



Número: **0863160-27.2016.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/12/2016**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSÉ BRUNO DE ARAÚJO RIBEIRO (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
THIAGO ARAÚJO RIBEIRO (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
M. H. R. (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
J. L. D. A. R. (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
MARIA MADALENA DE ARAUJO (REPRESENTANTE)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39212 504	08/02/2021 15:34	<a href="#">2697256_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

---

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta n°: 11730151

A/C: JOAO LUCAS DE ARAUJO RIBEIRO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170522587 ASL-0371008/17  
**Vitima:** JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA  
**Data Acidente:** 08/05/2016  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

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 **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11730956

A/C: JOSE BRUNO DE ARAUJO RIBEIRO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170522587 ASL-0371008/17

**Vitima:** JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

**Data Acidente:** 08/05/2016

**Natureza:** MORTE

**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11731238

A/C: MARIA MADALENA DE ARAUJO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170522587 ASL-0371008/17

**Victima:** JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA  
**Data Acidente:** 08/05/2016  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta n°: 11731270

A/C: JOSE BRUNO DE ARAUJO RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17  
Vitima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA  
Data Acidente: 08/05/2016  
Natureza: MORTE  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 22/09/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 08/05/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

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 **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



---

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta n°: 11732518

A/C: MARIA MADALENA DE ARAUJO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170522587 ASL-0371008/17  
**Vitima:** JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA  
**Data Acidente:** 08/05/2016  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Prova de companheirismo não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

Pag. 00921/0922 - carta\_03

00080461  


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 **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE BRUNO DE ARAUJO RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3170522587**  
Vitima: **JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA**  
Data do Acidente: **08/05/2016**  
Cobertura: **MORTE**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170522587**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

**Atenciosamente.**

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12583147



---

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA MADALENA DE ARAUJO**

Nº Sinistro: **3170522587**  
Vitima: **JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA**  
Data do Acidente: **08/05/2016**  
Cobertura: **MORTE**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170522587**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12583148



---

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOAO LUCAS DE ARAUJO RIBEIRO

Nº Sinistro: 3170522587  
Vitima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA  
Data do Acidente: 08/05/2016  
Cobertura: MORTE

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170522587**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Pag. 01865/01866 - carta\_16 - MORTE



000010933

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12583166



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 15:34:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815344426800000037377683>  
Número do documento: 21020815344426800000037377683

Num. 39212504 - Pág. 8

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **THIAGO ARAUJO RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3170522587**  
Vitima: **JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA**  
Data do Acidente: **08/05/2016**  
Cobertura: **MORTE**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170522587**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

**Atenciosamente.**

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12583198

Pag. 01867/01868 - carta\_16 - MORTE



---

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MATHEUS HENRIQUE ARAUJO RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3170522587**  
Vitima: **JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA**  
Data do Acidente: **08/05/2016**  
Cobertura: **MORTE**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170522587**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

**Atenciosamente.**

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12583205





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDI



VAT

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.

FL: Maria Madalena de Araújo  
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.145.246 EXPEDIDO POR SSDS/ PES EM 17/06/11 E  
CPF 013.258.614-744 (CNPJ) 00.000.000/0000-00, PROFISSÃO Agricultora  
E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VITIMA José Antônio Alves de Souza, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 constuir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Fidalho ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade, notícias com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revogu-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT). Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**INFORMAÇÕES**

**22 SET. 2017**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)  
Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2443-0 N° da CONTA (com dígito, se existir) 15.868-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)  
Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Sô Miguel da Costa, 15 de AGOSTO de 2017 Maria Madalena de Araújo  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

### ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte fava que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente, indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (válida 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.dpvavalsegurodotransito.com.br](http://www.dpvavalsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





INCURRIPR  
22 SET. 2017



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENC.



10014

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, JOSÉ BRUNO DE ARAÚJO RIBEIRO

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.338.273

EXPEDIDO POR SSP/PB

EM 13/07/15 E

CPF 3101667299000 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO ESTUDANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresário) IPEA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

22 SET. 2017

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 06252 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24.305-5

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

S. Miguel Taubaté 15 de Agosto de 2017  
 LOCAL E DATA

José Bruno de Araújo Ribeiro

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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



11/09/2017  
062517539

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POLIPANCA  
EM DINHEIRO

CLIENTE: JOSE B DE ARAUJO RIBEIRO

AGENCIA: 0625-4 CONTA: 24,205-5 VAR:51

DATA

11/09/2017

NR. DOCUMENTO

0,251,753,900,300

VALOR DINHEIRO

00

VALOR TOTAL

00

NR. AUTENTICACAO

0.AB4,DB9,6A8,1CE,862

Creditos a partir de 04 05 2012 estao  
disciplinados pela Lei 12.703.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO.  
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

INCGuap8

22 351.207





## CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 031/2016

**CERTIFICO**, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências, nele encontrei o Registro n.º 031/2016, que passamos a transcrever na íntegra: Ao(s) 9 de agosto de 2016, nesta cidade de São Miguel de Taipu, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente o Dr. **BRUNO A DA COSTA**, Delegado Polícia Civil, comigo, agente de investigação de Polícia Civil, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 3:15, compareceu a Sr(a). **MARIA MADALENA DE ARAÚJO**, brasileira, natural de São Miguel de Taipu/PB, solteira, nascida aos 26/04/1976, com 40 anos, RG 2145246 SSDS-PB, CPF nº 032.586.144-74, alfabetizada, filha de pai não declarado e Severina Odilon de Araujo, residente na Rua Gildo Nóbrega, nº 26, Centro, São Miguel de Taipu-PB, telefone nº (83)9 8856-1965, **NOTICIOU**:

*Que conviveu maritalmente com JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA, PORTADOR DO RG N° 2.539.286 SSDS/PB; Que na data de 08/05/2016 JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA fora vítima de acidente de moto; Que sabe dizer que na data do fato estava chovendo e que nas proximidades das pedras grandes em Água Branca, na Zona Rural de São Miguel de Taipu, o motorista da motocicleta provavelmente perdeu o controle da moto e seu companheiro caiu ao solo; Que o companheiro da declarante foi socorrido para o Hospital Regional Dr. Sá Andrade em Sapé, onde foi medicado e encaminhado para casa; Que a declarante ainda levou seu companheiro nos dias 09 e 10 de maio do corrente ano ao Hospital Regional Dr. Sá Andrade em Sapé (UPS), onde foi medicado e encaminhado para casa; Que na data de 11/05/2016 o seu companheiro continuava sentindo fortes dores e febre e se dirigiu ao Hospital de Itabaiana de onde foi encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, na cidade de João Pessoa-PB, onde foi submetido a procedimento cirúrgico; Que na data de 13/05/2016 seu companheiro JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA veio a óbito no Hospital de Trauma; Que segundo certidão de óbito nº 06888201552016400131018003470899 consta como causa da morte TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, AMPULTAÇÃO TRAUMATICA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO, AÇÃO- CONTUNDENTE, GANGRENA GASOSA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO (ACIDENTE MOTOCICLISTICO – QUEDA- VÍTIMA-CONDUTOR). Nada mais havendo a tratar, motivo pelo qual faz a presente notificação.*

Ciente Erro! **Fonte de referência não encontrada.** declarante das implicações legais contidas no Artigo 299, do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de São Miguel de Taipu/PB, aos 9 de agosto de 2016, eu agente de investigação de Polícia Civil que digitei, assino.

*maria madalena de Araújo*  
**MARIA MADALENA DE ARAÚJO**

**JNCPB**

Noticiante

*ana patrícia de a. medeiros*  
**ANA PATRÍCIA DE A. MEDEIROS**  
Agente de Investigação de Polícia Civil

*32 SET. 2017*



7º Serviço Registral  
Gomes de Souza  
João Pessoa-PB



Brasão de Armas



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

## CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME: **JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA**

22 SET. 2017

MATRÍCULA:  
**0688820155 2016 4 00131 018 0034708 99**

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
masculino	PARDA	solteiro, 36 anos
NATURALIDADE/UF	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
São Miguel de Taípu-PB	CPF nº: 078.942.414-23	

ELEITOR	— NÃO INFORMADO —		
---------	-------------------	--	--

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO)			
JOAO BATISTA DE SOUZA e MARIA ELIAS RIBEIRO. Resida na(s) RUA GILDO NOBREGA, N° 26, BAIRRO PILAR, no município de Pilar-PB			

DATA E HORA DO FALECIMENTO	DIA	MÊS	ANO
treze de maio de dois mil e dezesseis - 15:40	13	05	2016

LOCAL DO FALECIMENTO	HOSPITAL DE TRAUMA no município de João Pessoa-PB		
----------------------	---	--	--

CAUSA DA Morte	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, AMPULTAÇÃO TRAUMATICA DE MEMBRO,INFERIOR DIREITO, AÇÃO CONTUNDENTE, GANGRENA GASOSA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO( ACIDENTE MOTOCICLISTICO- QUEDA- VITIMA CONDUTOR)		
----------------	--	--	--

Nome do MÉDICO / CRM	LOCAL DO SEPULTAMENTO
DRº FLÁVIO RODRIGUES ARAUJO FABRES - CRM: 5673	CEMITERIO DE TIBIRI II SANTA RITA-PB no município de Santa Rita-PB

DECLARANTE	MARIA MADALENA DE ARAUJO, brasileira, solteira, com 40 anos de idade, AGRICULTORA, residente e domiciliada: RUA GILDO NOBREGA, N° 26, BAIRRO PILAR, Pilar-PB, natural de São Miguel de Taípu-PB		
------------	---	--	--

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES	Observações: Registro lavrado em 16/05/2016, no Livro C-00131, Nº 34708, folha 18. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 244868433. O FALECIDO ERA AGRICULTOR, ERA ELEITOR, NÃO DEIXOU BENS, DEIXOU FILHOS, JOÃO LUCAS, MATHEUS HENRIQUE, JOSÉ BRUNO, THIAGO. CONFORME LIDO E ASSINADO PELA DECLARANTE		
--------------------------	--	--	--

Nome do Ofício	O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé. JOÃO PESSOA-PB, 16 de Maio de 2016		
SERVIÇO REGISTRAL GOMES DE SOUZA	Irene Gomes de Souza		
Oficial Registrador	Gideônio de Lourdes Gomes da Silva		
Município/RJ	Gideônio de Lourdes Gomes da Silva		
JOÃO PESSOA-PB	Escrevente Compromissada		
Endereço	Selo Digital: ABY37064-PU7S		
A. Reinaldo dos Santos. Qd. 15 Lot. 03 Bairro Trincheiras / e-mail- Irene.7cartorio@hotmail.com JQÃO PESSOA-PB - CEP 58011315	Consulte a autenticidade em: <a href="https://selodigital.tjpb.jus.br">https://selodigital.tjpb.jus.br</a>		
Fone: (83)3221-6632 E-mail: Irene.7cartorio@hotmail.com			

ARSENALBRASIL AA 002621600 BRP



Clique para imprimir

<b>MARIA MAGDALENA DE ARAUJO</b> RUA NOVA, 28 - CENTRO SÃO MIGUEL DE TAPUÍ/PB CEP: 59334000 (AG: 113)		 <b>ENERGISA PARAIBA SUDENE SUDENE/ENERGISA</b> Cidade: João Pessoa - PB - CEP: 58027-490 CEP/UF: 58027-490 - ICP: 100140 - ICP: 16016920 N° Fazenda: 00000724832 Referência: Abr/2016 Emissão: 11/04/2016 Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica NFD00 410.262 Código para Detalhamento Automático: 6001403908																																																							
<b>Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196</b> Acesse: <a href="http://www.energisa.com.br">www.energisa.com.br</a>																																																									
<b>Conta referente a</b> <b>Abr / 2016</b>		<b>UC (Unidade Consumidora): 6/1361396-5</b>																																																							
<b>Apresentação</b> <b>11/04/2016</b>		<b>Canal de contato</b> Declaração de Quinquagésimo Ano de Debêto Conforme previsão na Lei 12.673 de 29 de junho de 2012, informando a ocorrência das faltas referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica dessa Unidade consumidora vencidos no ano de 2016 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as declarações dos latu sensu anuais mencionados de 2016 que se refere a essas faltas. - Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pelo Decreto 10428, de 26 de outubro de 2016, que																																																							
<b>Data prevista da próxima leitura</b> <b>11/05/2016</b>																																																									
<b>CPF/ CNPJ/ RANI</b> 3295814474 Incr. Est.		<b>Anterior</b> 003/16 <b>Atual</b> 1104/16	<b>Constante</b> 1121 <b>Consumo</b> 22 <b>Dias</b> 31																																																						
<b>Faturas em atraso</b> FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 03/03/2016 PAGAS: CERGADON																																																									
<b>Demonstrativo</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Descrição</th> <th>Quantidade</th> <th>Preço</th> <th>Valor (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo 01 a 300kWh-ER</td> <td>30</td> <td>0,14483</td> <td>4,33</td> </tr> <tr> <td>Consumo 31 a 100kWh-ER</td> <td>70</td> <td>0,17984</td> <td>12,36</td> </tr> <tr> <td>Consumo 101 a 220kWh-ER</td> <td>22</td> <td>0,27791</td> <td>6,19</td> </tr> <tr> <td>Adic. B. Areia</td> <td></td> <td></td> <td>6,01</td> </tr> <tr> <td>Subsídio</td> <td></td> <td></td> <td>2,17</td> </tr> <tr> <td>ICMS</td> <td></td> <td></td> <td>0,42</td> </tr> <tr> <td>PIS</td> <td></td> <td></td> <td>1,86</td> </tr> <tr> <td>COFINS</td> <td></td> <td></td> <td>1,03</td> </tr> <tr> <td>JUROS DE MORA 03/2016</td> <td></td> <td></td> <td>1,37</td> </tr> <tr> <td>MULTA 03/2016</td> <td></td> <td></td> <td>0,05</td> </tr> <tr> <td>Desconto Subsídio</td> <td></td> <td></td> <td>0,05</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><b>22 APR 2016</b></p> <p style="text-align: center;">LICENCIAMENTOS E SERVIÇOS</p>				Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	Consumo 01 a 300kWh-ER	30	0,14483	4,33	Consumo 31 a 100kWh-ER	70	0,17984	12,36	Consumo 101 a 220kWh-ER	22	0,27791	6,19	Adic. B. Areia			6,01	Subsídio			2,17	ICMS			0,42	PIS			1,86	COFINS			1,03	JUROS DE MORA 03/2016			1,37	MULTA 03/2016			0,05	Desconto Subsídio			0,05						
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)																																																						
Consumo 01 a 300kWh-ER	30	0,14483	4,33																																																						
Consumo 31 a 100kWh-ER	70	0,17984	12,36																																																						
Consumo 101 a 220kWh-ER	22	0,27791	6,19																																																						
Adic. B. Areia			6,01																																																						
Subsídio			2,17																																																						
ICMS			0,42																																																						
PIS			1,86																																																						
COFINS			1,03																																																						
JUROS DE MORA 03/2016			1,37																																																						
MULTA 03/2016			0,05																																																						
Desconto Subsídio			0,05																																																						
<b>Histórico de Consumo (kWh)</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Consumo (kWh)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Mar/16</td><td>114</td></tr> <tr><td>Fev/16</td><td>114</td></tr> <tr><td>Mar/16</td><td>121</td></tr> <tr><td>Abr/16</td><td>108</td></tr> <tr><td>Maio/16</td><td>101</td></tr> <tr><td>Jun/16</td><td>120</td></tr> <tr><td>Jul/16</td><td>166</td></tr> <tr><td>Agosto/16</td><td>108</td></tr> <tr><td>Set/16</td><td>97</td></tr> <tr><td>Out/16</td><td>94</td></tr> <tr><td>Nov/16</td><td>113</td></tr> <tr><td>Dez/16</td><td>113</td></tr> </tbody> </table>				Mês	Consumo (kWh)	Mar/16	114	Fev/16	114	Mar/16	121	Abr/16	108	Maio/16	101	Jun/16	120	Jul/16	166	Agosto/16	108	Set/16	97	Out/16	94	Nov/16	113	Dez/16	113																												
Mês	Consumo (kWh)																																																								
Mar/16	114																																																								
Fev/16	114																																																								
Mar/16	121																																																								
Abr/16	108																																																								
Maio/16	101																																																								
Jun/16	120																																																								
Jul/16	166																																																								
Agosto/16	108																																																								
Set/16	97																																																								
Out/16	94																																																								
Nov/16	113																																																								
Dez/16	113																																																								
<b>VENCIMENTO</b> 18/04/2016		<b>TOTAL A PAGAR</b> <b>R\$ 54,23</b>																																																							
<b>RESERVADO AO FISCO</b> 878e4528ff48.7e53.30fe d716.5a29.a7fe																																																									
<b>Indicadores de Qualidade</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Límites da ANEEL</th> <th>Apurado</th> <th>Unidade de Tensão (V)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>5,00</td><td>0,00</td><td>MONÔM</td></tr> <tr><td>12,74</td><td></td><td>220</td></tr> <tr><td>27,48</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5,00</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7,10</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>27,48</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14,20</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3,67</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2,22</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Límites da ANEEL	Apurado	Unidade de Tensão (V)	5,00	0,00	MONÔM	12,74		220	27,48			5,00			7,10			27,48			14,20			3,67			2,22			<b>Composição do valor total da sua conta</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Descrição</th> <th>Valor (R\$)</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Subsídio de Débito Energia-ER</td><td>14,20</td><td>25,43</td></tr> <tr><td>Correção de Preços</td><td>21,21</td><td>38,20</td></tr> <tr><td>Consumo Total</td><td>5,1</td><td>9,06</td></tr> <tr><td>Consumo Bônus</td><td>1,1</td><td>2,03</td></tr> <tr><td>Imposto de Importação - IPI</td><td>27,70</td><td>51,29</td></tr> <tr><td>Outras Despesas</td><td>0,00</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>Total</td><td>56,84</td><td>100,00</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Valor BUSD (R\$1,000000) R\$14,20</p>		Descrição	Valor (R\$)	%	Subsídio de Débito Energia-ER	14,20	25,43	Correção de Preços	21,21	38,20	Consumo Total	5,1	9,06	Consumo Bônus	1,1	2,03	Imposto de Importação - IPI	27,70	51,29	Outras Despesas	0,00	0,00	Total	56,84	100,00
Límites da ANEEL	Apurado	Unidade de Tensão (V)																																																							
5,00	0,00	MONÔM																																																							
12,74		220																																																							
27,48																																																									
5,00																																																									
7,10																																																									
27,48																																																									
14,20																																																									
3,67																																																									
2,22																																																									
Descrição	Valor (R\$)	%																																																							
Subsídio de Débito Energia-ER	14,20	25,43																																																							
Correção de Preços	21,21	38,20																																																							
Consumo Total	5,1	9,06																																																							
Consumo Bônus	1,1	2,03																																																							
Imposto de Importação - IPI	27,70	51,29																																																							
Outras Despesas	0,00	0,00																																																							
Total	56,84	100,00																																																							
<b>ATENÇÃO</b> Sua Unidade é considerada como Bem Paga, tendo um débito de R\$21,85																																																									

(83) 9 9313 - 2725



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, JOSE BRUNO DE ARAÚJO RIBEIRO,  
RG nº 4.338.273, data de expedição 13/07/15, Órgão SSP/PB,  
CPF nº 711.667.294-02, 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)	<u>Rua NOVA</u>
Número	<u>26</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>SAO MIGUEL DE TAIPU</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58334-000</u>
Telefone de Contato	<u>3132-1111</u>
E-mail	<u>INCURJPB</u>

22 SET 2017

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SAO MIGUEL TAIPU, 15/08/2017

Assinatura do Declarante: Jose Bruno de Araújo Ribeiro







## DECLARAÇÃO DE UNICOS HERDEIROS

Declaro (amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob a pena da lei, que tenho (amos) conhecimento de que a vítima José Antônio Ribeiro de Souza, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 08/05/2016, faleceu em 13/05/2016, no estado civil de Solteiro (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único (s) herdeiro (s) legal (s) e beneficiário (s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (S)	RG	CPF
1- José Bruno de Araújo Ribeiro	Filho	4.338.273	311.667.894-00
2- Thiago Araújo Ribeiro	Filho		138.638.704-50
3- Mathews Henrique Araújo Ribeiro	Filho	3.503.124	085.742.094-14
4- João Lucas de Araújo Ribeiro	Filho		138.638.794-06
5-			

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima.

Declara (amos), ainda que a vítima ( ) não deixou companheira (o) ou (x) deixou companheira (o) de nome Maria Madalena de Araújo.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o (a) (s) declarante (s) firma (m) a presente, juntamente com 2 (duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder (em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

João Pedro 15/05/2017

LOCAL E DATA

INCVNPP

Maria Madalena de Araújo

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

### DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE (TRATANDO DE HERDEIRO(S) LEGAL (S) / MENOR (S) / DE DIADEMA)

NOME COMPLETO DO REP. LEGAL OU ASSINANTE	RG	CPF	ASSINATURA
1- Maria Madalena de Araújo	2.145.246	032.586.144-74	<u>Maria Madalena de Araújo</u>
2- Maria Madalena de Araújo	2.145.246	032.586.144-74	<u>Maria Madalena de Araújo</u>

### DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1- Giovanna Costa Ferreira de Carvalho	237.8836	046.368.854-02	<u>Giovanna Costa Ferreira de Carvalho</u>
2- Mônica Buarque de Melo	175.9359	138.361.654-20	<u>Mônica Buarque de Melo</u>

### (\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese de herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) E 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante e o Representante legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

Declaração de Únicos Herdeiros- Seguradora Lider DPVAT SAC DPVAT 0800 022 91204 [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)



## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 08/05/16, faleceu em 13/05/16, no estado civil de SOLTEIRO, (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. JOSE BRUNO DE ARAUJO RIBEIRO	FILHO	4.338.273	711.667.294.00
2. THIAGO ARAUJO RIBEIRO	FILHO		138.638.704.50
3. MATHEUS HENRIQUE ARAUJO RIBEIRO	FILHO		085.742.074.16
4. JOÃO LUCAS DE ARAUJO RIBEIRO	FILHO		138.638.714.06
5.			

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda que a vítima ( ) não deixou companheira(o) ou ~~ta~~ deixou companheira(o) de nome MARIA MADALENA DE ARAUJO.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros / beneficiários, além dos informados, que possam redamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

S. MIGUEL TIBIPU 15/08/17  
LOCALE DATA

José Bitimia de Araujo Ribeiro  
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCALE DATA

INCUR/PB

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCALE DATA

22 SET. 2017

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCALE DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCALE DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

### DADOS DA ASSINATURA DO DECLARANTE (TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE (\*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

### DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. MARIA ELISANGELA TOME	1759359	9.728.1652.20	<u>Maria Elisangela Tome</u>
2. JONASSON MATTOS FERREIRA	2841029	073.543.23847	<u>Jonasson Mattos Ferreira</u>

### (\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

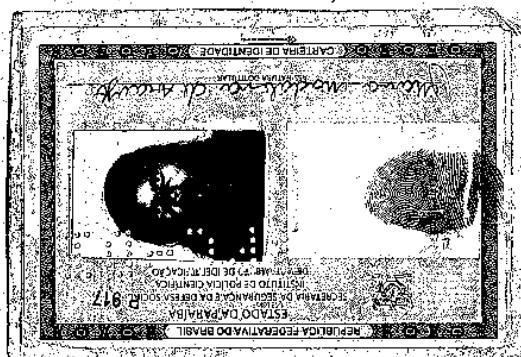




JINCUX/PB

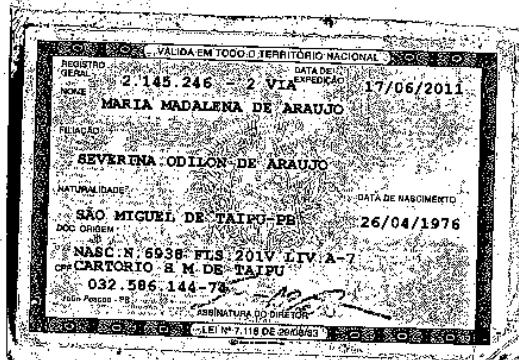
22 SEI. 2017





JMN/PP

22 SET 2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 15:34:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815344426800000037377683>  
Número do documento: 21020815344426800000037377683

Num. 39212504 - Pág. 23



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**138.638.794-06**

Nome  
**JOAO LUCAS DE ARAUJO RIBEIRO**

Nascimento  
**30/06/2006**

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SINCR/PB

22 SET. 2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 15:34:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815344426800000037377683>  
Número do documento: 21020815344426800000037377683

Num. 39212504 - Pág. 24



09.300.005/0001-04 ESTADO DE PARÁBA  
Cartório do Registro Civil e Tabelionato COMARCA DE PILAR  
CARTÓRIO ALCÃO MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DE TAIPU  
Praça Elias Cavalcante, S/N Centro DISTRITO DE SÃO MIGUEL DE TAIPU  
CEP 58334-000  
São Miguel de Taipu-PB

SINCUR/PB

22 SET. 2017

PATRÍCIA CAVALCANTE FALCÃO  
Oficial AD-HOC do Registro Civil

## Certidão de Nascimento

CERTIFICO que, às fls. 110 - i do Livro A - 10, sob N° de  
Ordem 1.570, foi lavrado o assento do nascimento de JOÃO LUCAS DE ARAUJO RIBEIRO  
do sexo masculino, nascido no dia trinta e nove de junho do ano  
de dois mil e cinco (30.06.2005),  
às 02 horas e 00 minutos, em Hospital São Andréade,  
SAPE - PB.  
filho de JOSE ANTONIO RIBEIRO - VIZA, agricultor, natural deste Estado  
e de Dona MARIA MADELENA DE ARAUJO, agricultora, natural deste Estado  
Sendo avós paternos JOAO RIBEIRO (F.) e  
e Dona MARIA ELIAS RIBEIRO (F.)  
e avós maternos -  
e Dona SEVERINA CRILON DE ARAUJO  
O assento foi lavrado em 04 de 06 de 2005  
tendo sido declarante o próprio pai, registrando  
e serviram de testemunhas Jonquim Zavieira da Silva e José Firmino da Silva.

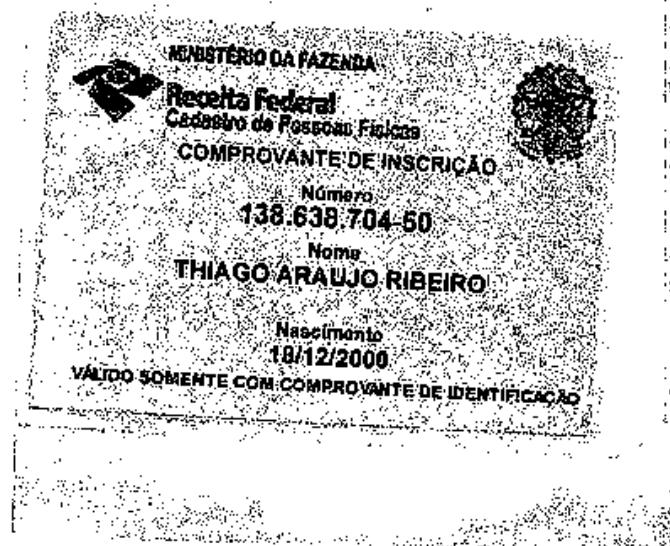
Observações: Foi feita de acordo com os Termos da Lei em vigor.

O referido é verdade e dou fé.

São 21' uel de Cipu - 2017 de julho de 2005

Patrícia Cavalcante Falcão  
Oficial AD-HOC





SINCUR/PB

22 SET. 2017





# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

### Certidão de Nascimento

IN CUR/PB

NOME:  
**THIAGO ARAÚJO RIBEIRO**

22 SET. 2017

MATRÍCULA:

071241 01 86 2001 1 00009 286 0008896 96

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO): **dezente de dezembro de dois mil** DIA 10 MÊS 12 ANO 2000

HORA DE NASCIMENTO **12:55** MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO **Sapé-PB**

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF **São Miguel de Taípu-PB** LOCAL DE NASCIMENTO **Hospital Regional da Andrade** SEXO **masculino**

FILIAÇÃO **JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA & MARIA MAGDALENA DE ARAÚJO**

AVÓS **PATERNOS: José Belchior da Souza e Maria da Conceição Cavalcante  
MATERNA: Sônia Souza de Souza**

GÊMEOS **NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)**  
NÃO **NÃO POSSUI**

DATA DO REGISTRO (POR EXTENO): **dezente de julho de dois mil e um (15/07/2001)** DNV REC. NASC. VIVO

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES  
2º VIA - Obr: Feito de acordo com os termos da Lei em vigor. Fornecido pelo Programa Cidadão.

**09.300.005/0001-04**  
REGISTRO CIVIL E CABELONATO FÁCIL  
Praca Elias Cavalcanti s/n  
Centro - CEP: 58.334-000  
São Miguel de Taípu-PB

NOME DO OFÍCIO **Cartório do Registro Civil e Tabelonato Felício - Paraíba**

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

OFICIAL REGISTRADOR **Patrícia Cavalcante Felício Granie**

São Miguel de Taípu-PB, 20 de Junho de 2011

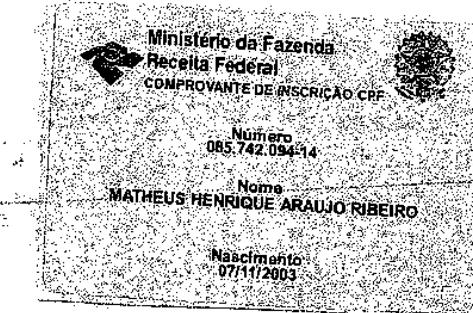
MUNICÍPIO AT: **São Miguel de Taípu-PB**

Patrícia Cavalcante Felício Granie  
Oficial do Registro Civil

ENDEREÇO **Praca Elias Cavalcanti s/n Centro, São Miguel de Taípu-PB - Paraíba**

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

1170557



SINCER/PR

2 SET 2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 15:34:45  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815344426800000037377683  
Número do documento: 21020815344426800000037377683

Num. 39212504 - Pág. 28



REGISTRO CIVIL

09.300.005/2001-04

Cartório do Registro Civil e Titularidade  
CARTÓRIO TÍTULOS

Placa Elétrica, S/N Centro

CEP 58334-000

São Miguel de Taípu-PB

ESTADO DE PARÁ

COMARCA DE PIAR

MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DE TAÍPU

INSCRIÇÃO DE SÃO MIGUEL DE TAÍPU

SINCRIP/PR

22 SET. 2011

PATRÍCIA CAVALCANTE FALCÃO  
Escrivã e Oficial AD-HOC

## Certidão de Nascimento

CERTIFICO que, de 16 de outubro de 2011, nascido o menor do registrando, MATHEUS HENRIQUE ARAÚJO, RI-

DATA: 25/11/2003, no dia 25/11/2003, nascido o menor do mês de novembro do ano

de 2003, falecido (07/11/2003)

do sexo masculino, em Laranjeiras, Pará, filho

do casal de: JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA, natural deste Estado

e MARIA MADALENA DE ARAÚJO, natural deste Estado

do casal de: JOÃO BATISTA DE SOUZA

e MARIA ELIAS RIBEIRO (falecida)

do casal de: SEVERINA ODILON DE ARAÚJO,

casado em 25 de novembro de 2003

neste ato declarante: O próprio pai do registrando

exterior de testemunhos: Fabiana da Silva e José Eduardo Alexandre da Silva.

Observações: Feito de acordo com os Termos da lei em vigor.

O referido é verdade e devo:

SÃO MIGUEL DE TAÍPU-PB, 5 de novembro de 2003

Patrícia Cavalcante Falcão  
Escrivã e Oficial AD-HOC



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 711.667.294-00

Nome: JOSE BRUNO DE ARAUJO RIBEIRO

Data de Nascimento: 03/06/1999

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 13/07/2015

Dígito Verificador: 00

SINCER/PR

22 SET. 2017

Comprovante emitido às: 10:56:26 do dia 30/08/2017 (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: 3BC4.DBF2.4A9F.EACC



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

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



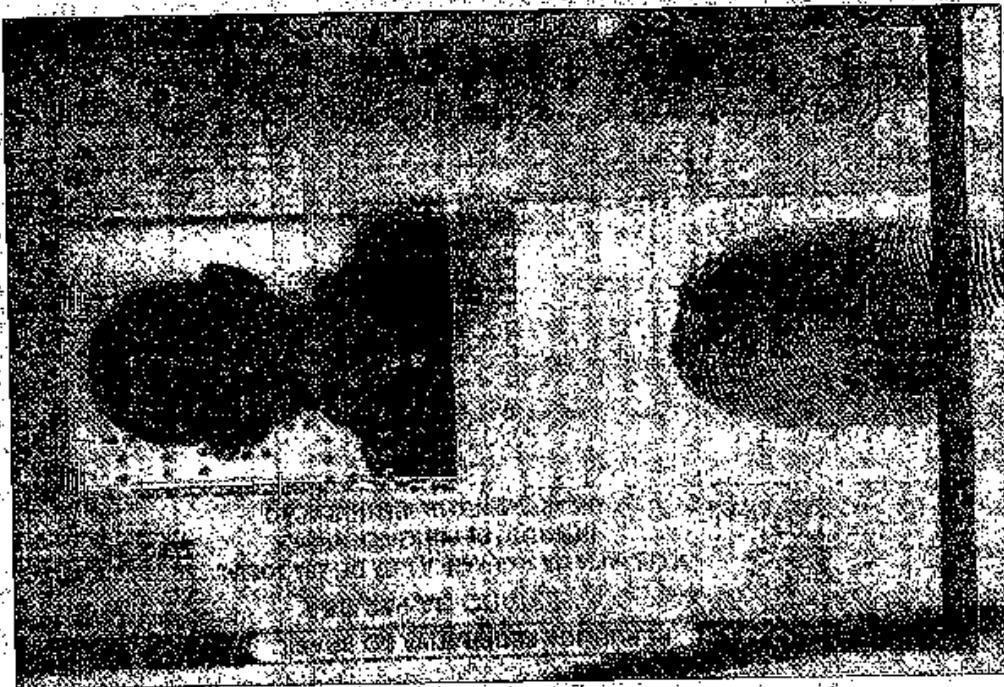


CNCURVPP



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 15:34:45  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815344426800000037377683>  
Número do documento: 21020815344426800000037377683

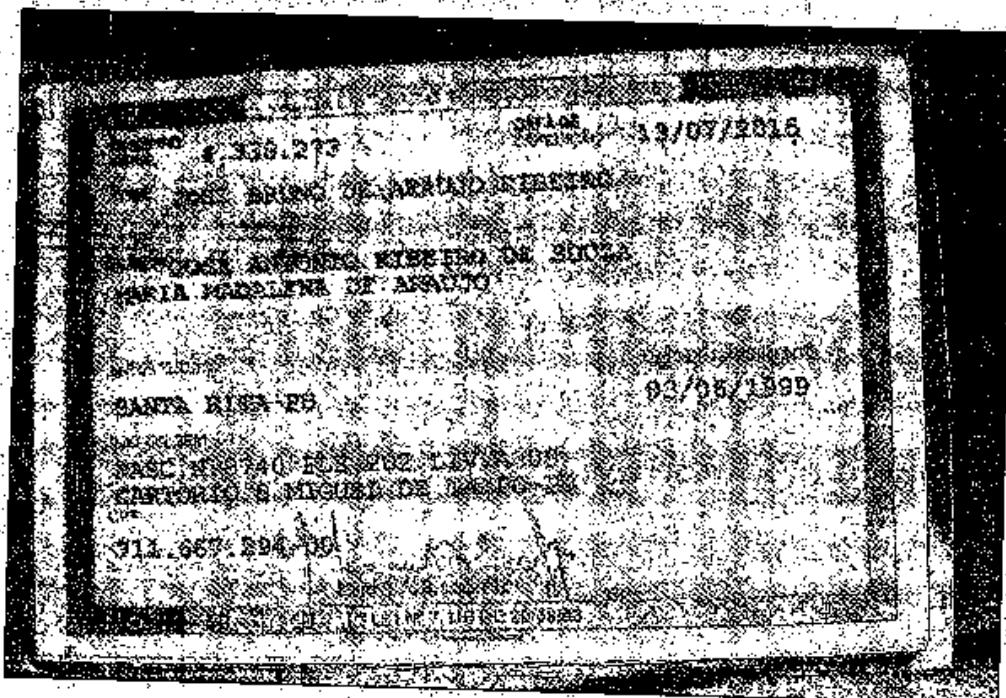
Num. 39212504 - Pág. 31



SINCER/PR

22 JUL 2017





SINCER/PP

22 SET. 2017





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL  
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLOGICA LEGAL

C: 323416

## LAUDO TANATOSCÓPICO

Dr. Fábio de Almeida Gomes, Gerente executivo / João Pessoa atendendo a solicitação expedida da(o) 3ª Delegacia Distrital da Capital de nº 054/16 datada de: 13/05/2016, designou Perito Oficial Médico Legal 1ª Classe, Dr. Flávio Rodrigo Araújo Fabres, Mat.: 157.636-4 para proceder o exame cadavérico no corpo que nos foi apresentado como sendo de: JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA, Nacionalidade: brasileira, Estado civil: ignorado, 36 anos, natural de: São Miguel de Taipu/PB, sexo: masculino, Raça/cor: pardo, filho/a de: João Batista de Souza e Maria Elias Ribeiro, residente na Rua Gildo Nóbrega, 26 centro Pilar/PB, descrevendo com verdade, e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar e, bem assim responder aos quesitos no final formulados.

**HISTÓRICO:** Conta o sr. José Ribeiro de Souza, irmão da vítima, que esta conduzia sua motocicleta na data de 08/05/2016, pelas 18h00min na estrada PB de Pilar para São Miguel de Taipu, vindo a cair no asfalto, tendo sido trazido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, vindo a falecer na data de hoje.

**JINCUR/PB**

Exame realizado em: 14/05/2016 às 10:50h.

22 SET. 2017

**INSPEÇÃO EXTERNA:** Às 10:50 horas do dia 14/05/2016 é apresentando para exame o cadáver de sexo masculino; de cor branca; com estatura 170cm; de complexão física normolínea; aparentando estado de nutrição bom, com estado corporal de conservação bom. Desnudo no momento do exame. Rigidez cadavérica presente e generalizada. Livores e hipóstases: presença de hipóstases ventrais e livores dorsais. Condição de análise pericial: boas. Face: ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. Pálpebras: ocluídas. Globos oculares exibindo córneas: pálidas e desidratadas. Pupilas: midriáticas. Íris: castanha. Escleróticas: pálidas. Conjuntivas: pálidas. Dos condutos auditivos; narinas tamponadas por algodão da boca: não surdem secreções. EXAME OFICIAL PERICIAL ODONTO LEGAL ANEXO. PESCOÇO: ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. TÓRAX: ferimento punctório em região infraclavicular direita consistente com aleso venoso central. ABDOME: ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. GENITALIA EXTERNA: fletemas hemáticas em escroto. MEMBROS SUPERIORES: ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. MEMBROS INFERIORES: amputação cirúrgica de membro inferior direito ao nível do quadril. DORSO: ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. INSPEÇÃO INTERNA: Polo encefálico: realizada incisão bimastóidea, rebatidos os retalhos anterior e posterior, constatou-se no couro cabeludo: ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. ABÓBODA CRANIANA: ausência de lesões violentas dignas de notas periciais; Retirado o encéfalo e realizada a sua secção, constatou-se: ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. Removida a dura-máter, a base do crânio apresentava-se: íntegra. PESCOÇO: ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. CAVIDADE TORACOABDOMINAL: Realizada incisão: fúrcula-pubiana e dissecados os planos músculo cutâneos: ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. TÓRAX: trombos cruóricos

Página 1 de 2

Dr. Flávio Rodrigo Araújo Fabres  
Perito Oficial Médico Legal 1ª Classe  
Mat.: 157.636-4 / CRM-PB 3673  
Laudo Cadavérico: 03.01.01.052016.03737

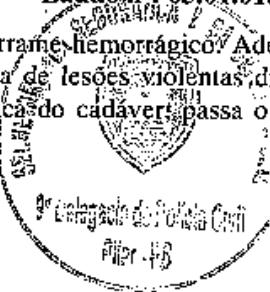


JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Laudo nº: 03.01.01.052016.0372

fibrinosos ocluindo ramos principais da artéria pulmonar. Derrame hemorrágico Aderência pleur esquerda. Hepatização do pulmão direito. ABDOME: ausência de lesões violentas dignas de notícias. Terminada a necropsia é, após a reconstituição estética do cadáver, passa o Perito Oficial Médico Legal a responder aos quesitos oficiais:

RESPOSTAS AOS QUESITOS OFICIAIS:



- 1 - SE HOUVE MORTE? SIM
- 2 - QUAL A CAUSA DA MORTE? TROMBOEMBOLISMO
- 3 - QUAL O INSTRUMENTO OU MEIO QUE PRODUZIU A MORTE? AÇÃO CONTUNDENTE
- 4 - SE FOI PRODUZIDA POR MEIO DE FOGO, VENENO, EXPLOSIVO, ASFIXIA, TORTURA OU OUTRO MEIO INSIDIOSO OU CRUEL? PREJUDICADO.

E para constar foi exarado o presente laudo que segue devidamente rubricado e assinado pelo perito anteriormente nomeado.

  
Dr. Flávio Fabres  
Perito Oficial Médico Legal  
Matrícula: 157.636-4 CRM/PB 5673

SINCOR/PB

22 SET. 2017

Página 1 de 1  
Dr. Flávio Rodrigo Araújo Fabres  
Perito Oficial Médico Legal - Classe  
Matr.: 157.636-4 CRM/PB 5673  
Laudo Cadavérico: 03.01.01.052016.0372





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL  
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLOGÍCA LEGAL

C: 323416

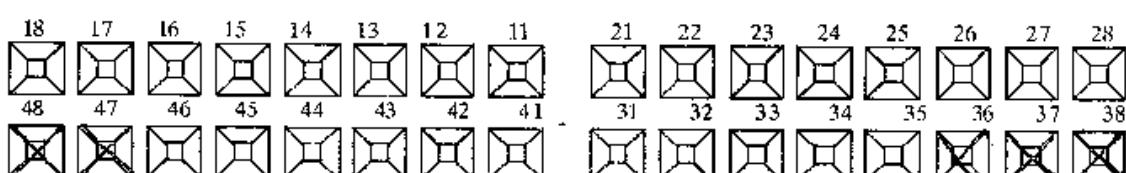
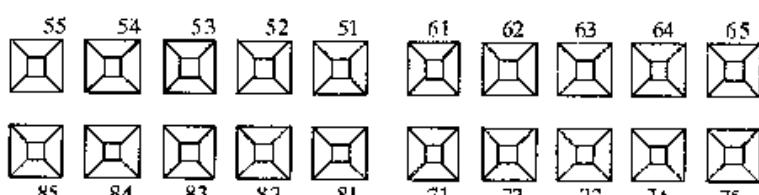
**LAUDO TANATOSCÓPICO**  
Secção de Odontologia

Data do exame: 14/05/2016 Hora do exame: 10:50

Órgão Requisitante: 3ª Delegacia Distrital da Capital. Nº da Solicitação: 054/16. Autoridade Solicitante: José Anselmo de Lucena. Nome: JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA, 36 anos, filho(a) de: João Batista de Souza e de: Maria Elias Ribeiro. Sexo: masculino. Estado civil: ignorado. Nacionalidade: brasileira. Natural de: São Miguel de Taipu/PB. Profissão: agricultor(a).

**DADOS CARACTERÍSTICOS:**

Rosto: redondo. Sobrancelhas: semi-retas. Pálpebras: fechadas. Íris: prejudicado. Cor: parda. Pupilas: prejudicado. Conjuntivas: prejudicado. Nariz: mesorrino. Boca: grande. Lábios: grossos. Arco senil: não. Barba: não tem. Bigode: não tem.

**D****Dentes Permanentes****E****D****Dentes Decíduos****E****Códigos**

- - Restauração
- O - Cárie
- X - Extração
- RR - Resto radicular
- A - Ausente
- H - Hígido

SINCUR/PB

22 SET. 2017





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, en - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 919436

## Identificação do paciente

D 1035661	Nome JOSE ANTONIO REBEIRO DE SOUZA	Sexo Masculino
Date de nascimento 24/09/1979	Idade 36 anos 7 meses 17 dias	Estado civil Solteiro
Mãe MARIA ELIAS RIBEIRO		Pai JOSE BATISTA DE SOUSA
Escolaridade		Responsável (Parentesco)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988661965	DDD Fixo
Tipo documento	Número documento	RG Cns
Local de procedência SAO MIGUEL DE TAIPU		Tipo MUNICÍPIO
Email	frankalidace ITABAIANA	UF PB
		CBO/R

## Endereço

CEP 58338000	Município de residência PILAR	UF PB	Residência GILDO MOREIRA
Número S/N	Complemento		Saída 22 DEZ 2017

SINCE/JPB

## Admissão

Data e Hora Prova/ste 11/05/2016 20:16:02	Número de pulseira 100005416138	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIANO GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	Origem do paciente
Classificação de risco		RUA
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente

## Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vaga de ambulância Não	Trauma Não
Méio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

## Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

## Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia
Dados clínicos amput.M/D 11/05 DC NS)OK FA						

amput.M/D  
11/05 (2016) M/D  
DC  
NS)OK  
FA

Diagnóstico Atendido por GABRIELA GOMES CAVALCANTI ALencar	CD
	Tempo 04min 43seg

Impresso

11/05/2016 20:21



acúvula 23-30

Fui chamado do Dr. Moreira para operar  
paciente dela Octávio. Encontrei o paciente  
operário, septic, e o gangrena quase  
de todo o membro. Fiz a amputação  
distalmente com a menor  
dolor e com menor perda de sangue.

Dr. Carlos M. Gonçalves  
Medico  
CRM-PB 3760

Cir. 08/06

Preçur.

21/05/16.

12/05/16  
Gonçalves, os resultados obtidos e muito bons.  
Pac. 76 e paciente em ótima condição.  
Em 07/06 amputado.

a) no globo d/ setembro 70.

Dr. Carlos M. Gonçalves  
Cirurgia Vasculare  
Rad. Intervencionista  
CRM-PB 3760

## Guia de Remoção de Cadáveres

2.3.2 ( ) Trabalho 2.3.3 ( ) Em domicílio 2.3.4 ( ) Outros 2.3.5 ( ) Outros

### Condições, Agente ou Fonte da Morte Violenta

Tipo/Instrumento: ( ) Arma de Fogo ( ) Arma Branca ( ) Enforcamento ( ) Afogamento  
( ) Queimaduras ( ) Choque Elétrico ( ) Espancamento ( ) Queda de Nível  
Outros: Quai

Uso de Drogas: Qual ( ) Agressão Física ( ) Assalto ( ) Ação Policial ( ) Agressão Sexual

Modo: ( ) Agressão Física ( ) Assalto ( ) Ação Policial ( ) Agressão Sexual  
( ) Ignorado

Outros: Qual

### Informações do Serviço Médico

( ) Chegou com vida ao serviço ( ) Faleceu ao receber os primeiros socorros  
Dias

SINCOR/PB

( ) Faleceu durante do Internamento

Faleceu no: ( ) Pré-Operatório ( ) Trans-Operatório ( ) Pós Operatório

22 SET 2017

( ) Apresentado ao chegar no hospital:

Lesões apresentadas em regiões do corpo:

O projétil foi removido durante o ato cirúrgico ( ) Sim ( ) Não

Síntese da história clínica:

Atendimento realizado no hospital:

( ) Clínico, Medicação utilizada:

( ) Cirúrgica, tipo de cirurgia:

Retirada de corpo estranho: ( ) Sim ( ) Não (se retirado enviar ao IML)

Exames complementares de relevância:

Hipóteses Diagnósticas formuladas:

Outras informações que julgar necessário:

Exames complementares de relevância:

Pessoa: 1310516

CRM-PB:

Dr. Thiago Catão  
Terapia Intensiva  
CRM-PB 5685

Guia de Remoção de



**EXAME SECUNDÁRIO**

**ALERGIA:**  Não  Sim: \_\_\_\_\_  
**MEDICAMENTOS:**  Não  Sim: \_\_\_\_\_  
**IMUNIZAÇÃO:**  Não  Sim: \_\_\_\_\_  
**PATOLOGIA:**  Não  Sim: \_\_\_\_\_  
**ALIMENTOS INGERIDOS:**  Não  Sim: \_\_\_\_\_

<b>LOCAL DA LESÃO</b> Identifique o local com o número correspondente ao lado →		1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Efersema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Contante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante	
		19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Lacerção 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Parafisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorrágia 35 Sinais de Isquemia 36	

**OBS.:**
**QUEIMADURA:**

Superfície corporal lesada (regra da palma%) % Graus de queimadura:  1º grau  2º grau  3º grau

**EXAMES SOLICITADOS**

Radiografias de Bacia / Coxas + joelhos (D)  
 Ultrassonografia (FAST)  
 Tomografia computadorizada

Lavado peritoneal  
 Gasometria arterial  
 Tipagem sanguínea

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	1º dia: Oxigênio + Bucalco		
2	SR 1.500 ml, ev		
3	Intake 40 ml, DI 1000 + 100, 60		
4	Dinopro 01 5000 + 100, 60		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO**

Solicito parecer da Varandas, 02/00 às 21:00 do dia 11/05/16.  
 Solicito parecer da \_\_\_\_\_

**DESTINO DO PACIENTE**

Centro cirúrgico

Transferência (unidade de saúde) \_\_\_\_\_

Internado (setor) \_\_\_\_\_

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

SAÍDA: \_\_\_\_\_

HORAS: \_\_\_\_\_

Alta hospitalar  Decisão médica:  A pedido  A reavalia  Desistência

Óbito  Até 48 hs.  Após 48 hs.  Família  JML  SVO

**ASSINATURA/CARIMBO**
**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL**

F(NG).CC.001-1





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS  
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Número:00

## References

Prendimento:

### Procedimientos

SUS: (X)

Médico: \_\_\_\_\_

for Antonio Rebello de Souza  
desenvolvido no seu gabinete  
do SUS ( )  
Hansenberg Almeida

Prontuário: 919435  
Data: 31/05/16  
Deposição:

Data: 14 PS 16

Caixa Pronta:

---

**DISPENSAÇÃO CME**

## DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRICAo DO PRODUTO	QUANTIDADE	CODIGO SUS	MARCA
<del>BIOMEDICAL</del>	<del>catheter para subclavia</del>	<del>01 UNID</del>		

~~ASSINATURA DO MÉDICO - CRM~~

~~ASSINATURA FAX/INTERMAGEM - COREN~~

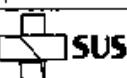
ASSINATURA CIRCUÍANTE RESPONSÁVEL

E(NG)-APC 01/3-2

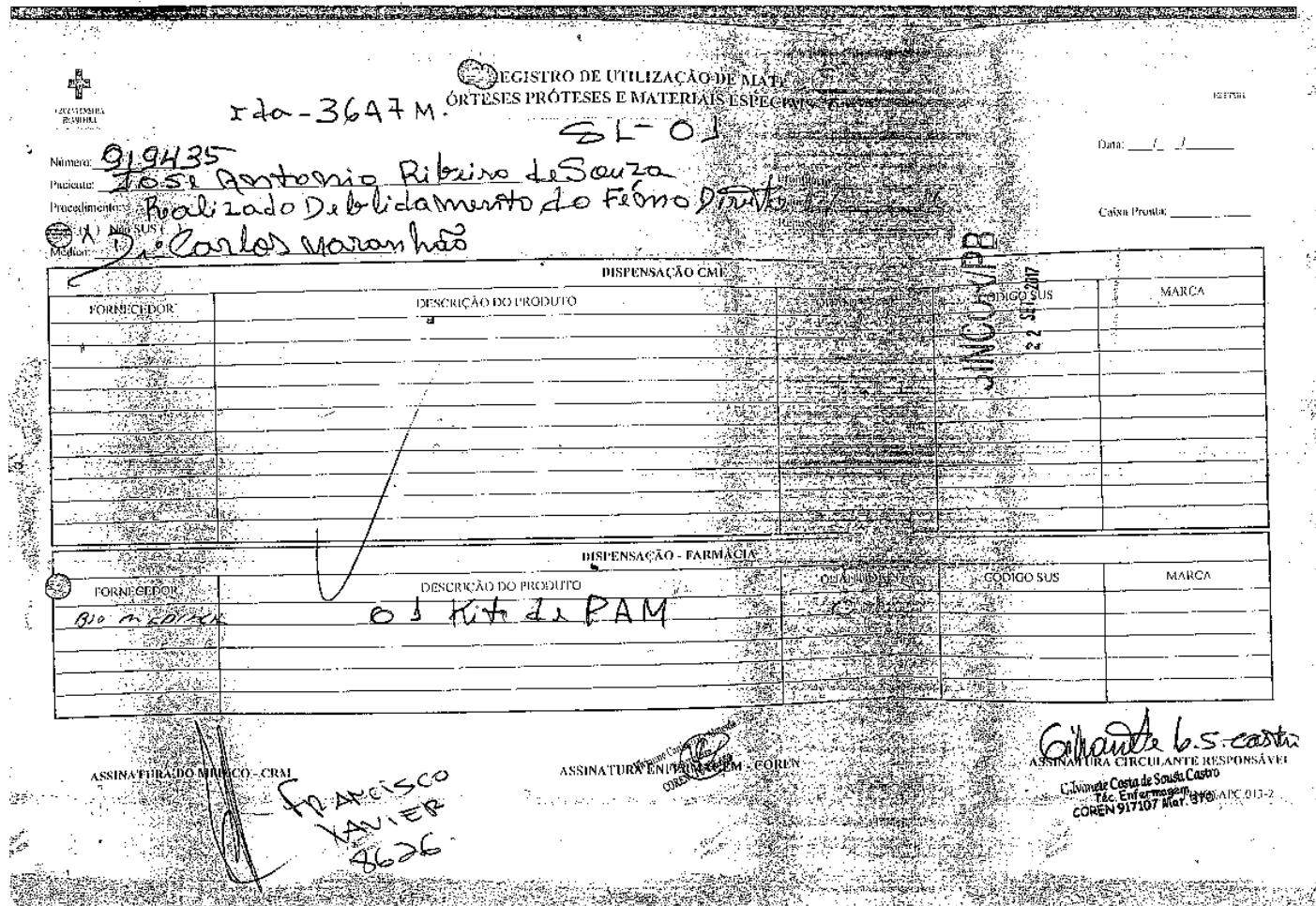


<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			<b>Folha 1/2</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HETSAL</b> 2 - CNES <input type="text"/> 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HETSAL</b> 4 - CNES <input type="text"/>					
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <b>Joel Antônio Relevo de Souza</b> 6 - N.º DO HOSPITALIZADO <b>914435</b> 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <input type="text"/> 8 - DATA DE NASCIMENTO <b>/ /</b> 9 - SEXO <b>Masc. 1 Fem. 3</b> 10 - NOME DA MAE OU RESPONSÁVEL <b>Julia Relevo</b> 11 - TELEFONE DE CONTATO <b>DDD 11 N.º DO TELEFONE</b> 12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO) <input type="text"/> 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <input type="text"/> 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <input type="text"/> 15 - UF <input type="text"/> 16 - CEP <input type="text"/>					
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>					
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b> 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR <input type="text"/> 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR <input type="text"/> 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA <input type="text"/> 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA <input type="text"/> 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL <input type="text"/> 23 - CID 10 PRINCIPAL <input type="text"/> 24 - CID 10 SÉCONDÁRIO <input type="text"/> 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <input type="text"/>					
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b> 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <b>Visceralização</b> <b>erex</b> <b>hemorroidal</b> <b>(P)</b> 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <b>22 SET. 2017</b> 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> 31-QTDE <input type="text"/> 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> 34-QTDE <input type="text"/> 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> 37-QTDE <input type="text"/>					
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>					
<b>CATETER PARA SUBCLÁVIA DIL CVC</b> CÓDIGO: C7020BN LOTE: 275318 REG. ANVISA: 10196320017 FAB. POR BIOMEDICAL E.P.M.C. LTDA <a href="http://www.biomedical.ind.br">www.biomedical.ind.br</a> 11 3944 - 5555					
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>					
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <input type="text"/> 41 - DOCUMENTO <input type="text"/> 42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="text"/> 43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <input type="text"/> 1 - CNS <input type="checkbox"/> 2 - CPF <input type="checkbox"/>					
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="text"/> 45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR <input type="text"/> 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <input type="text"/> 47 - DOCUMENTO <input type="text"/> 48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="text"/> 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <input type="text"/> 1 - CNS <input type="checkbox"/> 2 - CPF <input type="checkbox"/>					



	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>		Folha 2/2
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO</b>					
50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	62 - QTDE	
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55 - QTDE	
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	56 - QTDE	
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - QTDE	
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64 - QTDE	
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67 - QTDE	
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70 - QTDE	
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73 - QTDE	
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76 - QTDE	
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79 - QTDE	
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82 - QTDE	
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85 - QTDE	
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88 - QTDE	
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91 - QTDE	
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94 - QTDE	
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97 - QTDE	
<b>98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)</b>					
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>					
99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					





SE  
Anexo II

<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	<b>Folha 1/2</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES	
H.E.E.T				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES	
H.E.E.T				
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N.º DO PRONTUÁRIO	
José Antônio Ribeiro de Souza			919435	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
			/ / / /	Male: <input type="checkbox"/> 1 Female: <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE	12 - CDD
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓD. BGE, MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CIN 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III
			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - CTE	
			32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - QTE	
			35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - QTE	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
J. Ribeiro de P.A.M 22 SET. 2017				
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO SORTELHÓI
( CNS / CPF )				FRANCISCO TAV. ER 3666
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO CONSELHO
( CNS / CPF )				

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	Folha 2/2
---	------------------------	---------------------	---	-----------

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO**

52 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52 - QTDE
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55 - QTDE
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58 - QTDE
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - QTDE
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64 - QTDE
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67 - QTDE
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70 - QTDE
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73 - QTDE
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76 - QTDE
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79 - QTDE
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82 - QTDE
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85 - QTDE
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88 - QTDE
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91 - QTDE
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94 - QTDE
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97 - QTDE

**98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)****PROFISSIONAL SOLICITANTE**

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**AUTORIZAÇÃO**

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			<b>Folha 1/2</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES			
H.E.P.						
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES			
H.E.P.						
<b>Identificação do Paciente</b>						
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N.º DO PRONTUÁRIO			
José Antônio Ribeiro dos Santos			939435			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO			9 - SEXO
			/ /			Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO			N.º DO TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)						
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IRGE, MUNICÍPIO			15 - UF
						16 - CEP
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>						
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>						
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA			
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL			24 - CID 10 SECUNDÁRIO
						25 - CID 10 CÁSOS ASSOCIADOS
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>						
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU ÁREA DE ACOMPANHANTE			29 - DIÁRIA DE UTI TIPO II			30 - DIÁRIA DE UTI TIPO III
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
						34 - QTDE
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			37 - QTDE
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>						
J.KL. do PAM SINCUR/PB						22 SET. 2017
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>						
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
						/ /
41 - DOCUMENTO			42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF						
<b>AUTORIZAÇÃO</b>						
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR			46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
						/ /
47 - DOCUMENTO			48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF						



<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	Folha 2/2
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO</b>				
50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		52 - QTDE	
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		55 - QTDE	
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		58 - QTDE	
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		61 - QTDE	
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		64 - QTDE	
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		67 - QTDE	
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		70 - QTDE	
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		73 - QTDE	
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		76 - QTDE	
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		79 - QTDE	
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		82 - QTDE	
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		85 - QTDE	
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		88 - QTDE	
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		91 - QTDE	
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		94 - QTDE	
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		97 - QTDE	
<b>98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)</b>				
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>				
99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: JOÉ ANTONIO R. DE SOUZA BE/Prontuário: 919  
Idade: 36 Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 12/05/16  
Clínica/Setor: CIR. VASCUL. EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Descongestionamento  
Cirurgião: Carlos Maranhão 1º Assistente: \_\_\_\_\_  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horaário: Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Gangrena Gangrena em Coto de Alveolar.</u>	
	<u>SINCR/PB</u>
	<u>12 SET 2017</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Descongestionamento</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico:  Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biópsia de Congelação:  Sim  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Carlos Maranhão  
Cirurgia Vascular  
Rad. João Pessoa  
CRM-PB 6104

João Pessoa, 12/05/16

F(NG).ASCJR 009-1





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Practise from the website now!

## Incisão:

Resumo Mínimo de Termos  
Resumo.  
(ver no 207. v. 1007).

### Achados:

Dr. Carlos Maranhão  
Cirurgião-Dentista  
Rua Interlagos, 160  
CRN-1  
083794

**Fechamento:**

Dr. Carlos M. ~~Medellín~~  
Cirujano  
Radiólogo  
Res. Univer. Clínica  
Intervencionista  
66784

João Pessoa, 1405 i 16

Médico/CRM:

PINGLASCOR.009-1



# Nota de Sala Cirúrgica


  
HERTSHI.

NOME DO PACIENTE:	José Antônio Ribeiro de Souza			
IDADE:	70 Anos	PRONTUÁRIO:	100435	
CIRURGIA:	Tiradragão realizando Drenagem de Fístula do b. direito			
CIRURGIA:	Dr. Carlos Moreira - Dr. André Ribeiro			
ANESTESIA:	Geral			
ANESTESISTA:	Dr. PATRICKASSIS			
INSTRUMENTADOR:				
DATA:	12/05/2016	TIPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INICIO:	22:40	
TIPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: FIM:	23:15	CIRURGIA: INICIO:		
INDÍCIO DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)				
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )				
GRAD DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA				
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	
ALFENTANILA	50	JELCO N°18	FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO N°20	FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA	50	JELCO N°22	FIO DE AÇO N°	
CETAMINA	10	JELCO N°24	FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°	FIO DE NYLON N°	
ETOMODATO		LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA		LÂMINA BISTURI N°23	FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENTIL		LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N°	
SOFLURANO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO		LÂMINA DE ENDERTO	FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO		MATERIAIS	QTD.	
LIDOCAINA C/VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	10	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAINA S/VASO	AGULHA 25X8	LUVA ESTÉRIL N°7,0	5	FIO POLIPROPILENO N°
MIDAZOLAN	10	LUVA ESTÉRIL N°7,5		FIO POLIGLECAPRONE N°
MORFINA	AGULHA 25X8	LUVA ESTÉRIL N°8,0		FIO SEDA N°
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL QTD.
PANCURÔNIO	10	MULTIVIAS		CATETER DE PIC
PEPTIDINA	AGULHA PERIDURAL N°16	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO
PROPOFOL	AGULHA RAQUÍ N°25G	SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUÍ N°36G	SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUÍ N°27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°
SEVOFLURANO	10	SERINGA 3ML		FIO STEINMAN N°
SUKAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 40ML		FIO STEINMAN N°
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES QTD.		SONDA P/ COLOSTOMIA		HIMOST. ABSORVÍVEL
ADRENALINA	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		KIT. DERRA. VENTRÍCULAR
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		PRÓTESE VASCULAR
ATROFONA	CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		KIT. PAM
BENTRA	CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12		KIMPRESA
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
DIFIRONA SÓDICA	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICIAIS
EFEDRINA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICIAIS
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPIROMÓSO
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPIROMÓSO
GLICONATO DE CALCIO	DREN. DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA	DREN. DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAINA GELÉIA	ELETRODOS	05 TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SEJSTONE (LATEX)		PLACA
FLASH	EQUIPO TRANSP. SANGUE			EQUIPAMENTOS
PROSTIGMINE	EQUIPO MICRUGOTAS			
PROTAMINA	ESPOONHA DE PVF	FIOS	QTD.	( ) ASPIRADOR
TENOXICAN	ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO SIA N°		( ) BISTURI ELÉTRICO
	GAZES	FIO ALGODÃO SIA N°		( ) CAPNÓGRAFO
	GAZES ALGODOÇADAS	FIO ALGODÃO CA N°		( ) CÁRDIONMONITOR
	GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO CA N°		( ) DESFIBRILADOR
	JELCO N°14			( ) FOCO AUXILIAR
	JELCO N°16			( ) FOCO CENTRAL
				( ) MICROSCÓPIO
				( ) OXÍMETRO DE PULSO
				( ) P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA
				( ) PERPURADOR ELÉTRICO
				( ) SERRA
				CIRCULANTE
				Signet e Endotracheal
				Tee Endotracheal
				OPEN 917107 MGT. 370

PNO.4501101





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: João Antônio R. de Souza BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 11/05/16  
Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ ER: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Ressecção com Remoção   
Cirurgião: Dr. Bruno Tonello 1º Assistente: Dr. Bruno Tonello  
2º Assistente: Dr. Fleischberg 3º Assistente: Dr. R. Kain  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesiista: \_\_\_\_\_  
Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<i>gangrena aguda do pso</i>	
	<i>SINCR/PB</i>
	<i>2 SET 2017</i>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<i>Desobstruções naso-farinal</i>	<i>0</i>

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( )Sim  Não

## Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(✓) Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 11. 1956

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

F(NG).ASCIIR.009-1



## Nota de Sala Cirúrgica

ÍNDICE DO PACIENTE	João Antônio Oliveira de Souza		
IDADE: 36	PE: 74	PERITÓRIO: CIRURGIA	ENFERMAGEM: LEITO:
CIRURGIA: Desbridamento	Coxa femoral (Amputada)		
CIRURGÃO: Flávio Henrique	Anestesiador		
ANESTÉSICO: Dr. Flávio Henrique	Anestesiador		
ANESTESISTA: Geral			
INSTRUMENTADOR			
DATA: 05/16	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTÉSICO: INÍCIO: 08:40	CIRURGIA: INÍCIO: 08:50	FIM:
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)			
ASA 1 (ASA 1), ASA 2 (ASA 2), ASA 3 (ASA 3), ASA 4 (ASA 4), ASA 5 (ASA 5)			
ORIGEM DA CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPA, (2) CONTAMINADA, (3) INFECTADA, (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD. MATERIAIS CONE. QTD. FIOS OT			
ALFENTANILA		JELCO N°16	FIOS DE NYLON N°
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO N°20	FIOS CATGUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22	FIOS CATGUT CROMADO N°
CETAMINA		JELCO N°24	FIOS DE AÇO N°
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORÁXICO N°	FIOS DE AÇO N°
MIDATO	SOLUÇÕES.	QTD. LÂMINA BISTURI N°11	FIOS DE NYLON N°
ENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	OK LÂMINA BISTURI N°13	FIOS DE NYLON N°
FENTANILA	PVP DEGERMANTE	OK LÂMINA BISTURI N°23	FIOS DE NYLON N°
FLUMAZÉNOL	PVP TINTURA	OK LÂMINA BISTURI N°24	FIOS POLIGLACTINA N°
ISOFLURÂNO	PVP TÓPICO	OK LÂMINA DE CERATÓMOMO	FIOS POLIGLACTINA N°
VOROPIVACAÍNA CI VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	OK LÂMINA DE ENXERTO	FIOS POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAÍNA SI VASO	MATERIAIS	QTD. ENXILA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIOS POLIPROPILENO N°
LIODCAÍNA CI VASO	AGULHA 16X3,5	LUVA ESTÉRIL N°7,0	FIOS POLIPROPILENO N°
LIODCAÍNA SI VASO	AGULHA 25X0,7	LUVA ESTÉRIL N°5	FIOS POLIGLICAPRONE N°
MIDAZOLAN	AGULHA 25X3,8	LUVA ESTÉRIL N°8,0	FIOS SEDA N°
MORFINA	AGULHA 40X1,2	LUVA ESTÉRIL N°5	FIAS CARDIÁCA
NUBUTUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL QTD.
PANCURÔMIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS	CATETER DE PIC
PETDIMA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO
PROPOFOL	AGULHA RAQU N°25G	SCALP N°19	CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQU N°26G	SCALP N°21	FIOS DE KIRSCHNER N°
ROCURÔMIO	AGULHA RAQU N°30	SERINGA 1ML	FIOS DE KIRSCHNER N°
SEVOFLURÂNO	ALGODÃO ORTÓPÉDICO	SERINGA 5ML	FIOS STEINMAN N°
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	FIOS STEINMAN N°
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES QTD. BOLSA PI COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°2	HEMOST. ABSORVÍVEL
PRENALINA	CÂNLULA PI TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DENTAL VENTRÍCULAR
CA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PROTESE VASCULAR
ATROPINA	CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT. PAM -
BEIXTA	CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FINADOR EXTERNO
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA
XAMETASONA	CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14	
JUJINA SÓDICA	CRRA P/AR OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICIAIS
EFEDRINA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICIAIS
FUNOSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 5%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	16	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO	DREN DE PENRÓSE	TORNEIRINHA	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA	DREN DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
LIODCAÍNA GELÉIA	ELÉTRICOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE	TUSO SILICONE (LATEX)	PLACA
PROSTIGMATE	EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS
PROTAMINA	ESPONHA DE PVC	FIOS	ASPIRADOR
TEROXICAN	ESPARADRAPO	QTD.	FIOS BISTURI ELETRICO
CA. ALGODÃO	GAZES	OK	CAPIHÓGRAFO
CA. ALGODÃO	GAZES ALGODoadas	FIOS ALGODÃO SIA N°	CARDIOMONITOR
CA. ALGODÃO	GAZ ELETROLÍTICO	FIOS ALGODÃO SIA N°	DESFIBRILADOR
CA. ALGODÃO	JELCO N°14	FIOS ALGODÃO SIA N°	FOCO AUXILIAR
CA. ALGODÃO	JELCO N°16		FOCO CENTRAL
			IMÓSCÓPIO
			OXÍMETRO DE PULSO
			PAP. A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
			PERTURADOR ELÉTRICO
			SERRA
			CIRCLANTE







PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NAME: Hospital Regional Dr. Sá Andrade	CÓDIGO DA UNIDADE: 2357445	CNPJ: 08.036.438/0001-31
ENDEREÇO: Rua Gentil Lins, 46 - Centro		
MUNICÍPIO: Sapé	ESTADO: Paraíba	UF: PB
NAME: José Antônio Belchior da Silva	PACIENTE	SEXO: M
PROFISSÃO: Documento:	IDADE: 57	
ENDEREÇO: Getúlio Vargas	ESTADO: PB	UF: PB
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 30011149	CNS: 8936800013251	
DATA DO NASCIMENTO: 20/01/19	DATA DO ATENDIMENTO: 18/1	

CPF: \_\_\_\_\_  
NAME DA MÃE: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: \_\_\_\_\_

RAÇA / COR:  
 1 - BRANCA     2 - PRETA     3 - PARDAS  
 4 - AMARELA     5 - ÍNDIGENA     6 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME PSÍQUICO (SUMÁRIO)

Pac. c. Gravida de 02  
m. Pura D

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

PA-130790

RESULTADOS:

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1. *Gynema 1 cps dia*  
 2. *Velutina 1 caps dia*  
 3. *Prenutri 1 caps dia*  
 4. *...*

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- 01 - ELETIVO.  
 02 - URGÊNCIA  
 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA.  
 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.  
 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.  
 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

*181*

DIAGNÓSTICO:

*hialytic*

CID-10

MEDICAÇÃO:	ENCAMINHAMENTO:
<input type="checkbox"/> PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA
<input type="checkbox"/> APLICADA	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL
	<input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> OUTROS

SERVICOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 - 011011069061  
 2 - 011011090711  
 3 - 01101100049

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - carimbo:

CNS	CBO	CRM
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	DUPLA	DIREITO
<i>Carolina Madalena de Souza</i>		
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo	ASS. DO REVISOR ADMINISTRAÇÃO - carimbo	



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

COLUNA UNIDAS: 040956 F-CH-PT: 08.772-EM/049-05

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

END: AVENIDA DEPUTADO ADALBERTO PEREIRA DE LIMA, 100

MUNICIPIO: ITABAIANA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

Nome: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA  
Faz Cor: Parda 16/05.

Dr. Nasc: 24/09/1979 Idade: 36 anos(s) mês(es) de idade: 07/07 Sexo: M

Mae: NAO INFORMADO

Profissao: AGRICULTOR  
Endereço: RUA GILDO NOBREGA  
Bairro: CENTRO N°: 0

Município: CEP: 58330-000 SAO MIGUEL DE TAIPU - PE - 58334000 - 291500

Telefone para contato: (83) 0000-0000 CNS: 704604013231187 CADASTRO: 2097242232

Data e Hora: 11/05/2016 13:26:54

PESO: SSVV PA: 100X70 TEMP.: \_\_\_\_\_

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente no tempo quado no momento  
ha 3 dias.  
Importante edema em regiões  
femoral proximal e tibial

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (7/10)

RX Bo Cie e Tensão  
hemograma

Regulador de pressão Ortopédico  
PA: 80X40





**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA**

## **Serviço Social**

## **FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES**

Ficha N°		Data:
Paciente:	Fernando Alberto Pérez Ruiz	
Origen:		
Solicitante:		Clinica:

### Motivos do Encaminhamento

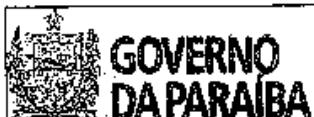
Paciente vêm me quedar um motociclo  
há 3 dias. Nas hei molhado RX em  
ambulos. Otopédico em seu lair.  
Após me direi do paciente. Exclui  
lesão edema importante em MII  
Dor intensa. Necrose tendo quebrado  
ortopédico.

Keep  
The Original Magazine  
in Color  
CITY 48 5221

## Medicação administrada

<b>Encaminhamento para:</b>	
<b>Serviço Social</b>	





SECRETARIA DE SAÚDE

**HRI - HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA**

Paciente: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Idade: 36a

Data do exame: 11-05-2016

**RADIOGRAFIA DA BACIA**

Ausência de sinais de fratura.

SINCUR/PB

22 SET. 2017

Dr. Methódio M. Pereira Diniz Filho CRM: 5730

Endereço: Avenida Deputado Adauto Pereira de Lima, s/n  
Loteamento Nova Itabaiana – Itabaiana/PB  
CEP: 58.360-000  
Tel.: (83) 3281-2640 / Tel./Fax: (83) 3281-2156





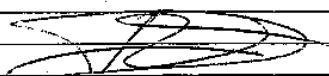
### EVOLUÇÃO CLÍNICA

LIMITE MÁXIMO DE PERMANÊNCIA  
12 HORAS

#### MÉDICO

#### ENFERMEIRO

BOI. SOBRE-ES-SE COTUN-  
NO PON PROXIMAS 16 HORAS  
ESTACILAR AS 96 FOCOS  
DENTRO.



06/05/16

Dr. Marcelo S. de Carvalho  
Médico  
CRM: 83997 PB



---

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta n°: 11729834

A/C: MATHEUS HENRIQUE ARAUJO RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17  
Vitima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA  
Data Acidente: 08/05/2016  
Natureza: MORTE  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 22/09/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 08/05/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

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 **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



---

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11729906

A/C: JOAO LUCAS DE ARAUJO RIBEIRO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170522587 ASL-0371008/17

**Vitima:** JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA  
**Data Acidente:** 08/05/2016  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta n°: 11730001

A/C: THIAGO ARAUJO RIBEIRO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170522587 ASL-0371008/17  
**Victima:** JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA  
**Data Acidente:** 08/05/2016  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

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 **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11730008

A/C: MATHEUS HENRIQUE ARAUJO RIBEIRO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170522587 ASL-0371008/17

**Vitima:** JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA  
**Data Acidente:** 08/05/2016  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11730140

A/C: THIAGO ARAUJO RIBEIRO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170522587 ASL-0371008/17

**Vitima:** JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA  
**Data Acidente:** 08/05/2016  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

