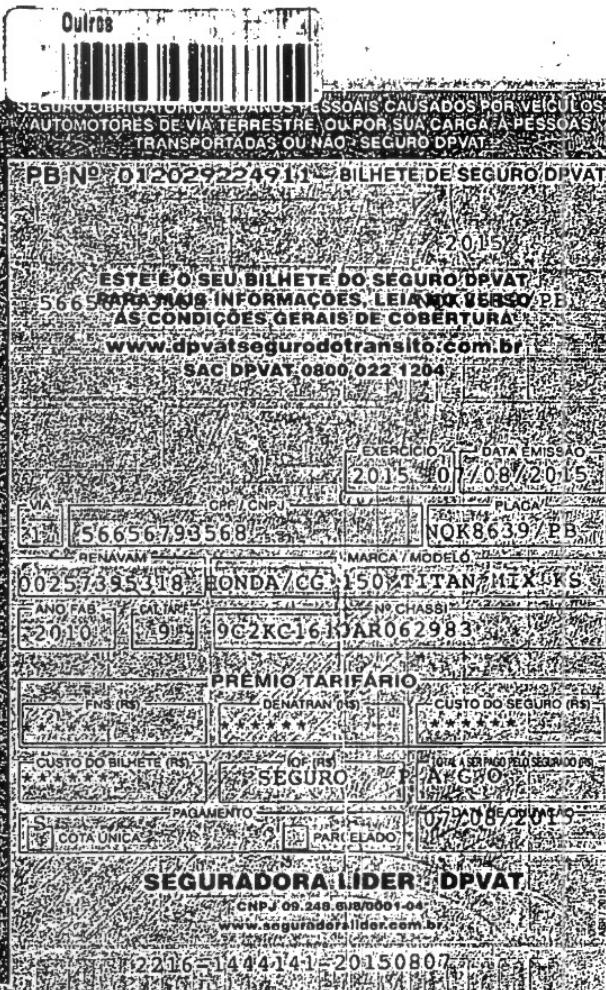
SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TOT	SNE	SNG	DRENOS

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TOT	SNE	SNG	DRENOS



08-0017-2017 09:58 361267 11

THE SURROGATE LIDER GROUP LF



 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via da parte)
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Número do boleto:</b> 032.8.19.01076/01
	Santa Luzia	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 21/11/2019
<b>Número da guia:</b> 032.2019.601076 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 30/11/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.012,60 <b>Promovente:</b> Gilberto Augusto dos Santos - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,63
			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.216,45
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
 <p>866600000123 164509283184 520191130035 281901076014</p>			<b>Valor final:</b> R\$ 1.216,45

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do processo)
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Número do boleto:</b> 032.8.19.01076/01
	Santa Luzia	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 21/11/2019
<b>Número da guia:</b> 032.2019.601076 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 30/11/2019
<b>Promovente:</b> Gilberto Augusto dos Santos <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT SA			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,63
<b>Detalhamento:</b>			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.216,45
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
			<b>Valor final:</b> R\$ 1.216,45

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do banco)
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Número do boleto:</b> 032.8.19.01076/01
	Santa Luzia	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 21/11/2019
<b>Número da guia:</b> 032.2019.601076 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 30/11/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.012,60 <b>Promovente:</b> Gilberto Augusto dos Santos - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,63
			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.216,45
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
 <p>866600000123 164509283184 520191130035 281901076014</p>			<b>Valor final:</b> R\$ 1.216,45





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

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 032.2019.601076

**Data Vencimento:** 30/11/2019

**Data Emissão:** 21/11/2019

**Comarca:** Santa Luzia

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

**Promovente:** Gilberto Augusto dos Santos

**Promovido:** SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT SA

**Valor da Causa:** R\$ 13.500,00

**Despesas Processuais:** R\$ 0,00

**Custas:** R\$ 1.012,60

**Taxa:** R\$ 202,50

**Total da Guia:** R\$ 1.215,10

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

---

Servidor

**APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.**



Assinado eletronicamente por: NATHALIE DA NOBREGA MEDEIROS - 21/11/2019 10:16:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112110160826700000025500306>  
Número do documento: 19112110160826700000025500306

Num. 26401243 - Pág. 2



Prefeitura Municipal de Santa Luzia  
Secretaria Municipal de Saúde  
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I

Rua José Alves Dantas, Nº228, Bairro: Antônio Bento de Moraes, Santa Luzia - PB.

CEP: 58.600-000 CNPJ: 09090689/0001-67

Telefone: (83) 9355-8058



Ofício Nº. 026/2019

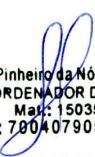
Santa Luzia/PB, 12 de março de 2019

**MM° DRº.  
ROSSINI AMORIM BASTOS  
Juiz de Direito  
Comarca de Santa Luzia/PB**

Excelentíssimo Senhor Juiz,

Venho muito respeitosamente através deste ofício encaminhar perícia médica-psiquiátrica realizada no sr. Gilberto Augusto dos Santos conforme processo de interdição (58) 0800114-55.2019.8.15.0321.

Sem mais para o momento renovamos votos de elevada estima e consideração.

  
Luciano Pinheiro da Nóbrega Júnior  
COORDENADOR DO CAPS  
Mat.: 150351  
CNS.: 700407905325750

**LUCIANO PINHEIRO DA NÓBREGA JUNIOR**  
Coordenador Geral do CAPS I



Assinado eletronicamente por: NATHALIE DA NOBREGA MEDEIROS - 21/11/2019 10:16:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112110160704100000025500309>  
Número do documento: 19112110160704100000025500309

Num. 26401246 - Pág. 1

**QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS PELO MÉDICO PSIQUIATRA:**

**Interditando(a): GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS**

1.O(a) interditando(a) sofre de alguma deficiência mental?

R/

*SIM*

2.Se positivo o quesito anterior, qual o CID dessa enfermidade.

R/

*F 07-2  
S 06.0*

3.Essa enfermidade impede o interditando de gerir sua própria pessoa?

R/

*SIM*

4.Essa enfermidade do interditando gerir seus bens e negócios?

R/

*SIM*

5.Essa enfermidade é irreversível?

R/

*SIM*

Santa Luzia – PB, (data e assinatura eletrônicas).

ROSSINI AMORIM BASTOS

Juiz de Direito

*Santa Luzia - PB  
12/03/2019*

*Rubem Darlyson Rocha  
Médico Psiquiatra  
CRM-PB 6721 / CRM-PE 17.507*



**MERITÍSSIMO JUÍZO DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE  
SANTA LUZIA, ESTADO DA PARAÍBA.**

**GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS**, brasileiro, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº. 1.162.634 – SSP/RN, inscrito no CPF/ME sob o nº. 566.567.935-68, neste ato representado por sua curadora provisória (cf. termo em anexo) **GILVÂNIA MACENA DOS SANTOS**, brasileira, casada, autônoma, portadora da Cédula de Identidade nº. 3.563.913 – SSDS/PB, inscrita no CPF/ME sob o nº. 089.726.924-17, ambos residentes e domiciliados na Rua Francisco Alves Martins, nº. 250, bairro Frei Damião, Município de Santa Luzia/PB, CEP 58.600-000, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, através de seus advogados que esta assinam digitalmente, propor a presente

## AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

com fulcro na Lei nº. 6.194/74, alterada pelas Leis nº. 11.482/07 e nº. 11.945/2009, em face da **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT SA**, pessoal jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 09.248.608/0001-04, com endereço para citação/intimações na Rua da Assembleia, nº. 100, 26º. andar, bairro Centro, Município do Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.011-904, pelas razões fáticas e jurídicas que passo a expor:

## I – DA JUSTIÇA GRATUITA

*Ab initio*, sob as penas da Lei, o autor declara que não está em condições de arcar com as custas do processo sem prejuízo do sustento próprio e/ou de sua família. Por esse motivo, respaldada nas garantias constitucionais do acesso à justiça (art. 5.º, LXXIV, CF), e ainda, com base na Lei Federal nº. 1.060/50 requer o benefício da JUSTIÇA GRATUITA.

**Rua Eduardo Gentil de Medeiros, nº: 182, Antônio Bento de Moraes, Santa Luzia/PB, CEP 58.600-000.**



## **II – DA SUCINTA NARRATIVA FÁTICA**

---

O autor foi vítima de um acidente de trânsito em 29 de Janeiro de 2017 e ingressou com o pedido administrativo perante a seguradora demandada com o objetivo de perceber o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT.

Pois bem. **O Sinistro foi registrado sob o nº. 3170630172** e, após todo o transcurso do processo administrativo, a seguradora demandada entendeu que o autor não fazia jus ao recebimento da indenização.

É importante esclarecer que a seguradora demandada não enviou a carta comunicando o indeferimento do processo administrativo e, mesmo após inúmeras solicitações, conforme comprovante em anexo, ainda não foi enviada ao autor e este ainda não sabe qual a fundamentação utilizada para negar o pagamento da indenização, apesar de ter enviado toda a documentação solicitada e de ter recebido a cópia integral do processo administrativo, que segue em anexo.

Contudo, o entendimento negativo da seguradora demandada não merece prosperar, uma vez que o autor preenche os requisitos para o recebimento do **SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ PERMANENTE**, foi devidamente apresentado a cópia dos documentos pessoais, Boletim de Ocorrência Policial, Documentação Médico Hospitalar, Formulário do Pedido do Seguro DPVAT, comprovantes de residência e bancário e entre outros.

Ressalta-se que o requerente sofreu graves lesões decorrentes do acidente portador de sequela de **TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO**, apresentando déficit de atenção, compreensão, coordenação motora e marcha, além de afasia. O mesmo após o acidente encontra-se em acompanhamento médico contínuo e faz uso de medicamentos de controle especial.

Apresenta ainda atestado médico psiquiátrico que comprova quadro neuropsicopatológico compatível com o CID F07.2 – **SINDROME PÓS TRAUMÁTICA**, caracterizada por inúmeros sintomas, como dificuldades de concentração, de realizar tarefas mentais, alteração da memória, insônia, diminuição da tolerância ao estresse, às emoções, cefaleia, vertigens, fadiga, irritabilidade, tudo isso devido a traumatismo craniano encefálico. Apresenta ainda enfermidade descrita

---

📞 (83) 9-9816.3838. 📞 (84) 9-9963.1500.

Rua Eduardo Gentil de Medeiros, nº. 182. Antônio Bento de Moraes. Santa Luzia/PB. CEP 58.600-000.



pelo CID S06.0 que corresponde a CONCUSSÃO CEREBRAL apresentando sequelas neurológicas como hemiparesia complexa a direita, afasia mista e etc.

Em virtude disso, o requerente encontra-se impossibilitado para o trabalho e consequentemente sem capacidade civil plena para gerir sua vida independente e sem o auxílio de terceiros, além de estar incapacitado para exercer atividades laborativas e assim auferir os rendimentos necessários para realização de tratamento de saúde adequado, bem como para manter-se com dignidade diante de suas restrições, em decorrência da enfermidade da qual se tornou portador após o acidente, vivendo com medicamentos, de uso continuo e ininterrupto, o que o impossibilita de reger sua própria vida.

Decorrente dessa sua condição, foi protocolado Ação de Interdição em face do requerente, movida por sua filha, pessoa que lhe dirige todos os cuidados, processo de nº 0800114-55.2019.4.05.8205, no qual o laudo médico pericial já reconhece a sua incapacidade total e permanente, confirmando as CIDs apresentadas nos atestados médicos e descritas nestes fatos.

Restou devidamente comprovado que após o acidente o requerente passou a ser portador de enfermidade irreversível que o impede de gerir sua própria pessoas, bens e negócios, tornando-o incapacitado civilmente .

No caso em análise, é direito do autor receber uma indenização ante os danos que lhe foram causados pelo acidente sofrido, que teve sérias complicações.

Assim, o autor faz jus ao recebimento de indenização referente ao seguro DPVAT no montante total ao indicado na tabela trazida pela Lei nº. 11.945 de 05 de junho de 2009, uma vez que o dano pessoal causado à ele foi bastante grave.

---

📞 (83) 9-9816.3838. 📞 (84) 9-9963.1500.

Rua Eduardo Gentil de Medeiros, nº. 182. Antônio Bento de Moraes. Santa Luzia/PB. CEP 58.600-000.



### **III – DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO**

---

O Art. 5º da Lei 6.194/74 relata que o pagamento da indenização referente ao seguro obrigatório será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, vejamos:

*Art. 5º - O pagamento de indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.*

Ademais, pontifica o art. 7º da Lei 6.194/74 ao estabelecer que:

*Art. 7º- A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, por seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido será pago nos mesmos valores, condição e prazo dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.*

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do Prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na corte do Superior Tribunal de Justiça. Vejamos:

*“STJ. Súmula 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES (DPVAT) não é motivo para recusa do pagamento da indenização”.*

Sendo assim, é incontroversa a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão somente exigir prova de fato e suas

---

☎ (83) 9-9816.3838. ☎ (84) 9-9963.1500.

Rua Eduardo Gentil de Medeiros, nº. 182. Antônio Bento de Moraes. Santa Luzia/PB. CEP 58.600-000.



consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

De tal forma, seguem anexos os documentos médico-hospitalares, além do registro policial do acidente de trânsito que ocasionou danos pessoais ao autor e demais comprovantes que ratificam as sequelas que causaram enfermidade permanentes e irreversíveis que geraram a incapacidade total do requerente para o exercício de atividades laborativas e para práticas dos atos da vida civil.

#### **IV – DO QUANTUM INDENIZATÓRIO**

---

A vigente redação da Lei nº 6.194/74 resultado das modificações oriundas das medidas Provisórias nº 340/2006 (convalidada pela Lei nº. 11.482/2007) e nº. 451/2008 (Lei nº 11.945/2009), dispõe que o seguro DPVAT destina-se a indenizar os seguintes danos, nos valores:

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

*(...)*

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

*§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidentes e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o dispositivo abaixo: (Incluído pela Lei 11.945, de 2009).*

*I – quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da*

---

 (83) 9-9816.3838.  (84) 9-9963.1500.

Rua Eduardo Gentil de Medeiros, nº. 182. Antônio Bento de Moraes. Santa Luzia/PB. CEP 58.600-000.



*aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura, e (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).*

A tabela a que se refere o dispositivo figura agora como anexo à Lei nº 6.194/74 e está assim desenhada:

<b>ANEXO</b> <b>(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)</b> <b>(acrescidos pela Lei nº 11.945 de 05 de junho de 2009)</b>	
<b>Danos Corporais Totais</b> <b>Repercussão na Integra do Patrimônio Físico</b>	<b>Percentual da Perda</b>
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica.	100

<b>ANEXO</b> <b>(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)</b> <b>(acrescidos pela Lei nº 11.945 de 05 de junho de 2009)</b>	
<b>Danos Corporais Totais</b> <b>Repercussão na Integra do Patrimônio Físico</b> Lesões de órgãos e estruturas craniofaciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	<b>Percentual da Perda</b> <b>100</b>

Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentual da Perda
<b>Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos</b>	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos do pé	

## Danos Corporais Segmentares (Parciais)



Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentual da Perda
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

## V – DA PERÍCIA

---

Diante da situação fática, se o Douto Julgador entender a necessidade de prova pericial, segue os quesitos que deverão ser respondidos pelo(a) perito(a):

- a) Quais as lesões sofridas pelo autor?
- b) As lesões decorreram de acidente de trânsito?
- c) Essas lesões tornaram algum membro ou função deficiente? Totalmente ou em parte? Em que percentual?
- d) Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou de mobilidade?
- e) A incapacidade se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetado ou é incompleta?
- f) No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacidade mobilidade e laborativa é intensa (75%), média (50%), leve (25%) ou residual (10%)?

## VI – DOS PEDIDOS

---

Diante do que foi exposto, requer a parte autora, que Vossa Excelência se digne em:

- a. Ordenar a citação da ré, por seu representante legal, para querendo, oferecer resposta à presente ação, sob pena de confissão e revelia;



**b.** Reconhecer a sua hipossuficiência, a teor do que dispõe o art. 6º, VIII, do Código de Proteção e Defesa do Consumidor, invertendo-se o ônus da prova;

**c.** Determinar, caso Vossa Excelência entenda necessário, a perícia médica, oportunidade em que devem ser respondidos os quesitos do item acima mencionado e que a demandada seja obrigada a arcar com os honorários periciais sob pena de revelia ou confissão ficta dos fatos narrados pela autora na inicial;

**d.** Julgar a presente ação procedente em sua totalidade, condenando a Ré a pagar a autora uma indenização, conforme atual tabela de invalidez, acrescido de juros de mora e correção monetária, em conformidade com as Súmulas 43 e 54 do Colendo Superior Tribunal de Justiça;

**e.** Condenar a parte Ré ao pagamento dos honorários sucumbenciais, arbitrados em 20% sob o valor da condenação, com fulcro no NCPC.

Protesta provar por todos os meios de prova em direito admitidas, especialmente prova documental e depoimento pessoal do preposto da Ré, ulterior juntada de documentos e oitivas de testemunhas, se entender necessário.

Dá-se a causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

N. termos,  
Aguarda deferimento.

Santa Luzia/PB, 21 de novembro de 2019.

---

Nathalie da Nóbrega Medeiros  
OAB/PB 17.190

Diego Pablo Maia Baltazar  
OAB/RN 12.937

---

---

Telefone: (83) 9-9816.3838. Telefone: (84) 9-9963.1500.  
Rua Eduardo Gentil de Medeiros, nº. 182. Antônio Bento de Moraes. Santa Luzia/PB. CEP 58.600-000.



---

**NÓBREGA & BALTAZAR ADVOCACIA**

---

---

☎ (83) 9-9816.3838. ☎ (84) 9-9963.1500.

Rua Eduardo Gentil de Medeiros, nº. 182. Antônio Bento de Moraes. Santa Luzia/PB. CEP 58.600-000.



Assinado eletronicamente por: NATHALIE DA NOBREGA MEDEIROS - 21/11/2019 10:16:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112110160473500000025500311>  
Número do documento: 19112110160473500000025500311

Num. 26401248 - Pág. 9



CLÍNICA SERIDOENSE DE  
NEUROPSIQUEIATRIA S/C LTDA  
CAICÓ - RN  
CNPJ: 05.086.821/0001-06

END.: RUA JOAQUIM GREGÓRIO, 2088  
PENEDO - CEP: 59.300-000  
CAICO - RN

SALOMÃO GURGEL PINHEIRO  
MÉDICO - PSQUIATRA  
CRM - 2104/RN  
CPF: 307.406.734-91

FONES: 84 3421-2626  
(OI) 84 9.8786-1947  
(TIM) 84 9.9925-3817

Gilberto Augusto f. feruto

Rx

(não oral)

① Rivastigil 0,5mg PO D2  
pares 1/4 com onos  
0 onos, suaves e  
1/2 onos antes de  
dormir.

② Nurostil 4% — t.  
pares, 3 gotas onos e  
0 onos, suaves e  
4 gotas. antes de  
dormir.

Assinado, 11.01.19

  
Salomão Gurgel Pinheiro  
MÉDICO - PSQUIATRA  
CRM - 2104/RN - CPF: 307.406.734-91



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434864/17  
Vítima: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS  
CPF: 566.567.935-68  
Data do Acidente: 29/01/2017  
CPF de: Próprio  
Titular do CPF: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**Sinistro**  
Boletim de ocorrência  
Certidão de casamento  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS : 566.567.935-68**  
Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 27/11/2017 Nome: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS CPF: 566.567.935-68	Data do cadastramento: 27/11/2017 Nome: CAIO SERGIO SACRAMENTO DE ABREU CPF: 165.205.917-26
GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS	CAIO SERGIO SACRAMENTO DE ABREU





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

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 **GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS**

POR PORTADOR(A) DO RG N° **33.626.34** EXPEDIDO POR **SSPB** EM **14/11/85** E  
CPF **566504935-68** /CNPJ **0000000000000000**. PROFISSÃO **AGRICULTOR**  
E RENDA MENSAL DE **R\$ 937,00** (\*) NA QUALIDADE DE BÉNEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **R\$ 13.500,00**. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas 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](http://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 **001** Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **121-4** Nº da CONTA (com dígito, se existir) **12.310-4**

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.

**Santa Bárbara 03 de Outubro de 2017 , Gilberto Augusto dos Santos**

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**! ATENÇÃO**

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



Seguradora Líder • DPVAT

**SEGURÓ DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS**

二

六

IDENTIFICAÇÃO	
VITIMA	Gilberto Augusto de Souza
DATA DO ACIDENTE	29/10/2014
CPF DA VITIMA	566564935-68
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	VITIMA
A VITIMA É	Gilberto Augusto dos Santos
ENDERECO DO PORTADOR	R - Presidente Dutra Branca
Nº	98
COMPLEMENTO	Qdta.
CIDADE	Santa Izilda
UF	PE
CEP	58600-000
E-MAIL	gilsonautoma@gmail.com
TELEFONE	(83) 9923-1725

<p><b>DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE</b></p> <p>( X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)</p> <p>( X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)</p> <p>( X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)</p> <p>( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)</p> <p>( X) NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA</p> <p>( X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)</p> <p>( X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)</p> <p>( X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO</p>	
<p><b>DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE</b></p> <p>( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)</p> <p>( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)</p> <p>( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)</p>	
<p>OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE</p>	

<p><b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b></p> <p>OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE</p> <p><b>VALORES DE INDENIZAÇÃO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MORTE - R\$ 15.500,00</li> <li>- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/97.</li> <li>- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REIMBOSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REIMBOSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.</li> </ul> <p>* O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LOER DEPAT.</p> <p>* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.</p> <p>* PARA ACOMPANHAR O PRAZO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE <a href="http://WWW.DPVATSEGURADO.BR">WWW.DPVATSEGURADO.BR</a> OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204</p> <p><b>PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE</b></p> <p><b>RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS</b> -</p> <p><b>DATA</b> <u>20 Outubro 2014</u> <b>MATR. CORREIOS</b> <u>P 922640</u></p> <p><b>IDENTIDADE</b> <u>1.162.634</u></p> <p><b>ASSINATURA</b> <u>Seu. Bento Andrade</u></p>	
---	--

Assinado eletronicamente por: NATHALIE DA NOBREGA MEDEIROS - 21/11/2019 10:16:08  
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112110160772900000025500674>  
Número do documento: 19112110160772900000025500674

REMETENTE / Sender	
<b>GILBERTO NOBREGA MEDEIROS</b>	
TELEFONE / Phone number <b>(31) 33321-112</b>	
ENDERECO / Address	
nº 98 R. Frei Pedro Gonçalves Frei Damiano	
CEP / ZIP <b>51600-000</b>	CIDADE / City <b>SANTA LÚCIA</b>
UF / State <b>MG</b>	PAÍS / Country <b>BRAZIL</b>

**DEVOLUÇÃO / Return**

Mudou-se (Moving)  
 Fale  
 Recusado (Refused)  
 Endr.  
 Desconhecido (Unknown)  
 Não  
 Não procurado (Unsought)  
 Outr.  
 Ausente (Away)

Tentativas de entrega (Delivery attempts)  
 1º \_\_\_\_\_ dia \_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_ dia  
 Informação prestada pelo porteiro  
 Information provided by the doorman  
 Reintegrado ao serviço postal e  
 Restored to postal service

Data: 11/11/2019 Assinatura: .....  
 Date Signature

[ ETIQUETA OU CARIMBO IMP ]



CARIMBO

ETIQUETA



ATÁRIO / Recipient

TELEFONE/Phone number

Sergipe/SC - DPAAT

Address

R. Senador Dantas, 74 15º andar Centro

CIDADE/City

Rio de Janeiro

UF/State

RJ

PAÍS/Country

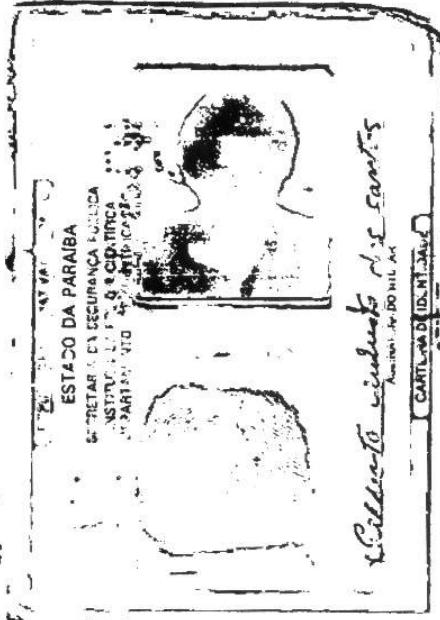
0031205



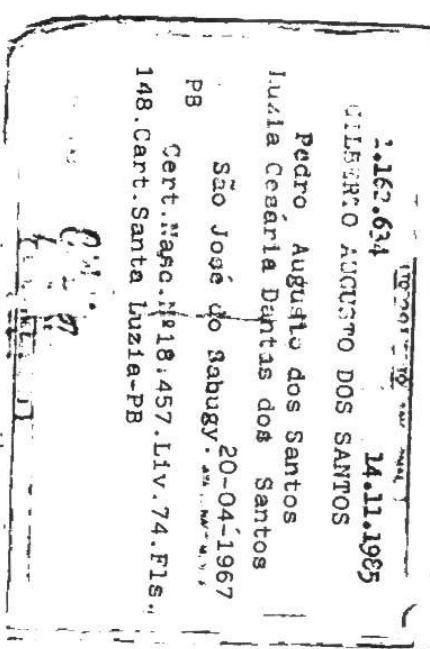


SEGURO DE VIDA  
39-001-3201 98-91 7617228 11





<b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SACERDOTE DA RECEITA FEDERAL</b>	
<b>CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS</b>	
<b>GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS</b>	
<b>Nº da Inscrição</b> <b>566567935-68</b>	<b>Data do Nascimento</b> <b>20/04/67</b>



<p>Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedado a utilização para fins eleitorais, nem outras prestações na legislação vigente.</p>	 <p>Notaria Pública GILBERTO CARLOS SANTOS Gabinete do Arquivo dos Santos</p>
---	--

### **Documentos de identificação**



**Comprovante de residência**



## **DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Gilberto Augusto dos Santos,  
RG nº 1162 634, data de expedição 16/11/85, Órgão SSP / PB,

CPF nº 566.567.935-68, 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)	Rua Presidente Getúlio Vargas
Número	98
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Frei Damíjo
Cidade	Santa Luzia
Estado	PB
CEP	58600-000
Telefone de Contato	(83) 99927-1725
E-mail	gihsoniamascena@outlook.com

SECURITY LINE PRINT LF 08-07-2017 09:59 361768 17

Por ser verdade, fimo-me.

Local e Data: Santa Luzia PB, 20/10/2012

Assinatura do Declarante: Gilberto Augusto dos Santos



CERTIDÃO DO REGISTRO CIVIL  
Zuleika do Patrocínio Fernandes  
Maria de Lourdes  
SANTA LUZIA



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Paraíba

MUNICÍPIO DE Santa Luzia

DISTRITO DE Santa Luzia

Zuleika do Patrocínio Fernandes

Escrivão \_\_\_\_\_ do Registro Civil

Certidão de Casamento

CERTIFICO que, sob o n.o 2.199, às fls. 73, do livro n.o B - 10  
de Registro de Casamentos, verifiquei constar que no dia 19 de outubro  
de 1989, foi feito o casamento de LIBERTO AUGUSTO DOS SANTOS e ROSINEIDE  
NASCIMENTO DOS SANTOS, que continuam usando o mesmo nome  
contruído perante o Juiz de Paz o sr. José Andrade da Cunha  
e as testemunhas: ... e ... Filho: ...

Pje, nascido em 1961, de São José do Sabugi - Paraíba  
aos 19 de abril de 1.967  
profissão agricultor, residente e domiciliado

sítio Riviera, mun. de São José do Sabugi, desta Comarca, filho de  
Pedro Augusto dos Santos e de Luzia Cesária Dantas dos Santos,  
paraiabinhos, residentes no mun. de São José do Sabugi, desta Comarca

Ela, nascida município de São José do Sabugi - Paraíba

aos 17 de fevereiro de 1.970  
profissão do lar, residente e domiciliada

sítio Rio de Ouro, mun. de São José do Sabugi, desta Comarca, filha de  
Manoel Nogueira dos Santos Filho e de Luzia Brasilina dos Santos,  
paraiabinhos, residentes no mun. de São José do Sabugi, desta Comarca

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180 N.os I à IV do Código Civil.  
Observações: Casamento efetuado sob o regime da comunhão parcial de bens.

Certidão de casamento



O referido é verdade a dou fé.

Santa Luzia

19 de outubro de 1989

p/ ESCRIVÃO Escrevente

Maria de Lourdes da Silva



<b>SUS</b> <b>SINHA CARNEIRO</b> <b>SANTA LUZIA - PB</b>		ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL																
Cnes 2321122	CNPJ: 08.778.268/0006-75	MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS																
NOME: HOSPITAL E MATERNIDADE SINHA CARNEIRO	ENDERECO: BONIFACIO NOBREGA, 775	" " "																
CIDADE: SANTA LUZIA	Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)	UF: 25	CARÁTER DO ATENDIMENTO															
Paciente: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS	Mae: LUZA CESARIA DANTAS DOS SANTOS	<input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO	<input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO															
Pai: PEDRO AUGUSTO DOS SANTOS	Nascimento: 2004/01/1967 Idade: 49	<input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA	<input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA															
Profissao: Endereço: SAO JOSE	Cor: BRANCA	<input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA	<input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA															
Bairro: Cidade: SANTA LUZIA - PB - 58600-000 - 2513406	Identidade: 705-3094-3264-0690	<input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO	<input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO															
CPF: 300112017 02-05-28	Reg. Nasc.: Recepção/inst: ENEAS	<input type="checkbox"/> 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS	<input type="checkbox"/> 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS															
PESO: PA: 740 KG	TEMP: 39° On 88 14005	PROCEDIMENTO Descrição																
DIAGNÓSTICO																		
CID-10																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">MEDICAÇÃO</th> <th colspan="3">ENCAMINHAMENTO</th> </tr> <tr> <th><input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA</th> <th><input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO</th> <th><input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. APLICADA</td> <td><input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL</td> <td><input type="checkbox"/> ÓBITO</td> <td><input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> OUTROS</td> </tr> </tbody> </table>				MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO			<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> 2. APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO				<input type="checkbox"/> OUTROS
MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO																	
	<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA															
<input type="checkbox"/> 2. APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO															
			<input type="checkbox"/> OUTROS															
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO																		
1 -																		
2 -																		
3 -																		
Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos																		
Medico / Crm / Cns - 1234 - 111-1111-1111		CBO Policial Direito																
ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL Tijolinho, Rosana, da Melhorada																		
ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo		ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo																

*Dra. Fernanda M.P. Nobreza*  
Médico Psiquiatra  
**HOSPITAL E MATERNIDADE SINHÁ CARNEIRO**



Encaminhamento

O paciente Gilberto S. Santos  
49 anos, foi encontrado na  
estrada por um parente,  
sem documentos, seu capa-  
cete, seu relógio e parou abr-  
itidismo (sic). Ao exame:  
abre os olhos espontaneamente,  
olhos de graninim, não visua-  
izando reacção oftálgica; so-  
nha com água. HGT = 309.  
AP: nr. S1 ns SP Dz 98%.  
PA: FC: 87; PD = 140 x 90.

Paciente encontrava-se todo  
sugo, molhado, com sangue  
pelo corpo, estava sem capa-  
cete. Hipertensão e Diabetes  
Hematomas em coros  
cabeados com dor +acentua-  
do de dor direita.  
HD: Polidipsia e sede  
grave? Pecúnia?

SEGURO DE VIDA DA FAMÍLIA  
3600-2017-09-14-36173411





**ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE**

HOSPITAL E MATERNIDADE SINHÁ CARNEIRO

HD: Polifissione  
fractura de base de  
cráneo?

CD: Available  
in Serial &  
Orthopedic

Dra. Fernanda M. P. Nobreaga  
Clínica Médica / Psiquiatria  
CEP 13.580-9254.

SEARCHED INDEXED SERIALIZED FILED 30-011-2317 09:48 361735 1/1





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



### ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

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

DIAGNÓSTICO CID \_\_\_\_\_

Campina Grande,

D, 07, 17

Dr. Marcos Wagner da Silveira  
B N 20 MAR. 2017 C  
CRM-PB 00021/CPME-PB 4887

Assinatura do Médico - CRM-Nº

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

00-004

30-07-2017 09:48 36173214



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

ESTADO

*Cecília Benfatto*

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Dr. J. B. Benfatto PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL N°. \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A:

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N°: 30 NO CID. DURANTE O PERÍODO DE 30/01/05 A 02/05 NECESSITANDO DE 50 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 05/07

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico

מג'ון ירושלים, ינואר 1981, עמ' 111

Ass. do Paciente ou Responsável

MDD, 60





 GOVERNO DA PARAÍBA  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DE PATOS  
**HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"**

Gilbert A. Jus Sants

## Encaminhamento

Pauvre<sup>e</sup> norme DE AUST<sup>ER</sup>  
↓  
TC Anamnèse. TC crâni<sup>e</sup>  
↑  
unpannel cl hématoce subdural

laminar  $\downarrow$

 Dr. Alexandre Firmo  
NEUROLOGIA CLÍNICA  
CRM 572

371

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte  
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB

Digitized by srujanika@gmail.com





HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO  
RUA HORACIO NÓBREGA, S/N  
PATOS - PARÁIBA (83)3423-2741

Pronluarão: 88816  
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTO)

Data/Hora 30/1/2017 07:46:22

Selvador do Dr.: \_\_\_\_\_

Paciente GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS Idade: 49 Sexo M

Filiação \_\_\_\_\_

Pai: PEDRO AUGUSTO DOS SANTOS  
Mãe: LUZIA CESARIO DOS SANTOS

Endereço \_\_\_\_\_

Cidade: SANTA LUZIA - PB - 58600-000 - 2513406

Endereço: PERESIDENTE CASTELO BRANCO

Bairro: FREI DAMIAO.

N. 98

Naturalidade: SANTA LUZIA - PB

Fone: 83999209429

Documentos \_\_\_\_\_

CNS: 705-3094-3264-0690

Identidade: 1162634 SSPRN

CPF: \_\_\_\_\_

Reg. Nasc.: \_\_\_\_\_

Informações adicionais: \_\_\_\_\_

Nascimento: 20/4/1967

Cor: PARDA

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável: Desenvolvendo suas tarefas de alta

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

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

Ex. Físico: ECG, tiges, aorta, mitral, estenose, apendite, laringite, tonsilite,

Ex. Neuro: Tônus, reflejos, marcha, reflexos

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratório, etc.)

Ex. Cervical para arco

Polimunografia / TEE suspeita

CRM 5724  
Neurologista  
Dr. Alexandre

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Motivo da Alta: \_\_\_\_\_

Resultado: ( ) Salvo Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em: \_\_\_\_\_

Recepção: RICARDO



**GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO**



## REQUISIÇÃO DE PARECER

**NOME:**

Gilbert A. de Moura

DA CLÍNICA  
A CLÍNICA

NewsGiz  
EFTE

ENFERMARIA  
LEITO

**MOTIVO DA CONSULTA:**

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO  
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

## Frustrating Patients

卷一百一十七

Dr. Alexarino Firmino  
FIEBROLOGIA CLÍNICA  
CRISTAL

---

**CARECER.**

ਪੰਜਾਬ ਇੰਡੀਆ [F] "PB-UJ-2017 09:48 361738 IN

PATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE		MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTRÓS	
<b>JESUS H.P.</b> <b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>			
CNES: 2605473	GMPJ: 06.778.268.0023/76		
NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANUARIO CARNEIRO	ENDERECO: RUA HORACIO NOBRE, 511		
CEP: 58010-000	UF: PB		
CIDADE: PATOS	ESTADO: PARÁ		
Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)	UF: PB	CARÁTER DO ATENDIMENTO	
Paciente: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS	01 - ELETRO		
Nome: LUIZA CESARIO DOS SANTOS	02 - URGÊNCIA		
Nascimento: 20/01/1967 Idade: 49 Cor: PARD	03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA		
Profissão: AGRICULTOR/A	04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO		
Endereço: PEREGRINO CASTELO BRANCO	05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS		
Cidade: FRÉIAIAO	PROCEDIMENTO Descrição		
Estado: SANTA LUZIA - PB - 56590-000 - 2513496			
CNS: 765-379-4264-0290	Num.: 50	Sexo: M	
CPF: 3012617 621059	Fone: 8399923429		
Unid./Hern: EPI	Reg. Nasc:		
	Recepçãoista: LUIZARA		
	Ficha Número: 168702		
RESO: PA	TEMP: 60		
<b>EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)</b> Exame Físico: Exame Físico Resultado: Exame Físico Data: 30/01/2017 Hora: 10:00 Unidade: Exame Físico Profissional: Exame Físico Assessor: Exame Físico		<b>MEDICAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> Prescrita: <input type="checkbox"/> Observação: <input type="checkbox"/> Reservado: <input type="checkbox"/> Cada: <input type="checkbox"/> Outro hospital: <input type="checkbox"/> Ótico: <input type="checkbox"/> Cirurgia: <input type="checkbox"/> Odontologia: <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/>	
<b>SERVÍCIOS REALIZADOS: CÓDIGO/PROCEDIMENTO</b> Serviços realizados: Cód. Proc. 1: 0 2: 3 3: 0 4: 1 5: 0 6: 0 7: 0 8: 0 9: 0 10: 0 11: 0 12: 0 13: 0 14: 0 15: 0 16: 0 17: 0 18: 0 19: 0 20: 0 21: 0 22: 0 23: 0 24: 0 25: 0 26: 0 27: 0 28: 0 29: 0 30: 0 31: 0 32: 0 33: 0 34: 0 35: 0 36: 0 37: 0 38: 0 39: 0 40: 0 41: 0 42: 0 43: 0 44: 0 45: 0 46: 0 47: 0 48: 0 49: 0 50: 0 51: 0 52: 0 53: 0 54: 0 55: 0 56: 0 57: 0 58: 0 59: 0 60: 0 61: 0 62: 0 63: 0 64: 0 65: 0 66: 0 67: 0 68: 0 69: 0 70: 0 71: 0 72: 0 73: 0 74: 0 75: 0 76: 0 77: 0 78: 0 79: 0 80: 0 81: 0 82: 0 83: 0 84: 0 85: 0 86: 0 87: 0 88: 0 89: 0 90: 0 91: 0 92: 0 93: 0 94: 0 95: 0 96: 0 97: 0 98: 0 99: 0 100: 0 101: 0 102: 0 103: 0 104: 0 105: 0 106: 0 107: 0 108: 0 109: 0 110: 0 111: 0 112: 0 113: 0 114: 0 115: 0 116: 0 117: 0 118: 0 119: 0 120: 0 121: 0 122: 0 123: 0 124: 0 125: 0 126: 0 127: 0 128: 0 129: 0 130: 0 131: 0 132: 0 133: 0 134: 0 135: 0 136: 0 137: 0 138: 0 139: 0 140: 0 141: 0 142: 0 143: 0 144: 0 145: 0 146: 0 147: 0 148: 0 149: 0 150: 0 151: 0 152: 0 153: 0 154: 0 155: 0 156: 0 157: 0 158: 0 159: 0 160: 0 161: 0 162: 0 163: 0 164: 0 165: 0 166: 0 167: 0 168: 0 169: 0 170: 0 171: 0 172: 0 173: 0 174: 0 175: 0 176: 0 177: 0 178: 0 179: 0 180: 0 181: 0 182: 0 183: 0 184: 0 185: 0 186: 0 187: 0 188: 0 189: 0 190: 0 191: 0 192: 0 193: 0 194: 0 195: 0 196: 0 197: 0 198: 0 199: 0 200: 0 201: 0 202: 0 203: 0 204: 0 205: 0 206: 0 207: 0 208: 0 209: 0 210: 0 211: 0 212: 0 213: 0 214: 0 215: 0 216: 0 217: 0 218: 0 219: 0 220: 0 221: 0 222: 0 223: 0 224: 0 225: 0 226: 0 227: 0 228: 0 229: 0 230: 0 231: 0 232: 0 233: 0 234: 0 235: 0 236: 0 237: 0 238: 0 239: 0 240: 0 241: 0 242: 0 243: 0 244: 0 245: 0 246: 0 247: 0 248: 0 249: 0 250: 0 251: 0 252: 0 253: 0 254: 0 255: 0 256: 0 257: 0 258: 0 259: 0 260: 0 261: 0 262: 0 263: 0 264: 0 265: 0 266: 0 267: 0 268: 0 269: 0 270: 0 271: 0 272: 0 273: 0 274: 0 275: 0 276: 0 277: 0 278: 0 279: 0 280: 0 281: 0 282: 0 283: 0 284: 0 285: 0 286: 0 287: 0 288: 0 289: 0 290: 0 291: 0 292: 0 293: 0 294: 0 295: 0 296: 0 297: 0 298: 0 299: 0 300: 0 301: 0 302: 0 303: 0 304: 0 305: 0 306: 0 307: 0 308: 0 309: 0 310: 0 311: 0 312: 0 313: 0 314: 0 315: 0 316: 0 317: 0 318: 0 319: 0 320: 0 321: 0 322: 0 323: 0 324: 0 325: 0 326: 0 327: 0 328: 0 329: 0 330: 0 331: 0 332: 0 333: 0 334: 0 335: 0 336: 0 337: 0 338: 0 339: 0 340: 0 341: 0 342: 0 343: 0 344: 0 345: 0 346: 0 347: 0 348: 0 349: 0 350: 0 351: 0 352: 0 353: 0 354: 0 355: 0 356: 0 357: 0 358: 0 359: 0 360: 0 361: 0 362: 0 363: 0 364: 0 365: 0 366: 0 367: 0 368: 0 369: 0 370: 0 371: 0 372: 0 373: 0 374: 0 375: 0 376: 0 377: 0 378: 0 379: 0 380: 0 381: 0 382: 0 383: 0 384: 0 385: 0 386: 0 387: 0 388: 0 389: 0 390: 0 391: 0 392: 0 393: 0 394: 0 395: 0 396: 0 397: 0 398: 0 399: 0 400: 0 401: 0 402: 0 403: 0 404: 0 405: 0 406: 0 407: 0 408: 0 409: 0 410: 0 411: 0 412: 0 413: 0 414: 0 415: 0 416: 0 417: 0 418: 0 419: 0 420: 0 421: 0 422: 0 423: 0 424: 0 425: 0 426: 0 427: 0 428: 0 429: 0 430: 0 431: 0 432: 0 433: 0 434: 0 435: 0 436: 0 437: 0 438: 0 439: 0 440: 0 441: 0 442: 0 443: 0 444: 0 445: 0 446: 0 447: 0 448: 0 449: 0 450: 0 451: 0 452: 0 453: 0 454: 0 455: 0 456: 0 457: 0 458: 0 459: 0 460: 0 461: 0 462: 0 463: 0 464: 0 465: 0 466: 0 467: 0 468: 0 469: 0 470: 0 471: 0 472: 0 473: 0 474: 0 475: 0 476: 0 477: 0 478: 0 479: 0 480: 0 481: 0 482: 0 483: 0 484: 0 485: 0 486: 0 487: 0 488: 0 489: 0 490: 0 491: 0 492: 0 493: 0 494: 0 495: 0 496: 0 497: 0 498: 0 499: 0 500: 0 501: 0 502: 0 503: 0 504: 0 505: 0 506: 0 507: 0 508: 0 509: 0 510: 0 511: 0 512: 0 513: 0 514: 0 515: 0 516: 0 517: 0 518: 0 519: 0 520: 0 521: 0 522: 0 523: 0 524: 0 525: 0 526: 0 527: 0 528: 0 529: 0 530: 0 531: 0 532: 0 533: 0 534: 0 535: 0 536: 0 537: 0 538: 0 539: 0 540: 0 541: 0 542: 0 543: 0 544: 0 545: 0 546: 0 547: 0 548: 0 549: 0 550: 0 551: 0 552: 0 553: 0 554: 0 555: 0 556: 0 557: 0 558: 0 559: 0 560: 0 561: 0 562: 0 563: 0 564: 0 565: 0 566: 0 567: 0 568: 0 569: 0 570: 0 571: 0 572: 0 573: 0 574: 0 575: 0 576: 0 577: 0 578: 0 579: 0 580: 0 581: 0 582: 0 583: 0 584: 0 585: 0 586: 0 587: 0 588: 0 589: 0 590: 0 591: 0 592: 0 593: 0 594: 0 595: 0 596: 0 597: 0 598: 0 599: 0 600: 0 601: 0 602: 0 603: 0 604: 0 605: 0 606: 0 607: 0 608: 0 609: 0 610: 0 611: 0 612: 0 613: 0 614: 0 615: 0 616: 0 617: 0 618: 0 619: 0 620: 0 621: 0 622: 0 623: 0 624: 0 625: 0 626: 0 627: 0 628: 0 629: 0 630: 0 631: 0 632: 0 633: 0 634: 0 635: 0 636: 0 637: 0 638: 0 639: 0 640: 0 641: 0 642: 0 643: 0 644: 0 645: 0 646: 0 647: 0 648: 0 649: 0 650: 0 651: 0 652: 0 653: 0 654: 0 655: 0 656: 0 657: 0 658: 0 659: 0 660: 0 661: 0 662: 0 663: 0 664: 0 665: 0 666: 0 667: 0 668: 0 669: 0 670: 0 671: 0 672: 0 673: 0 674: 0 675: 0 676: 0 677: 0 678: 0 679: 0 680: 0 681: 0 682: 0 683: 0 684: 0 685: 0 686: 0 687: 0 688: 0 689: 0 690: 0 691: 0 692: 0 693: 0 694: 0 695: 0 696: 0 697: 0 698: 0 699: 0 700: 0 701: 0 702: 0 703: 0 704: 0 705: 0 706: 0 707: 0 708: 0 709: 0 710: 0 711: 0 712: 0 713: 0 714: 0 715: 0 716: 0 717: 0 718: 0 719: 0 720: 0 721: 0 722: 0 723: 0 724: 0 725: 0 726: 0 727: 0 728: 0 729: 0 730: 0 731: 0 732: 0 733: 0 734: 0 735: 0 736: 0 737: 0 738: 0 739: 0 740: 0 741: 0 742: 0 743: 0 744: 0 745: 0 746: 0 747: 0 748: 0 749: 0 750: 0 751: 0 752: 0 753: 0 754: 0 755: 0 756: 0 757: 0 758: 0 759: 0 760: 0 761: 0 762: 0 763: 0 764: 0 765: 0 766: 0 767: 0 768: 0 769: 0 770: 0 771: 0 772: 0 773: 0 774: 0 775: 0 776: 0 777: 0 778: 0 779: 0 780: 0 781: 0 782: 0 783: 0 784: 0 785: 0 786: 0 787: 0 788: 0 789: 0 790: 0 791: 0 792: 0 793: 0 794: 0 795: 0 796: 0 797: 0 798: 0 799: 0 800: 0 801: 0 802: 0 803: 0 804: 0 805: 0 806: 0 807: 0 808: 0 809: 0 810: 0 811: 0 812: 0 813: 0 814: 0 815: 0 816: 0 817: 0 818: 0 819: 0 820: 0 821: 0 822: 0 823: 0 824: 0 825: 0 826: 0 827: 0 828: 0 829: 0 830: 0 831: 0 832: 0 833: 0 834: 0 835: 0 836: 0 837: 0 838: 0 839: 0 840: 0 841: 0 842: 0 843: 0 844: 0 845: 0 846: 0 847: 0 848: 0 849: 0 850: 0 851: 0 852: 0 853: 0 854: 0 855: 0 856: 0 857: 0 858: 0 859: 0 860: 0 861: 0 862: 0 863: 0 864: 0 865: 0 866: 0 867: 0 868: 0 869: 0 870: 0 871: 0 872: 0 873: 0 874: 0 875: 0 876: 0 877: 0 878: 0 879: 0 880: 0 881: 0 882: 0 883: 0 884: 0 885: 0 886: 0 887: 0 888: 0 889: 0 890: 0 891: 0 892: 0 893: 0 894: 0 895: 0 896: 0 897: 0 898: 0 899: 0 900: 0 901: 0 902: 0 903: 0 904: 0 905: 0 906: 0 907: 0 908: 0 909: 0 910: 0 911: 0 912: 0 913: 0 914: 0 915: 0 916: 0 917: 0 918: 0 919: 0 920: 0 921: 0 922: 0 923: 0 924: 0 925: 0 926: 0 927: 0 928: 0 929: 0 930: 0 931: 0 932: 0 933: 0 934: 0 935: 0 936: 0 937: 0 938: 0 939: 0 940: 0 941: 0 942: 0 943: 0 944: 0 945: 0 946: 0 947: 0 948: 0 949: 0 950: 0 951: 0 952: 0 953: 0 954: 0 955: 0 956: 0 957: 0 958: 0 959: 0 960: 0 961: 0 962: 0 963: 0 964: 0 965: 0 966: 0 967: 0 968: 0 969: 0 970: 0 971: 0 972: 0 973: 0 974: 0 975: 0 976: 0 977: 0 978: 0 979: 0 980: 0 981: 0 982: 0 983: 0 984: 0 985: 0 986: 0 987: 0 988: 0 989: 0 990: 0 991: 0 992: 0 993: 0 994: 0 995: 0 996: 0 997: 0 998: 0 999: 0 1000: 0 1001: 0 1002: 0 1003: 0 1004: 0 1005: 0 1006: 0 1007: 0 1008: 0 1009: 0 1010: 0 1011: 0 1012: 0 1013: 0 1014: 0 1015: 0 1016: 0 1017: 0 1018: 0 1019: 0 1020: 0 1021: 0 1022: 0 1023: 0 1024: 0 1025: 0 1026: 0 1027: 0 1028: 0 1029: 0 1030: 0 1031: 0 1032: 0 1033: 0 1034: 0 1035: 0 1036: 0 1037: 0 1038: 0 1039: 0 1040: 0 1041: 0 1042: 0 1043: 0 1044: 0 1045: 0 1046: 0 1047: 0 1048: 0 1049: 0 1050: 0 1051: 0 1052: 0 1053: 0 1054: 0 1055: 0 1056: 0 1057: 0 1058: 0 1059: 0 1060: 0 1061: 0 1062: 0 1063: 0 1064: 0 1065: 0 1066: 0 1067: 0 1068: 0 1069: 0 1070: 0 1071: 0 1072: 0 1073: 0 1074: 0 1075: 0 1076: 0 1077: 0 1078: 0 1079: 0 1080: 0 1081: 0 1082: 0 1083: 0 1084: 0 1085: 0 1086: 0 1087: 0 1088: 0 1089: 0 1090: 0 1091: 0 1092: 0 1093: 0 1094: 0 1095: 0 1096: 0 1097: 0 1098: 0 1099: 0 1100: 0 1101: 0 1102: 0 1103: 0 1104: 0 1105: 0 1106: 0 1107: 0 1108: 0 1109: 0 1110: 0 1111: 0 1112: 0 1113: 0 1114: 0 1115: 0 1116: 0 1117: 0 1118: 0 1119: 0 1120: 0 1121: 0 1122: 0 1123: 0 1124: 0 1125: 0 1126: 0 1127: 0 1128: 0 1129: 0 1130: 0 1131: 0 1132: 0 1133: 0 1134: 0 1135: 0 1136: 0 1137: 0 1138: 0 1139: 0 1140: 0 1141: 0 1142: 0 1143: 0 1144: 0 1145: 0 1146: 0 1147: 0 1148: 0 1149: 0 1150: 0 1151: 0 1152: 0 1153: 0 1154: 0 1155: 0 1156: 0 1157: 0 1158: 0 1159: 0 1160: 0 1161: 0 1162: 0 1163: 0 1164: 0 1165: 0 1166: 0 1167: 0 1168: 0 1169: 0 1170: 0 1171: 0 1172: 0 1173: 0 1174: 0 1175: 0 1176: 0 1177: 0 1178: 0 1179: 0 1180: 0 1181: 0 1182: 0 1183: 0 1184: 0 1185: 0 1186: 0 1187: 0 1188: 0 1189: 0 1190: 0 1191: 0 1192: 0 1193: 0 1194: 0 1195: 0 1196: 0 1197: 0 1198: 0 1199: 0 1200: 0 1201: 0 1202: 0 1203: 0 1204: 0 1205: 0 1206: 0 1207: 0 1208: 0 1209: 0 1210: 0 1211: 0 1212: 0 1213: 0 1214: 0 1215: 0 1216: 0 1217: 0 1218: 0 1219: 0 1220: 0 1221: 0 1222: 0 1223: 0 1224: 0 1225: 0 1226: 0 1227: 0 1228: 0 1229: 0 1230: 0 1231: 0 1232: 0 1233: 0 1234: 0 1235: 0 1236: 0 1237: 0 1238: 0 1239: 0 1240: 0 1241: 0 1242: 0 1243: 0 1244: 0 1245: 0 1246: 0 1247: 0 1248: 0 1249: 0 1250: 0 1251: 0 1252: 0 1253: 0 1254: 0 1255: 0 1256: 0 1257: 0 1258: 0 1259: 0 1260: 0 1261: 0 1262: 0 1263: 0 1264: 0 1265: 0 1266: 0 1267: 0 1268: 0 1269: 0 1270: 0 1271: 0 1272: 0 1273: 0 1274: 0 1275: 0 1276: 0 1277: 0 1278: 0 1279: 0 1280: 0 1281: 0 1282: 0 1283: 0 1284: 0 1285: 0 1286: 0 1287: 0 1288: 0 1289: 0 1290: 0 1291: 0 1292: 0 1293: 0 1294: 0 1295: 0 1296: 0 1297: 0 1298: 0 1299: 0 1300: 0 1301: 0 1302: 0 1303: 0 1304: 0 1305: 0 1306: 0 1307: 0 1308: 0 1309: 0 1310: 0 1311: 0 1312: 0 1313: 0 1314: 0 1315: 0 1316: 0 1317: 0 1318: 0 1319: 0 1320: 0 1321: 0 1322: 0 1323: 0 1324: 0 1325: 0 1326: 0 1327: 0 1328: 0 1329: 0 1330: 0 1331: 0 1332: 0 1333: 0 1334: 0 1335: 0 1336: 0 1337: 0 1338: 0 1339: 0 1340: 0 1341: 0 1342: 0 1343: 0 1344: 0 1345: 0 1346: 0 1347: 0 1348: 0 1349: 0 1350: 0 1351: 0 1352: 0 1353: 0 1354: 0 1355: 0 1356: 0 1357: 0 1358: 0 1359: 0 1360: 0 1361: 0 1362: 0 1363: 0 1364: 0 1365: 0 1366: 0 1367: 0 1368: 0 1369: 0 1370: 0 1371: 0 1372: 0 1373: 0 1374: 0 1375:			



**Dr. Alexandre Firmino**

Médico Neurologista Efetivo da Academia Brasileira de Neurologia  
CRM - 5724

Gilberto Arouni as snows:

Arouni McVee

Aresto plas dorsos 7m,  
que nes enuma-se do minho  
resposta das nervios; sequela de  
TCE caré. TZ crâno expansão  
c1 hemisferio subdural abs. As oxime:  
Hemiparesia completa D predominante  
membro inferior, atara misma)

c10; 506

Alexandre Firmino  
NEUROLOGIA CLINICA

121 095 17

2017-09-18 16:51:17

CONSULTÓRIO: AV RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 9.8635.0313 / 9.9838.7422 - PATOS/PB.





## Atendimento Online

Vinicio	15:21:07 hr ►	Bem-vindo(a) ao atendimento da Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT. Em que posso ajudar?
Diego Baltazar	15:21:59 hr ►	Boa tarde. Sou advogado e um cliente não recebeu a carta de indeferimento do processo administrativo.
		Como podemos consegui-la?
Vinicio	15:22:23 hr ►	Boa tarde Sr. Diego
Vinicio	15:22:44 hr ►	Por gentileza, para que possa pesquisar o seu processo, me informe inicialmente os seguintes dados:
		CPF do beneficiário, nome completo da vítima e do beneficiário.
Diego Baltazar	15:23:29 hr ►	CPF 566.567.935-68 Gilberto Augusto dos Santos
Vinicio	15:24:36 hr ►	Por favor, aguarde um momento enquanto faço a sua consulta.
Vinicio	15:26:37 hr ►	Obrigado por aguardar.
Vinicio	15:27:19 hr ►	Localizei um processo 3170630172 de cobertura invalidez permanente e consta que foi negado. A carta não foi gerada pelo sistema e irei abrir uma solicitação para isso.
Vinicio	15:27:29 hr ►	Preciso do endereço completo por gentileza.
Diego Baltazar	15:29:15 hr ►	Endereço: Rua Presidente Castelo Branco, nº. 98, bairro Frei Damião, Município de Santa Luzia/PB, CEP 58.600-000
Diego Baltazar	15:29:54 hr ►	Há a possibilidade da carta ser enviada via email? Para que possamos agilizar.
Vinicio	15:30:03 hr ►	2 Telefones para contato.
Diego Baltazar	15:30:29 hr ►	83 - 9.9927-1725 83 - 9.9816-3838
Vinicio	15:33:20 hr ►	Obrigado pelas informações.
Vinicio	15:33:45 hr ►	Fiz a solicitação da carta para o setor responsável no protocolo 20550184.
Vinicio	15:34:02 hr ►	Eles vão entrar em contato por número restrito.
Diego Baltazar	15:34:45 hr ►	Tudo bem. Há a possibilidade da carta ser enviada via email?
Vinicio	15:36:08 hr ►	Sim, assim que eles entrarem em contato, eles irão perguntar a forma de receber o documento.
Diego Baltazar	15:36:24 hr ►	Tudo bem. Obrigado
Vinicio	15:37:53 hr ►	Por nada.
Vinicio	15:38:04 hr ►	A Seguradora Líder-DPVAT agradece o seu contato. Boa Tarde!



**MERITÍSSIMO JUÍZO DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE SANTA LUZIA,  
ESTADO DA PARAÍBA.**

**DIEGO PABLO MAIA BALTAZAR e NATHALIE DA NÓBREGA MEDEIROS**, advogados que esta assinam digitalmente, vêm informar a Vossa Excelência que por algum erro desconhecido destes causídicos, o sistema PJe renomeou todos os arquivos anexados aos autos. Contudo, informam ainda que, apesar da renomeação misteriosa e do aparente embaralhamento, os arquivos continuam na ordem que permite o trâmite regular do processo. Por isso, requer o prosseguimento do feito.

Nestes Termos,

Aguarda Deferimento.

Santa Luzia/PB, 21 de novembro de 2019.

Diego Pablo Maia Baltazar

OAB/RN 12.937



Assinado eletronicamente por: DIEGO PABLO MAIA BALTAZAR - 21/11/2019 11:05:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112111051045200000025504570>  
Número do documento: 19112111051045200000025504570

Num. 26406067 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba  
Vara Única de Santa Luzia**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801260-34.2019.8.15.0321

**DESPACHO/CARTA DE CITAÇÃO**

Vistos, etc.

1. Defiro em favor da parte autora o pedido de justiça gratuita postulado na petição inicial, vez que preenchidos os requisitos legais.

2. Deixo de designar audiência preliminar eis que em outras ações dessa natureza restaram sem êxito as tentativas de conciliação.

3. CITE-SE a parte promovida - POR CARTA COM AR -, para tomar conhecimento dos termos da presente ação, bem como, para no prazo de quinze (15) dias contestar a ação. Não sendo contestada a ação no prazo legal, serão tomados como verdadeiros os fatos articulados na inicial, bem como, será decretada a revelia.

4. Em sendo contestada a ação no prazo legal, intime-se a parte autora para apresentar impugnação no prazo de quinze (15) dias úteis.

**O PRESENTE DESPACHO JÁ SERVE DE CARTA DE CITAÇÃO PARA O PROMOVIDO**

**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoal jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº.09.248.608/0001-04, com endereço para citação/intimações na Rua da Assembleia, nº. 100, 26º. andar, bairro Centro, Município do Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.011-904, SANTA LUZIA, 21 de novembro de 2019, para tomar conhecimento dos termos da presente ação, bem como, para no prazo de quinze (15) dias

apresentar contestação. Não sendo contestada a ação no prazo legal, serão tomados como verdadeiros os fatos articulados na inicial, bem como, será decretada a revelia.

Santa Luzia/PB, (data e assinatura eletrônicas)

Juiz(a) de Direito