

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-253



Joanita Neves Araújo
ASSINATURA AUTÓGRAFA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.411.050 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 23/11/2016

NOME JOANITA NEVES ARAÚJO

FILIAÇÃO MARIA DAS NEVES ARAÚJO

NATURALIDADE ARARUNA-PB DATA DE NASCIMENTO 23/06/1975

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº5.104 - LIV.A-6 - FLS.45-V - CARTORIO NOVA FLORESTA-PB

CPF 047.403.624-30

0+

29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

047.403.624-30

Nome
JOANITA NEVES ARAÚJO

Nascimento
23/06/1975

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão
Abril 2007


www.correios.com.br



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simplificar pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 011.254.350



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-660
CNPJ 09.095.163 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOANITA NEVES ARAUJO
RUA SANTOS DUMONT 43
NOVA FLORESTA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/351534-3

REFERÊNCIA

AGO/2018

APRESENTAÇÃO

21/08/2018

CONSUMO

47

VENCIMENTO

29/08/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 15,30

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JOANITA NEVES ARAUJO

Roteiro: 11-106-335-1940

83690000000-8 15300054000-2 03515342018-3 08600106019-2

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
29/08/2018	R\$ 15,30	351534-2018- 08-6



Assinado eletronicamente por: NILO TRIGUEIRO DANTAS - 14/03/2019 09:15:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112009560163500000017382180>

Número do documento: 18112009560163500000017382180

Num. 17857054 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOANITA NEVES ARAUJO

Nº Sinistro: 3180434604
Vítima: JOANITA NEVES ARAUJO
Data do Acidente: 20/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180434604**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **20/05/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00355/00356 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13430719





TRIGUEIRO & NOBREGA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

O(A) Outorgante Joanilda Neres Araújo
brasileira, solteira, agricultora, portador (a) do RG nº 2.411.050
expedido por SSP/PB e CPF nº 047.403.624-30, residente e
domiciliado(a) na(o) Rua Santos Dumont
nº 43, Bairro Mania Paulino, Cidade Nova Floresta, UF PB, pelo presente
instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procuradores e advogados os
Bels. **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, portador do CPF nº. 047.951.774-65, inscrito na OAB-PB sob nº. 13.220,
e na OAB-RN sob nº. 834-A, e, **DIJANIellySON MONTEIRO NOBREGA**, inscrito na OAB/PB sob nº.
17068, brasileiros, casados, advogados, com endereço profissional na Rua Pedro Salustino de Lima, nº
47, Empresarial Evanisa Dantas, Sala "E", Pedro Salustino, Picuí-PB, fone (0**83) 3371-2274, a qual
confere poderes para o foro em geral, nos termos do art. 105 do Código de Processo Civil, podendo
receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito
sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir justiça gratuita e assinar
declaração de hipossuficiência econômica, firmar compromissos, prestar primeiras e últimas
declarações, receber e dar quitação, acompanhá-lo(a) em todos os seus termos, impugnar créditos ou
concordar com os mesmos, representá-lo(a) perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartições
públicas, federais, estaduais, municipais, conjunto ou separadamente, **e, em especial**, receber em juízo
o competente Alvará Judicial que for expedido em favor do(a) outorgante, praticar todos os atos
necessários para o cumprimento deste mandato, inclusive substabelecer.

Picuí-PB, 25 de julho de 2018.

Joanilda Neres Araújo
Outorgante

Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas
Sala E. Pedro Salustino - Picuí-PB - CEP: 58187-000
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777
Email: nilotdantas@hotmail.com / nelinhoadv@gmail.com



OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 021/2018

Aos **17 de abril de 2018**, nesta cidade de **Nova Floresta**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, quando encontrava-se presente o Bel. **FERNANDO ANTONIO ZOCCOLA FERREIRA**, Delegado de Polícia Civil, comigo **LEANDRO R DE A AZEVEDO**, ao final assinado, aí, por volta das **15:01** horas, compareceu **JOANITA NEVES DE ARAÚJO**, conhecido(a) por **NITINHA**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **SOLTEIRA**, profissão **AGRICULTORA**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO**, com **43** anos de idade, nascido(a) aos **23/06/1975** em **ARARUNA – PB**, filho(a) de **MARIA DAS NEVES ARAÚJO** e **PAI NÃO CONSTA**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **2.411.050 2ª VIA**, expedido pela **SSP/PB** e C.P.F. de Nº **047.403.624-30**, residindo no seguinte endereço **RUA SANTOS DUMONT 43**, bairro **MARIA FAUSTINO**, cidade de **NOVA FLORESTA – PB**, telefone: () , celular: **(83) 9.9613-9028**, CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO:

QUE, no dia 20/05/2018, por volta das 17:00 horas, a noticiante trafegava na MOTOCICLETA HONDA/POP 110 TITAN, ANO/MODELO 2016/2016 PLACA QFX8756/PB, COR VERMELHA, CHASSI 9C2JB0100GR208478, CÓDIGO RENAVAM 0112050004-1, LICENCIADA EM NOME DE DARLENE PEREIRA GABRIEL, no centro da cidade de Cuité/PB, próximo a Igreja Matriz, quando foi surpreendida por um cão que atravessava a avenida, a noticiante tentou desviar do animal, mas foi tudo ocorreu tão repentino que não deu tempo e a mesma acabou perdendo o controle da motocicleta e vindo a cair no asfalto; QUE, foi socorrida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, que realizou os primeiros socorros, e foi levado para Hospital da cidade de Cuité/PB, mas devido as gravidades das lesões foi encaminhada para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetida a procedimento cirúrgico na face; QUE, segundo laudo médico apresentado pela noticiante, a mesma sofreu várias lesões na face como afundamento em hemiface e limitação de abertura facial; QUE, passou nove dias internada no Trauma de Campina Grande; QUE, ficou impossibilitada de exercer suas funções profissionais por mais de trinta dias em decorrência do acidente que sofrera. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**

TESTEMUNHAS:

1 – Nome: LUCIENE LINS DA COSTA, R.G. n.º 2623899 SSP/PB, C.P.F. n.º 053.951.644-99.

Endereço: RUA SANTOS DUMONT S/N - CENTRO - NOVA FLORESTA/PB.

2 – Nome: JOSEILTON DA SILVA SANTOS, R.G. n.º 2502353 SSP/PB, C.P.F. n.º 057.154.724-90.

Endereço: RUA SANTOS DUMONT 29 MARIA FAUSTINO - NOVA FLORESTA/PB.

Nova Floresta/PB, 18 de julho de 2018.


JOANITA NEVES DE ARAÚJO
Noticiante


LEANDRO R DE A AZEVEDO
Escrivão de Polícia





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Darlene Pereira Gabriel,
RG nº 3.840.626, data de expedição 22/03/2010,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 106.495.564-96, com
domicílio na cidade de Cuite, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Genival J. F. Furtado, nº 561,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Joanitta Neres Araujo, cujo o condutor era
a mesma.

Veículo: motocicleta
Modelo: HONDA 100P
Ano: 2016
Placa: QFX 8756/PB
Chassi: 9C28B0100GR 208478
Data do Acidente: 20.05.2018
Local e Data: Picui - PB, 24 de julho de 2018

Darlene Pereira Gabriel
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Prof. Felinto Florentino, 601
Centro - Tel: (33) 3374-1414
NOVA FLORESTA - PB

Reconhecido(a), firmado(a) e registrado(a) por autenticidade

de: Darlene Pereira Gabriel

AHG55829 - M5GV

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Dou fé. Teste () da verdade.

24 de julho de 2018

Eliaana Clementino Pereira

Escritora Substituta

Serviço Not. e Registro Civil
Eliaana Clementino Pereira
Escritora Substituta
Nova Floresta - Comarca de Cuite - PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013814464930
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM: PB 2018 0112050004-1 00/00000000 2018

NOME
DARLENE PEREIRA GABRIEL

CPF/CNPJ
10649556496

PLACA
QFX9756/PB

PLACA ANT/UF
NOVO PB

CHASSI
9C2JB0100GR208478

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/POP 110I

ANO FAB. ANO MOD.
2016 2016

CAP/POT/CIL
2 E/109 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA
IPVA PAGO EM 00/00/0000

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
***** 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 16/05/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL
CUITE-PB

DATA
23/05/2018

16331

40886

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013814464930 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0650 322 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 23/05/2018

VIA CPF, CNPJ
1 10649556496

RENAVAM MARCA/MODELO
0112050004 HONDA/POP 110I

ANO FAB. CAT. TARE Nº CHASSI
2016 3 9C2JB0100GR208478

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) *****	TOTAL SERVIDOR (R\$) *****
PAGAMENTO ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO		DATA DE PAGAMENTO 16/05/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.602/0001-04

40886-1420362-20180623

162-0917

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013814464930

85204816078

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

P.B.T. 2018 0112050004-1 00/00000000

VIA COD RENAVAM: PB 2018 0112050004-1 00/00000000

NOME/ENDEREÇO
DARLENE PEREIRA GABRIEL
RES RUA G M FURTADO 561 CASA
BASILIO FONSECA
58176000 CUITE-PB

CPF/CNPJ
10649556496

PLACA
QFX8756/PB

NOME ANTERIOR
EVANEIDE DE FATIMA BRAGA CORREIA

PLACA ANT/UF
NOVO PB

CHASSI
9C2JB0100GR208478

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

ANO FAB. ANO MOD.
2016 2016

MARCA/MODELO
HONDA/POP 110I

CAP/POT/CIL
2 P/109 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N. Motor : JE01E0G208290

LOCAL
CUITE-PB

DATA
23/05/2018

16331

40886

162-0917

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOANITA NEVES AUGUSTO

CPF da Vítima

047 403 624-30

Data do Acidente

20/05/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Picuí-PB, 13 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

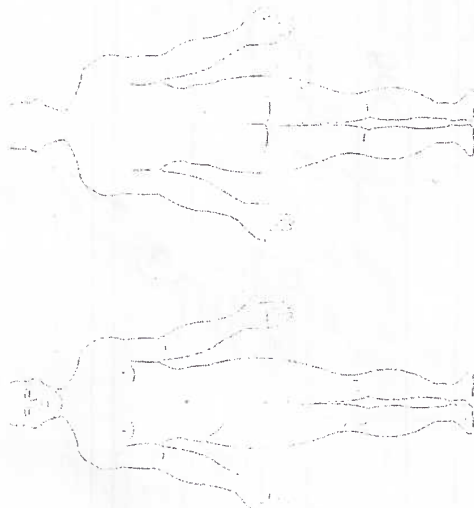
Joanita Neves Augusto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

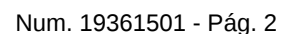


[illegible]

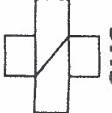
condições de trabalho

último - 42 anos, após queda de bats
operando e teve fraturas em diversas
do dente e estirados MSE. Consente
eventos -, alcoólicas - , pouco suco
de protino-. Foi regulado e encaminhado
do para o hospital local. Os SIV
proceder e sem alterações.

ESCALA DE COMA GLASGOW			ESCALA DE COMA GLASGOW		
ADULTOS	MENORES DE 12 ANOS		ADULTOS	MENORES DE 12 ANOS	
Abre espontaneamente	4	4	Abre espontaneamente	4	4
Com Estímulos Auditivos	3	3	Com Estímulos Auditivos	3	3
Com Estímulos Dolorosos	2	2	Com Estímulos Dolorosos	2	2
Não Abre, ou Olhos	1	1	Não Abre, ou Olhos	1	1
Orientado	5	5	Boligado	5	5
Consciente	4	4	Choro Intenso	4	4
Pele-ve: Insuperáveis	3	3	Choro e dor	3	3
Sons ou Gêmitos	2	2	Gêmito e dor	2	2
Humum	1	1	Humum	1	1
Quadriceps Espontâneos	6	6	Movimentos Espontâneos	6	6
Localizar Dor	5	5	Retirar do Toque	5	5
Flexão Normal	4	4	Retirar e Dor	4	4
Flexão Anormal	3	3	Flexão Normal	3	3
Extensão e Dor	2	2	Flexão Anormal	2	2
Humum	1	1	Humum	1	1

[illegible]



 HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE CUITÉ FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	 UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS) triedade pelo SAMUS em atendimento	1. 2017-550ml de fty B 2. Corpeo cl Gelo 3. Diqua 1 Pinal 1400 4. Obstrução de sangue	MATERIAIS USADOS
NOME: HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE CUITÉ CÓDIGO CNES: 234264-2 ENDEREÇO: RUA 15 DE NOVEMBRO, 160 - CENTRO MUNICÍPIO: CUITÉ ESTADO: PARAÍBA UF: PB Nº REGISTRO: 61857 Nº FICHA: 20 HORA:		CARÁTER DO ATENDIMENTO ☐ 1- ELETIVO ☐ 2- URGÊNCIA ☐ 3- ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA ☐ 4- ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ☐ 5- OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO ☐ 6- OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS	
PACIENTE NOME: Joana Maria de Sousa PROFISSÃO: agricultora COR: branca DOCUMENTO: MÃE: ME dos Vius Brang ESTADO CIVIL: U. Estável ENDEREÇO: R. Santos do Norte MUNICÍPIO: N. Florista TEL: 99613908 ESTADO: UF: PB CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 50860092670886 DATA DE NASCIMENTO: 23/06/1975 DATA DO ATENDIMENTO: 20/05/2019		PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO Sufu - e, h7e 3.0 1pe 7.00pe e 2000pe.	
ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) Atenção, fty B		DIAGNÓSTICO CID-10:	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)		ENCAMINHAMENTO: ☐ 1- PRESCRIÇÃO ☐ OBSEVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ 2- APLICADA ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTROS HOSPITAIS ☐ 3- ☐ ÓBITO ☐ OUTROS	
RESULTADOS Mecânica dos tecidos, fty B, 1x10		SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO 1- 10131011616001161 2- 10131011616001161 3- 10131011616001161	
Recepcionista:		ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - CARIMBO PPP CNS CBO CRM ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO	



NOME: Jonnylã Nunes de Azeite IDADE: 42 DATA: 20/05/2018

[illegible]



Estado da Paraíba
Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MUNICIPAL DE CUITÉ
CNPJ: 11.404.674/0001-78

Eu, Joanitta Neres de Araújo
nacionalidade _____, estado civil V. casado
inscrito no CPF sob o nº. 1º, residente e domiciliado à
Rua Santos do Dumont
cidade Nova Fátima estado P/B,
na qualidade de: ☒ paciente () responsável e representante legal (grau de parentesco:
_____), declaro que fui devidamente informado pelo Médico
Dr. (a) _____ CRM/_____
nº. _____, sobre os riscos decorrentes da interrupção/ abandono de tratamento
médico-hospitalar. Ainda, assim optei, por deixar o Hospital Municipal de Cuité às
19:30 horas do dia 20 / 05 / 2018.

Joanitta Neres de Araújo

Assinatura

Rua 15 de Novembro, nº. 160
Barro: Centro

(83) 3372-2240

Fone: (83) 3372-2240



30/05/2018

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

() Centro cirúrgico () Alta hospitalar / () A revelar
 () Internação (setor) () Decisão Médica
 () Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Óbito
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário) *Joanita Neves Araujo*

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

http://10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1863889

2/2

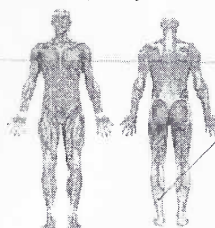
30/05/2018

HTCG-Painel Administrativo

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1663889 CLASS. DE RISCO: AZUL
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 30/05/2018
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Daniela Dos Santos Lima
PACIENTE: JOANITA NEVES ARAUJO CEP: 58178000 Nascimento: 23/06/1975
 Endereço: SANTOS DO MON Sexo: F Telefone: 996139028
 Cidade: Nova Floresta Idade: 42 Bairro: CENTRO
 Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES ARAUJO RG: Nº: 43
 Responsável: CPF: Profissão: AGRICULTORA
 Estado Civil: Solteiro(a) Data de Atend: 30/05/2018 CNS: 708600092670886
 Motivo: RETORNO Hora: 07:32:32 CONVÊNIO: SUS
 Médico: CRM: Especialidade:

OB: FICHA:
 MECANISMOS DO TRAUMA
 LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Ematoma subcutâneo
10. Escoriação
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortizão
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria torácica venosa
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paraxial
28. Objeto penetrado
29. Cefaléia
30. Paralisia
31. Parestia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Síndrome de isquemia

OBS:

QUEIMADURA:
 Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
 DIAGNÓSTICO / CID:

http://10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1663889

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

7 dias após
fractura em foco de fratura
do Complexo Ligamentar

ALERGIA: *NDN*MEDICAMENTOS: *NDN*PATOLOGIAS: *NDN*

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
 Glasgow *15* PA HGT: Sat02

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:
30/05/18

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
 () Gasometria arterial () Radiografias:
 () Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *BMF* às : Dia / /
 Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Flávio R. de Araújo
 Médico de Emergência
 CRM: 10.148/1-1

1/2



Paciente: JOANTIA NEVES ARAUJO
Data: 02-06-2018 11:58
Idade: 42 anos
Procedimento: 00044901
Origem: CLÍNICA NEUROLOGIA
Destino: BPO-1.02

HEMOGRAMA
(Data de coleta: 02/06/2018 11:57)

SÉRIE VERMELHA
Eritrócitos..... 3.69 milhões/mm³
Hemoglobina..... 11.7 g/dL
Hematócrito..... 34.9 %
VCM (fórmula)..... 32 fL
H.C.M..... 34 g/dL
C.H.C.M..... 33.9 a 35.0 g/dL

SÉRIE BRANCA
Leucócitos..... 12.600 /mm³
(%)..... 5.05 a 10.00 /mm³

Neutrófilos..... 0
Linfócitos..... 0
Monócitos..... 0
Eosinófilos..... 7.0
Basófilos..... 82.0
Sérmensados..... 10.332
Eosinófilos..... 0
Basófilos..... 0
Linfócitos..... 8.0
Eosinófilos..... 0
Basófilos..... 0
Sérmensados..... 378
CONTAGEM DE PLACETAS..... 373.000 mm³

OBSERVAÇÕES.....
Contagens repetidas e confirmadas.

Assinado eletronicamente por:
Ana Carolina Miguel Ayra
Biomédica
CRM 6471



Protocolo:	0000-006439	RG:	NÃO ENCONTRADO
Data:	30/05/2018 16:14	Origem:	ÁREA AMARELA
Idade:	42 anos	Destino:	Leito - 07

91 mg/dl

Estados da União	Popul.	Extensão	Alt. m.	Popul. m ²
Alagoas	1.000.000	27.000	1.000	37
Amazonas	100.000	1.700.000	1.000	10
Bahia	2.000.000	58.000	1.000	77
Ceará	1.500.000	44.000	1.000	61
Distrito Federal	100.000	580	1.000	1
Goias	1.000.000	340.000	1.000	29
Maranhão	1.000.000	150.000	1.000	67
Mato Grosso	100.000	470.000	1.000	23
Mato Grosso do Sul	100.000	470.000	1.000	23
Minas Gerais	4.000.000	146.000	1.000	100
Paraná	2.000.000	170.000	1.000	83
Pernambuco	2.000.000	58.000	1.000	77
Piauí	1.000.000	53.000	1.000	39
Rio de Janeiro	2.000.000	42.000	1.000	83
Rio Grande do Sul	2.000.000	140.000	1.000	83
Roraima	100.000	220.000	1.000	45
Sergipe	1.000.000	21.000	1.000	47
São Paulo	10.000.000	248.000	1.000	400
Tocantins	100.000	277.000	1.000	36
Tratado de 1973	100.000	1.700.000	1.000	10
União	100.000.000	8.500.000	1.000	850

Order Fulius Catalaanti
Bionetico
CERBA - 7454

Envio : 30/05/2018 17:29 - Página 1 de

Protoncologia:	0000406439	Rev:	2020-10-05 15:38:58
Data:	30-05-2018 16:14	Origem:	ARLIS AMARELLA
Idade:	42 anos	Destino:	Leito - 67

79 <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1000000/v1>

11,6 g/dL	124.0 ± 15.0 g/dL
35,0 %	35,6 ± 24,6 %
92 fL	82,5 ± 92,0 fL
31 pg	27,0 ± 31,0 pg
33 g/dL	32,5 ± 36,0 g/dL

$$7.100 \text{ /mm}^3 \left(\frac{\%}{\text{mm}^3} \right)$$




[illegible]

25,0	1.775
0	0
2,0	142
25.000 mm ²	

Contagens repetidas e confirmadas.

Geider Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Emissão : 30/05/2018 17:29 - Página 2 de 3

AValiação CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: gonilda luiza nogueira IDADE: 42 SEXO: F
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 30/05/18

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Tontura () Sincope ()
() Grande () Pequena ()
() Dispnéia de esforço () Média ()
() Palpitações () Tosse Seca ()
() Dor Precordial () Atípica ()
() Relacionada () Frio () Pos-prandial

Comentários: _____

2 - ATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica N () DPOC () Outros
() Hipertensão Pulmonar () Insuf. Cardíaca Congestiva N () Insuf. Cardíaca Crônica
() Arritmias () Insuf. Renal

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

Alergia a Medicamentos: nenhuma () Tabagismo
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Crônico passivo () Outros

Medicamentos em uso Não () Sim

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral Boa () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso
Ap. Cardiovascular - Comentários: BOA

FC: 94 b.p.m P.A.: 100 x 70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: Hg: 11,6 g/dL

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

☒ Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Ass. do Médico _____



RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: <i>João Paulo Almeida</i>	DN: <i>22/04/77</i>	PRONT. Nº: <i>1264 618</i>
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA:	
ADMISSÃO: <i>24/03/18</i>	ALTA: <i>27/03/18</i>	

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico) <i>Paciente com queimadura em membros inferiores, admitido em UPA, vítima de acidente de trânsito.</i>
2. Resultado dos principais exames <i>TC abdome. positivo. Abscesso gigante + gás livre.</i>
3. Evolução e complicações <i>NDA</i>
4. Terapêutica realizada <i>Ressecção do fúculo</i>
5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo) <i>Abcesso de origem ganglionar</i>
6. Orientações médicas para pacientes / egresso <i>- Evitar exposição solar - Manter a pele limpa e hidratada - Usar protetor solar</i>

7. Condições de alta ☐ Curado ☐ Transferido para:	☐ A pedido ☐ Óbito	☒ Melhorado ☐ Inalterado
---	---	--

Campina Grande, <i>17</i> de <i>Março</i> de <i>2018</i>	Responsável pelo resumo <i>Dr. Ricardo de Souza Costa</i>
--	--

MOD. 024



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica,

Paciente:	Santa Helena	Auxiliar:	D. Carolina
Gonvênio:	1907-08-08	Anestesta:	D. Haroldo
Procedimento:	Exatão do arco zigomático	Término:	13:00 Anestesia rotacão
Cirurgião:	D. Rafael		
Início:	11:00		

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Conciliação
12:40	100/111	65	97%	Andrea		
13:00	100/101	59	91%	Andrea		
13:20	100/87	60	98%	Andrea		

[illegible]

Observações:

Assinatura Anestesiista	Circulante	MOD. 103
-------------------------	------------	----------

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento $\neq 0$		
Movimenta 2 membros = 1		
Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0		
Respiração Limitada, Dispnéia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0		
Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1		
Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		

Assinatura do anestesista

20



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

TC-CALSW 155.260



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMES

Nome do Paciente <i>Joanna Maria Arriaga</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>06/06/68</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Raúl Costa</i>	1º Auxiliar <i>Joanna Arriaga</i>		
2º Auxiliar <i>José Roberto</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Óxido</i>	Tipo de Anestesia <i>Óxido + Éter</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Int. da c. sigmoidal (D)</i>			
Tipo de Operação <i>Ressec. de Siquita</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Ótimo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>N.º 6666</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>N.º 6666</i>			
Acidente Durante a Operação <i>N.º 6666</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Suavidade - Material Empregado - Aspecto Visceras

1) *Passante em DD e sob alicate*
2) *Anteriormente + apertado na cunha crânica*
3) *Intervenção pontual*
4) *Redução da pressão com gancho*
5) *passivo*
6) *Quadrilhe*
7) *passante, acalorada*

Trabalho de Análise
PONTUAÇÃO DO ALUNO
PROFESSOR: [Assinatura]

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
04.06.18					90/60		Paciente consciente, orientado, sem queixas, feto de 32 semanas, e segue observação de enfermagem.	
04.06.18	20:00	35			100/60		Paciente consciente, orientada, bem, queixa de náuseas.	

GOVERNO DA PARAIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pront. de Comp. Sistematizado (6)

Paciente	Jeanita Neves Azevedo	Alojamento		Leito	9.2	Convênio	
Data	Prescrição Médica		Horário			Evolução Médica	
04.06.18	(1) Dieta Pastosa (2) Soro Salinizado (3) Tetrac 400mg IV 12/12h (4) Alívio Dor 3x/6h (5) Esmu/celeb	AM PM 3h 14 3h 05 Att				1ª BME 5 SHT Paciente segue consciente, orientada, atenta, tranquila, em B.O. CF: Gravidez Pericardial + Cesárea CD: Agravamento Cirurgia	

Reginaldo Fernandes
Enfermeiro
CRM 5194

Reginaldo Fernandes
Cirurgião
CRM 5194

MOD. 035



Assinado eletronicamente por: NILO TRIGUEIRO DANTAS - 14/03/2019 09:15:43

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022109335812200000018839758

Número do documento: 19022109335812200000018839758

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
03/06/2019	20h35	36			130		Paciente consciente, orientado, sem alteração de nível de consciência, sem alteração de estado de consciência, sem alteração de estado de consciência.	
03/06/2019	20h35	36			130		Paciente consciente, orientado, sem alteração de nível de consciência, sem alteração de estado de consciência, sem alteração de estado de consciência.	



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

9-2

Trat. de Comp. Zircônio (B)

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
SPANZA NUBES PRANSA			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03.06.19	1) Dieta Pastosa 2) Soro Salino 3) Tetrac 20mg IV 12/12hs 4) Heparina 5000 UI SC 5) SSVU/ECG	18h 30 18h 30	18h 30 Paciente segue consciente, orientado, sem alteração de nível de consciência, sem alteração de estado de consciência, sem alteração de estado de consciência.
			Dr. Reginaldo Fernandes Cirurgião - Dentista CRM - 5184
			Dr. Reginaldo Fernandes Cirurgião - Dentista CRM - 5184

MOD. 005



Assinado eletronicamente por: NILO TRIGUEIRO DANTAS - 14/03/2019 09:15:43

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022109335812200000018839758

Número do documento: 19022109335812200000018839758


**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Diagnóstico

Paciente	Joana Neves Almeida	Alojamento	Leito	Convênio
----------	---------------------	------------	-------	----------

MOD. 635

DECLARAÇÃO
(Lei 7.115)

Eu, Joamita Neres Araujo
brasileiro(a), solteira, agricultora, portador do
RG nº 2.411.050 expedido por SSP / PB e do CPF nº
047.403.624-30, residente
na(o) Rua Santos Dumont,
município de Nova Floresta - PB, **DECLARO**, nos precisos termos do art. 1º da
lei nº 7.115 de 29 de março de 1983 (lei da desburocratização), para o fim de dispensa de
custas processuais, **QUE SOU POBRE NA FORMA DA LEI**, cuja situação econômica não
me permite pagar custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento
próprio ou da família, **BEM COMO QUE RESIDO NO ENDEREÇO ACIMA**
ENUNCIADO.

Declarando ainda, ser conhecedor(a) das sanções civis, administrativas e
criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Picuí - PB, 25 de julho de 2018.

Joamita Neres Araujo
DECLARANTE

(A rogo se não souber ler nem escrever)

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983

DOU 30/8/1983

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O Presidente da República,

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único. O disposto neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Ibrahim Abi-Ackel / Hélio Beltrão





ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

1ª VARA DA COMARCA DE CUITÉ

Processo nº 0800220-12.2019.8.15.0161

Autor: JOANITA NEVES ARAUJO

Réu: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Vistos, etc.

A inicial preenche os requisitos do arts. 319 e 320 do CPC/2015 em preliminar análise, não sendo caso de emenda ou indeferimento, reclamando, portanto, o prosseguimento do feito.

Defiro a gratuidade processual, sem prejuízo de impugnação (art. 98, do CPC/2015).

Deixo de designar audiência de conciliação (art. 334, CPC/2015) em razão da parte demanda não oferecer proposta de conciliação sem prévio laudo médico.

Cite(m)-se o(s) réu(s) com as advertências de que deverá apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335, CPC) e que sua omissão importará em revelia (art. 344, CPC).

Cuité/PB, 8 de outubro de 2019

Iano Miranda dos Anjos

Juiz de Direito

