

05
300

PROCURAÇÃO "AD - JUDICIA"

OUTORGANTE: JOSÉ PEDRO DE ARAUJO, brasileiro, solteiro, ARAICULTOR, CPF. 064.964.884-60, RESIDENTE NO SÍTIO VAUBA - MATARACA - PB

OUTORGADA: Bela. WALTERLUZIA MARIA EMILIA BRANDAO MENDES, brasileira, casada, advogada, inscrita junto a OAB/PB-4788, com endereço para intimações à Rua Francisco Claudino Pereira, 111/101 - Manaira - João Pessoa - Pb.

PODERES : Para o foro em geral, com a cláusula "ad-judicia" para, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, representar o outorgante, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando de recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromisso ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando por bom, firme e valioso e, em especial para patrocinar a sua defesa na ação penal em tramitação por esta comarca, podendo praticar todos e quaisquer atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente instrumento procuratório.

Mamanguape, 06 de maio de 2015

Jose Pedro de Araujo



SEVERINO PEDRO DE ARAUJO
SITURUBA, SN - AREA RURAL
MATARACA/PB CEP 58232000 (AO: 14)

Classif/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 9 - 16 - 347 - 6030
Nº medidor: 00001160933

Referência: Nov/2013
Emissão: 13/11/2013

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B 230, Km 25 - Conto Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-880
CNPJ 09.096.183/0001-40 - Ins. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.624.941
Código para Débito Automático: 00012041752

e805.8af2 fe04 6185 c940 4fb6 f53d a225

5/1204175-2

Nov / 2013

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- A partir de 2014 vigorará o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras amarela ou vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Novembro vigorará a BANDEIRA VERMELHA, a qual implicará R\$ 0,050 de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de tributos. Mas informações em www.aneel.gov.br.

13/11/2013

13/12/2013

51291231404

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 09/11/2013 PAGAS.
OBRIGADO!

Data	Leitura	Data	Leitura
18/10/13	8359	13/11/13	8465

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	30	0,10454	3,13
Consumo em kWh	37	0,17921	6,63

IMPOSTOS E ENCARGOS

PS	0,10
COFINS	0,46
JUROS DE MORA 10/2013	0,12
MULTA 10/2013	0,46
ICMS (Base de cálculo R\$ 27,69 - Alíquota 25,00%)	6,88

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS

COMUNICADOR DO TRIMESTRE 09/2013	-0,59
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2013	0,05

Out/13 96
Set/13 100
Ago/13 96
Jul/13 90
Jun/13 72
Mai/13 72
Abr/13 88
Mar/13 58
Fev/13 58
Jan/13 83
Dez/12 50
Nov/12 49

Média dos últimos meses
71 kWh

21/11/2013

R\$ 17,38

9/2013 - Mataraca

DIC MENSAL 16,30
DIC TRIMESTRAL 32,85
DIC ANUAL 65,30
FIC MENSAL 9,50
FIC TRIMESTRAL 18,68
FIC ANUAL 37,82
DMIC 8,78
DICR 16,80

15,71

NOMINAL

220

CONTRATAÇÃO

LIMITE INFERIOR

LIMITE SUPERIOR

7,88

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PS	4,78	26,80
Compra de Energia	4,11	22,87
Serviço de Transmissão	0,26	1,61
Encargos Setoriais	0,58	3,23
Impostos Diretos e Encargos	6,16	45,41
Outros Serviços	0,05	0,28
Total	17,97	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição
(Ref. 9/2013) R\$ 9,97

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 10,83



INVALIDEZ PERMANENTE e/ou
DAMS - Despesas Médicas

Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos



Seguradora Líder - DPVAT

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima JOSE PEDRO DE ARAUJO
Data do Acidente 04/08/2013 CPF: 064.964.884-60

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome JOSE PEDRO DE ARAUJO
☒ A própria Vítima ☐ Representante Legal: Grau de Parentesco: _____
Endereço SITIO URUBA
No. _____ Complemento _____ Bairro ZONA RURAL
Cidade MATARACA UF _____ CEP 58292-000
Telefone (83) 9332-2933 Email _____

Informações Importantes!

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☒ DESPESAS MÉDICAS

Atenção! ➡ Preencha com ☒ Para documentação entregue

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).
- ☒ Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☒ CPF da vítima (Cópia simples e legível).
- ☒ Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
- ☐ Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
- ☐ Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
- ☒ Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
- ☐ Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
- ☐ Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 03/09/2013
Nome JOSE PEDRO DE ARAUJO
Identidade 3143874 SSP/PE
Assinatura do Portador _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data ____/____/____ ☐ Recebi os documentos assinalados
Nome _____
Matricula Correios _____
Assinatura do Atendente _____

Gilson Ferreira de Andrade
ATENDENTE COMERCIAL II





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
RUA D. J. M. TAVARES, 100 - 01018-000

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

EVOLUÇÃO MÉDICA
Unidade de Internamento

Nome: João Pessoa de Araújo

Idade:

Leito:

1. Evolução da doença, complicações, consultas, instruções ao paciente, devendo toda anotação ser profissional que a fez.

INTERCORRÊNCIAS

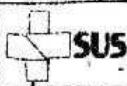
Petroleum fractures 3-14' de TACAP
unión, admisión p / unificación.
Q = Sonido udap
Interferencia

Dr. José Dir. Paulino
Cirurgião de Coluna
CRM-PB 6979 CRM-PE 1605

15/1/13 Paquet a l'edre
de ci.

Roberto A. Santos





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

09

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTD.

PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD.

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTD.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

009110099750

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

CAIS JAGUARIBE
Centro de Atenção Integrada à Saúde
Av. Alberto de Brito, S/N - Jaguaribe
CEP: 58015-320
Tel: (83) 3214-3425 / 3214-265

Mario Otávio Vilardo Ferreira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 6153



Procedimentos ofertados na rede SUS em João Pessoa-PB que requerem a individualização do usuário (BPA-I).

ARTERIOGRAFIAS

ATENDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS

BIÓPSIA DE CONJUNTIVA

BIÓPSIA DE CORNEA

BIÓPSIA DE ENDOMETRIO

BIÓPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA

BIÓPSIA DE ESCLERA

BIÓPSIA DE ÍRIS E CORPO CILIAR

BIÓPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TC / US

BIÓPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA

CINTILOGRAFIAS

DENSITOMETRIA ÓSSEA

DETECÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)

DOSAGEM DE CICLOSPORINA

DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)

DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4

DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA

DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)

ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE

ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA

ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA (ANTIGO ECOCARDIOGRAMA BI-DIMENSIONAL)

ELETRODIAGNÓSTICO CINÉTICO FUNCIONAL

ELETROMIOGRAFIA DINÂMICA, AVALIAÇÃO CINÉTICA, CINEMÁTICA E DE PARÂMETROS LINEARES

EMIÇÃO DE PARECER SOBRE NEXO CAUSAL

EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRÚRGICA

EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA

EXCISÃO DE LESÃO / TUMOR ANO-RETAL

EXERESE DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO DO COLO UTERINO

EXERESE DE CISTO SACRO-COCCÍGEO

EXERESE DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE

FOTOCOAGULAÇÃO A LASER - (MÁXIMO 4 APLICAÇÕES POR OLHO)

GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C

HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA C/ RESSECTOSCÓPIO

IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LIO

IMUNOGENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)

IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)

MAMOGRAFIA BILATERAL

MARCAÇÃO PRE-CIRÚRGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA

MIELOGRAFIA

OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR

PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)

POSTECTOMIA

PROTESE AURICULAR

PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL

PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL

PROTESE TEMPORÁRIA

PROTESE TOTAL MANDIBULAR

PROTESE TOTAL MAXILAR

PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA

QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1

QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRÃO OIT)

RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS

TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS

TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATÉ 30 MC)

TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVE

ULTRA-SONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SEVERINO PEDRO DE ARAÚJO

RG nº 573.687, data de expedição 12/06/1986 Órgão SSP/PB

CPF nº 512.912.344-04 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)	
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>SÍTIO URUBA</u>
Bairro	
Cidade	<u>MATARACA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58-292-000</u>
Telefone de Contato	<u>83-8804-1846</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Severino Pedro de Araújo

RECONHEÇO A LETRA E FIRMA Severino

Pedro de Araújo

DOU FÉ

EM TESTE HA DA VERDADE

MATARACA (PB) 26 DE 11 DE 2019

Assinatura do terceiro

☐ ESCRIVENTE COMPROMISSADA: MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO

288.580/0001-39

RACA CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

A DANIEL TOSCANO, 234

CEP 58292-000

MATARACA - PB





11
EPR

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		José Pedro de Araújo		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF	LEITO
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
14/07/13		16/07/13			
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
Fract. 3- e 4- MTE					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
Rx					
PROCEDIMENTO REALIZADO					
RTO Cirúrgico / Dr. Heisenberg					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.		☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÃO DE ALTA		☒ MELHORADO		☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO	

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES
Operado em 15/07/13	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.	
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.	
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.	
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA:	

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

DATA	16/07/13
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar	
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO	
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	

Dr. Luiz Portefa
Ortopedia-Traumatologia
Chefe de Coluna Vertebral
ASS. MÉDICA 5867/TEOT 11185





Hospital Samaritano

12
306

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para todos os devidos fins de direito, que o (a) Sr(a). **JOSE PEDRO DE ARAUJO** foi submetido a tratamento cirúrgico nesta instituição, onde encontra-se internado, portador(a) de **CID 10:S62.9**, devendo ausentar-se de suas atividades regulares por um período de 60 (SESSENTA) dias, permanecendo em repouso segundo recomendação médica.

AUTORIZAÇÃO

Eu, **JOSE PEDRO DE ARAUJO**, Autorizo o **Dr. Heisenberg Batista Medeiros de Almeida**, a registrar o diagnóstico codificado CID 10 neste atestado médico.

Dr. Heisenberg B. M. Almeida
ORTOPEDIA & TRAUMATOLOGIA
CRM-PB: 6229 CAD: 980016277284148

João Pessoa, 15.07.2013.

Dr. Heisenberg B. M. de Almeida
ORTOPEDIA & TRAUMATOLOGIA CRM-PB 6229

Av. Santa Julia, 35, Bairro da Torre, João Pessoa/PB
CEP: 58040-450. Tel: (83) 3048-2100



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: Jose Pedro Araujo.		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO: M.	CLÍNICA: ORTOP.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO: 05/08/13	DATA DE ALTA: 07/08/13	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fract. 3º/4º MTC.		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Tubum stem anterior.			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES: R-X Mão			
PROCEDIMENTO REALIZADO: Osteomíntex frst. 3º/4º MTC			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: De. Marino V. + Dr. Portela em 06/07/13.			
FORMA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O.	☐ SIM	☒ NÃO	COLETA DE MATERIAL
RESULTADO BACTERIOLOGIA		☐ SIM	☒ NÃO
CONDIÇÃO DE ALTA	☒ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO
		☒ CURADO	☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

DIETA: **Genl.**

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: **Mioflex-A / Acalanto**

RETORNO Ao posto de saúde em **14/08/13** **12:00h** para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do **CAES CIDR - Marinho V.** em 30 dias para avaliação.

DATA: **07/08/13.**

ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



14
306**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME: José Pedro de Araújo		PRONTUÁRIO Nº			
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF	LEITO
DATA DE ADMISSÃO: 14/07/13		DATA DE ALTA: 16/07/13		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fract. 3 = e 4 = MTE					CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
P. EXAME REALIZADO:					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: 770 Ceftriaxona / Dr. Heisenberg					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO					COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÃO DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Operado em 15/07/13

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.	
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA:	

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

DATA: 16/07/13	Dr. Luiz Portela Ortopedia-Traumatologia Chefe de Coluna Vertebral ASS. MÉDICA 6867/TEOT 11185
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	



15
801



JOÃO PESSOA
SECRETARIA DE SAÚDE

CAIS J. GUARIBÁ

Centro de Saúde Integrado à Saúde
Av. Alberto de Brito, S/N - Jaguaribá
CEP: 54.076-370

Unidade de Atendimento

Unidade de Atendimento

RECEITUÁRIO

O paciente José Pedro
de Araújo foi submetido
à orlonomia e placa
pareto para patula
do 3º e 4º metacarpo @
Há lesões, sendo
a placa de metal.
Paciente não usa de
proteção.

7

28/08/13

Mário Otávio Viardo Ferreira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 6153

ASSINATURA DO PROFISSIONAL
2ª via - unidade de saúde

Melhor sua letra: uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente
Av. Epitácio Pessoa, 1324 - Torre/João Pessoa-PB - Fone: (83) 3214.7922

1ª via-usuário

2ª via-unidade de saúde



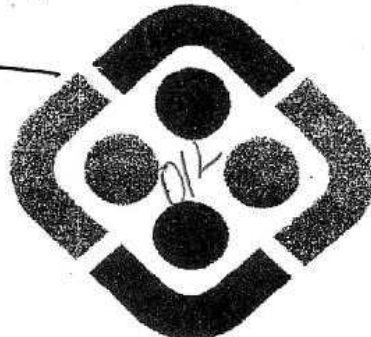


14-07-13

ambulatorio

50 montano

16
2013
MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



- 4 -
CORTE
X-03

26-1
**Complexo Hospitalar
MANGABEIRA**

nº 26

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

FATURADO
61843
VISTO

02/08/13
VISTO CÍCERO

PRONTUÁRIO

Nº: 2013 07 1461

SISREG
INTERNADO EM
12 07 2013
VISTO Shroen

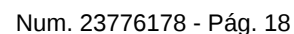
NOME DO PACIENTE:

JOÃO PEDRO DE ARAÚJO

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____



10/25/75



REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

18
2013

FICHA DE INTERNAMENTO

DADOS DO PACIENTE

Num. Prontuario: 2013.07.001461
Ficha nº: 549624
Nome do Paciente: JOSE PEDRO DE ARAUJO
Sexo: M

Dados do Internamento

Data de Internação nesta Enfermaria: 15/7/2013
Enfermaria: POLITRAUMATIZADO
Clínica: CDI
Leito:



19
809

Número do Laudo 73014453

Unidade Solicitante complexo hospitalar de mangabeira gov tarcision burity

Unidade Executante complexo hospitalar de mangabeira gov tarcision burity

Data/Hora de Solicitação 15/07/2013 0:27

Atendente Solicitante Verônica macieira da Nobrega

Data/Hora da Regulação 15/07/2013 6:08

Profissional Regulador Maria Gorete de Araujo Monteiro cpf: 18160190468

Situação Autorizada em andamento

Alta Data de Registro

Motivo -

Data Prevista 16/07/2013

Data/Hora de Internação 15/07/2013 6:49

Profissional Registro da Internação Verônica macieira da Nobrega

Paciente

Código	889999140992718
Nome	JOSE PEDRO DE ARAUJO
Nome da Mãe	LUCIA LUIZ DO NASCIMENTO
Data de Nascimento	11/05/1977

Unidade Emissora do Laudo complexo hospitalar de mangabeira gov tarcision burity

Profissional Emissor do Laudo

Nome	jocemir paulino da silva junior
CPF	83970770491

Caráter da Internação 2- Urgência

Clínica Clínica cirúrgica: Leito Cirúrgico: Ortopedia/Traumatologia

Procedimento Solicitado

Código	0408020539
Nome	tratamento cirurgico de luxacao / fratura-luxac falangiana

Procedimento Realizado

Código	0408020539
Nome	tratamento cirurgico de luxacao / fratura-luxac falangiana

Diagnóstico Inicial

Código	S623
Descrição	frat de outr ossos do metacarpo

Diagnóstico Principal

Código	-
Descrição	-

Diagnóstico Secundário

Código	-
Descrição	-

Principais Resultados e Provas

Diagnósticas

Procedimentos Especiais Registrados -

Classificação / Subclassificação do Leito Ocupado

↳ EXAME FISICO + RX (SOLICITO LEITO EXTRA)

↳ Leito Cirúrgico: Ortopedia/Traumatologia / Misto

15/7/2013 06:41



20
39

Número do Laudo 73014453

Unidade Solicitante complexo hospitalar de mangabeira gov tarcision burity

Unidade Executante complexo hospitalar de mangabeira gov tarcision burity

Data/Hora de Solicitação 15/07/2013 0:27

Atendente Solicitante Veronica macleira da Nobrega

Data/Hora da Regulação 15/07/2013 6:08

Profissional Regulador Maria Gorete de Araujo Monteiro cpf: 18160190468

Situação Alta administrativa

Alta Profissional Registro da Alta Humberto Pontes de Araujo

Data de Registro 15/07/2013 15:18

Motivo Alta por encerramento administrativo (Sem pa AIH)

Data Prevista 16/07/2013

Data/Hora de Internação 15/07/2013 6:49

Profissional Registro da Internação Veronica macleira da Nobrega

Paciente Código 889999140992718

Nome JOSE PEDRO DE ARAUJO

Nome da Mãe LUCIA LUIZ DO NASCIMENTO

Data de Nascimento 11/05/1977

Unidade Emissora do Laudo complexo hospitalar de mangabeira gov tarcision burity

Profissional Emissor do Laudo Nome jocemir paulino da silva junior

CPF 83970770491

Caráter da Internação 2- Urgência

Clínica Clínica cirúrgica: Leito Cirúrgico: Ortopedia/Traumatologia

Procedimento Solicitado Código 0408020539

Nome tratamento cirurgico de luxacao / fratura-luxac falangiana

Procedimento Realizado Código 0408020539

Nome tratamento cirurgico de luxacao / fratura-luxac falangiana

Diagnóstico Inicial Código S623

Descrição frat de outr ossos do metacarpo

Diagnóstico Principal Código -

Descrição -

Diagnóstico Secundário Código -

Descrição -

Principais Resultados e Provas Diagnósticas ▶ EXAME FISICO + RX (SOLICITO LEITO EXTRA)

15/7/2013 15:2





MINISTÉRIO DA

21
EP

CLÍNICA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA FICHA DE ATENDIMENTO
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA FICHA Nº: 549524 Atd: Nao Regulado
-AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N Data: 14/07/2013
R056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Hora: 21:03:25
R(83)3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28 Recepcionista: SUNIA MARIA DE ARAUJO
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: JOSE PEDRO DE ARAUJO Num. de vezes atendido: 1
Sexo: M IDENTIDADE: 3143874 Num. Prontuario: 2013.07.001461
Data Nasc.: 11/05/1977 Id: 36 anos:
Cidade: MATARACA UF: PE
Profissao: ABRICULTOR
Formacao: SEM DOCUMENTO: SD
Doc. Responsavel: 7 SEM DOCUMENTO: SD
Endereco: BARRIO MATARACA

ATENDIDO
VISTO

Transporte utilizado: COLISAO MOTO E CARRO SA 19:30
Tipo de acidente por: CUR BRANCA ENS. FUND. COMP.
Tipo de violencia por: NAO
Caso Policial

ATENDIDO
6/3/13

E-CONSULTA

CONDICAO DO PACIENTE AO SER

Classificacao de Risco: AMARELO

Sexo:	Altura:	☐ Aparentemente SI	☐ Grave
Idade:	IMC:	☐ Politraumatizado	☐ Convulsao
Tab. Abd:	U2%:	☐ Hemorragia	☐ Dispneia
		☐ Diarreia	☐ Abotado
		☐ Regular	☐ Chocado
		☐ Vomito	

Exame Principal Observacao
DA DE MOTO- SUSPEITA DE FRATURA E CORTE SAMU
MEMBRAS SUPERIORES ESQUERDAS

Queixa MOTO TAMBEM POR FOM

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

S/TCE, Lado, Quatro, ERCA

3, C, D: OK

ABD: S/ALT

TOM: S/ALT

Diagnostico Conduta

15W X

Horario da medicacao

Q: Rx
- Anal anal

Dr. Eduardo Motta Braga
Cirurgia Geral
CRM PB 7253 / CRM PE 18480



22
Ficha Nr: 04962

EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

0170 PEDIA #.

Pct com dor ledene mto. Rpm
com fatura do 3º 14º ~~MT~~ MTC Esq.
co: Tala lme pulso.

PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Dr. Jocelir Paulino
Ortopedia
CRM-PB 8879

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos ; Dose ; Horário ; Evolução

Assinatura da Enfermagem ; Reservado p/ liberação

EDIMENTO REALIZADO

ANO DO PACIENTE

Residência () Transferência () Desistência () UTI
Alta a pedido () Enfermaria () Obito () Atestado () SVD () IML

Nome: Juvenil Bolkina de Souza

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

03/06/25

CARGO DO SUS

0302020072
0303090227



23
300

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] JHTF

[] Trauma _____

[] Neo _____

[] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____

Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____

DM _____

TB _____

NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg

Altura: _____ m

IMC = _____

PA = _____

mmHg

FC = _____

FR = _____

TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____





25
2019

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente: JOSE PEDRO

Enfermaria: LDI

Leito: _____

Data: 15.07.23

Tipo de Dieta: _____

Aceitando? () Sim () Não () Pouco

Pacte. em Venóclise?

(X) Sim () Não - () Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte.:

(X) Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros _____

Sinais Vitais:

PA: _____ Temp.: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte.: faz uso de:

() S.V.F () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não

() Supra Pública - Diurese _____ ml

(X) Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo?

() Sim (X) Não () Limpo () C/ secreção

Observação: _____

Pac. aceitou medic.?

(X) Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS:

PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO SEM
QUEIXAS ESPECÍFICAS AO MANEJO CIRÚRGICO.

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar:

Glirane dos Santos
Enfermeiro
COREN-PA 500.774

Turno: _____

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar:

Turno: _____

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Nome do Paciente: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____

Data: ____/____/____

Tipo de Dieta: _____ Aceitando? () Sim () Não ()

Pacte. em Venóclise? () Sim () Não - () Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Ver

Estado Geral do Pcte.: ☐ Estável ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave ☐ Outros

Sinais Vitais: PA: _____ Temp.: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte.: faz uso de: () S.V.F () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não
 () Supra Pública - Diurese _____ ml
 () Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____

Realizado Curativo? () Sim () Não () Limpo () C/ secreção

Observação: _____

Pac. aceitou medic.? () Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS:

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____ Turno: _____

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____ Turno: _____





27
EPR

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: João Pedro de Araújo Leito: _____
Procedência: _____ Enfermaria: _____ Data de admissão: 14/07/13
Idade: 36 Sexo: () M () F Religião: _____ Ocupação: _____
Residência: _____ Estado Civil: _____

2. MOTIVO DA INTERNAÇÃO/ QUEIXA PRINCIPAL:

pt 3º 4º mitocarpas mão E
Tratamento: _____
() Clínico (☒) Cirúrgico () Outros _____

3. NECESSIDADES / AUTO CUIDADO

Higiene
Corporal: (☒) Preservada () Prejudicada Oral: (☒) Preservada () Prejudicada
Demanda de auto cuidado: _____
Sono e repouso: () Satisfatório () Prejudicada () Insônia () Auxiliares do sono Qual: _____
Dieta: () Preservada () Prejudicada () Ajuda para alimentação () Restrição Alimentar
Movimentação: () Deambula () Não deambula () Restrito ao leito () Acamado
Movimenta-se com ajuda: () Sem movimentação () Limitação localizada de movimento
Interação social: () Comunicativo () Não comunicativo
Conhecimento sobre seu problema de saúde: () Informado () Não informado
Orientação quanto procedimento cirúrgico: () Boa () Insuficiente () Não orientado

4. FATORES DE RISCO

() Tabagismo () Etilismo () Sedentarismo () Perfil sanguíneo alterando por uso de drogas
Alergias: _____
Antecedentes Pessoais (enfermidades / cirurgias anteriores): _____
Antecedentes familiares: _____
Uso de medicamentos: _____

5. NEUROLOGIA (Pupilas)

() () Isocóricas () () Anisocóricas () () Midriase () () Miose () () Média Fixa () () Fotoreação

6. ESCALA DE GLASGOW

Abertura dos Olhos: () Espontânea(4) () Com estimulação verbal(3) () Com estimulação dolorosa(2) () Nenhuma resposta(1)
Resposta verbal: () Orientado(5) () Confuso(4) () Palavras inapropriadas(3) () Sons incompreensíveis(2) () Nenhuma(resposta(1)
Resposta Motora: (Obedece a comandos)(6) (Localiza e retira o estímulo)(5) Localiza o estímulo(4) Responde em reflexão(3)
Responde em extensão(2) Nenhuma resposta(1)

7. EXAME FÍSICO E OUTRAS INFORMAÇÕES

Tax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ ipm PA: _____ mmHg FC: _____ bpm
Peso: _____ Kg Altura: _____ cm CA: _____ cm
Estado nutricional: () Normal () Obeso () Emagrecido () Caquético () Desnutrido () Outro
Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Desorientado. Nível de resposta

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N. CEP 58056-384. Mangabeira II. Inã Pessoa DD



Pele/Tecidos: ☒ Íntegra () Hidratada () Ressecada () Sudoreica () Pálida () Cianótica () Escara

Iscomiadas MIB (helen)

28
396

Cabeça: () Alopecia () Seborréia () Pediculose () Outros

Face: () Cushingóide () Paralisia facial () Acromegálica Expressão

Olhos: ☒ Visão normal () Visão turva () Acuidade visual diminuída () Cegueira () Exoftalmia () Processo inflamatório/Infeccioso.

Aspecto da mucosa/outros:

Nariz: ☒ Sem anormalidade () Deformidade () Obstrução () Secreção () Epistaxe

Ouvidos: ☒ Audição normal () diminuída () zumbido () surdez () processo inflamatório/infeccioso. Outros

Boca: () cáries () falhas dentárias () halitose () língua sahurrosa () prótese. Mucosa oral: () íntegra () lesões

Pescoco: () linfonodos palpáveis () tireóide aumentada () ingurgitamento jugular () traqueostomia () mov. Difícil ou dolorosa. Outros

Tórax: () atípico () típico. Expansão torácica: ☒ normal () diminuída

Mamas: () assimétricas () presença de nódulos palpáveis () secreção

Sistema Respiratório: ☒ eupnéico () bradipnéico () taquipnéico () dispnéico: () em repouso () mín. esforços () méd. esforços () grand. esforços () uso O₂ () tosse () secreção () ausculta pulmonar

Atividade Cardíaca: ☒ regular () irregular. Frequência:

Edema:

Sist. Digestivo/abdome: ☒ plano () distendido () tenso () globoso () incisão/cicatriz cirúrgica () sonda () náuseas () vômitos () pirose () plenitude pós-prandial () dificuldade deglutição. Ruídos hidroaéreos: ☒ presentes () ausentes.

A palpação: () flácido () doloroso. Hepatomegalia () ascite. Eliminação intestinal (frequência/característica):

Genito-urinário: ☒ micção espontânea () incontinência () retenção () dispositivo p/incontinência () sonda () disúria () poliúria () polaciúria () nictúria () oligúria () anúria () hematúria () colúria () prurido () corrimento () lesões () aspecto da urina

Atividade sexual: () não tem atividade () tem atividade () uso de preservativo:

Ciclo menstrual: () normal () menopausa () dismenorréia () amenorréia () hipermenorréia

Membros Sensibilidade: ☒ preservada () parestesia () câimbras. Força motora: ☒ preservada () parestia () plegia () im. de movimento articular. Pulsos periféricos: ☒ palpáveis () diminuídos () ausentes () amputação. Rede venosa:

6. IMPRESSÕES DO ENFERMEIRO:

Internado p/ procedimento cirúrgico

Enfermeiro:

Rebeca

COREN:

Data:

14, 7,





DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
UNIDADE DE INTERNAMENTO
(CLÍNICA MÉDICA)

30
30/08



Paciente:	
Enf/Leito:	Data:
Enfermeira (o):	COREN:

- () Risco para aspiração relacionados a alimentação por sondas, nível de consciência reduzido.
- () Constipação relacionados a fatores ambientais, fisiológicas, farmacológicas, funcionais, mecânicos, psicológicos.
- () Integridade da pele prejudicada relacionado ao estado nutricional alterado.
- () Déficit de auto-cuidado: banho, higiene, alimentação relacionada à diminuição da mobilidade da força ou resistência.
- () Adaptação prejudicada relacionada a ansiedade, baixa auto-estima e/ou medo.
- () Nutrição prejudicada relacionada à falta de apetite, estomatite, disfagia.
- () Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionadas com secreções retidas, muco excessivo evidenciado por dispnóias respiratórias diminuídas e tosse ineficaz.
- () Distúrbios no padrão do sono relacionado a alterações psicossociais/ambientais.
- () Aumento do volume de líquido relacionado à doença ou imaturidade de órgão ou sistema, e ingestão excessiva de sódio/líquido.
- () Deambulação prejudicada relacionado a doença ou fatores traumáticos.
- () Dor aguda relacionado a agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos).
- () Eliminação urinária prejudicada relacionada a infecção do trato urinário, obstrução anatômica, causas múltiplas, sensorio-motor.

OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO	DATA	HORÁRIOS
Verificar e registrar SSVV		
Mudança de decúbito 3/3 hs		
Higiene Oral e ocular 3x ao dia		
Banho no leito 1x ao dia		
Aspiração de secreções 3/3hs		
Trocar vidro coletor do aspirador		
Realizar acesso venoso periférico e controle de gotejamento		
Colocar data e rubrica em punção venosa conforme rotina de troca de cateter a cada 72 hs.		
Administrar e checar medicação prescrita		
Medir e verificar aspecto, volume, débito urinário e/ou drenos.		
Realizar curativo CPM		
Uso de contenções no leito s/n		
Administrar a dieta de 3/3hs		
Realizar controle de glicemia		
Instalar oxigenoterapia CPM		
Trocar cateter nasal S/N		
Manter nível de água nos umidificadores		
Realizar passagem de SVF e/ou SNG CPM		
Realizar ECG CPM		
Realizar Raio x CPM		

Rua Agente Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



32
308

...
...
...
...
...

CONSIDERAÇÕES GERAIS

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

CONSIDERAÇÕES GERAIS

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...

...
...
...
...
...



CNPT

1996年6月 19日 星期三

Client : ...
IP Address : ...
Port : ...
Country : ...
City : ...

Movimento: 82/84/2014 Hora: 11:17:58
 Data: 06/10/2014 Hora: 04:00:00
 Localidade: 82/ Acordo: 00002
 Modalidade: 01/01/01

[illegible]

[19] M. J. Heule, “A decision procedure for quantified propositional logic,” in <i>CADE</i> , pp. 167–181, 1998.	[20] S. Edelkamp, <i>Algorithmen der Komplexitätstheorie</i> . Vieweg, 1999.
--	--

Valutarea este mai simplă (vezi [3]).
 În cazul de față, cu o valoare, fără semn, de
 două cifre a valorii de debit.

© 1999

Respecto a prestación del servicio, el mismo prestador, o su sucesor, pasará indicando al beneficiario de la suma de valores constantes de la correspondiente prestación, en el momento de su celebración, el monto de la suma.

Asst. Registrar

Ud Postfatto qđes ho al ho l'ho post. ant. illi
 detento da illi qđ

SUN. FORTALE: BIRCHES & BIRCHES 11/15/78

UCL = 100(1.515 + 0.1166 $\ln$ TSP) 22nd edition

DECLARATION OF WORKING STATUS

VIA CLIENTE: 0261 / 0.00



CAIS J. GUARTEL

Centro de Integração à Saúde
Av. Alberto de Almeida, S/N - Jaguarib

CEP: 58.015-32

228 3214 2258/2-26510

Unidade de Atendimento

RECELTUARIC

O pariente Jose Pedro
se praepto foi subscrito
a orçamentação e paguei
parelho para pature
do 3' 24" me escopo (E)
Há há remanes, devido
à produção de met.
Ami hão meios de
proteção

28/08/17
Mário Otávio Vilardo Ferreira
Ortopedia - Traumatologia
8646 6153

Melhore sua letra: uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente
Av. Epitácio Pessoa, 1324 - Torre/João Pessoa-PB - Fone: (83) 3214.7922

1ª via-usuário

2ª via-unidade de saúde



34
2017

1

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERENCIA EXECUTIVA DE POLICIA CIVIL METROPOLINA
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE MATARACA/PB

Natureza: Acidente de Moto.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Certifico, em razão do meu ofício e o requerimento verbal da pessoa interessada que, revendo neste cartório policial as ocorrências policiais acontecidas na área circunstancial desta delegacia de polícia, encontrei o registro da ocorrência policial nº 374/2013, cujo teor passo a transcrever na íntegra: aos quinze (15) dias do mês de agosto (08) do ano de dois mil e treze (2013), nesta cidade de Mataraca, estado da Paraíba e na delegacia local, presente a autoridade policial Dr. Diego Garcia Farias de Queiroz, delegado titular, e comigo, escrivão de polícia, às 14:48 hs, compareceu: JOSÉ PEDRO DE ARAÚJO, Identidade nº 3.143.874 SSP-PB, CPF 064.964.884-60, brasileiro, natural de Nova Cruz-RN, solteiro, filho de Severino Pedro de Araújo e Lúcia Luiz do Nascimento, com 36 anos de idade, nascido em 11.05.1977, residente no Sítio Uruba, Zona Rural, Mataraca - PB e fez o seguinte registro: Que no dia 04.08.13 por volta da 06.00 horas quando se dirigia para Mataraca no contorno da PB 065, caiu de sua moto de placa MNB 4333/PB, ano 2004, cor preta, RENAVAL 824502396, Chassi 9C2JC30214R632363, tendo quebrado 2 dedos da mão esquerda. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do código penal brasileiro, depois de lido e achado conforme, expõe a presente certidão o referido é verdade e dou fé.

Mataraca, 15 de agosto de 2013.

Noticiante Jose Pedro de Araujo

Escrivão Ad-Hoc de Polícia Civil

Paulo de Tasso Corrêa Dias de Araújo
Matrícula 89.191-6



35
30/



Hospital Samaritano

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para todos os devidos fins de direito, que o (a) Sr(a). **JOSE PEDRO DE ARAUJO** foi submetido a tratamento cirúrgico nesta instituição, onde encontra-se internado, portador(a) de **CID 10:S62.9**, devendo ausentar-se de suas atividades regulares por um período de 60 (SESSENTA) dias, permanecendo em repouso segundo recomendação médica.

AUTORIZAÇÃO

Eu, **JOSE PEDRO DE ARAUJO**, Autorizo o Dr. Heisenberg Batista Medeiros de Almeida, a registrar o diagnóstico codificado CID 10 neste atestado médico.

Dr. Heisenberg B. M. de Almeida
OCTUBRE 2019
CRM/PB: 6229

João Pessoa, 05.07.2019

Dr. Heisenberg B. M. de Almeida
ORTOPEDIA & TRAUMATOLOGIA CRM-PB 6229

Av. Santa Julia, 35, Bairro da Torre, João Pessoa/PB
CEP: 58040-450. Tel: (83) 3048-2100





COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12556170443

Número do Benefício: 6028555090

Espécie: 31

Número do Requerimento: 151502743

Ao Sr.(a): JOSE PEDRO DE ARAUJO

Endereço: SÍTIO URUBA SN, ZONA RURAL

CEP: 58292000

Município: MATARACA

UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 12/08/2013, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 15/11/2013.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do Benefício (15/11/2013), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 15/11/2013 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Pedido de Reconsideração ou Recurso à Junta de Recurso da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 155 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 22 de agosto de 2013

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: APS - RIO TINTO Endereço: RUA DA AURORA, S/N, CENTRO
CEP: 58297000 Município: RIO TINTO UF: PB

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente, em 22 de agosto de 2013

Assinatura do Requerente / Representante Legal





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, JOSE PEDRO DE ARAUJOPORTADOR(A) DO RG Nº 573 687 EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ ECPF 064964884-60 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO 237 AGÊNCIA 2609-5 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 591289-0
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL MATAPACA DATA ____/____/____

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) _____



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221.204.



Assinado eletronicamente por: AILTON JONAS FERREIRA COSTA - 23/08/2019 09:53:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908230955430000000023037404>

Número do documento: 1908230955430000000023037404

Num. 23776178 - Pág. 38

38
308



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 2013595630

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, Jose Pedro de Araujo

PORTADOR(A) DO RG Nº 3443874

EXPEDIDO POR SSP

EM 15/08/03 E

CPF 00000000000 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Agr. cultor

E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Pedro de Araujo, 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 237 AGÊNCIA 209-5 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 591289-0

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL _____ DATA ____/____/____

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) _____



ATENÇÃO

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



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSE PEDRO DE ARAUJO
 DATA DO ACIDENTE 04-08-2013 CPT DA VITIMA 0411364564604
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARAFISCADO COM
 A VITIMA E JOSE PEDRO DE ARAUJO
 ENDEREÇO DO PORTADOR
 N° COMPLEMENTO BAIRRO ZONA RURAL
 CIDADE MATARACA UF CEP 58292000
 E-MAIL 939112-2957

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE INVALIDEZ DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELO VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLLIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ 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)
☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INDIRIZANDO AS LESÕES SOFRIAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTES ORIGINAIS E LEGÍVEIS DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES (QUITADOS)
☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEIQUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☒ 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)
☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE = R\$ 15.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 18.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DO SEGURO PREVISTA NA LEI 6.594/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REENBOLSO ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).
 • O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT.
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 23/08/2013
 IDENTIDADE 34423456789
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 23/08/2013 MATR. CORREIOS [Matr. Correios]
 NOME [Nome]
 ASSINATURA [Assinatura]



40
301



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2014

Carta nº: 4244749

A/C: JOSE PEDRO DE ARAUJO

Sinistro: 2014292806
Vitima: JOSE PEDRO DE ARAUJO
Data Acidente: 04/08/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 10/04/2014 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 04/08/2013. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

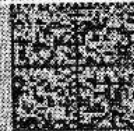
Seguradora Líder-DPVAT



4 ABR 2014
PR



Seguradora Líder - DPVAT



BRASIL

RS-0

AR

JOSE PEDRO DE ARAUJO
SITIO URUBA, s/n
ZONA RURAL
CEP 58292-000 - MATARACA - PB



JL722717287BR

5460

Saiba + www.dpvatseguradotransito.com.br

Solicitar a indenização no Seguro DPVAT é simples! Basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consagrada que após constatar a sua regularidade, os encaminhara a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguros DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver nenhuma das partes envolvidas. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

DPVAT - Como Requerer

Seguradora Líder - DPVAT



41
306



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2013

Carta nº: 3297154

A/C: JOSE PEDRO DE ARAUJO

Sinistro: 2013591630
Vítima: JOSE PEDRO DE ARAUJO
Data Acidente: 04/08/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 03/09/2013 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 04/08/2013. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página ✓
- Comprovante de residência faltando página ✓
- Boletim de ocorrência autenticado ✓
- Documentação médico-hospitalar faltando ✓
- página
- DUT ✓

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

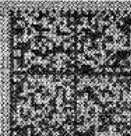
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT



BRASIL

AR

JOSE PEDRO DE ARAUJO
RUA PROJETADA, S/N
ASSENT URUBAS
CEP 58292-000 - MATARACA - PB

4836



JL507713092BR

Saiba + www.dpvatsegurotransito.com.br

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada que, após constatar a sua regularidade, os encaminhara à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

DPVAT - Como Requerer

Seguradora Líder • DPVAT



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

42
EJP

Tipo de distribuição: SORTEIO - 13/05/2015 11 horas 34 minutos

Processo: 0001258-18.2015.815.0231

Classe: PROCEDIMENTO ORDINARIO

SEGURO

Valor da causa : 13500,00

Serie : 11

Autor : JOSE PEDRO DE ARAUJO

Reu : SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO

Vara : 2A. VARA DE MAMANGUAPE

Juiz : SILVANA CARVALHO SOARES

promotor: EDUARDO BARROS MAYER

RECEBI

14 / 05 / 2015

EJP



CONCLUSÃO

Nº. de Processo: 19082309554300000000023037404
Data de julgamento: 14 de 05 de 2015
Assinado eletronicamente por: Eos
Assinante: Encarregado



43

PROCESSO: 0001258-18.2015

DESPACHO

1. Defiro o pedido de gratuidade judiciária, nos termos do art. 12 da Lei nº 1060/50.
2. Cite-se a parte promovida para, querendo, contestar a ação, no prazo de 15 (quinze) dias.
3. Apresentada a contestação, havendo a arguição de preliminares ou a juntada de documentos, abra-se vista à parte promovente, por 10 (dez) dias, para impugnação.
4. Cumpridos todos os itens do presente despacho, voltem-me os autos conclusos.

Cumpra-se.

Mamanguape, 19 de maio de 2015.



SILVANA CARVALHO SOARES
Juíza de Direito em substituição



CERTIFICO E DOU FÉ QUE:

() Expedi N F () Autor () Réu _____

() Solicitei Mandado de _____

() Intimação () Citação () Outros _____

() Juntei _____

() Ofício () Petição () AR () Outros _____

() Arquivei os presentes autos.
Mamanguape _____ / _____ / _____

ANALISTA / TÉCNICO JUDICIÁRIO





**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE MAMANGUAPE - 2ª VARA**

Fórum Des. Miguel Levino de Oliveira Ramos, Av. Presidente Kennedy, s/n, BR 101, Mamanguape/PB -
CEP: 58280-000 - Fone/fax: (0xx83) 3292-4230

CARTA DE CITAÇÃO

Processo nº 0001258-18.2015.815.0231

Natureza: SEGURO

Autor: JOSE PEDRO DE ARAUJO

Réu: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

De ordem do Exmo. Juiz de Direito da 2ª Vara de Mamanguape, Dr. Rúcio Lima de Melo, é a presente para CITAR SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT, através de seu representante legal, de todo o teor da presente ação supra, para querendo, no prazo de 15 (quinze) dias, oferecer resposta, sob pena de revelia e confissão ficta quanto à matéria de fato, nos termos dos art. 285 e 319/CPC.

Mamanguape/PB, 06 de outubro de 2015.

Ailton Jonas Ferreira Costa
Técnico Judiciário
mat. 477.667-6

Ilmo(a). Sr(a). Representante Legal
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, CEP 20.031-201
Rio de Janeiro - RJ

R 06/10/15

Emmanuel



VISTO EM INSPEÇÃO / CORREÇÃO / REVISÃO

1. () Conclusão ao M. M. Juiz para os devidos fins.
2. ☒ Cumpra-se o despacho no prazo de 30 dias.
3. () Cumpra-se a sentença no prazo de _____ dias.
4. () Preferir despacho / decisão em _____ dias.
5. () Cumpra-se com urgência o despacho / decisão em _____ dias.
6. () Preferir despacho / decisão com urgência em _____ dias.
7. () Provimento a) () Cumprido b) () Não cumprido

Em, 14/12/2016

Silvanildo Torres Ferreira
Juiz Corregedor Auxiliar

CERTIFICO E DOU FÉ QUE:

- () Expedi N.º _____ () Autor () Réu _____
() Solicitei Mandado de _____
() Intimação () Citação () Outros _____
☒ Juntei _____
() Ofício () Petição (☒) AR () Outros _____
() Arquei os presentes autos _____
Mamanguape _____

ANALISTA / TÉCNICO JUDICIÁRIO



45
a

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

AR

Nº Ao Exmo(a) Sr(a)
E SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
C Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, CEP 20.031-201
D Rio de Janeiro – RJ
0
0

Conteúdo: Processo Nº: 0001258-18.2015.815.0231

ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RECEPTEUR
ELENICE CONSTANCIO SANTOS

DATA DE RECEBIMENTO
DATE DE LIVRAISON
19 OUT 2015

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RECEPTEUR
R. Júnior

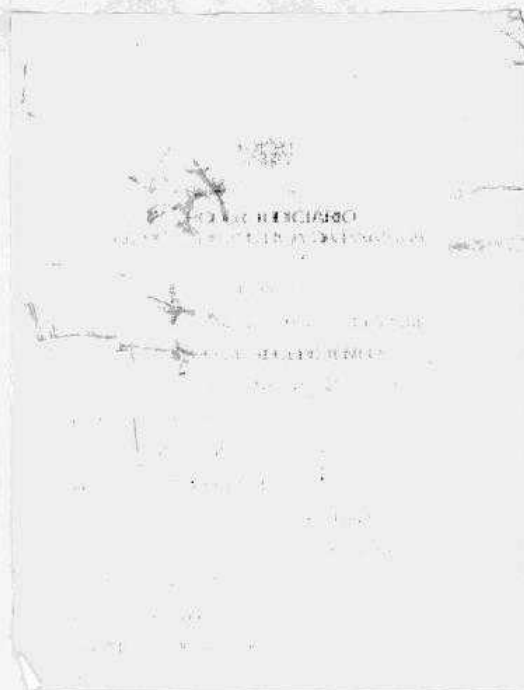
Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO
RECEBEDOR / ÓRGÃO EXPEDIDOR
8.956.534-7

RUBRICA E MAT. DO EMPREGADO
SIGNATURE DE L'AGENT

PRIMEIRO DE DESTINO
BUREAU DE DESTINATION
19 OUT 2015
RIO DE JANEIRO/RJ

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERSO

75240203-0 FC0463 / 16 114 x 186 mm





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE MAMANGUAPE - 2ª VARA

Fórum Des. Miguel Levino de Oliveira Ramos, Av. Presidente Kennedy, s/n, BR 101, Mamanguape/PB -
CEP: 58280-000 - Fone/fax: (0xx83) 3292-4230

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que decorreu o prazo sem que a(s) parte(s) se manifestasse(m).

Mamanguape – PB, 26 de Fevereiro de 2019.

Analista/Técnico Judiciário

CONCLUSÃO

Nesta data faço estes autos conclusos ao MM
Juiz de Direito da 2ª Vara de Mamanguape.
Mamanguape, 26/02/2019.

Analista/Técnico Judiciário





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA
JUÍZO DE DIREITO DA 2ª VARA DA COMARCA DE MAMANGUAPE-PB

SENTENÇA

PROCESSO: 0001258-18.2015.815.0231

AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO NA VIA ADMINISTRATIVA. INEXISTÊNCIA DE INTERESSE DE AGIR. MATÉRIA COM REPERCUSSÃO GERAL JULGADA PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. INDEFERIMENTO DA INICIAL.

- O Supremo Tribunal Federal, em repercussão geral, firmou entendimento de que o estabelecimento de condições para o exercício do direito de ação é compatível com o princípio do livre acesso ao Poder Judiciário, previsto no art. 5.º, XXXV, da Constituição Federal.
- A ausência de demonstração do preenchimento dos requisitos exigidos pelo paradigma leva à carência de ação, pela falta de interesse de agir.

Vistos,

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT ajuizada por JOSÉ PEDRO DE ARAÚJO em face de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, visando a percepção de indenização pelos danos pessoais sofridos em decorrência de acidente com veículo automotor de via terrestre.

Decido.

Inicialmente, cumpre destacar que, para a propositura da ação, é necessário que a parte detenha interesse de agir (arts. 17 e 485, III, ambos do CPC), o qual é verificado pela reunião de duas premissas: a utilidade e a necessidade do processo.

Com efeito, de acordo com a Teoria Eclética da ação, adotada pelo nosso ordenamento processualista, é necessária, em regra, a afirmação de uma lesão a um direito para o exercício do direito de ação. A existência de um conflito de interesses no âmbito do direito material faz nascer o interesse processual para aquele que não conseguiu satisfazer consensualmente seu direito.

1 de 3

Kallenna



Destarte, nas ações judiciais que visam à percepção de seguro obrigatório em decorrência de acidente veicular em via terrestre, é preciso que reste demonstrado que a seguradora demandada resistiu ao cumprimento espontâneo da prestação, o que impõe a submissão de um pedido administrativo pelo(a) promovente, já que não há possibilidade jurídica de concessão de ofício.

Pois bem. O Plenário do STF, ao julgar o RE nº 631.240/MG, cujo tema suscitado no recurso teve sua repercussão geral reconhecida, concluiu (em 03/09/2014) que a instituição de condições para o regular exercício do direito de ação em que se postula a concessão de benefício previdenciário é compatível com a norma do artigo 5º, XXXV, da CF.

A orientação consolidada nesse julgamento aplica-se ao caso dos autos, conforme decisão da Corte Suprema, acerca de ação para ressarcimento do seguro obrigatório DPVAT:

RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. DPVAT. NECESSIDADE DE PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO. INEXISTÊNCIA DE INTERESSE DE AGIR. MATÉRIA COM REPERCUSSÃO GERAL JULGADA PELO PLENÁRIO DO STF NO RE 631.240-RG. 1. O estabelecimento de condições para o exercício do direito de ação é compatível com o princípio do livre acesso ao Poder Judiciário, previsto no art. 5.º, XXXV, da Constituição Federal, conforme firmado pelo Plenário da Corte no julgamento de repercussão geral reconhecida nos autos do RE 631.240, Rel. Min. Roberto Barroso. 2. A ameaça ou lesão a direito aptas a ensejar a necessidade de manifestação judiciária do Estado só se caracteriza após o prévio requerimento administrativo, o qual não se confunde com o esgotamento das instâncias administrativas. 3. In casu, o acórdão recorrido assentou: “2. Inexiste uma das condições da ação, pois que não houve indícios de que fora realizado qualquer pedido administrativo perante a Seguradora reclamada. 3. Inexiste necessidade do pronunciamento judicial, pois não havendo que se falar em pretensão resistida a justificar a propositura da presente demanda, não há o interesse de se ingressar com a demanda em juízo.” 4. Recurso DESPROVIDO. [...]. (STF: RE 839.314 MA; Min. Luiz Fux; Julgado em 10/10/2014; publicado no DJ, em 16/10/2014). (destaquei)

Kelima

2 de 3



A pretensão neste caso em apreciação carece de qualquer elemento configurador de resistência pela seguradora. Não há conflito. Não há lide. Não há, por conseguinte, interesse de agir nessas situações.

Assim, a parte autora não demonstrou, como lhe incumbia, o efetivo encaminhamento idôneo de solicitação direta e tampouco a mínima resistência por parte da requerida.

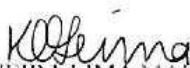
Pelo exposto, de ofício, **INDEFIRO A PETIÇÃO INICIAL** e, por conseguinte, **declaro EXTINTO O PROCESSO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO**, por carência da ação consubstanciada na falta de interesse processual da parte autora, com fulcro no art. 485, I, c/c art. 330, III, ambos do CPC.

Condeno a parte autora, na forma do art. 82, §2º, c/c art. 84, ambos do CPC, em custas processuais. Fica suspensa a exigibilidade nos termos do art. 98, § 1º, I e VI, c/c §§ 2º e 3º, do CPC.

Publique-se. Registre-se. Intime-se.

Após o trânsito em julgado, arquivem-se os autos, com as cautelas de estilo.

Mamanguape, 11 de julho de 2019.


KALINA DE OLIVEIRA LIMA MARQUES
Juíza de Direito





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

2ª Vara Mista de Mamanguape

Rua Marquês de Herval, S/N, Centro, MAMANGUAPE - PB - CEP:
58287-000

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

Nº DO PROCESSO: 0001258-18.2015.8.15.0231

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JOSE PEDRO DE ARAUJO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

De acordo com as prescrições do art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, e nos termos do Ato da Presidência n. 50/2018, **COMUNICO** a conclusão do procedimento de migração dos autos físicos de **n. 0001258-18.2015.8.15.0231** para o PJe (Processo Judicial Eletrônico) e **INTIMO** as partes, por seus advogados, defensores públicos ou dativos, Fazenda Pública e o Ministério Público, regularmente habilitados perante o sistema de processo eletrônico - PJe, a requerer o que for pertinente, em 5 (cinco) dias, sob pena de preclusão.

MAMANGUAPE, 26 de agosto de 2019.

AILTON JONAS FERREIRA COSTA
Técnico Judiciário





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

2ª Vara Mista de Mamanguape

Rua Marquês de Herval, S/N, Centro, MAMANGUAPE - PB - CEP:
58287-000

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

Nº DO PROCESSO: 0001258-18.2015.8.15.0231

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JOSE PEDRO DE ARAUJO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

De acordo com as prescrições do art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, e nos termos do Ato da Presidência n. 50/2018, **COMUNICO** a conclusão do procedimento de migração dos autos físicos de **n. 0001258-18.2015.8.15.0231** para o PJe (Processo Judicial Eletrônico) e **INTIMO** as partes, por seus advogados, defensores públicos ou dativos, Fazenda Pública e o Ministério Público, regularmente habilitados perante o sistema de processo eletrônico - PJe, a requerer o que for pertinente, em 5 (cinco) dias, sob pena de preclusão.

MAMANGUAPE, 26 de agosto de 2019.

AILTON JONAS FERREIRA COSTA
Técnico Judiciário

