



Número: **0001258-18.2015.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Mamanguape**

Última distribuição : **13/05/2015**

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

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE PEDRO DE ARAUJO (AUTOR)	JOSE MARTINS DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
23776 178	23/08/2019 09:55	[VOL 1][Petição Inicial]	Petição Inicial
23824 894	26/08/2019 12:45	Ato Ordinatório	Ato Ordinatório
23825 101	26/08/2019 12:45	Ato Ordinatório	Ato Ordinatório

02
80

EXCELENTESSIMO(A) SR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA DA COMARCA DE MAMANGUAPE / PB.



JOSÉ PEDRO DE ARAUJO, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do CPF No. 064.964.884-60, residente no sítio Uruba, zona rural de Mataraca, desta comarca, vem, com a máxima vénia e acatamento perante V.Exa., por meio de sua patrona adiante subscrita, com endereço à Rua Francisco Claudino Pereira, 111/101 – Manaíra, João Pessoa, onde deverá receber intimações, requerer inicialmente os benefícios da justiça gratuita, nos termos da Lei 1060/1950, para em seguida requerer, através do Procedimento Sumário, art. 275, do Código de Processo Civil, e com fulcro na Lei no. 6.194/1974, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – D P V A T

Em desfavor da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A S/A**, inscrita no CNPJ sob o no 09248608000104, companhia de seguros participante do Consórcio de Seguradoras que operam o seguro de danos pessoais causados por veículos de via terrestre, localizada à Rua Senador Dantas, no 74, 5º andar, centro, RIO DE JANEIRO – RJ., pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:

DA SITUAÇÃO FÁTICA

O requerente foi vítima de acidente de trânsito em data de 04 de agosto de 2013, quando pelas 06:00hs, dirigindo-se para Mataraca, no contorno da PB 065, caiu de sua moto de placa MNB-4333/PB, ano 2004, cor preta, RENAVAM 824502396, chassi 9C2JC30214R632363, tendo quebrado 2 dedos da mão direita, tendo se submetido a procedimento cirúrgico, tendo ficado afastado de suas atividades laborais inicialmente, por 60 (sessenta) dias, tudo conforme comprovantes em anexo;

Em decorrência dos danos sofridos, o requerente ficou impossibilitado de exercer as suas atividades, uma vez que é agricultor e, para manusear os

U. S S 5



PROVIMENTO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
Protocolo: P004151156999
Data: 12/05/2015 Hora: 13:58:17
TIPO: DEFERIMENTO INICIAL



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=19082309554300000000023037404>
Número do documento: 19082309554300000000023037404

Num. 23776178 - Pág. 2

03
ZP

equipamentos inerentes a tal função, indispensável se faz a aptidão das suas duas mãos, especialmente a direita, e esta, desde o acidente, não mais voltou ao seu normal, causando-lhe enormes dores e o impossibilitando de trabalhar;

Salienta-se que o direito do autor, consiste do recebimento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, ora pleiteado, tendo o mesmo buscado o seu recebimento pelos meios administrativos, outrossim, a requerida durante todo esse tempo vem protelando, com pedidos de juntadas de outros documentos, esgotando-se, assim, todos os meios para o reconhecimento do seu direito pelos meios legais;

DO DIREITO

O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974 pela Lei Federal no. 6.194/1974, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determina que todos os veículos automotores, paguem anualmente uma taxa que garante, na ocorrência de acidentes, o recebimento de indenização tanto no caso de ferimento quanto no caso de morte.

Em conformidade com o art. 3º da lei no. 6.194/1974, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar;

Assim, resta claro que o requerente deve ser indenizado pelo seguro, como medida de direito, por ter ficado com sequelas do acidente automobilístico sofrido, causando-lhe incapacidade para o trabalho.

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP, conforme se vislumbra adiante:

EMENTA: FACULDADE DE ESDCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE DO VEÍCULO. IRRELEVANCIA. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso torna-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão no. 2.115/01, proferido nos autos do Recurso no. 926/01, publicado no DJ-MA em 06.07.01).

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos no art. 5º, da Lei 6.194/1974, que assim dispõe:

"ART. 5º - O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa,



04
30/08/2019

haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”
(grifo nosso)

Resta também provado, que o autor requereu por diversas vezes administrativamente perante a requerida e não obteve êxito, razão pela qual busca o judiciário a fim de ter o reconhecimento do seu direito que ora se pleiteia;

DO PEDIDO

Diante do exposto, seguindo a causa pelo rito sumário, em face da regra cogente do art. 275, II, e, do CPC, REQUER:

- a citação da requerida, para que compareça à audiência previamente designada (art.277-CPC), apresentando defesa caso queira, sob pena de revelia, prosseguindo-se nos ulteriores termos de Direito, para no final ser a ação julgada PROCEDENTE, com a condenação da requerida ao pagamento do Seguro Obrigatório (DPVAT), no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), acrescidos de juros de mora, atualização monetária, custas processuais e honorários de advogado na base usual de 20% sobre o valor do débito e demais cominações legais;
- seja concedido os benefícios da Justiça Gratuita, por ser o requerente pessoa pobre nos termos da Lei 1060/1950 e suas alterações;
- saindo vencedor, o requerente renuncia os valores excedentes a 60 (sessenta) vezes o valor do salário mínimo;
- Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente pelos documentos inclusos e prova testemunhal.

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 para efeitos meramente fiscais e, com a anuência do ilustre Representante Público, de tudo, pede e espera

Deferimento!

Mamanguape, 10 de abril de 2015

WALTERLUZIA MARIA EMILIA BRANDÃO MENDES
WALTERLUZIA MARIA EMILIA BRANDÃO MENDES

OAB?PB-4788



05
09

PROCURAÇÃO “AD – JUDICIA”

OUTORGANTE: JOSÉ PEDRO DE ARAUJO, BRASILEIRO,
SOLTEIRO, AGRICULTOR, CPF: 064.964.884-60, RESIDENTE
NO SITIO VAUBA - MATA RACA - 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 – Manaíra – 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 defendê-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 estabelecer 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

senhor José Pedro de Araujo



SEVERINO PEDRO DE ARAUJO
SIT URUBA, S/N - AREA RURAL
MATARACA / PB CEP: 58291000 (AG: 14)

Classe/Subcl: RESIDENCIAL /BAIXA RENDA MONOFÁSICO
 Roteiro 8 - 18 - 347 - 6030 Referência: Nov/2013
Nº medidor: 00001160933 Emissão: 13/11/2013
ENERGISA PARABRA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 B-230, Km25 - Centro Referencial - Jd. Pessoal - CEP:58071-880
 CNPJ:09.366.183/0001-40 - Insc Est: 16.015.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000 624 941
Cálculo para Pátria Autônoma: Nº000 204 178

a005 8af2 fe04 6195 ca40 4fb6 b53d a226

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 variação maior, devido ao maior custo de geração. No mês de Novembro, a BANDEIRA VERMELHA, a qual implicaria R\$0,030 de acréscimo na valor da tarifa, ficou de tributado.

12/11/2013

13/12/2013

512912314704

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

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	30	0,10454	3,13
Consumo em kWh	52	0,13821	7,06

IMPOSTOS E ENCARGOS
PIS 0,10
COFINS 0,48
JUROS DE MORA 10/2013 0,12
MULTA 10/2013 0,48
ICMS (Base de R\$ 1.000,00) 22,00 (Máximo 25.000,00) 0,00

	OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS	0,59
Out/13	96	
Set/13	100	
Agosto/13	98	
Jul/13	90	
Jun/13	72	
Maio/13	73	
Abr/13	88	
Mar/13	59	
Fev/13	58	
Jan/13	83	
Dez/12	50	
Nov/12	48	

Média dos últimos meses
71 kWh 21/11/2013 R\$ 17,38

9/2013-Materacca

		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	18,30		4,78	26,80
DIC TRIMESTRAL	32,85		4,11	22,97
DIANUAL	65,50	NOMINAL	8,17	48,23
FIC MENSAL	9,50		0,68	3,72
FIC TRIMESTRAL	18,68	CONTRATADA	1,61	9,05
FIANUAL	37,62	LIMITE INFERIOR	3,18	18,41
EMC	8,78	LIMITE SUPERIOR	0,65	3,62
DCR	16,80			
		Total	17,87	100,00

- Sua unidade foi faturada como Barts Banda, tendo um desconto de 20% no mês de outubro.



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=19082309554300000000023037404>
Número de documento: 100823000554200000000023037404

Núm. 23776178 - Pág. 6

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima JOSE PEDRO DE ARAUJO

Data do Acidente 09/08/2013 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) 9312-2933 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 - ISEP.
- 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 MÉDICASAtenção! → 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 _____

Matrícula Correios _____

Assinatura do Atendente

Gelson Teixeira de Andrade
ATENDENTE COMERCIAL II

EVOLUÇÃO MÉDICA
Unidade de Internamento

Até:

João Pessoa de Araújo

Sexo:

Idade:

Leito:

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

INTERCORRÊNCIAS

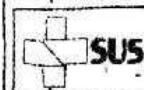
*Paciente fraturado 31/07/2013
em 2013, admittido p/ emergência.
03. Sintoma: Nop*

Intervenção

*Dr. Jocelmo
Ortopedista
CRM-PB 6919
Cirurgião-Dentista
CRM-PB 16051*

*Protocolo
Portaria
Assinatura*

*15/08/13 Paciente aferido
de cintilografia*



Sistema Único de Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

09

701

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Jon Pedro de Araujo

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RACA/COR

Male

Fem.

000

10 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

000

12 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

000

9 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, N° 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 - QTDE

fractura

20

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID10 PRINCIPAL 38 - CID10 SECUNDÁRIO 39 - CID10 CAUSAS ASOCIADAS

Por op de osteosintese do 3º e 4º metacarp

GAIS JAGUARIBE
Centro de Atenção Integrada à Saúde
Av. Alberto de Brito, 511 - Jaguaribe
CEP: 65601-320
Tel: (83) 3214-3425 / 3214-265

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/08/18

45 - ASSINATURA E CARMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Mario Otávio Vilardo Ferreira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 6153

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Mario Vilardo

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

82 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

() CNS () CPF

0109110099750

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/11/18

11/1

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

ARTERIOGRAFIAS

ATENDIMENTOS FISIOTERAPÉUTICOS

BIOPSIA DE CONJUNTIVA

BIOPSIA DE CORNEA

BIOPSIA DE ENDOMETRIO

BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA

BIOPSIA DE ECLERA

BIOPSIA DE IRIS E CORPO CILAR

BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TC / US

BIOPSIA/EXERSE DE NODULO DE MAMA

CINTILOGRAFIAS

DENSITOMETRIA ÓSSEA

DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)

DOSAGEM DE CICLOSPORINA

DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)

DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4

DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNOREATIVA

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

ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE

ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA

ECOCARDIOGRAFIA TRÂNSTORACICA (ANTIGO ECOCARDIOGRAMA BI-DIMENSIONAL)

ELETRODIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL

ELETROMIGRAFIA DINAMICA, AVALIACAO CINETICA, CINEMATICA E DE PARAMETROS LINEARES

EMISSAO DE PARECER SOBRE NEXO CAUSAL

EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PECA CIRURGICA

EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA

EXCISAO DE LESAO / TUMOR ANU-RETAL

EXERESE DA ZONA DE TRANSFORMACAO DO COLO UTERINO

EXERESE DE CISTO SACRO-COCIGEO

EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE

FOTOCOAGULACAO A LASER - (MAXIMO 4 APlicACOES POR OLHO)

GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C

HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESECTOSCOPIO

IMPLANTE SECUNDARIO DE LIO

IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)

IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)

MAMOGRAFIA BILATERAL

MARCACAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPABIL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA

MILOGRAFIA

OBTRUCAO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR

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

POSTECTOMIA

PROTESE AURICULAR

PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL

PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL

PROTESE TEMPORARIA

PROTESE TOTAL MANDIBULAR

PROTESE TOTAL MAXILAR

PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA

QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1

QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)

RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS

TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS

TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATÉ 30 MCI)

TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVE

ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL



10
Zgr

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SEVERINO PEDRO DE ARAÚJO,
RG nº 573.687, data de expedição 21/06/1986 Órgão SSP/PB

CPF nº 512.912.311-04 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>SITIO URUBA</u>
Bairro	
Cidade	<u>MATARACA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</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
Severino de Araújo

BOU FÉ

EM TEST^{EM} PA DA VERDADE

MATARACA (PB) 26 DE 11 DE 2013

Severino de Araújo

ESCREVENTE COMPROMISSADA: MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO

288.580/0001-39
RACA CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
A DANIEL TOSCANO, 234
CEP 58292-000

MATARACA - PB





11
80

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		PONTUARIA Nº			
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF	LEITO
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL		CID			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES		N			
PROCEDIMENTO REALIZADO:		TTO Cirúrgico / Dr Heinenberg.			
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO
RESUMO CLÍNICO		HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, 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.					
16/07/13		DATA			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





12
06

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
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB: 6229 CRM-PE: 16273184119

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



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=19082309554300000000023037404>
Número do documento: 19082309554300000000023037404

Num. 23776178 - Pág. 13

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME	José Pedro Araújo			PRONTUÁRIO N°
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF
	M.		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	Tolmitem anterior.			
OUTROS DIAGNÓSTICOS				

PRINCIPAIS EXAMES	R - X Ray		
-------------------	-----------	--	--

PROCEDIMENTO REALIZADO:	Osteomíctex fract. 3/4 MTC Dr. Mário V. + Dr. Portela em 06/07/13.		
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA	Tilatil, dipiridam, cefalotina.		

FORMA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONTAGENS DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	<input checked="" type="checkbox"/> CURADO	ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)					

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	Geral.				
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: Lava-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer

obre, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Misolox-A / Cefalotina.

RETORNO Ao posto de saúde em 14/08/13 12:00h para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do Dr. Mário V. em 30 dias para revisão.

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
30

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME	<i>José Pedro de Araújo</i>			PRONTUÁRIO N°	
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- MTC* CID

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES *NX*

P. DIMENTO REALIZADO:

PTO Cimífico / Dr Heinenberg.

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO F.O. SIM NÃO COLETA DE MATERIAL SIM NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDICÕES DE ALTA MELHORADO REMOVIDO A PEDIDO CURADO ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, 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.

16/07/13

DATA

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

Dr. Luiz Portela
Ortopedia-Traumatologia
Clínica de Coluna Vertebral
ASS. MÉDICA 039867/TEOT 11185





CAIS JAGUARIBA
Centro SUS Unico
Av. Alberto de Britto, S/N - Jaguaribe
CEP: 58.170-320
Unidade de Atendimento Fausto da Costa

15
001

RECEITUÁRIO

O paciente José Pedro
de Araújo foi submetido
à ortonomia da face +
parafim face patine
do 3^o e 4^o metacôfro (R)
não houve sequelas, sendo
a paralise de resto.
Paciente nascido de
José Pereira

28/08/12
Assinatura do Profissional
Mário Otávio Vitorino Ferreira
CRM-PB - 6163
2^o via - Unidade de Saúde

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

1^o via-usuário

2^o via-unidade de saúde

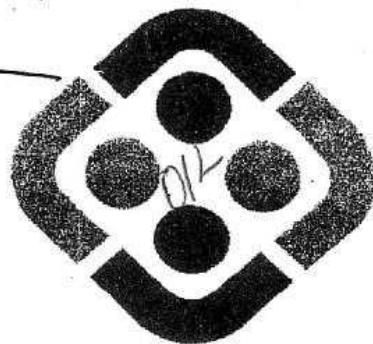




SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ambulances



**MINISTÉRIO DA
SAÚDE**
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

-
-
Cortex
- 03

Complexo Hospitalar MANGABEIRA

M^o 26

~~FATURADO
61843
VISTO~~

020813
021C5R0

PRONTUÁRIO

Nº: 2013 07.1461

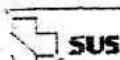
SISREG
INTERNAÇÃO EM
15/07/2013
VISTO Ricardo

NOME DO PACIENTE:

José Pedro de Araújo

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____





Sistema Único de Saúde
Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

17

01

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

2 - CNES
2 3 9 9 6 2 8

3 - N° DE AH

N° DO LAUDO

4 - N° DO FRONTUÁRIO

43014453

201307461

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jose Antônio de Almeida

6 - DOCUMENTO PROFISS. FREGISTRO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - NOME DA MÃE

9 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

10 - NOME DA CID

11 - CÓD. DO MUNICÍPIO

12 - MUNICÍPIO DE RESÍDENCIA

13 - MUNICÍPIO DE RESÍDENCIA

RACA

NACIONALIDADE

14 - DATA DE NASCIMENTO

15 - SEXO

16 - TELEFONE DE CONTATO

17 - CÓD. DO MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

16 - NACIONALIDADE

17 - PESSO

18 - M

19 - F

20 - IDADE

21 - CÓDIGO DE FONTE

22 - CÓDIGO DE SEGURO

23 - CÓDIGO DE CAUSA ASSOCIADA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Patomo dor na mao esq aps traumatismo
contra objeto hoxe.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fractura de metacarpiano

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRIMERAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Fractura de metacarpiano

20 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

21 - CÓDIGO PRINCIPAL

22 - CÓDIGO SECUNDARIO

23 - CÓDIGO CAUSAS ASSOCIADAS

Fractura de metacarpiano

02101801205139

24 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

25 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

26 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

27 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

28 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

29 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

30 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

31 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

32 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

33 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

34 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

35 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

36 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

37 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

38 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

39 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

40 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

41 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

42 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

43 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

44 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

45 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

46 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

47 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

48 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

49 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

50 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

51 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

52 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

53 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

54 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

55 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

56 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

57 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

58 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

59 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

60 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

61 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

62 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

63 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

64 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

65 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

66 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

67 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

68 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

69 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

70 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

71 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

72 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

73 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

74 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

75 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

76 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

77 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

78 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

79 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

80 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

81 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

82 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

83 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

84 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

85 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

86 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

87 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

88 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

89 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

90 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

91 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

92 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

93 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

94 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

95 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

96 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

97 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

98 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

99 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

100 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

101 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

102 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

103 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

104 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

105 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

106 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

107 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

108 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

109 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

110 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

111 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

112 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

113 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

114 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

115 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

116 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

117 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

118 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

119 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

120 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

121 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

122 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

123 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

124 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

125 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

126 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

127 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

128 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

129 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

130 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

131 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

132 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

133 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

134 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

135 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

136 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

137 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

138 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

139 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

140 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

141 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

142 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

143 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

144 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

145 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

146 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

147 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

148 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

149 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

150 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

151 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

152 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

153 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

154 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

155 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

156 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

157 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

158 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

159 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

160 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

161 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

162 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

163 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

164 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

165 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

166 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

167 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

168 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

169 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

170 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

171 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

172 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

173 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

174 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

175 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

176 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

177 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

178 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

179 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

180 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

181 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

182 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

183 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

184 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

185 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

186 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

187 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

188 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

189 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

190 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

191 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

192 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

193 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

194 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

195 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

196 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

197 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

198 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

199 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

200 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

201 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

202 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

203 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

204 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

205 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

206 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

207 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

208 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

209 - CÓDIGO FSTIC. INICIAL

2

REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

13
00

FICHA DE INTERNAMENTO

DADOS DO PACIENTE

Nº. Prontuário: 2013.07.001461

lacha nº: 549624

Nome do Paciente: JOSE PEDRO DE ARAUJO

Sexo: M

Dados do Internamento

Data de Internação nesta Enfermaria: 15/7/2013

Enfermaria: POLITRAUMATIZADO

Clinica: CDI

Leito:



19
80

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 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	Veronica 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	EXAME FISICO + RX (SOLICITO LEITO EXTRA)	
Diagnósticas	-	
Procedimentos Especiais Registrados	-	
Classificação / Subclassificação do Leito Ocupado	Leito Cirúrgico: Ortopedia/Traumatologia / Misto	

15/7/2013 06:41



20
79

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 macieira 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 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	EXAME FISICO + RX (SOLICITO LEITO EXTRA)	

15/7/2013 15:2



21
GP

21
EQUIPE DE ATENDIMENTO
Pasta Nro 549524 Atd: Nao Reculado
IMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
1056-384 JOAO PESSOA Fone/(83)3214-1980
1056-384 JOAO PESSOA Fone/(83)3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28
Data: 14/07/2013
Hora: 21:03:25
Recepcionista: SUNDIA MARIA DE ARAUJO
Clínica: CIRÚRGICA

DETALHES DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSE PEDRO DE ARAUJO Num. Prontuario: 2013.07.001461

Sexo: M IDENTIDADE: 3143874 Fone: 87665318

Local: JOAO PESSOA/PB Data Nasc: 11/03/1977 Id: 36 anos

Id: 3110 URUBA.S/N

Local: ZONA RURAL Cidade: MATAARA
UF: PB

Local: SEVERINO PEDRO DE ARAUJO

Local: LUCIA LUIZ DO NASCIMENTO

Local: AGRICULTOR

FORMAÇÕES DE ENTRADA

Local: ESPUSA LUCIENE

Local: Responsável: / SEM DOCUMENTO: SD

Local: Residencial BAIKRU MATAARA

Local: Transporte utilizado: COLISAU MOTO E CARRO SA 19130

Local: Causa de acidente por: CUR BRANCA ENS. FUND. CUMP.

Local: Causa de violência por: NAO

Local: Caso Policial

(FATURADO)
VISTO

(ENVIADO)
6/3/13

EX-CONSULTA

CONDICÕES DO PACIENTE AO SER

BO de Classificação de Risco: AMARELO

SH:	SH:	<input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Si	em: Grave
SH:	SH:	<input checked="" type="checkbox"/> Politraumatizado	em: Convulsão
SH:	SH:	<input checked="" type="checkbox"/> Hemorragia	em: Dispneia
SH:	SH:	<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia	em: Abatido
SH:	SH:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	em: Choquado
SH:	SH:	<input checked="" type="checkbox"/> Vomito	

Local: Principal

Observação:

Local: DA DE MOTO- SUSPEITA DE FRATURA E CORTE SAMU
Local: SUPERIOR ESQUERDO

Acidente Moto Tmto Pco Frou

Local: Hora - Exame Físico - (hora de atendimento médico)
SITCE, 14/07/2013, 21:03:25

Local: C.I.D: OK

Local: BO: S/ACT

Local: Diagnóstico: Tmto Pco Frou
Local: Conduta:

Local: Hora da medicacão:

Local: Rx
- AVOR OASIP

Dr. Eduardo Motta Braga
CRM PB 7257 CRMPE 1440



a Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Ficha Nr: 04822
22
100

≠ ONTO PERTINA ≠.

Pct com dor ledente nos ossos. Renu-
em fatores dos 3º / 4º ~~MTC~~ Esg.
CD: Toda sua muco.

a Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Dr. Jocemir Paulino
Ortopedista
CRM-PB 8919
Cirurgia de Ossos
Cajazeiras-PB 16051

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos : Dose : Horario : Evolucao

Assinatura da Enfermagem : Reservado p/ liberacao

EDIMENTO REALIZADO

HDA

QPD:

ONTO DO PACIENTE

Residencia

Transferido

Desistencia

UTI

Carta a pedido

Enfermaria

Óbito: Atestado

SVC IML

Cidade:

Endereço:

Nome da

Protegido:

Nome:

23
30

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

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

[]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: _____



24
26

PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA

paciente: Draos Pedro de Araujo · Data: 16/10/17 ·
Unica: _____ Enfer: _____ Leito: _____ Prontuário: _____

NR.	AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA	HORÁRIO	Q.S	Q.F
01	Dreeta 1/4te			
02	Jelco hepacionado			
03	Dipirona 3g ttabv 616ml	14 06 12 18		
04	Trifatil 40mg 01AA tabv +2112ml	14 12		
05	Ranitidina 01cp 10 12 12ml	06 18		
06	CCG 5g +5ml 6ml			

Transferido para o
Coronariôno

PREPARADO POR: _____ MÉDICO: Joacemir P. S. Lino
CRM-PB 21722 DT-0000016051
FARMACÊUTICO: _____

MATERIAIS DESCARTAVEIS / MEDICAMENTOS					
DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	QUANT.
Setor para Oxigênio		Tomeirinha 3 Vias		Extensor 2 Vias	
Flinga 1cc		Coletor Fechado		Lâmina nº	
Flinga 3cc		Coletor Aberto		Lidocaina com Vaso	
Flinga 5cc		Jelco nº		Lidocaina sem Vaso	
Flinga 10cc		Equipo Parenteral		OUTROS	
Flinga 20cc		Equipo Microgotas			
Flinga Uretral nº		Intracath nº			
Flinga Vesical nº		Equipo Macrogotas			
Flinga Naso Gástrica nº		Scalp nº			
Flinga Naso Enteral nº		Fralda Tam.:			
Flinga Endotraqueal nº		Luva Proced. Tam.:			
Flinga descartável		Luva estéril nº			
Flinga de Crepon nº		Eletrodo: Adulto / Infantil			
Flinga Mononylon nº		Coletor p/ Incont. Urinária			
Flinga de Algodão nº		Algodão Ortopédico			

REENCHIDO POR: _____ RECEBIDO POR: _____

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





25
09

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente: José Pedro
Enfermaria: CDI Leito: _____

Data: 15/07/83

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

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

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. _____ ml

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

Observação: _____

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

- Justificativa: _____

INTERCORRÊNCIAS:

PACIENTE CONSCIENTE ONDE ESTADO STABILIZADO E SE ENCONTRANDO CINUNCA.

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: Gislane dos Santos Turno: _____
Enfermagem
COREN-PB 500.774

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

26
90
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 Pkte.: () Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros _____

Sinais Vitais: PA: _____ Temp.: _____ P脉: _____ Respiração: _____

Pkte. faz uso de: () S.V.F () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não
() Supra Públia - 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
ZON

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

José Pedro de Araújo

Leito:

Procedência: _____ Enfermaria: _____ Data da admissão: *14107113*
36 Sexo: () M () F Religião: _____ Ocupação: _____
Profissão: _____ Estado Civil: _____

2. MOTIVO DA INTERNACÃO/QUEIXA PRINCIPAL:

It 3º4º metacarpos mão E

Tratamento:

() Clínico

(✓) Cirúrgico

() Outros _____

3. NECESSIDADES / AUTO CUIDADO

Higiene

Corporal: (✓) Preservada () Prejudicada

Oral: (✓) Preservada () Prejudicada

Demandas 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)

(D) (E) (D) (E) (D) (E) (D) (E) (D) (E)
Isocôricas () () Anisocôricas () () 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

Pele/Tecidos: Integra Hidratada Ressecada Sudoreica Pálida Cianótica Escara
lesões MIB (há 2)

28
30

Cabeça: Alopecia Seborréia Pediculose Outros _____

Face: Cushingoide 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 saburrosa prótese. Mucosa oral: íntegra lesões _____

Pescoço: linfonodos palpáveis tireóide aumentada ingurgitamento jugular traquostomia mov. Difícil ou dolorosa.
Outros _____

Tórax: atípico típico _____ . Expansão torácica: normal diminuída _____

Mamas: assimétricas presença de nódulos palpáveis secreção _____

Sistema Respiratório: eupnóico bradipnóico taquipnóico dispnóico: em repouso mín. esforços méd. esforços
 grand. esforços uso O₂ tosse secreção ausculta pulmonar _____

Atividade Cardíaca: regular irregular. Freqüência: _____

Edema: _____

Sist. Digestivo/abdome: plano distendido tenso globoso incisão/cicatriz cirúrgica sonda náuseas vômitos
 pirose plenitude pós-prandial dificuldade deglutição. Ruidos hidroáreos: presentes ausentes.

A palpação: flácido doloroso. Hepatomegalia ascite. Eliminação intestinal (freqüência/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 dismenorragia amenorrágia hipermenorragia _____

Membros Sensibilidade: preservada parestesia câimbras. Força motora: preservada paresia plegia
 im. de movimento articular. Pulsos periféricos: palpáveis diminuídos ausentes amputação. Rede venosa: _____

6. IMPRESSÕES DO ENFERMEIRO:

Internado p/ procedimento cirúrgico

Enfermeiro:

Wellington

COREN: _____ Data: *14/7/* _____



EVOLUÇÃO E INFRAÇÃO
(UNIDADE DE FERNAMENTO)

29
10

atário/ **Nome:** *José Pedro Araújo* **Prado E** **ENF:** _____ **LEITO:** _____ **ADMISSÃO:** *14/11/13*

P: _____ R: _____ PA: _____ FC: _____

ESTADO DE CONSCIÊNCIA

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Orientado | <input type="checkbox"/> Acordado | <input type="checkbox"/> Desorientado |
| <input type="checkbox"/> Comatoso | <input type="checkbox"/> Agitado | <input type="checkbox"/> Insônia |
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Choroso | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preservado | <input type="checkbox"/> Moderado |
|-------------------------------------|-----------------------------------|

- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Deambula c/ auxílio | <input type="checkbox"/> Acamado | <input type="checkbox"/> Deambula c/ dificuldade |
|--|----------------------------------|--|

- | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Secreção | <input type="checkbox"/> Flebite | <input type="checkbox"/> Prurido |
| <input checked="" type="checkbox"/> Outros | | <input type="checkbox"/> NDN |

Incisivas em hálux E

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Moderada | <input type="checkbox"/> Precária |
|-----------------------------------|-----------------------------------|

CADerno PULMONAR

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dispnéico | <input type="checkbox"/> Bradicardia | <input type="checkbox"/> Taquicardia |
| <input type="checkbox"/> Taquifragmia | <input type="checkbox"/> Traqueostomia | <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia |

OBS:

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Flácido | <input checked="" type="checkbox"/> Indolor | <input type="checkbox"/> Doloroso |
| <input type="checkbox"/> Ascético | <input type="checkbox"/> Cirúrgico | |

EXAMES



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
UNIDADE DE INTERNAMENTO
(CLÍNICA MÉDICA)

30
ZJW
Centro de Saúde
BRASILEIRO
CONSULTÓRIO TAMBORIM

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 disp sons respiratórios diminuídos 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 excess 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, sensório-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		
Trocá 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 dicta dc 3/3hs		
Realizar controle de glicemia		
Instalar oxigenoterapia CPM		
Trocá cateter nasal S/N		
Manter nível de água nos umidificadores		
Realizar passagem dc 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



161 - EMP. BRASILEIRO DE CONSULTORES TECNICOS
AC: 3000007 - PL. MATERIAIS
MATERIAIS - P
CNPJ: 11.111.111/0001-11

100000000 圈豆花瓶

Chante..... 3 9428400 LIBR. CORPS DE SIECLE
CP/CPH..... 3 9428400 LIBR. CORPS DE SIECLE
Loc. Post..... 3 9428400
Distribut..... 3 9428400 LIBR. CORPS DE SIECLE
Par Law..... 3 9428400

DISCIPLINA	QTB.	PERÍODO
SKILLS	1	06/13
Value da Participação	10,7	
EMPRESA.....	100,00	
Entrevista com o Presidente da ABRASCO		
Entrevista com a Sra. Rosângela	2016 (2016)	
Entrevista com o Dr. Edson	2014	
Rep. Presidente.....	06/2016-08/2016	
Quatro Presidentes.....	06/2016-08/2016	
UFSCar.....	06/2016	

SEDEX	Definitiva	1	16,45
	Valor do envio R\$10,00	10,00	
	Des. Posto(s).....	2000	2000
	Peso real (100).....	0,05	
	Peso da Envelope.....	0,05	
	IBPTO.....	10,900000000000000	
	Obs Postado em 01/01/2010 11h10m 20s		
	Depois da hora		
ENVELOPE SEDEX NACT		1	2,40
	Preço Unitário R\$1,20	1,20	

TOTAL DO ALENTO (MILHÕES) 47,03

Valor líquido de uso suíço total R\$
No caso de objetos com valor, fazer anotação
acima o valor do objeto.

A FALTAH

Name: _____ No. _____
Ass. _____

Q: Postado após horário limítrofe em 100 (Resposta: 100)

SERV. PÚBLICO: DIRETÓRIO NOMEADO 11/05/2020

114-CH-005

111. 1981. 12. 15. 1981. 12. 15.
内量體積 1.001364
體積 1.00
1981. 12. 15. 1981. 12. 15.

• 1990 • 100

Boekhout, 1111294 min. 1.500
Eggers, 1111294 min. 1.500
Fagelmo, 671 1111294 min. 1.500
Veldhuis, 8111294

that the government
has no right to do.

6.10.2008

hence, $\frac{1}{2} \times 100 = 50$

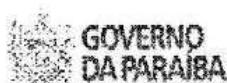
$$\{0, 1, 2, \dots, n\} \times \{0, 1, 2, \dots, m\} \times \{0, 1, 2, \dots, l\} \times \{0, 1, 2, \dots, k\}$$

12. 《中国民主同盟章程》（简称“民盟章程”）



34
801

1



SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLINA
DELEGACIA DE POLÍCIA 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 Lícia 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 das 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, RENAVAM 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 f.

Mataraca, 15 de agosto de 2013.

Noticiante Paulo de Tarco Corrêa Dias de Araújo

Escrivão Ad-Hoc de Polícia Civil

Paulo de Tarco Corrêa Dias de Araújo
Matrícula 89.191-6



35
2018



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
ORTOPEDIA & TRAUMATOLOGIA CRM-PB 6229

João Pessoa, 15.07.2018

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



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=19082309554300000000023037404>
Número do documento: 19082309554300000000023037404

Num. 23776178 - Pág. 36



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12556170443

Número do Benefício: 6028555090

Espécie: 31

Número do Requerimento: 151502743

Ao Sr.(a): JOSE PEDRO DE ARAUJO

Endereço: SITIO 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 Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, 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 a Junta de Recurso da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 153 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 ARAUJO

PORTADOR(A) DO RG Nº 573 687 EXPEDIDO POR _____ EM / / E
 CPF 064964884-60 /CNPJ 00000000000000000000, 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 - AGENCIA 2009 - (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 591289-0
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 - AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 - AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 - AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 - AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL MATA RACA 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 a/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de **Invalidade 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.



38



Seguradora Lider • 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.

indemnização no banco.
EU, José Pedro de Araújo, 10

POR TADOR(A) DO RG N° 3313874

EXPEDIDO POR *SSP*

EM 15/08/03 E

CPF /CNPJ , PROFISSÃO Agri cultor
E RENDA MENSAL DE R\$ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURADO DPVAT DA VÍTIMA Jose Pedro de Araujo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURADO
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 SIEPPVAT.

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGENCIA _____ (INCLUA O DIGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA.

BANCO 001 • AGENCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) - CONTA POUPANCA

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, 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 DESCRIAS. RECONHEÇO O REFERIMENTO FICHA DE IDENTIFICAÇÃO.

ASSINATURA DIGITAL: www.santander.com.br

 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/o/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.dpvat.mt.gov.br.



Seguradora Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOAQUIM PEDRO DE ARRUDA

DATA DO ACIDENTE 04/06/2013 CPF DA VÍTIMA 06711364564

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO NOME FICOU COM A VÍTIMA JOAQUIM PEDRO DE ARRUDA

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº COMPLEMENTO BAIRRO ZONA RURAL
CIDADE MATARACA UF CEP 58732-000
E-MAIL 831312-29197

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PRA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTÔRIO DE NASCIMENTO OU CERTÔRIO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI, DELIBERAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IMI (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DE MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DE LAU/DEFINIT/VA
- BOLHIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULÂNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) E/OU COPIA DA DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS DA CÁRTEIS, TAE COMO: CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTÔRIO DE NASCIMENTO OU CERTÔRIO 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DES: REPRESENTANTE LEGAL, É QUIEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PRA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTÔRIO DE NASCIMENTO OU CERTÔRIO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEL) DAS DESPESAS NO DAS HOSPITALARES (UTAQUA)
- FNOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEL) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECIBUÍDO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS ANTERIORS (TAE, CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTÔRIO DE NASCIMENTO OU CERTÔRIO 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)
- DES: REPRESENTANTE LEGAL E QUIEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 15.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 23.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = PREMIBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). 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 LIDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADORADETRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1704

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 23/08/2019

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DENTRIMEL 23/08/2019

DATA 23/08/2019

MATR. CORREIOS

NOME

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

ATESTANTE: COMPAGNE B

MAT. 6 - 171 - PRB - 6

40
10



Seguradora Lider - DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2014

Carta n°: 4244749

A/C: JOSE PEDRO DE ARAUJO

Sinistro: 2014292806
Vítima: 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

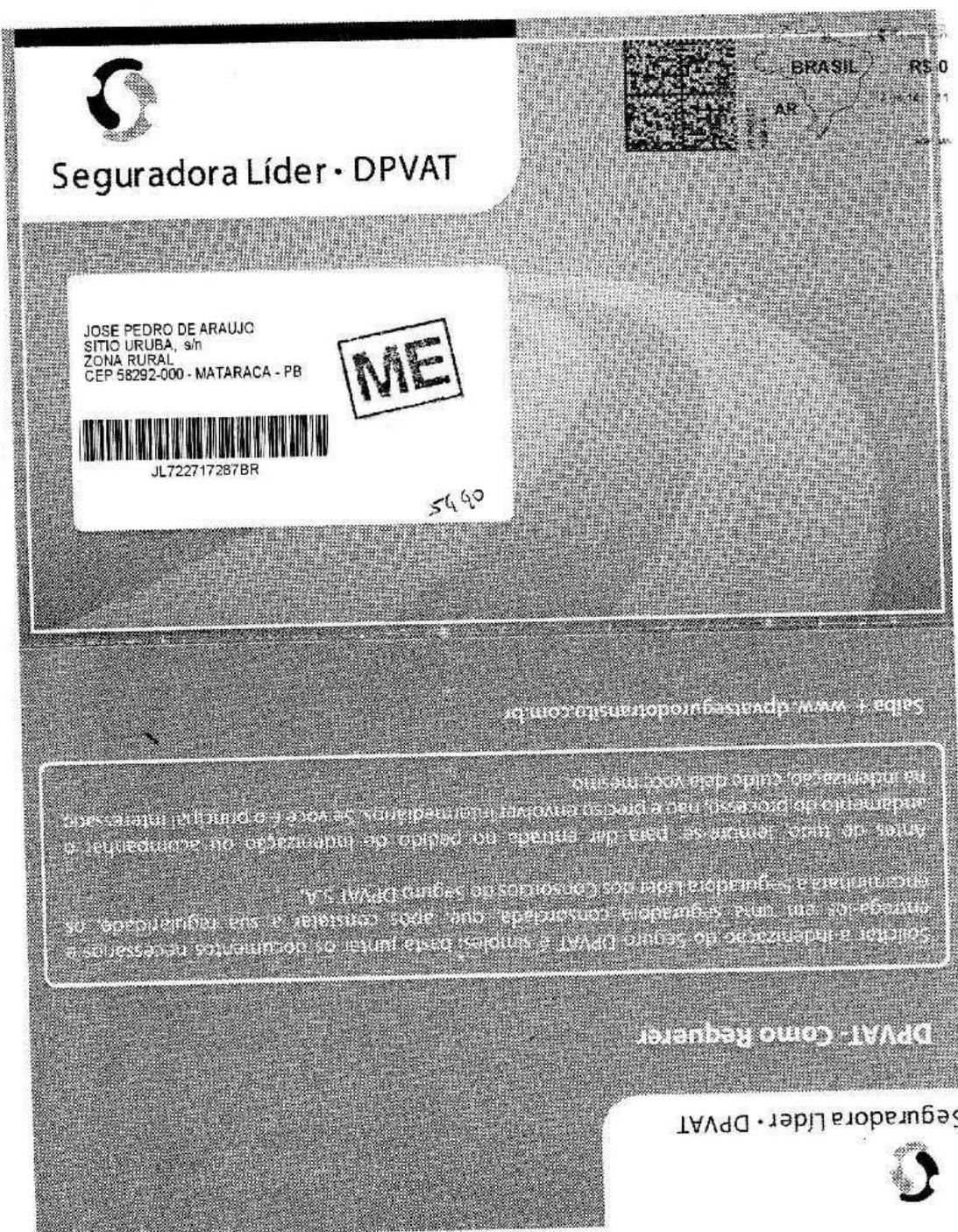


Assinado eletronicamente por: AILTON JONAS FERREIRA COSTA - 23/08/2019 09:53:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082309554300000000023037404>
Número do documento: 19082309554300000000023037404

Num. 23776178 - Pág. 41

4 ABR 2014

PE



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. 42



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

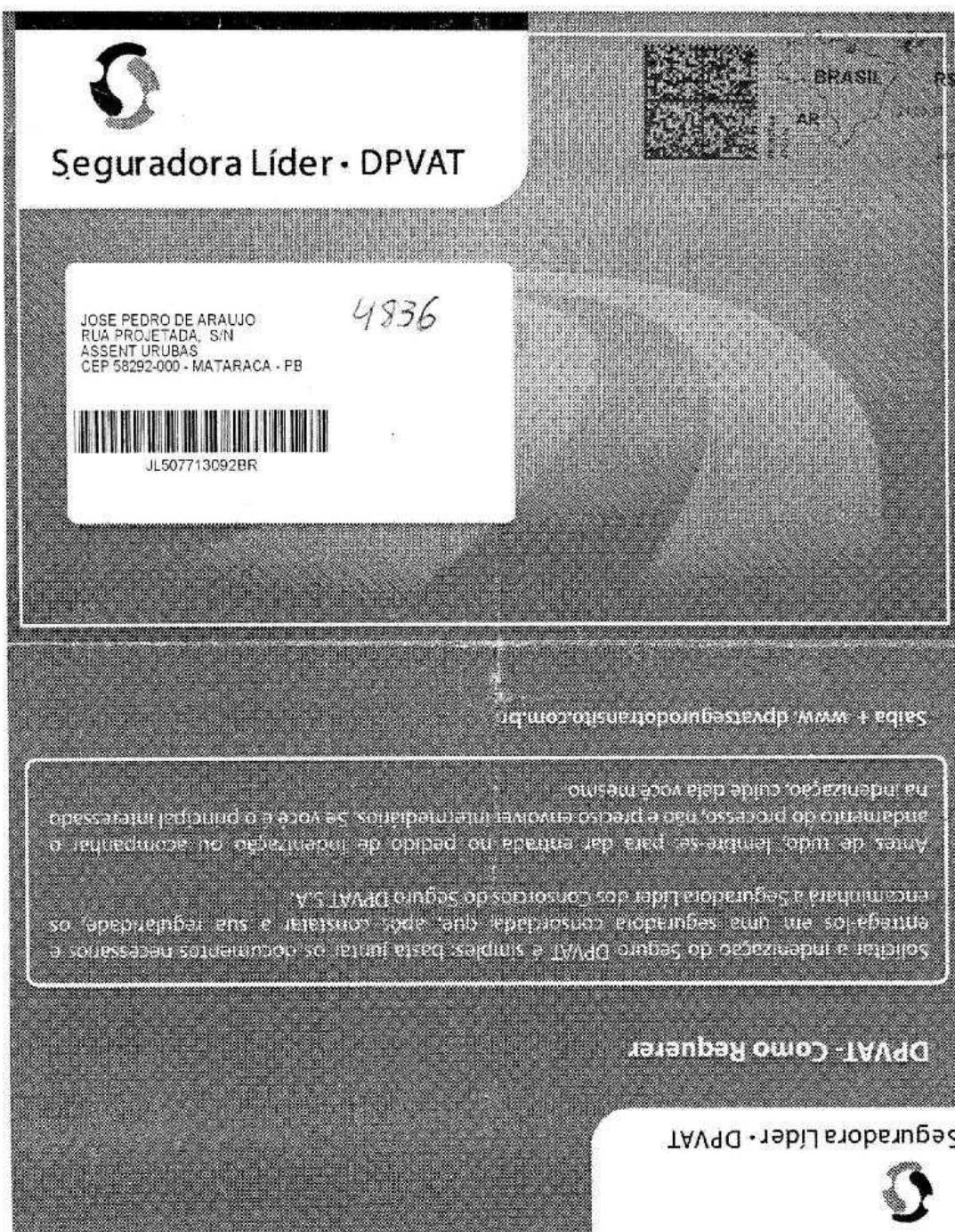
Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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





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. 44

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

42
EOP

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

Série : 11

Autor : JOSE PEDRO DE ARAUJO

Reu : SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO

Vara : 2A. VARA DE MAMANGUAPE

Juiz : SILVANA CARVALHO SOARES

Motor: EDUARDO BARROS MAYER

RECEBI

DATA 14 / 05 / 2015
EOP



CONCLUSÃO



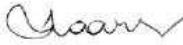
113
PROCESSO: 0001258-18.2015

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.

Cumpre-se.

Mamanguape, 19 de maio de 2015.


SILVANA CARVALHO SOARES
Juíza de Direito em substituição



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=19082309554300000000023037404>
Número do documento: 19082309554300000000023037404

Num. 23776178 - Pág. 47

CERTIFICO E DOU FÉ QUE:		
<input type="checkbox"/>	Expedi N. F	<input type="checkbox"/> Autor
<input type="checkbox"/>	Solicitei Mandado de	<input type="checkbox"/> Réu _____
<input type="checkbox"/>	Intimação	<input type="checkbox"/> Citação
<input type="checkbox"/>	Outros	_____
<input type="checkbox"/>	Juntei	
<input type="checkbox"/>	Ofício	<input type="checkbox"/> Petição
<input type="checkbox"/>	AR	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> 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

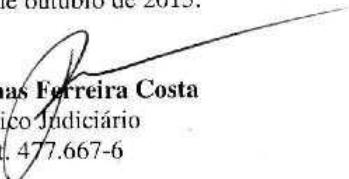
Natureza: SEGURO

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. Rúsiq 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





VISTO EM INSPEÇÃO / CORREÇÃO / REVISÃO

1.() Conclusão em M. M. Juiz para os devidos fins
2.() Cumprase o despacho no prazo de 30 dias *EP*
3.() Cumprase a sentença no prazo de 30 dias
4.() Proferir despacho / decisão em 30 dias
5.() Cumprase com urgência o despacho/julgamento em 30 dias
6.() Proferir despacho/julgamento com urgência em 30 dias
7.() Provimento a) ()Cumprido b) ()Não cumprido

Em, 14/12/2016

Silvanilândia Ippres Ferreira
Juiz Corregedor Auxiliar

CERTIFICO E DOU FÉ QUE:	
<input type="checkbox"/>	Expedi N. F. (<input type="checkbox"/> Autor (<input type="checkbox"/> Réu _____
<input type="checkbox"/>	Solicitei Mandado de _____
<input type="checkbox"/>	Intimação (<input type="checkbox"/> Citação (<input type="checkbox"/> Outros _____
<input checked="" type="checkbox"/>	Junta (<input type="checkbox"/> Ofício (<input type="checkbox"/> Petição (<input checked="" type="checkbox"/> AR (<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/>	Arquivar os presentes autos _____
Mamanguape _____	

ANALISTA / TÉCNICO JUDICÁRIO	



PREENCHER COM LETRA DE FORMA

AR

Ao Exmo(a) Sr(a)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, CEP 20.031-201
Rio de Janeiro – RJ
0
0
Conteúdo: Processo N°: 0001258-18.2015.815.0231

ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RECEPTEUR ELLENICE COSTA SANTOS		DATA DE RECEBIMENTO DATE DE LIVRATION 19 OUT 2015	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT CAMPANHA FEDERATIVA UNIDADE DE DESTINO BUREAU DE DESTINATION
NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RÉCEPTEUR R. Júnior			
Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEBEDOR / ÓRGÃO EXPEDIDOR	RUBRICA E MAT. DO ENVIADOR SIGNATURE DE L'AGENT 8.956.534-7	19 OUT 2015	
ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERSO 76240203-0 FC9463 / 16 114 x 186 mm			





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE MAMANGUAPE - 2^a 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 2^a Vara de Mamanguape.
Mamanguape, 26/02/2019.


Analista/Técnico Judiciário



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=19082309554300000000023037404>
Número do documento: 19082309554300000000023037404

Num. 23776178 - Pág. 52



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.

f. 02 3'

Kolenna



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

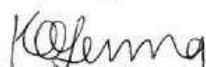
Num. 23776178 - Pág. 53

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 judicial 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
demandas, 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)



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.

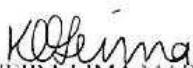
Pelo exposto, de ofício, **INDEFIRO A PETIÇÃO INICIAL** e, por conseguinte, **declaro EXTINTO O PROCESSO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO**, por carência da ação consubstanciada na falta de interesse processual da parte autora, com fulcro no art. 485, I, c/c art. 330, III, ambos do CPC.

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

3 de 3



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. 55



**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



Assinado eletronicamente por: AILTON JONAS FERREIRA COSTA - 26/08/2019 12:45:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082612450280700000023083139>
Número do documento: 19082612450280700000023083139

Num. 23824894 - Pág. 1



**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



Assinado eletronicamente por: AILTON JONAS FERREIRA COSTA - 26/08/2019 12:45:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082612450280700000023083139>
Número do documento: 19082612450280700000023083139

Num. 23825101 - Pág. 1