



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CIVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202054101356	Distribuição: 03/11/2020
Número Único: 0006188-18.2020.8.25.0040	Competência: 2ª Vara Cível de Lagarto
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita

Dados das Partes

Requerente: JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES
Endereço: RUA JOSE ALMEIDA BISPO
Complemento:
Bairro: CENTRO
Cidade: LAGARTO - Estado: SE - CEP: 49400000
Requerente: Advogado(a): LAERTE PEREIRA FONSECA 6779/SE
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: Rua Senador Dantas
Complemento:
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro - Estado: RJ - CEP: 20031204



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**2ª VARA CIVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CIVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202054101356

DATA:

03/11/2020

MOVIMENTO:

Distribuição

DESCRIÇÃO:

Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 202054101356, referente ao protocolo nº 20201103172504766, do dia 03/11/2020, às 17h25min, denominado Procedimento Comum, de Assistência Judiciária Gratuita.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA __ VARA CÍVEL DA COMARCA DE LAGARTO (SE).

JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES, brasileiro, maior, capaz, solteiro, desempregado, portador do CPF n.º 626.485.785-87, Identidade n.º 1122942, SSP (SE), residente e domiciliado na Rua José Almeida Bispo, n.º 24, Estrada de Louro, n.º 345, Bairro Centro, Lagarto (SE), CEP: 49.400-000, por meio do seu procurador firmatário, devidamente constituído, vem, à presença de Vossa Excelência, com todo o respeito, consubstanciado na Lei 6.194/74 c/c 8.441/92 propor:

AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

Frente a: *SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT*, Pessoa Jurídica de Direito Privado, localizada na Rua Senador Dantas, 74, 5.º andar, Centro, Rio de Janeiro (RJ), CEP: 20031-205, pelos fatos e fundamento adiante elencados:



I – DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

O Requerente apresenta insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios. Diante disso, com fulcro no Art. 98, § 1º e incisos, do NCPC, requer a gratuidade da justiça compreendendo todas as despesas relacionadas no rol do parágrafo primeiro e seus incisos.

II – DOS FATOS

O Requerente foi vitimado em acidente de trânsito, fato esse ocorrido no dia 19/10/2019, no município de Uruçuí/PI.

Diante do infortúnio, tendo preenchido todos os requisitos e cumprido todas as exigências burocráticas, o Autor fora considerado beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, consoante consta na Carta que informou o pagamento de indenização, em apenso, enviada pela Requerida.

No entanto, inobstante a natureza dos danos do Requerente a Requerida pagou o valor da indenização do seguro obrigatório DPVAT, o qual se deu no ínfimo importe de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, **sem proceder com qualquer perícia médica, e sem considerar a seqüela permanente do Requerente, o que causou-lhe grande espanto e decepção.**

Conforme relatórios médicos anexos, o autor sofreu prolitraumatismo no quadril e Fratura do acetábulo, CID: 5324.



Até a presente data o autor possui a invalidez, com dificuldades de se locomover.

Ora, Excelência, a Lei 6.194/74, que trata do seguro em questão, traz valor muito superior a esse para os casos que resultem em invalidez, como será bem delineado adiante, de modo que o valor devido aos danos dessa natureza podem alcançar até **R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)**.

Excelência, o mesmo dispositivo legal traz uma gradação de valores indenizatórios, que levam em consideração o grau de lesão do beneficiário, a saber:

- *R\$13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais): no caso de morte;*
- *Até R\$13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais): no caso de invalidez permanente;*
- *Até R\$2.700,00 (Dois mil e setecentos reais) – como reembolso à vítima, no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.*

Destarte, a Requerida não cumpriu com o que estabelece e determina a legislação em vigor, posto que o Autor se enquadra no caso de **INVALIDEZ PERMANENTE**. No entanto, recebeu valor nitidamente irrisório.

É, portanto, evidente que a indenização paga pela Requerida não é condizente com a previsão legal e com a seriedade das lesões sofridas pelo Autor, uma vez que mesmo realizando cirurgia, ainda se encontra com acentuadas limitações físicas, comprometendo de forma irreversível a realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar.



Dessa feita, a majoração da indenização com vistas a adequá-la à sua real situação é medida que se faz necessária, por ser de inteira justiça e direito.

Sendo assim, pugna o Autor pelo pagamento da complementação da indenização do seguro DPVAT no valor de **R\$ 11.812,50 (Onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**, correspondente à diferença do valor que, de fato, lhe era devido, a saber, R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais), e o valor de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, que a Requerida, equivocadamente, efetuou.

Desse modo, resta claro que o Autor buscou resolver sua situação administrativamente, visando o valor adequado da sua indenização, apresentando relatórios médicos, laudos periciais, tendo todos os requisitos cumpridos.

No entanto, ainda assim, tudo foi em vão, posto que, injustificadamente, a Demandada efetuou o pagamento muito aquém do que deveria, não havendo outra forma do Requerente alcançar o seu direito, a não ser com a intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da Ré ao pagamento deste.

III – DOS FUNDAMENTOS

Diante do arcabouço fático alhures explanado, é incontestável o direito que tem o Requerente a receber a majoração da sua indenização, devida pela Requerida.

Nesse diapasão, a Lei 6.194 de 1974, em seu artigo 3º, assim dispõe:



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

(...)

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

Dessa forma, consoante já fora devidamente delineado, e confirmado pela própria Requerida na Carta enviada ao Autor, as lesões do Requerente se enquadram como invalidez, de onde decorre o seu direito à percepção de valor que se enquadre na previsão do dispositivo trazido.

Sendo assim, é necessário avaliar o grau da incapacidade do Autor, a fim de que seja identificado o valor que, de fato, ele deve receber, de modo que esta avaliação demanda a realização de perícia.

Sobre a gradação da incapacidade, dispõe o Art. 3º, da Lei 6.194/1974, já supramencionado:

At. 3º. (...) § 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente



enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Nesse passo, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 474, assegurando o pagamento da indenização com observância do grau da invalidez do beneficiário, *in verbis*:

Súmula 474. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.

É, ainda, de se ressaltar que a incapacidade do Autor atingiu a mobilidade e/ou funcionalidade de seu membro inferior completamente, o qual fora atingido por sequela permanente.

Os Tribunais pátrios vêm decidindo pelo reconhecimento do direito aqui tratado. Eis os julgados:

**APELAÇÃO - COBRANÇA - INDENIZAÇÃO -
COMPLEMENTAÇÃO - DPVAT- LEI 11.482/07- ART. 3º
- VIGÊNCIA- APLICABILIDADE. A lei 6.194/74 que
regulamenta o seguro obrigatório estabelece em seu artigo 5º**



as exigências para se efetuar o pagamento da indenização, quais sejam: a simples prova do acidente e do dano decorrente, independente de culpa. A lei 11.482/07 alterou o artigo 3º da lei 6.194/74, prevendo indenização em caso de invalidez permanente, no valor de R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), sendo que havendo provas hábeis para a formação da convicção de que houve o pagamento parcial da indenização, não há óbice ao pagamento do restante devido (TJ-MG - AC: 10480100035629001 MG, Relator: Antônio Bispo, Data de Julgamento: 15/04/2013, Câmaras Cíveis / 15ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 03/05/2013)

RELAÇÃO CÍVEL. APELAÇÃO EM AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DPVAT. SEGURO OBRIGATÓRIO. ACIDENTE DE TRÂNSITO. APELO DO RÉU. PRELIMINAR DE CARÊNCIA DE AÇÃO REJEITADA. POSSIBILIDADE DE PROPOR AÇÃO PARA RECEBER COMPLEMENTO DE INDENIZAÇÃO. APLICAÇÃO DA LEI 11.945/09. DUPLO ENQUADRAMENTO NÃO VERIFICADO. LESÕES EM ÁREAS DO CORPO DIFERENTES. DISCRIMINAÇÃO DA TABELA DO DPVAT. JUIZ QUE NÃO ESTÁ ADSTRITO AO LAUDO PERICIAL. INTELIGÊNCIA DO ART. 371 NCPC. DEVER DE PAGAR INDENIZAÇÃO NO VALOR DE R\$ 9.618,75 (NOVE MIL SEISCENTOS E DEZOITO REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS). REFORMA DO VALOR ARBITRADO NA SENTENÇA DE PISO. CORREÇÃO MONETÁRIA. INCIDÊNCIA A PARTIR DA DATA DO EVENTO DANOSO. APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA E PARCIALMENTE PROVIDA. SENTENÇA REFORMADA EM PARTE (TJ-BA - APL: 05003620520158050001, Relator: Maria da Graça Osório Pimentel Leal, Primeira Câmara Cível, Data de Publicação: 01/09/2017).

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DPVAT. INTERESSE DE AGIR PRESENTE. INVALIDEZ PERMANENTE DE MEMBRO



INFERIOR ESQUERDO. PARCIAL E INCOMPLETA. AFERIÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ. PROVA PERICIAL CONCLUSIVA. PAGAMENTO NOS TERMOS DA TABELA DA LEI 11.945/2009. INDENIZAÇÃO PROPORCIONAL AO GRAU DE DEBILIDADE DA VÍTIMA. HONORÁRIOS RECURSAIS. SENTENÇA MANTIDA. APELO IMPROVIDO. - Já ter recebido valores por via Administrativa não caracteriza ausência de interesse de agir já que em recente decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal em sede do Recurso Extraordinário 839.353/MA, ficou decidido que para a configuração do interesse de agir para a propositura de ação de cobrança de seguro obrigatório - DPVAT - necessita a vítima de acidente requerer o prévio pedido administrativo. - O pagamento da indenização em caso de invalidez deve ser proporcional à lesão e ao grau de incapacidade, como prevê as regras da SUSEP e a Súmula 474 do STJ. - Tendo a parte autora recebido administrativamente indenização em valor menor que o devido, é cabível o deferimento de indenização complementar (TJ-BA - APL: 05368618520158050001, Relator: Lisbete M. Teixeira Almeida César Santos, Segunda Câmara Cível, Data de Publicação: 22/11/2017).

APELAÇÃO CÍVEL. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO. DPVAT. - PROCEDÊNCIA PARCIAL NA ORIGEM. RECURSO DA RÉ. INDENIZAÇÃO. VALOR. PROPORCIONALIDADE À INVALIDEZ. LAUDO PERICIAL. CONCLUSÕES. INTERPRETAÇÃO. INCAPACIDADE COMPLETA. ACERTO. - "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez". (En. n. 474 da Súmula do STJ) SENTENÇA MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO (TJ-SC - AC: 05043069520138240020 Criciúma 0504306-95.2013.8.24.0020, Relator: Henry Petry Junior, Data de Julgamento: 31/10/2017, Quinta Câmara de Direito Civil).



Desse modo, em consonância com o previsto na Lei 6.194/1974, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte Ré ao pagamento da complementação do seguro DPVAT ao Autor.

IV – DOS PEDIDOS

“*EX POSITIS*”, com esteio nos fatos e fundamentos acima alinhavados, o Autor requer à Vossa Excelência, que, inicialmente, receba a presente ação, com seus respectivos documentos e, em seguida:

a) Determine a citação da Requerida, no endereço acima declinado, para, querendo, comparecer à audiência de conciliação, instrução e julgamento, oferecendo sua contestação na fase processual oportuna, sob pena de revelia e confissão ficta da matéria de fato;

b) Que a parte Ré seja condenada a pagar ao Requerente a complementação da indenização do seguro DPVAT no valor de **R\$ 11.812,50 (Onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**, correspondente à diferença do valor que, de fato, lhe era devido, a saber, R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais), e o valor de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, que a Requerida, equivocadamente, efetuou, observando o disposto no Art. 3º, II, da Lei 6.194/1974, sendo esta quantia atualizada monetariamente desde o evento danoso.

c) Se digne Vossa Excelência em nomear perito, a fim de que seja ratificada a constatação da invalidez permanente remanescente na parte Demandante, e, posteriormente, confirme o real valor devido a esta;

d) Os benefícios da assistência judiciária gratuita, nos termos do Art. 98, e seguintes, do CPC, por ser o Requerente pobre na forma da lei



e sem condições de pagar custas judiciais sem prejuízo do seu sustento e de sua família;

e) A condenação da Requerida nas custas processuais e honorários advocatícios, a serem arbitrados por Vossa Excelência.

Protesta provar o alegado, com todos os gêneros de prova em Direito admitidas, sob pena de confissão, perícias, vistorias, juntada de documentos e oitiva de testemunhas.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 11.812,50 (Onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**.

**NESTES TERMOS
PEDE DEFERIMENTO.**

Lagarto (SE), 03 de novembro de 2020.

Bel. LAERTE PEREIRA FONSECA
OAB/SE 6779



LAERTE FONSECA
& ADVOGADOS ASSOCIADOS

Bel. Laerte Pereira Fonseca
Bela. Naiane Santos C. Dória
Bel. Yuri Andrade Chaves

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE(S): JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES, brasileiro, maior, capaz, solteiro, portador do CPF nº 626.485.785-87, Identidade nº 1.122.942, 2ª VIA, SSP (SE), residente e domiciliado na residente e domiciliado na Travessa da ABB, nº 58, Bairro Horta, Lagarto (SE), CEP: 49.400-000, pelo presente INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado:

OUTORGADO(S): *LAERTE FONSECA ADVOGADOS ASSOCIADOS*, Sociedade de Advogados, devidamente registrada na OAB/SE sob o número 464/2017, com sede profissional na Praça Felino Fontes, nº 41, Centro, Lagarto (SE), CEP: 49.400-000, Telefone: (79) 99947-7246, a quem confere:

PODERES: Para o foro em geral, com a cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA", inclusive os enumerados na parte "in fine" do art. 105 do NCPC, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, remir, adjudicar, assinar escrituras públicas, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial, reconhecer a procedência do pedido, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, passar recibo, receber e dar quitação, assinar declaração de hipossuficiência econômica, fazer levantamento de depósitos judiciais, impugnar, assinar quaisquer termos e praticar quaisquer atos em defesa do outorgante, inclusive contestar, recorrer, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Lagarto (SE), 16 de março de 2020.


JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSORA
1122942 SSP SE

CPF **DATA NASCIMENTO**
626.485.785-87 13/08/1974

FILIAÇÃO
POMPILIO TAVARES
ISABEL ALVES DE OLIVEIRA

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB**
 E

Nº REGISTRO **VALIDADE** **Nº HABILITAÇÃO**
00729385640 21/07/2020 23/08/1994

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV R/MUNERADA;

Jackson de Oliveira Tavares
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **DATA DE EMISSÃO**
ARACAJU, SE 31/08/2016

Luz de Azevedo Costa Neto
LUIZ DE AZEVEDO COSTA NETO
DIRETOR - PRESIDENTE
ASSINATURA DO EMISSOR

14896552692
SE018449484

DETRAN - SE (SENCEPE)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

1295112271



DESO
COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE

NOVEMBRO AZUL - Todos no lado esquerdo o classe de produto

SEDE: Rua Campo do Brito, 311, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49020-300
CNPJ: 13.018.171/0001-00 - INSC. EST. 27.051.036-2

FATURA MENSAL *

Matricula

454639.3

Número Cliente			CPF														
JACKELINE LIMA TAVARES			***.***.***-**														
Endereço																	
RUA JOSE ALMEIDA BISPO, 24, LAGARTO, 49400-000																	
Grupo/Subgrupo/Função/Linha/Unidade	Data da Leitura	Medidor	Classificação Econômica														
418004/00631	08/11/2019	A05N226016	RES: 1														
Leit. Anterior		1626															
Leit. Atual		1632															
Consumo Faturado (m3)		16															
Média de Consumo (m3)		9															
Data da Leit. Anterior		09/10/19															
Dias de Consumo		30															
Média diária (m3)		0,3															
Previsão para Prox. Leit.		06/12/19															
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		HISTORICO DE CONSUMO <table border="1"> <thead> <tr> <th>REF.</th> <th>(m3)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10/19</td><td>00007</td></tr> <tr><td>09/19</td><td>00009</td></tr> <tr><td>08/19</td><td>00014</td></tr> <tr><td>07/19</td><td>00010</td></tr> <tr><td>06/19</td><td>00011</td></tr> <tr><td>05/19</td><td>00008</td></tr> </tbody> </table>		REF.	(m3)	10/19	00007	09/19	00009	08/19	00014	07/19	00010	06/19	00011	05/19	00008
REF.	(m3)																
10/19	00007																
09/19	00009																
08/19	00014																
07/19	00010																
06/19	00011																
05/19	00008																
PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)		COFINS: 2,93 PASEP: 0,64															

Vídeo	Valor
AGUA	37,74
ESGOTO	0,00
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	0,80
0101 10/2019	

Mês Referência:	TOTAL A PAGAR R\$
11/2019	VENCIMENTO: 18/11/2019 38,54

NOVEMBRO AZUL PELA SAUDE DO HOMEM. MES DE LUTA CONTRA O CANCER DE PROSTATA.

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Lei nº 27.665/2010.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenciavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art.5º inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Floro	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	71	16	71		71	
Nº de Amostras Antissepsis	62	62	62		62	62
Nº Mínimo de Amostras em Conformidade com Resolução 294/2011	57	50	76		60	62



DESO
COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE

COMPONENTE DA DESO

Matricula	Vencimento
454639.3	18/11/2019
Mês/ano	TOTAL A PAGAR R\$
11/2019 3	38,54

826500000003 385400418203 454639311207 191454639318



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueira

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr(a)

Jackson da Oliveira Carvalho

a) no CPF: _____ paciente sob meus

los. Foi atendido(a) no dia 23/10/19 às _____ apresentando quadro

_____ e necessitando de 15 dias de

so CID -10 S43.0

S32.4

Dr. Alexandre Magno
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 3970 / CRM-PI 4162

Data: 23/10/19

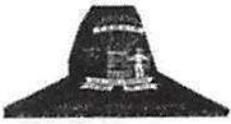
Assinatura e Carimbo

REGULAÇÃO SUS

SENHA Nº 201910201141536

Caráter URGENCIA

Data da solicitação: 20/10/2019 01:16	Número do prontuário:
Autorização: 201910201141536	Profissional solicitante: Usuário Padrão
Estabelecimento solicitante: Hospital Regional Senador Dirceu Arcoverde (Uruçuí/PI)	
Estabelecimento executante: Hospital Regional Tibério Nunes (Floriano/PI)	
Paciente: JADSON OLIVEIRA TAVARES	Data de nascimento: 13/08/1974 (45 anos)
Cid: - Traumatismos múltiplos não especificados - Ferimento do couro cabeludo - Fratura de outras partes da perna	SAMB Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN CNPJ: 06.553.564/0103-62
Procedimentos Autorizados:	



RELATÓRIO MÉDICO

O (a) paciente

ROCKYON DE OLIVEIRA
SOARES foi atendido (a), nesta unidade dia 1 / 1 / 1

tendo sido submetido (a) tratamento () cirúrgico () conservador de

fratura de humero proximal
com deslocamento
2/3 da altura

CID

T93

ARACAJU,

16 / 09 / 20

Dr. Antônio Franco Cabral
Ortopedia/Traumatologia
CRM 880



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: JACKSON DE OLIVEIRA THOMAS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FX A OMBRO ESQ

CIRURGIA REALIZADA: RTI

CIRURGIÃO: DOUTOR CARL / DR. MARCELO LARANJEIRA

AUXILIARES:

ANESTESIA: DM INTRAVENOSA ANESTESISTA: MDC

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: D MEMO

CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

() CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI

() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. PUTE EM DE. HT. DIRETO ALOS ANTERIO

2. A-A + AMIS) ZTÉNERM

3. ALGO DE KOWEN - VAGUE HEC EM CUBITAL ESTERIL, COM

4. MEXER NA VITRIS

5. DISTURBIA FRATURA COMUNITA DE PARETE + COM. INTERIO

6. RECALIBRO DE MEMO COM. PASSAGEM DE PUNTO DE

7. INTRAVENOSA Y FUM, COM S. MANEJADA

DETALHE DE FICULODAN

PARTE DA MEMBRANA E PAREDE DA FEMUR

2. TUBA COM Y FUM + CUBITAL ESTERIL

A SADA

DATA: 21/11/14

21 NOV 2014

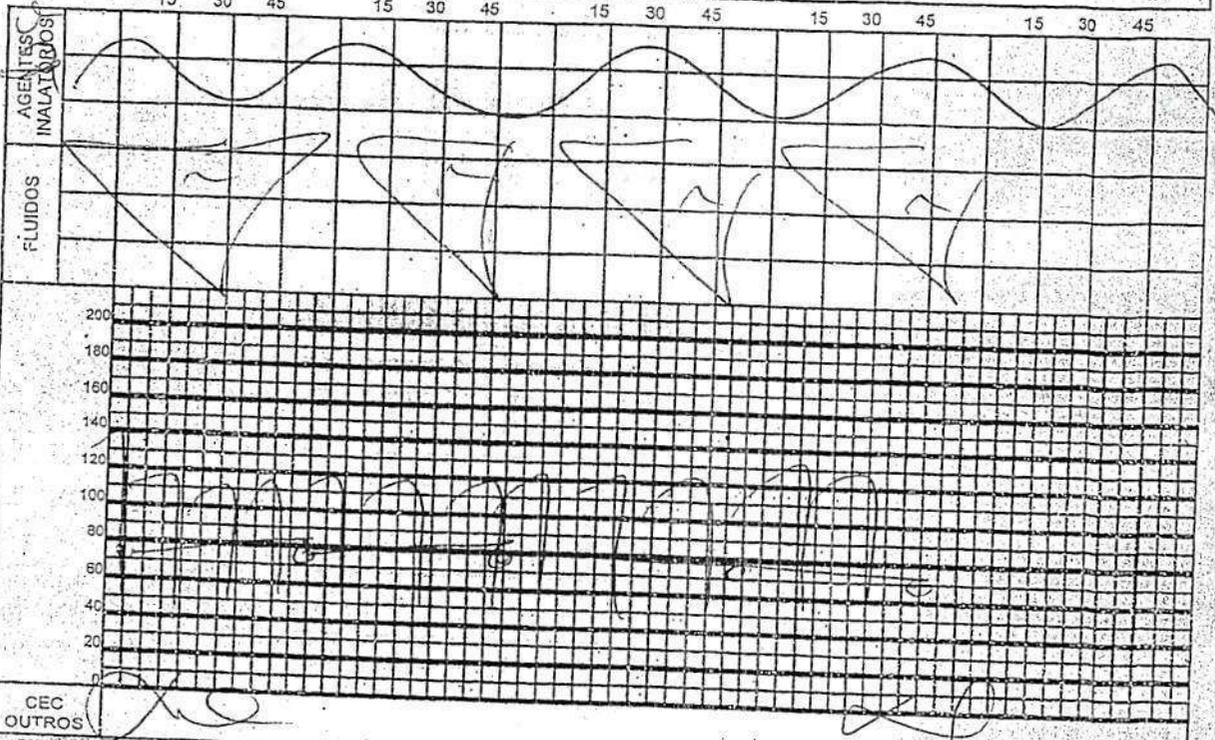
Assinatura do Cirurgião

HUSE

BOLETIM DE ANESTESIA



PACIENTE: JACKSON DE OLIVEIRA JACQUES
 UNIDADE: MÉDICO: REGISTRO: LEITO:
 CIRURGIA PROGRAMADA: UT empu no f + do de tubulo
 CIRURGIA REALIZADA: DATA: 21/11/19
 ANESTESIOLOGISTA: Dr. Patrícia M. F. Técnica ANESTÉSICA: MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:
 CIRURGIA: Hildebulo AUXILIAR: ASA: I
 HORA DE INÍCIO: 08:00 HORA DE TÉRMINO: 10:30 ACESSO VENOSO: POSIÇÃO:



MONITORIZAÇÃO		CONDIÇÃO DE ALTA PARA C/RA	
PA NÃO INVASIVA	X	PVC	
PA INVASIVA		TEMPERATURA	
ELETRCARDIOGRAFIA	X	DIURESE	
OXIMETRIA	X	VENTILAÇÃO	
CAPNOGRAFIA		PAM	

AGENTES ANESTÉSICOS	DOSE	ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO
Neuro 10 - p		NOME:
Diazepam		1ª Dose as: horas
Vent 100		2ª Dose as: horas
Bic 0,1		3ª Dose as: horas
Ne 0,1		

OBSERVAÇÕES:

Dr. Patrícia Medeiros R. Anestesiologista CRM: 582529

ENCARINHADO PARA: [] UNIDADE:

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Florianópolis - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>Tudson Oliveira Teodoro</u> Registro: _____						
Enf.: _____		Leito: _____		Apto.: _____		
Data <u>20/10/19</u>	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinatria	Hemoglobina	Hemotócrito	Glicemia	Dos. Uréia
Exame de Urina						
Função Respiratória						
Sistema Circulatório				Eletrocardiograma		
Sistema Respiratório				Assina		Bronquite
Sistema Digestivo				Sistema Urinário		
Estado Mental <u>CS = 15</u>			Corticóides	Atarácicos	Outros	
Diagnóstico Pré-Operatório				Risco		
Pré-Medicação (Agentes e Doses)				Aplicado As:		Efeitos:
Agentes Anestésicos	Oxigênio					TOTAL DE DOSES
LÍQUIDO	Soluto 500 400 Sangue 300 200 Outros 100					Propofol 130g Lidocaina 75g Fentanyl 100g
Temperatura T°	C					SEQUÊNCIA
P. Arterial	38					1
V	180					2
^	160					3
Pulso	36					4
Início e Fim Anestesia	140					5
X	34					6
Início e Fim Operação	100					7
o	32					8
Respiração	30					9
	20					10
	10					11
						12
		13				
		14				
		15				
SÍMBOLO						DURAÇÃO
Técnica: <u>Re...</u>				Incidentes - Acidentes		
Operação: <u>Re...</u>						

Dr. Danilo Marcos M. de Silva
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI: 5638

II - ATESTADO MÉDICO deve ser preenchido por profissional médico			
Atendimento <i>Jackson de Oliveira Tavares</i>			
54 - Unidade de Atendimento médico <i>HRTN - Tibeiris Naveen</i>	55 - Data <i>20/11/2019</i>	56 - Hora <i>00:30</i>	
57 - Houve internação <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	58 - Provável Duração do tratamento (dias) <i>6 semanas</i>	59 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Lesão			
60 - Descrição e natureza da lesão <i>Edematizado quadrado lateral do quadril esquerdo após acidente automobilístico associado fratura do acetábulo direito</i>			
Diagnóstico			
61 - Diagnóstico provável <i>luxação do quadril</i>		62 - CID-10 <i>S73</i>	
63 - Observações <i>Avaliação do acetábulo (C1100=532.4)</i>			
Local e Data <i>07/11/2019</i>		Assinatura e carimbo do médico com CRM <i>Justino Moreira de Carvalho Júnior</i> CRM-Mé: 3982	
III - INSS			
64 - Recebida em	65 - Código da unidade	66 - Número do CAT	Notas: 1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal. 2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.
67 - Matrícula do Servidor	Assinatura do servidor		
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO			

quebra de página

Instruções de preenchimento

NCR + 0
Prós Tomografia
PLVPC

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE
No. DO BE: 79985 DATA: 08/11/2019 HORA: 15:51 USUARIO: FFCROLIVEIRA
CNS: SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES DOC...:
IDADE.....: 45 ANOS NASC: 13/08/1974 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: NUMERO:
COMPLEMENTO..... BAIRRO:
MUNICIPIO.....: LAGARTO UF: SE CEP....: -
NOME PAI/MAE...: POMPILIO TAVARES /ISABEL ALVES DE OLIVEIRA
RESPONSAVEL...: SAMU TEL....:
PROCEDENCIA...: LAGARTO
ATENDIMENTO...: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente trausferido do HR Tiberio Nunes Fleuano - Picui, trazido do pelo SMTU, regulado sem ortopedia via MR.

Paciente com relato de capotamento em outubro/2019, permaneceu internado no Picui, veio para este hospital para tratar.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: momento de fratura em MIE, Equipe multidisciplinária realizou avaliação da cirurgia geral do PS.

Paciente acordado, consciente e orientado, verbalizando, Glasgow 15 sem queixas, pupilas isocóricas CD: fotoreageitas.

DIAGNOSTICO: estado, trichotado, ateuil ao toque, ^{exes}, ^D diminuição de força em MIB, não conseguiu fazer distensões do pé direito

^E ferimento certo contuso em seus cabedulos já suturado, sijo, seu estado de consciência flutuante, perna

à pé esquerdo engessado.

Conduta: ① Realizar higiene de ferimento em seus cabedulos
② Avaliação NCR

DATA DA SAIDA: ③ Alta Cirurgia Geral da Ortopedia
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL: ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - PS

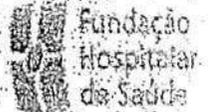
EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE
REALIZADO EM 08/11/19
AS 13:35 HORAS

REGISTRO: 9366
08/11/19
TC Quadril E
08/11/19
Aôno

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

*Verano
Pondos do macho Hº de put
Alca = 15 Hº de put
Ve com... nome*



FICHA DE ATENDIMENTO

Ata de NR

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações): _____ REGISTRO: _____

IDADE: _____ ETNIA: *interna pelo sistema* DATA: *1/1*

DATA DE NASCIMENTO: *1/1* NOME DA MÃE: *Marjorena do Vale Brito* HORA: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SITUAÇÃO / QUEIXA: *R Boca AP
R Coroa D e E 2P
R Coluna lombar - maca 2P
R Joelho D e E 2D*

FLUXOGRAMA: _____
DISCRIMINADOR: *SAD*

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS): _____

*Dr. Lina Rodrigues
CRM 3169
CPF 933.992.855*

VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
0 MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

OBSERVAÇÃO: *Red m... Hº de put*

DESTINO / ENCAMINHAMENTO: _____

ENF.: _____ COREN: _____ ASSINATURA: _____

COORDENADOR: _____ DATA: *1/1* HORA: _____ h

RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE: _____ DISCRIMINADOR _____
às _____ h _____ min

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N) _____

COLOCADA PULSEIRA? (S/N) _____

EM QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D) _____



RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE: Jonsson de Oliveira Tavares
 DATA DA ENTRADA: 25/11/2019 BE-79985
 DATA DA SAÍDA: 23/11/2019

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Atende-lo no PS HUSF, 1017, pedira, com histórico de transfusão de sangue do Hospital Tereza Neu - ME - AIAUI, trazido pelo SAMU, recebendo com ORTOPEDIA / WA NID.
 Histórico de internamento realizado em outubro de 2019, sendo tratado principalmente no ambulatório hospitalar e encaminhado ao HUSF para tratamentos de rotina de membro I, realizado pelo Cirurgião Geral no PS.
 Paciente buscando conscientização e orientação, realiza fisioterapia 15 minutos 1 hora, e 1 hora, exercícios, corcudo, braço direito, estéril, sem celulite, etc.
 Sem sinais de fratura muscular, em NID.
 Exame com sensibilidade em curso coberto, sutura do membro, sem feridas. Pequeno e pé E enoteno dor.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Abertura de neurocirurgia que o liberou.
 Aberto da Cirurgia Geral.
 Cirurgia limpa, com redução de pressão de membro I, colocação de placa com 5 parafusos.

EXAMES COMPLEMENTARES:

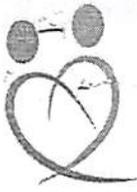
Rx coxa D e F, Rx joelho D e E, Rx coluna lombar, Rx mão F.
 ECG
 TC

MÉDICOS ASSISTENTES:

Thiago Leopoldo ORTOPEDISTA	CRM 4728 SF
Juliano Francisco Cirurgião ORTOPEDISTA	CRM 880 SF
Joniel Bispo de Azevedo Filho ORTO	CRM 1295 SF
Aline Amorim em geral	CRM 5560 SF

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO () TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 04 de dezembro de 2019
 Marco Aurelio Facanha
 MÉDICO
 CRM - 1614



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUEINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0681723 Registro: 202316
Data: 20/10/2019 Hora: 06:39:00
Funcionario: JO Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha **24**

SUS

JADSON OLIVEIRA TAVARES

CPF: - RG: - SUS:
Nasc.: 13/08/1974 Idade: 45 ANOS, 2 MESES, 7 DIAS Profissão: CAMINHONEIRO Civil: CASADO(A) CEP: 64860-0
End.: DA AAB, 0 - Bairro: Cidade: **URUCUI/PI**
Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: ISABEL ALVES DE OLIVEIRA TAVARES Pai:

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES
Responsavel: JADSON OLIVEIRA TAVARES - O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

20/10/2019 6:39 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
 Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE CARRO

EXAMES REALIZADOS DE TOMOGRA...
DATA 20/10/2019
EXAME Tc de tornoz
RESPONSAL [Assinatura]

Exame clinico/fisico:

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
CNPJ: 06.553.564/0103-62
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 23/10/2019
maneira clara

Diagnostico provavel:

Medicação:

- 3F0.3% - 500ml + aspirina 100mg 06:55
- Hidrocortisona 100mg + AD EV 08:55
Rx da mãe D.
Dr. Pablo Italo do N. Santos
MÉDICO
CRM-PI 7768
Terezinha de Jesus Araújo Lopes
Téc. Enfermagem
COREN-PI 359.553

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

paciente vítima de trauma de
alta energia do dor, luxação e
de profundidade e quadril E em computador
em flexão.
Rx = luxação de quadril E
do centro alveolar PI do do alveolar
do quadril - Ass. Alexsandro de Araújo e Neves

Hospital Regional Tiberio Nunes
Exame: Tc de tornoz
Data: 20/10/2019
Ass. [Assinatura]

Dr. Alexandre Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 3920 / CRM-PI 4452

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

38139

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Jedson de Oliveira Carvalho

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA: Ortopedia

À CLÍNICA: Cirurgia geral

Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN
CNPJ: 06.553.564/0103-62

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente em SPO de Lúscos de Dushil E, evoluindo com dispnéia moderada, leve taquicardia. Encontra-se em uso de cateter nasal 3lit/min. Parâmetros vitais PA: FC: 104, SpO2: 98%.

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 110113/2013

DATA: 21/10/19

ASS. MÉDICO

PARECER:

Pedigida TC de Tórax

02.10.19. CM. genl. Paciente vítima de politrauma (acidente automobilístico) evoluindo com dispnéia. No momento do exame apresenta-se hemodinamicamente estável, porém com sinais de estresse respiratório, com bons parâmetros respiratórios. Exame físico normal. Pedigida TC de Tórax com finalidade de avaliação de pneumotórax e/ou hemothorax durante o tratamento. Sem indicação de abordagem cirúrgica no momento.

CD: Colúmbio Av. psicotrópicos início ANT B

Dra. Evda Duarte
MÉDICA
CRM-PI-4 707

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

200

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	DATA DE NASCIMENTO:
<i>Eudson Antônio Sousa</i>	

DA CLÍNICA: *P.S.*

À CLÍNICA: *ortopedias*

MOTIVO DA CONSULTA

Atende de acidente motociclístico apresentando deformidade em região de coxa e fêmur...

Dr. Pablo Ítalo do N. Santo
MÉDICO
CRM/PI 7768

SAME
Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN
CNPJ: 06.553.564/0103-62

DATA: *20/10/19*

ASS. MÉDICO

PARECER:

DATA: *1/1*

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

200

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA: *Sindicato Obreiro Formosa*

À CLÍNICA: *PS*

Neurocirurgia

SAME

Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN
CNPJ: 06.553.564/0103-62

MOTIVO DA CONSULTA

*Acidente automobilístico com TCE importante
& ultrassom de nível de consciência*

[Signature]
Dr. Pablo Ítalo do N. Santos
MÉDICO
CRM-PI 7768

DATA: *20/10/10*

ASS. MÉDICO

PARECER:

TC de crânio

sem lesões

CPX Alfa de nível

[Signature]
Emerson Brandão
NEUROCIRURGIA
CRM-PI 3243

DATA: *1/1*

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Johnson Eliseno Jovann DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA: Medicina

À CLÍNICA: Colúmbia Emergentes

MOTIVO DA CONSULTA

Trauma automobilístico

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
CNPJ: 06.553.564/0103-62
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 23/10/2019
Marcia Costa

Marcio Ribeiro dos Reis
Médico
CRM-PI 2684

DATA: 20/10/19

[Signature]
ASS. MEDICO

PARECER: # Amigdalite crônica # 87740

Paciente relatou dor no abdômen há ± 19h -

caracterizada como cólica. Refere dor em m. e.

Características orientadas.

Sinais e 13 como sem alterações

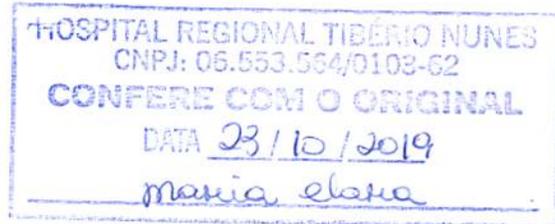
cd: pensar sobre o caso clínico

[Signature] Alexandre
CRM 3983

DATA: 20/10/19

DECLARAÇÃO

Floriano, 22 de outubro de 2019.



Declaro para os devidos fins que o paciente **JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES**, nascido aos 13/08/1974, filho de Isabel Alves de oliveira deu entrada nesta instituição de saúde na data de 20/10/2019, conforme cópia de prontuário, ocorre que o mesmo, no momento da internação não estava em gozo das suas plenas faculdades mentais devido ao acidente sofrido, sendo este resgastado pelo samu que não apresentou qualquer documentação que auxiliasse a sua identificação e o registro no sistema foi feito com as informações controversas dadas pelo próprio paciente em decorrência da necessidade da urgência com risco de morte, de forma que todas as prescrições se seguiram com o mesmo registro em nome de **JADSON OLIVEIRA TAVARES**. A partir da apresentação da documentação devida o laudo médico foi corrigido, de forma que nas prescrições datadas do dia 20/10/2010 à 22/10/2019, onde consta **JADSON OLIVEIRA TAVARES** ler-se **JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES**.

Patricia Emanuela Freitas Carvalho
CPF 988.223.223-04
Coord. do SAME-HRTN

Patricia Emanuela Freitas Carvalho
Coordenador Do Same- HRTN



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146

4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
202316

9 - SEXO
Masc. 1 Fem. 2

10 - NOME DA MÃE
ISABEL ALVES DE OLIVEIRA

12 - ENDEREÇO
DA AAB, 58 - CENTRO

11 - TELEFONE DE CONTATO
(79) 9993-16432

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
LAGARTO

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
2803500

15 - UF
SE

16 - CEP
49400-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Trm - quadricéps clh. de p. n. e
e. Acetab. fraca*

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
CNPJ: 06.553.594/0103-62
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 23/10/2019
MARIA ELISA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Ac

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

Rx (Ex. fem)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

luxação de quadril E

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDARIO 23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redu. artroscópica

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
93755392372

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
20/10/2019

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)
[Carimbo]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR
M220390901

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - CODUMENTO
() CNS (x) CPF

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

II - ATESTADO MÉDICO deve ser preenchido por profissional médico			
Atendimento			
54 - Unidade de Atendimento médico	55 - Data	56 - Hora	
57 - Houve internação <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	58 - Provável Duração do tratamento (dias)	59 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Lesão			
60 - Descrição e natureza da lesão			
Diagnóstico			
61 - Diagnóstico provável		62 - CID-10	
63 - Observações			
Local e Data		Assinatura e carimbo do médico com CRM	
III - INSS			
64 - Recebida em	65 - Código da unidade	66 - Número do CAT	Notas: 1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos. 171 e 299 do Código Penal. 2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.
67 - Matrícula do Servidor	Assinatura do servidor		
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO			

quebra de página

Instruções de preenchimento



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ:06.553.564/0103-62 Telefone: (89) 3522-1489
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Identificação: E0194110  INTERNADO Coletado: Data: 21/10/2019

Paciente: JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES Sexo: MASCULINO
Médico(a): CONEUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO Idade: 45 ANOS,2 MESES,7 DIAS
Convênio: SUS Leito: 0039 Enfermaria: 18 Impresso: 21/10/2019

CREATININA

Material:SORO
Método:ENZIMATICO
RESULTADO 1,2 mg/dl SORO: 0,4 A 1,3 mg/dl
OBSERVAÇÃO GERAL:

UREIA

Material:SORO
Método:ENZIMATICO
RESULTADO 68 mg/dl 15 A 40
OBSERVAÇÃO GERAL:

SAME
Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN
CNPJ: 06.553.564/0103-62


Dr. Paulo Ricardo Mendonça Vasconcelos
FARMACÊUTICO / BIOQUÍMICO
C.R.F. : 0371-PI



CENTRO CIRURGICO OBSTETRICO

Nome do Paciente: Judson Oliveira Torres Reg. Same: _____

Cirurgia: levaçao de Quadril E Sala: 03

Cirurgião: Dr. Alexandre Auxiliar: _____

Instrumentador: _____ Circulante: Andressa + Priscila

Data: 20 / 08 / 19 Início: 10 : 22 Término: _____ Duração: _____

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	UNID.	SUBTÓTAL
01	ADRENALINA	<u>Propial</u>	<u>1 amp</u>		
02	ALBUMINA HUMANA	<u>gentamela</u>	<u>1 amp</u>		
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA				
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	CEFALOTINA 1g				
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON				
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL				
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL				
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATONE ML				
24	INOVAL				
25	KETALAR				
26	METRONIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METILCELOULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO				
38	SORO GLICOSADO		<u>1 amp</u>		
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K				
43	XILOCAÍNA 0,5% <u>0,27</u>		<u>10 ml</u>		

SAMB
Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN
CNPJ: 04.553.564/0103-62

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

8

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>João de Deus Torres</u>	DATA DE NASCIMENTO:
----------------------------------	---------------------

DA CLÍNICA: <u>Otopneia</u>
À CLÍNICA: <u>Clínica de Otorrinolaringologia</u>

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente usuário de Politruena com sintomas de queda de audição, paciente desquico.

SAME

Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN

CNPJ: 06.553.564/0103-62

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 33.187/2007 1313F

DATA: 22 / 10 / 19

ASS. MÉDICO

PARECER: 18:15

- Paciente com principal quadro de estese pós-traumática por contusão de orelha esquerda automobilística relatada nos últimos meses.
Após exame com prolapso e jet opacidades múltiplas do quântico. Rt clinicamente e tomograficamente subnormal, JP com PVZ em AHT, 5/ RA. PB: 19 cm
SAD: 17% (em ambiente). FC: 98 bpm
HT: Estese pós-traumática
CD: Sinais de prolapso de membrana e desproporção

DATA: 22 / 10 / 19

Dr. João Pedro Torres
Médico
CRM: 7770
MÉDICO ESPECIALISTA



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA - CHECK LIST PRE-OPERATORIO

Nome do Cliente: Gasdon Oliveira Santos Data de nascimento: 3 / 08 / 1979

Prontuário: _____ Enf/ Leito: _____ Data do Procedimento: 20 / 10 / 19

Procedimento Cirúrgico: _____
 Pulseira de Identificação: Sim () Não Horário SSVV: 09:30 T: 36.0 FC: _____ bpm FR: _____ irpm PA: 120/70 mmHg

Glicemia Capilar: 105 mg/dl Acesso Venoso: Periférico () Central (especificar local, calibre e nº de dias) felco 18

SNG () SNE () Drenos (especificar): _____ Jejum Sim () Não A partir das: 20h de 19/10

Avaliação Pré-Anestésica: () Sim () Não Avaliação Cardiológica: () Sim () Não Utiliza Anticoagulante: () Sim () Não Último horário: _____

Sítio Cirúrgico Demarcado: () Sim () Não Adornos Retirados: () Sim () Não Utiliza Prótese Dentária: Sim - Retirada () Não

Higienizado: Sim () Não Tricotomia: () Sim () Não Camisola, gorro e pro-pés: Sim () Não

Alergias: () Sim Qual: _____ (x) Não Exames essenciais disponíveis: () Sim () Não

Antimicrobiano Profilático: () Sim () Horário: _____ Hora do Encaminhamento ao CC: _____
 Prontuário completo com ficha de internação Sim () Não

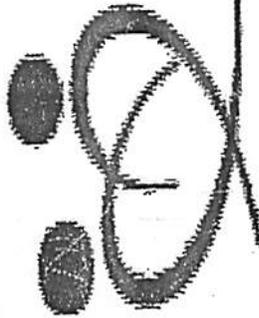
OBSERVAÇÕES: _____

Assinatura e carimbo: _____ ENFERMEIRO

_____ TÉCNICO EM ENFERMAGEM

SAME
 Hospital Regional Tiberio Nunes - HRTN
 CNPJ: 06.553.564/0103-62

Carimbo: Enfermeiro
 CRP: 121375



Hospital Regional Tibério Nunes



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

PACIENTE: Jackson de Oliveira Cavalcante ENFERMARIA: 18-39 LEITO:

DATA	HORA	DÉBITO DRENOS			SONDAS		ASSINATURA E CARIMBO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM/ ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE
		PENROSE	SUCCÇÃO	TÓRAX	SNG	SVD	
20/10/19	15:36					1.200 ml	Poliana
20/10/19	21:00					Arado - clo. dig. 950 ml	dig. 1000 ml
23/10/19	06					1400 ml	meurom claro - leucócitos 11
24/10/19	13 horas					600 ml	11 leucócitos 121
	18:20 1100					800 ml	Dec.
							maria clara

Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN
CNPJ: 06.553.554/0103-66

Tays Emanuely Leal Mendes
Gerente de Enfermagem - HRTN

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE	Adm Oliveira	
PRONTUÁRIO	2010119	
CLÍNICA	ENF. OU APT.	MÉDICO ASSISTENTE
	18	39
QUANT.	LEITO	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS		QUANT.	PRESCRIÇÃO MÉDICA
OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES			
As 14:33h, PT 15ª adm. de		em 1ª hora (Quarta), vítima			Dife. de m. de b. m.
acidente automobilístico (carro tombou)		acidente automobilístico (carro tombou)			Ortopediólogo + prof. STG/1 (en)
12/12/24		12/12/24			
SRL - 1000 g (en) 2ml		SRL - 1000 g (en) 2ml			
SRL - 1000 g (en) 1000 g		SRL - 1000 g (en) 1000 g			
Dipirona 1 g + 150 mg (en) 6/6h (5ml)		Dipirona 1 g + 150 mg (en) 6/6h (5ml)			
Normal loop + 250 mg (en) 5x (en)		Normal loop + 250 mg (en) 5x (en)			
D. 8/84 (en)		D. 8/84 (en)			
12 g (en) 20 mg (en) 12/12h (5ml)		12 g (en) 20 mg (en) 12/12h (5ml)			
Ortopediólogo (en) 1x/dia?		Ortopediólogo (en) 1x/dia?			
SRL - 6		SRL - 6			
Planalto 10 g + 150 mg (en) 8/84 (en)		Planalto 10 g + 150 mg (en) 8/84 (en)			
Dr. Alexandre Oliveira		Dr. Alexandre Oliveira			
Ortopediólogo (en) 1x/dia		Ortopediólogo (en) 1x/dia			
C.A.M. 1000 / 1000 / 1000		C.A.M. 1000 / 1000 / 1000			
Hospital Regional "Tibério Nunes"		Hospital Regional "Tibério Nunes"			
CNPJ: 06.557.721/0001-82		CNPJ: 06.557.721/0001-82			
CONTEÚDO COM O ORIGINAL		CONTEÚDO COM O ORIGINAL			
DATA 23/10/2019		DATA 23/10/2019			
Módulo de		Módulo de			
HORÁRIOS		HORÁRIOS			
OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES			
As 14:33h, PT 15ª adm. de		em 1ª hora (Quarta), vítima			
acidente automobilístico (carro tombou)		acidente automobilístico (carro tombou)			
12/12/24		12/12/24			
SRL - 1000 g (en) 2ml		SRL - 1000 g (en) 2ml			
SRL - 1000 g (en) 1000 g		SRL - 1000 g (en) 1000 g			
Dipirona 1 g + 150 mg (en) 6/6h (5ml)		Dipirona 1 g + 150 mg (en) 6/6h (5ml)			
Normal loop + 250 mg (en) 5x (en)		Normal loop + 250 mg (en) 5x (en)			
D. 8/84 (en)		D. 8/84 (en)			
12 g (en) 20 mg (en) 12/12h (5ml)		12 g (en) 20 mg (en) 12/12h (5ml)			
Ortopediólogo (en) 1x/dia?		Ortopediólogo (en) 1x/dia?			
SRL - 6		SRL - 6			
Planalto 10 g + 150 mg (en) 8/84 (en)		Planalto 10 g + 150 mg (en) 8/84 (en)			
Dr. Alexandre Oliveira		Dr. Alexandre Oliveira			
Ortopediólogo (en) 1x/dia		Ortopediólogo (en) 1x/dia			
C.A.M. 1000 / 1000 / 1000		C.A.M. 1000 / 1000 / 1000			
Hospital Regional "Tibério Nunes"		Hospital Regional "Tibério Nunes"			
CNPJ: 06.557.721/0001-82		CNPJ: 06.557.721/0001-82			
CONTEÚDO COM O ORIGINAL		CONTEÚDO COM O ORIGINAL			
DATA 23/10/2019		DATA 23/10/2019			
Módulo de		Módulo de			
HORÁRIOS		HORÁRIOS			
OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES			
As 14:33h, PT 15ª adm. de		em 1ª hora (Quarta), vítima			
acidente automobilístico (carro tombou)		acidente automobilístico (carro tombou)			
12/12/24		12/12/24			
SRL - 1000 g (en) 2ml		SRL - 1000 g (en) 2ml			
SRL - 1000 g (en) 1000 g		SRL - 1000 g (en) 1000 g			
Dipirona 1 g + 150 mg (en) 6/6h (5ml)		Dipirona 1 g + 150 mg (en) 6/6h (5ml)			
Normal loop + 250 mg (en) 5x (en)		Normal loop + 250 mg (en) 5x (en)			
D. 8/84 (en)		D. 8/84 (en)			
12 g (en) 20 mg (en) 12/12h (5ml)		12 g (en) 20 mg (en) 12/12h (5ml)			
Ortopediólogo (en) 1x/dia?		Ortopediólogo (en) 1x/dia?			
SRL - 6		SRL - 6			
Planalto 10 g + 150 mg (en) 8/84 (en)		Planalto 10 g + 150 mg (en) 8/84 (en)			
Dr. Alexandre Oliveira		Dr. Alexandre Oliveira			
Ortopediólogo (en) 1x/dia		Ortopediólogo (en) 1x/dia			
C.A.M. 1000 / 1000 / 1000		C.A.M. 1000 / 1000 / 1000			
Hospital Regional "Tibério Nunes"		Hospital Regional "Tibério Nunes"			
CNPJ: 06.557.721/0001-82		CNPJ: 06.557.721/0001-82			
CONTEÚDO COM O ORIGINAL		CONTEÚDO COM O ORIGINAL			
DATA 23/10/2019		DATA 23/10/2019			
Módulo de		Módulo de			

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPED
<u>Johann da O. Alves</u>		18	39	
DATA <u>21/10/19</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES.	
01. DIETA LIVRE			Em 21.10.19, presente	
02. JEICO HIDROLISADO <u>Soro fisiológico 0,9%</u>	<u>18h 06h</u>		no SPO de Luxorés de	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>18h 06h</u>		Quidril E + trauma nos	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<u>12h 18h 24h 06h</u>		E. REG, HOJE. JAMES,	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<u>12h 18h 24h 06h</u>		repouso absoluto em leito.	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>12h 24h 06h</u>		Em uso de O ₂ através	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	<u>14h</u>		de cateter inodol: leve	
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA			Taquicardia discreta,	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)			Vieja náuseas de vômitos.	
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg			Rejeia dopa em OKD	
11. GURATIVO			mes d. Abalone plácido	
12. SSVV + CCGG			indole à palpesc; ou-	
			rese traça de sis. Slic	
			Kob adoes de curio	
			qual. Curio qual no	
			lutas se de traça, equadob	
			soluor. 1134325	

Dr. Conegundes P. Filho
 Ortopedia Traumatologia
 CRM: 2572 TEOT. 348

Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN
 CNPJ: 06.555.561/0103-02
 SAMB

EXAMES REALIZADOS DE TOMOGRAFIA
 DATA 21/10/19
 EXAME TE de tórax
 RESPONSAL lung

→
 RRÉ

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME <u>Taibson de Oliveira</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPED	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
					HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES.
DATA <u>10/11/18</u>						
01. DIETA LIVRE						
02. JELCO-HIDROLISADO SF 0,9% 100ml						
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)						
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA						
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg						
11. GURATIVO						
12. SSVV + CCGG						
13. ciprofloxacino 400ug. IV. 12/12						
14. Cefalotina 1G - 01 AMP IV de 6/6h						

*Dr. João Soares Junior
 Ortopedia Traumatologia
 CRM-283*

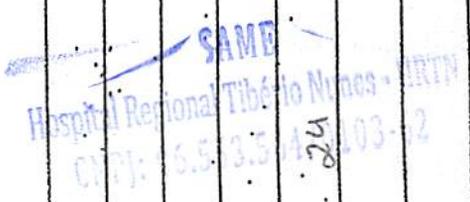
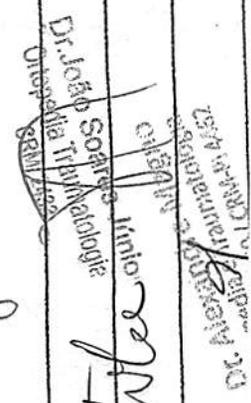
*Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN
 CRM-PI: 06.453.564/103-62*

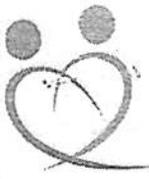
*Silvânia Lima Bilva Rodrigues
 Psicóloga
 CRP-21700966*

*As 10:30 Encontrar-se em relaxamento profundo.
 As 11:15 Em relaxamento profundo.*

Silvânia Lima Bilva Rodrigues

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI**

NOME	ALTA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPED
DATA	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE				
02. JELGO-HIDROLISADO	18	24	06	23-10-19, Notificado pelo N.V.H. <i>(assinatura)</i> Dinora Araújo Enfermeira Técnica de Enfermagem CCFEN 319844
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18	24	06	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18	24	06	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18	24	06	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18	24	06	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA	14			
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. GURATIVO				
12. SSVV + CCGG				
				
<i>(assinatura)</i>				
				



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ: 06.553.564/0103-62 Telefone: (89) 3522-1489
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

tendimento: E0194110



INTERNADO

Coletado:

Data: 21/10/2019

Paciente: **JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES**
Médico(a): **CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO**
Convênio: **SUS**

Leito: 0039 Enfermaria: 18

Sexo: **MASCULINO**
Idade: **45 ANOS, 2 MESES, 7 DIAS**
Impresso: **21/10/2019**

HEMOGRAMA

Material:
Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	3,51 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	9,54 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	27,9 %	40 a 52 %
HCM	79,49 u ³	80 a 100 U ³
CHCM	27,18 pg	26 a 34 pg
	34,19 %	31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	14.000 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
MIELÓCITOS	0 %	0
METAMIÉLOCITOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
BASTONETES	0 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
SEGMENTADOS	80 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
BASÓFILOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
EOSINÓFILOS	1 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
LINFÓCITOS	13 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
MONÓCITOS	6 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	0
CONTAGEM GERAL	100,00	100%

PLAQUETAS	112.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /μL
-----------	--------------------------	-----------------------

OBSERVAÇÕES

ERITRÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL: LEUCOCITOSE, ERITROPENIA, MICROCITOSE, TROMBOCITOPENIA, NEUTROFILIA, LINFOPENIA.

SAMB
Hospital Regional Tibério Nunes - ARTN
06.553.564/0103-62


Dr. Paulo Ricardo Mendonça Vasconcelos
FARMACÉUTICO / BIOQUÍMICO
C.R.F. : 0371-PI

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 9010
Numero do CNS...: 0000000000000000
Nome...: JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES
Documento...: Tipo :
Data de Nascimento: 13/08/1974 Idade: 45 anos
Sexo...: MASCULINO
Responsavel...: POMPILO TAVARES
Nome da Mae...: ISABEL ALVES DE OLIVEIRA
Endereco...:
Bairro...:
Telefone...: Cep.: 00000-000
Município...: 2803500 - - SE
Nacionalidade...: BRASILEIRO
Naturalidade...: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 79985
Clinica...: 945 - PS VERDE TRAUMA II
Leito...: 945.0004
Data da Internacao: 08/11/2019
Hora da Internacao: 18:51
Medico Solicitante: 532.948.405-78 - FABIO FRANCA FONTES
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico...: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: TSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:
Dt. Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

EXAME DE RADIOLOGIA
REALIZADO EM 20/11/2019
AS 10:00

Ficha de Encaminhamento

Da Unidade MARN	Para: Ponte ouros Anápolis
--------------------	-------------------------------

Nome da Pessoa Encaminhada Jackson de Oliveira Tavares	Registro
---	----------

Motivo do Encaminhamento

45 anos de idade de acidente automobilístico em 19/11/2019 equívoco - e
 politraumatizado com fraturas de crânio (6), lesão de quebra de Eng;
 fraturas vertebrais em suas colunas com lesões medulares. Relato
 de sintomas com tais achados por breves.

Observações:

Julio Samuel de C. Pinheiro
 Responsável Pelo Encaminhamento

Juliano Moreira de Carvalho Junior
 Clínica Médica
 CRM - PI: 8889

Obs.: Deve ser arquivada no Centro de Saude, Unidade Mista e Hospital Local ou Regional.
 Em: 08 / 11 / 2019

Ficha de Retorno

Da Unidade	Para:
------------	-------

Nome do Cliente:	Registro Original
------------------	-------------------

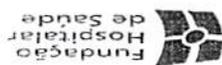
Diagnóstico e Orientações:

 Responsável Pelo Diagnóstico

Obs.: Esta ficha deverá ser devolvida ao local de origem através do próprio paciente devidamente fechada.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS



DATA: 23 / 11 / 2019.

15º DIH

NOME: Jackson de Oliveira Tavares 45anos - A 4.3

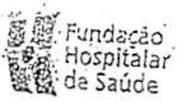
DIAGNÓSTICO (S): Fratura Acetábulo à E (OP)

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	
2º. Gelco Salinizado	SOS
3º. Ketazol 1 g EV 8/8hs ou Ketin 1 g EV 6/6hs SUSP	- -
4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia SUSP	- -
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	12, 18, 24 SOS
6º. Nausectron 8mg EV 08/08hs SOS	
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO 12/12hs / Omeprazol 40mg EV ou VO às 12/12hs	18 SOS
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS	SOS
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	SOS
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	SOS
11º. Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS	SOS
12º. Clethane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 12/12hs	20 SOS
13º. Dextro 6/6hs SUSP	
14º Insulina Regular SC, após o decto. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI > ou = 401: 10UI	301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI
15º. Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs	
17º Cipro 400mg EV 12/12hs	S
18º Clindamicina 600mg EV 6/6hs	
19º Desametasona 1ml EV 6/6hs	
20º Diazepam 10mg VO às 21hs	
21º	

Médico
Dr. Antônio Tavares Claret
Ortopedia/Traumatologia
CRM 880

Enteup. 1mg/8mg
6/6/19



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

Nome do Paciente: MAXIMILIANO DE OLIVEIRA FALCÃO Página: _____
 Unidade de Produção: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Leito: _____ Nº do Prontuário: _____

DATA	HORA	DIAGNÓSTICO
		<p> PTE UTERINA DE ALTO COLO COM CÂMERA NA AMOR 14 INT, EVOLUÇÃO COM FX DE AGTADOS (E) NESTE "MOMENTO" COM MÚLTIPLAS MEDAS PARVAIS HEMÓLICAS E CÂMERA NA CÂMERA SI INTERMEDIARIA CO. V.M.T. ASIA. </p>
		<p> Thiago M. Leal Hospital de URG. 426 21 NOV 2018 </p>
		<p> 21/11/19. Pol. Endometrial 2/1m. Por fim o material apresenta a seguinte descrição: cor-de-rosa, volume 25ml. </p>
		<p> Dr. Raimundo César S. Santos Enfermeiro CREN 13922 </p>



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Nome do Paciente: <u>Jackson de Oliveira</u>	Idade:	Sexo:
Unidade de Produção: <u>UPC</u>	Leito: <u>L06</u>	Nº do Prontuário:

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
08.11	18:55	Paciente admitido neste setor apresentando alteração da consciência, acordado, responde verbalmente em VC, reage aos estímulos do ego.
	19h	Paciente calmo, consciente, orientado, verbalizando. Sem febre.
	21h	Realizado higiene do cabelo, escovar dentes; usado SF + dorso por ordem verbal da enfermeira do setor de curso.
	23h	Ilustrado necessidades de diário, paciente pediu curso, realizado novo curso com oles n.º do curso.
	24h	Paciente dormindo no curso.
	06:00	No leito, sem intercorrências. Sem
09.11	7:00	No leito sonolento, segue mantendo queixo clínico.
	8:00	Encaminhado para o banho de aspersão.
	14:00	Segue mantendo quadro. Sem
	16:00	Segue as ordens da enfermeira. Deixou
	18:00	Solicitados medicamentos de hora para seguir os cuidados de enfermagem.
09.11	19:00	Paciente no leito calmo, orientado, verbalizando. Recebeu a visita de familiares, fez uso de soro salinizado, em companhia de familiares e funcionários, deixo os cuidados da equipe de enfermagem.
	20:00	Solicitados medicamentos para
	21:00	Paciente acutou desta

DATA.	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
28	22:00	Administração medicação fondaparinux Arlana Rodrigues Sacramento TÉC. DE ENFERMAGEM COREN/SE 260629
29	24:00	paciente segue sem alteração Arlana Rodrigues Sacramento TÉC. DE ENFERMAGEM COREN/SE 260629
	04:00	paciente acordou no quarto. P/ o banho. P/ o café no quarto. P/ o banho. P/ o café
	06:00	paciente acordou no quarto. P/ o banho. P/ o café no quarto. P/ o banho. P/ o café
	07:00	paciente acordou no quarto. P/ o banho. P/ o café no quarto. P/ o banho. P/ o café
	08:00	paciente acordou no quarto. P/ o banho. P/ o café no quarto. P/ o banho. P/ o café
	09:00	paciente acordou no quarto. P/ o banho. P/ o café no quarto. P/ o banho. P/ o café
	10:00	paciente acordou no quarto. P/ o banho. P/ o café no quarto. P/ o banho. P/ o café
	11:00	paciente acordou no quarto. P/ o banho. P/ o café no quarto. P/ o banho. P/ o café
	12:00	paciente acordou no quarto. P/ o banho. P/ o café no quarto. P/ o banho. P/ o café
	13:00	paciente acordou no quarto. P/ o banho. P/ o café no quarto. P/ o banho. P/ o café
	14:00	paciente acordou no quarto. P/ o banho. P/ o café no quarto. P/ o banho. P/ o café
	15:00	paciente acordou no quarto. P/ o banho. P/ o café no quarto. P/ o banho. P/ o café
	16:00	paciente acordou no quarto. P/ o banho. P/ o café no quarto. P/ o banho. P/ o café
	17:00	paciente acordou no quarto. P/ o banho. P/ o café no quarto. P/ o banho. P/ o café
	18:00	paciente acordou no quarto. P/ o banho. P/ o café no quarto. P/ o banho. P/ o café
	19:00	paciente acordou no quarto. P/ o banho. P/ o café no quarto. P/ o banho. P/ o café
	20:00	paciente acordou no quarto. P/ o banho. P/ o café no quarto. P/ o banho. P/ o café
	21:00	paciente acordou no quarto. P/ o banho. P/ o café no quarto. P/ o banho. P/ o café
	22:00	paciente acordou no quarto. P/ o banho. P/ o café no quarto. P/ o banho. P/ o café
11/11	08:00	Paciente no leito, tranquilo, acordado, consciente, orientado, verbalizando, acompanhado por fa- miliar e sem queixa no momento. Tc. Lis b
19	10:00	Realizado curativo em cateter, há presença de exudato em local de sutura. Tc. Lis b
	12:00	Administrada medicação de horário de acordo com prescrição médica. Tc. Lis b
	14:00	Paciente segue mantendo quadro, sem queixas dormindo no momento, feita medica- ção de horário. Tc. Lis b

Cleberton S. Oliveira
Téc. de Enfermagem em
COREN/SE 152.473

Cleberton S. Oliveira
Téc. de Enfermagem em
COREN/SE 152.473



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



07

Nome do Paciente: Jackson de Oliveira Cavalho Idade: 45 Sexo: M
Unidade de Produção: UPC Leito: 06 Nº do Prontuário:

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
11/11/19	18h	Administrado medicação de horário de acordo com prescrição médica, segue aos cuidados da equipe. Tec. Lis - V Em tempo, aguardando transferência para Ala A. Paciente encaminhado para enfermaria, acompanhado por familiar e funcionário. Tec. Lis - V
	18:05h	Pte admitido neste setor, proveniente da UPC, com uso de gelco hidroalcoólico, expector, apêndice e espinha de rato.
	18:10h	Prescrita dieta Anderson Batista da Conceição COREN-SE 120992 - TE
11/11/19	19:30	Encontra-se no leito com dor abdominal, com náuseas, vômitos, febre, taquicardia, normotensão, normocíndico, eupnéico, afébril. Em uso de AVP. Monitorizado. B. Imobilizado por dor. Acreditou total mente a dieta prescrita, com diurese prescrita. Sinais vitais: PA - 110 x 60 mmHg, FC 100 bpm, FR 18 rpm, SAT 96% em O2 35%. Est. aux. em F. Rota no plano dos sinais
	20:00	Administrada medicação de horário com prescrição. Est. aux. em F. Rota no plano dos sinais
	21:30	Acreditou totalmente a dieta prescrita. Est. aux. em F. Rota no plano dos sinais
	22h	Administrado medicação de horário com prescrição. Est. aux. em F. Rota no plano dos sinais
	03:00	Paciente dorme no momento. Administrado medicação prescrita de horário. Sem alteração / Anup

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
12/11	07:1h	Paciente no leito calmo, consciente, orientado verbalmente, cooperativo, verbalizando em companhia de familiares sem queixas no momento
	08:1h	Administrado medicamentos conforme prescrição
	08:30	Realizado curativo \rightarrow 2 to \rightarrow 1
	12:1h	Administrado medicamentos \rightarrow 2 to \rightarrow 1
	18:00 as 19:00	
12/11		Paciente consciente orientado verbalmente, cooperativo, verbalizando em companhia de familiares sem queixas no momento
12/11		Administrado medicamentos conforme prescrição
12/11		Verificados medicamentos conforme prescrição
12/11/19	19:00	Encontra-se no leito em companhia de um familiar, consciente, verbalizando, orientado, normoconsciente, normoconsciente, normoconsciente, em caso de AVP, MSA, imobilização em MTE, temperatura 35,8°C, FC=90bpm, FR=22rpm, PA=120x80 mmHg SIC. Anotações totalmente diárias, diárias e diárias por parte dos cuidadores da equipe de enfermagem. Est. em inf. Elisabete
	20:00	Administrado medicamentos de acordo com prescrição médica, segue com cuidados de enfermagem. Est. em inf. Elisabete
	21:15	Aberto totalmente lanche diário. Est. em inf. Elisabete
	24:00	Administrado medicamentos conforme prescrição médica
13/11	07:00	Paciente no leito calmo, consciente, verbalizando sem queixas no momento, mantido quando necessário
	08:00	feito curativo de hemostasia
	09:00	feito curativo de hemostasia
	12:00	feito curativo de hemostasia



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Nome do Paciente: JACKSON DE OLIVEIRA JUNIOR Idade: 45a Sexo: M
 Unidade de Produção: _____ Leito: 4-3 Nº do Prontuário: _____

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
	13:00	Presente no leito, calado confortável, verbalizando bem, guias de a manito, por 15 minutos. Não há sinais de desidratação. Não há sinais de hemorragia.
	15:30	Encontra-se no leito, em companhia de familiar responsável, orientado no tempo e espaço, verbalizando, anictérico, normotêmico, agílico, normocárdico, eufórico. Em uso de A.V.P. em M.S.E., em uso de Sola grande com imobilização de M.S.E., SSVV = P.A 52 x 80 mmHg, Temp = 35,8°C, F.e 48 bpm, F.R 18, utilizando dieta Sólida, líquida, diurna e de noite. Presença de S.C., S.C. Aux. Eng. Sta. Bárbara Patrícia dos Santos Silva.
	20h	Administrado medicação de horário conforme prescrição médica. S.C. Aux. Eng. Sta. Bárbara Patrícia dos Santos Silva.
	23:15	Acitou o leito, agitado socialmente. S.C. Aux. Eng. Sta. Bárbara Patrícia dos Santos Silva.
	24h	com medicação de horário, após 4 queixas.
	03h	Sigilo clâmico.
	06h	com medicação de horário, mantendo sigilo clâmico.
14/11	7:30	Presente no leito confortável, orientado.
14/11	9h	uso de A.V.P. Sola grande em uso. Acitou o leito, agitado socialmente. Presença de S.C., S.C. Aux. Eng. Sta. Bárbara Patrícia dos Santos Silva.
		Referir alergia a dipirona.
		Presença de S.C.

Marize Mota
Enfermeira
10.151.000-1

Marize Mota
Enfermeira
10.151.000-1

Marize Mota
Enfermeira
10.151.000-1

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
11/11/19	10	admissionado hospital em El Encarnacion con familia, mas estas medidas para ^{24/11/19} 24/11/19
13:35		Pete no leito, calmo, consciente orientado, afebril, supneico, verbaliza acompanhado, segue sob os cuidados de enfermagem. <u>Silvia</u>
18:00		Adm. medicacao de horario, segue com trindo quadro clinico. <u>Silvia</u>
20:30		Encontra-se no leito, em companhia de fa- miliar, consciente, orientado no tempo e no lugar, verbalizando, anictico, normotermico afebril, normocordico, supneico, em uso de AVP em 1158, Tala grande com imobilizacao de M.E., GSVI - PA 330x80 mmHg, Semp 35, 9 ^o E, F.e 90 bpm, FR 20, dia e noite aletica. Solucao oral, delecio e diurese por sonda C.S.I.E.S. Aux. Eng. Sta Barbara Cabrila SCS Silvia
20h		Administracao medicacao de horario por ordem prescricao medica Est. Aux. Eng. Sta Barbara Cabrila SCS Silvia
23h		Administracao medicacao de horario com ordem prescricao medica Est. Aux. Eng. Sta Bar- bara Cabrila SCS Silvia
25:35		Recebeu 3 ^o almuerzo e lanche gratuitos - Est. Aux. Eng. Cabrila SCS Silvia
01h		Medicacao conforme prescricao medica. <u>Olise Afonso</u>
03h		Dorme no momento. / <u>Apare</u>
14/11		Est. 13:30 - Recebeu de 1 ^o e 2 ^o <u>Apare</u> seus pais, (Tranquil). / <u>Apare</u>
19/11	5h	Administracao medicacao de momento. <u>Apare</u>
15/11	07:00	Pete no leito, calmo, consciente, orientado, afebril, supneico, verbaliza acompanhado, segue sob os cuidados de enfermagem. <u>Silvia</u>
19/11		Adm. medicacao de horario, segue com trindo quadro clinico. <u>Silvia</u>

Miranda da Conceicao Santana Almeida
COREN-SE 399.461

Miranda da Conceicao Santana Almeida
COREN-SE 399.461

Miranda da Conceicao Santana Almeida
COREN-SE 399.461

Jose Christian Sengen Santos
COREN 390308 - TEC.
COREN 419256 - AUX.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente: WALTER DE OLIVEIRA FERREIRA Idade: 45 Sexo: M
 Unidade de Produção: ALA A Leito: 4.3 Nº do Prontuário: 9010

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
15	08:00	Paciente em estado de choque
15	10:00	Problemas circulatórios, sem sinais de choque
15	12:00	Paciente em estado de choque
15	15:00	Paciente no leito, calma, consciente, mantendo
		apreensão normalizada com uso de oxigênio
		hospitalizado em companhia de familiares no
		momento sem queixas, segue em observação
		em sala social
15		Paciente mantendo quadro tranquilo com queixas
		sem queixas em observação - sala social
18		administrado medicamento de horário, sem queixas
		segue em observação - sala social
20		Paciente com um volume
		grande em uso de
		oxigênio hospitalizado
21		paciente
24		leito normalizado
		paciente dormindo
		no mesmo quarto
16		em sala social
19	08:00	Paciente encostado no leito
		calmo, consciente em uso de
		APV + tala gessada no MBE. A
		de de funcionamento. Negs queixas
		no momento.
18		Paciente calma, Acesso de + med.
18		Paciente nega queixas no
		momento. Paciente

19h Paciente encontra-se calmo, consciente, orientado
espacialmente, admitido em uso de ACP. Tach

20h Administração de medicação de horário

24h Administração de medicações de horário conforme
prescrição médica. Tach

06h Realização de medicações conforme prescrição, paciente
segue aos cuidados da equipe. Tach

7h no leito: Consciente orientado, apresenta que
ful cicatrizes respiratórias os acetos de V
beis, extremidades frias e úmidas.
Calmo, cooperativo em uso de pla
jevida tipo 202 em MJE e tranqueiros
de Compensa de funções
Dor no peito no tórax + estôm

12h Administração de medicação de horário

16h Exame vital de rotina
Segue aos cuidados da equipe
melhora

18h Bom humor e humor. Hiper

17h Paciente em leito calmo, consciente, orientado
espacialmente em companhia de familiares e orientado
para higiene pessoal, alimentação, orientado
para o leito. Sinais vitais dentro da normalidade. Paciente em
uso de ACP em leito + ventilação de suporte
vital. Tach

21h Paciente em leito calmo, consciente, orientado
espacialmente em companhia de familiares e orientado
para higiene pessoal, alimentação, orientado
para o leito. Sinais vitais dentro da normalidade. Paciente em
uso de ACP em leito + ventilação de suporte
vital. Tach

24h Paciente em leito calmo, consciente, orientado
espacialmente em companhia de familiares e orientado
para higiene pessoal, alimentação, orientado
para o leito. Sinais vitais dentro da normalidade. Paciente em
uso de ACP em leito + ventilação de suporte
vital. Tach

03:00h Paciente dorme no momento. Tach

06h Administração de medicação de horário. Sinais
vital dentro da normalidade no momento. Tach

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
	10h	Relato, não conseguiu dormir bem durante a noite e dia
	10:20h	Administrado medicações conforme prescrito.
	12:30h	Reposo e sem alterações
21/10/19	13:00h	Nolito, umidade colúrea, A.E. harto - comitente, membros inferiores, em uso de ACP hidrolizado em m SE + talc gase + talc em m SE. <small>Signo Carlos dos Reis 2.038 TR</small>
	15:00h	Meio dia de sono
	15:00h	em tempo: às 14:00h ele referiu e algo e ferir redireção SOS com transtorno de ansiedade via oral. <small>Signo Carlos dos Reis</small>
	18:00h	Administrado medicação de horário para Tumor 40 gotas via oral e lindamicina 600 mg - clausula via oral + Oximetazolina via oral + acetona e dext. <small>Signo Carlos dos Reis 27.038 TR</small>
	20h	Paciente encostado no leito no calmo, consciente em uso de ACP + desodorante de talc gaseado no m. de PE e queixas no momento.
	24h	Paciente ocioso de acordo com o momento. <small>Signo Carlos dos Reis</small>
21/10	8:00	Pete no leito, calmo, consciente, sintomas apnéia, supúria, em ar ambiente, em uso de ACP hidrolizado, acompanhado por familiar, segue sob as cuidados de enfermagem. <small>Signo Carlos dos Reis</small>
	8:40	Realizado curativo <small>Signo Carlos dos Reis</small>
	10:00	Instalado medicação de horário, segue mantendo quadro clínico <small>Signo Carlos dos Reis</small>
	11:00	Adm: medicação de horário prescrita, segue sem queixas <small>Signo Carlos dos Reis</small>

Nome do Paciente: Joekhon de Oliveira Torres Idade: 45 anos Sexo: M
 Unidade de Produção: _____ Leito: A-4-3 Nº do Prontuário: _____

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
20	14h	Paciente no leito, calmo, consciente, orientado, eupneico, afébril, ausculta cardíaca em uso de ACP ligado, segue aos cuidados - Joaque
20	16h	Recebe o lanche - Joaque
20	18h	Administrado medicação de uso comum conforme prescrição médica segue aos cuidados - Joaque
20	20h	Paciente encontra-se no leito, calmo, consciente, orientado, eufórico, afébril, eupneico, em uso de ACP e talc em uso, segue aos cuidados no momento;
20	21:00h	Oferecido lanche.
20	24:00h	Administrado medicação de uso comum conforme prescrição; Vítimas - T - 36,2°C; P - 92 bpm; P.A - 117 x 70 mmHg; Paciente sem intercorrências no momento; para em jejum para realização de exames de rotina.
21	02h	Seque determinada
21	06h	Medicação / Sem alterações
21	09h	
21	12h	
21	15h	
21	18h	
21	21h	
21	24h	

Simone
CORENS: 7824

Simone
CORENS: 7824

9/21/19 16:00 Adm. medicação de horários prescrita.

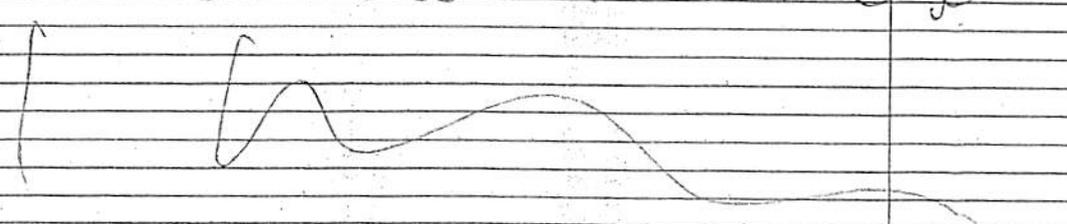
18:00 Feito medicação prescrita, segue em exames.

19h Paciente em dieta líquida comendo pouco
na instituição, apresenta apatia, febre
taxa de leucócitos em nível de 11000 sendo
bom. Recebe medicação de horários
durante período conforme prescrição
segue evoluindo sem quadro de
complicações.

Moyses Mota
Enferm - Bach

11:00 Paciente após o curativo, saiu de alta. Segue com cuidados da família.

CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA			
1.	Dados pessoais confirmados com o paciente + equipe + prontuário + pulseira	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
2.	Procedimento/sítio cirúrgico confirmado com o paciente + equipe + prontuário + exames	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
3.	Termo de consentimento assinado	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> NA
4.	Checado funcionamento do equipamento anestésico	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
5.	Alergias conhecidas:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
6.	Via aérea difícil e/ou risco de broncoaspiração? Se SIM, os materiais devem estar disponível em sala	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
7.	Avaliado risco de perda sanguínea >500ml (7ml/kg em crianças) Se SIM, paciente deve ter 2 AVP calibrosos puncionados ou CVC fluído previsto em sala	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA			
8.	Todos os membros da equipe se apresentam informando nome e função	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
9.	Equipe confirma nome do paciente, local da cirurgia e procedimento	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
10.	Imagens essenciais disponíveis na sala operatória	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
11.	Antibioticoprofilaxia administrada nos últimos 60min.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
12.	Materiais e implantes no prazo de validade	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO			
13.	Todos os membros da equipe confirmam o procedimento realizado	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
14.	Contagem de instrumentais, compressas e agulhas estão corretas	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
15.	Biópsia identificada com: Nome completo do paciente, data de nascimento, n° do prontuário, nome do cirurgião e data e do procedimento. N° de amostras:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
16.	Identificados problemas com equipamentos durante o procedimento	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
17.	Recomendações especiais para o pós operatório	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM			
HORA	REGISTRO	ASSINATURA	
08:00	Paciente admitido em sala para realização do procedimento com consentimento verbalizado. Monitorado via ECG instalado.		
08:30	Realizado a anestesia		
08:40	Realizado a incisão da pele e descolmação da pele		
09:00	Incisão da pele e sutura		
10:00	Termino do procedimento		
10:38	Encaminhado para SRPA		
<p>Sec. Clínicas Cereb. 07780756</p> 			
ENCAMINHADO PARA: <u>SRPA</u>			

NOME: Jackson da Silva DATA: 21/11/19 HORÁRIO: 09:00 SALA: 01

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO

CHEGO AO CENTRO CIRÚRGICO CONSCIENTE INCONSCIENTE ORIENTADO DESORIENTADO DEAMBULANDO EM MACA

PROCEDÊNCIA DO PACIENTE: Emergência de urgência

CIRURGIA REALIZADA: Emergência de urgência

CIRURGIA PROPOSTA: Emergência de urgência

ANESTESISTA: João

ENFERMEIRO: João

INSTRUMENTADOR: João

CIRURJANTE: João

AUX 1: João

AUX 2: João

CIRURGIÃO: João

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

ENTRADA NA SALA: 08:00

INÍCIO DA ANESTESIA: 08:00

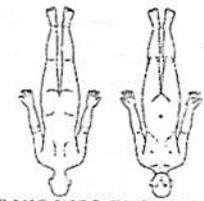
INÍCIO DA CIRURGIA: 08:00

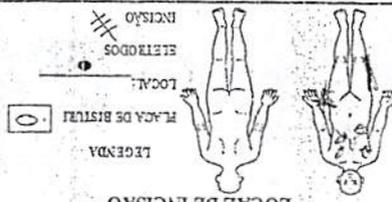
TERMINO DA ANESTESIA: 08:00

SAÍDA DA SALA: 08:00

TECNICA ANESTESICA PPI TOPICO PPI ALCOOLICO CLOREX. ALCOOLICA CLOREX. DEGRMANTE CLOREX. AQUOSA SUPORTE VENTILATORIO TUBO ENDOTRAQUEAL TUBO ORAL TUBO AMARADO MASCARA LARINGEIRA () SIM () NÃO

POSICÃO DO PACIENTE DORSAL VENTRAL LAT. DIR. LAT. ESQ. () CANVETE () LITOMIA () TRENDELEMBURG REVERSA () TRENDELEMBURG () RAQUIANESTESIA () PERIDURAL/CATER () PERIDURAL/S/CATER () SEDACAO () BLOQUEIO DO PLEXO LOCAL ASSEPSIA () LOCAL () PPI TOPICO () PPI ALCOOLICO () CLOREX. ALCOOLICA () CLOREX. DEGRMANTE () CLOREX. AQUOSA () SUPORTE VENTILATORIO () TUBO ENDOTRAQUEAL () TUBO ORAL () TUBO AMARADO () MASCARA LARINGEIRA () SIM () NÃO

COXINS DE CONFORTO 

PLACA DE BISTURI, ELETRICOS E LOCAL DE INCISAO 

LEGENDA

PLACA DE BISTURI

LOCAL

ELETRICOS

INCISAO

SONDAS

() SNG

() SNE

() SNE

() FOGARTY

() SOND. FOLLEY

() C/RESTRIÇÃO

() FOLLEY SILICONE

() Sonda Nelaton

PASSADA POR:

ASPIRAÇÃO Nº _____

GASOMETRIA ARTERIAL () SIM () NÃO

CONTAGEM DE INSTRUMENTAL

ENTREGUES: _____

DEVOLVIDAS: _____

COMPRESSAS PEQUENAS

ENTREGUES: _____

DEVOLVIDAS: _____

COMPRESSAS GRANDES

ENTREGUES: _____

DEVOLVIDAS: _____

BISTURI ELÉTRICO

() BIPOLAR () UNIPOLAR

() ULTRASSÔNICO () ARGÔNIO

PLACA DE BISTURI

LOCAL

EQUIPAMENTOS, ACESSÓRIOS E DISPOSITIVOS UTILIZADOS

() BOMBA DE INFUSÃO

() DESFIBRILADOR

() MONITOR CEREBRAL

() INTENSIFICADOR DE IMAGEM

() MANTA TÉRMICA

() MICROSCÓPIO

() FIBROSCÓPIO

() MONITOR MULTIPARAMETROS

() PA NÃO INVASIVA

() OXÍMETRO

() CAPNOGRAFO

() PIC

() FOCO AUXILIAR

() FONTE DE LUZ

() BRONCOSCOPIO

() CARRO DE ANESTESIA

() GARFOTE PNEUMÁTICO

() CARDIOSCOPIO

() TERMOESTRÓTIMO

() OUTROS

() ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

() ACESSO VENOSO CENTRAL

() () D () E

DRENOS E CANULAS

() () SUÇÃO Nº _____

() () ABDOMINAL Nº _____

() () BLAKE Nº _____

() () TÓRAX Nº _____

() () PIZZER Nº _____

() () PENROSE Nº _____

() () KHER Nº _____

() () TRAQUEOSTOMO Nº _____

() () GUEDEL Nº _____

() () TOT Nº _____

DIURESE DESPREZADA EM SALA

HORA _____ VOLUME _____ ASPECTO _____

HEMORRAGIA DE CONCENTRADO DE HEMACIAS

QUANT. _____ DATA _____ HORARIO _____

ANATOMO PATOLÓGICO

NOME DA PEÇA: _____

Nº DA PEÇA: _____

() SIM () NÃO

SINAIS VITAIS

FC (BPM) _____

SpO2 (mmHg) _____

EPcO2 (mmHg) _____

PA (mmHg) _____

PAI (mmHg) _____

FR (RPM) _____

TEMP. (°C) _____

LPP (LOCAL?) _____

PLASMA

PLAQUETAS

OUTROS

PLASMA

PLAQUETAS

OUTROS

Nº DA BOLSA

OUTROS



RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente Jadson Oliveira TAVARES D.N 13/08/1974
 Data: 20/10/19 Admissão às 11:49 Prontuário 202316
 Alergia _____ Procedimento realizado luxação de quadril

DOS REFERENTES À ANESTESIA

ANESTESIA: () Geral; () Raqui; () Peridural; (x) Sedação; () Local; () Bloqueio- Tipo: _____

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Danilo CIRURGIÃO: Dr. Alexandre

CONTROLES (HORÁRIO DE INÍCIO: _____)

Tempo	15' 19" 10	15' 11" 25	15' 12" 40	15' 10" 45	30'	30'	30'	30'
PA	137x84	134x104						
Freq. Card.	99 bpm	100	98	98				
SpO2	100%	100%	100%	99%				
Temp. 3T								
Temp. (0-10)								
Ass. Func.	Barbara	Barbara	Barbara	Barbara				

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
Atividade motora sob comando	Capaz de mover os 4 membros	2		2	2		SAME Hospital Regional Tiberio Nunes - IRRN CNPJ: 06.553.564/0103-62
	Capaz de mover 2 membros	1	1				
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	2	2	2	2		
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apnéia	0					
Circulação	PA 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2		
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2	2	2	2		
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
Saturação de oxigênio	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2		
	Necessita de O2 para manter sat O2 maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O2 suplementar	0					
TOTAL			09	10	10		

ALTA às _____:

Ass. Médico: _____

Danilo
5068

ALTERAÇÃO CONTRATUAL N° 01 DA SOCIEDADE JOSIVAN COSTA MENESES E CIA
LTDA

CNPJ n° 08.947.953/0001-73

JOANA COSTA MENESES nacionalidade BRASILEIRA, nascida em 01/04/1989, SOLTEIRA, EMPRESARIA, CPF n° 034.371.075-77, CARTEIRA DE IDENTIDADE n° 22137149 2° VIA, órgão expedidor SSP - SE, residente e domiciliada na AVENIDA RECIFE, 101, 1° ANDAR, CENTRO, JEREMOABO - BA, CEP 48.540-000, BRASIL.

JOSIVAN COSTA MENESES nacionalidade BRASILEIRA, nascido em 30/07/1976, SOLTEIRO, EMPRESARIO, CPF n° 935.435.815-20, CARTEIRA DE IDENTIDADE n° 1141361 2° VIA, órgão expedidor SSP - SE, residente e domiciliada na AVENIDA RECIFE, 101, 1° ANDAR, CENTRO, JEREMOABO - BA, CEP 48.540-000, BRASIL.

Sócios da Sociedade Limitada de nome empresarial JOSIVAN COSTA MENESES E CIA LTDA, registrada legalmente por contrato social devidamente arquivado nesta Junta Comercial do Estado da Bahia, sob NIRE n° 29204201050, com sede Avenida São José, SN, Salão, Centro, Jeremoabo - BA, CEP 48.540-000, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica/MF sob o n° 08.947.953/0001-73, deliberam de pleno e comum acordo ajustarem a presente alteração contratual, nos termos da Lei n° 10.406/2002, mediante as condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

QUADRO SOCIETÁRIO

CLÁUSULA PRIMEIRA. JULIANA COSTA MENESES admitido neste ato, nacionalidade BRASILEIRA, nascida em 09/01/1987, SOLTEIRA, EMPRESARIA, CPF n° 025.090.535-31, CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO n° 04565261249, órgão expedidor DETRAN - SE, residente e domiciliada na AVENIDA ABIDON JOSE BARRETO, 1048, CASA, CENTRO, NOSSA SENHORA APARECIDA - SE, CEP 49.540-000, BRASIL.

Retira-se da sociedade a sócia JOANA COSTA MENESES, detentor de 4.000 (Quatro Mil) quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (Um Real) cada uma, correspondendo a R\$ 4.000,00 (Quatro Mil Reais).

CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE QUOTAS

CLÁUSULA SEGUNDA. A sócia JOANA COSTA MENESES transfere quotas do capital social, que perfaz o valor de R\$ 4.000,00 (Quatro Mil Reais), direta e irrestritamente a sócia JULIANA COSTA MENESES, da seguinte forma: VENDA, dando plena, geral e irrevogável quitação.

Após a cessão e transferência do quotas, e da retirada e admissão de sócia, o capital social da sociedade no valor de R\$ 80.000,00 (Oitenta Mil Reais) dividido em 80.000 (Oitenta Mil) quotas no valor nominal de R\$ 1,00 (Um Real) cada, subscrito e integralizado em moeda corrente do país, fica assim distribuído: JOSIVAN COSTA MENESES, com 76.000 (Setenta e Seis Mil) quotas, perfazendo um total de R\$ 76.000,00 (Setenta e Seis Mil Reais); JULIANA COSTA MENESES, com 4.000 (Quatro Mil) quotas, perfazendo um total de R\$ 4.000,00 (Quatro Mil Reais); Totalizando o valor de R\$ 80.000,00 (Oitenta Mil Reais).

DA ADMINISTRAÇÃO



Certifico o Registro sob o n° 97785429 em 22/08/2016
Protocolo 188452856 de 22/08/2016
Nome da empresa JOSIVAN COSTA MENESES E CIA LTDA NIRE 29204201050
Este documento pode ser verificado em <http://regin.juceb.ba.gov.br/AUTENTICACAODOCUMENTOS/AUTENTICACAO.aspx>
Chancela 87783724645049
Esta cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 22/08/2016
por Hélio Portela Ramos - Secretário Gerat

**CONTRATO SOCIAL
POR TRANSFORMAÇÃO DE EMPRESÁRIO
M.R DE MESQUITA FERNANDES E CIA LTDA**

Pelo presente instrumento particular MARIA REJANE DE MESQUITA FERNANDES, brasileira, maior, solteira, natural de Piripiri/PI, nascida em 10/07/1981, empresária, Carteira de Trabalho n.º 64223 Série 0022 MTE/DF e CPF 013.560.271-80, residente e domiciliada na Avenida Recife, 101, 1º Andar, centro, Jeremoabo - BA, com o CEP 48.540-000, Empresário, com sede na Avenida Recife, n.º 101, Salão, Centro/Sede, Jeremoabo/BA, com o CEP 48.540-000, inscrito na Junta Comercial do Estado da Bahia sob o NIRE 29103830850 e no CNPJ sob o n.º 08.947.953/0001-73, fazendo uso do que permite o § 3º do art. 968 da Lei n.º 10.406/2002, com a redação alterada pelo art. 10 da Lei Complementar n.º 128/2008, ora transforma seu registro de EMPRESÁRIO em SOCIEDADE DO TIPO JURIDICO LIMITADA, uma vez que admitiu o sócio JOSIVAN COSTA MENESES, brasileiro, maior, solteiro, natural de Nossa Senhora Aparecida /SE, nascido em 30/07/1976, empresário, RG 1141361 2º VIA SSP/SE e CPF 935.435.815-20, residente e domiciliado na Avenida Recife, 101, 1º Andar, centro, Jeremoabo/BA, com o CEP 48.540-000, passando a constituir o tipo jurídico SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA, a qual se regerá, doravante, pelo presente CONTRATO SOCIAL POR TRANSFORMAÇÃO ao qual se obrigam mutuamente todos os sócios:

Cláusula 1ª - A sociedade girará sob a denominação social de M.R DE MESQUITA FERNANDES E CIA LTDA, e terá a sua sede na Avenida Recife, n.º 101, Salão, Centro/Sede, Jeremoabo/BA, com o CEP 48.540-000,

Cláusula 2ª - O objeto da sociedade será Atividade de 10.66-0/00 - Fabricação de Ração para Animais, 47.89-0/04 - Comercio Varejista de Ração e Produtos Alimentícios para Animais, 4744-0/99 - Comercio Varejista de Materiais de Construção, 49.302/02 - Transporte Rodoviário de Cargas.

Cláusula 3ª - O capital social será de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais), dividido em 80.000 (oitenta mil) quotas no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, totalmente subscritas e integralizadas em moeda corrente do país, pelos sócios, a saber:

SÓCIO	QUANTIDADE DE QUOTAS	VALOR
Maria Rejane de Mesquita Fernandes	40.000	R\$ 40.000,00
Josivan Costa Menezes	40.000	R\$ 40.000,00
TOTAL	80.000	R\$ 80.000,00

Cláusula 4ª - A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social.

Cláusula 5ª - A sociedade iniciou suas atividades em 05 de Julho de 2007 e seu prazo de duração é indeterminado.

Cláusula 6ª - A sociedade poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filiais, em qualquer parte do país, se assim, em conjunto, decidirem os sócios em conjunto, mediante alteração contratual assinada por todos os sócios.

Cláusula 7ª - A sociedade será administrada pelos sócios Josivan Costa Menezes e Maria Rejane de Mesquita Fernandes e a eles caberão a responsabilidade ou representação ativa e passiva da sociedade, judicial e extrajudicialmente, podendo praticar todos os atos compreendidos no objeto social, sempre no interesse da sociedade, ficando vedado, entretanto, o uso da denominação social em negócios estranhos aos fins sociais.

Cláusula 8ª - Em suas deliberações, os administradores adotará preferencialmente a forma estabelecida no parágrafo 3º do Art. 1.072 do Código Civil (Lei n.º 10.406/2002).

Continua

Josivan Costa Menezes
Maria Rejane de M. Fernandes

Continuação do CONTRATO SOCIAL
 POR TRANSFORMAÇÃO DE EMPRESÁRIO
 M.R DE MESQUITA FERNANDES E CIA LTDA

Cláusula 9ª - Pelo exercício da administração, os sócios terão direito a uma retirada mensal a título de pró labore, cujo valor será livremente convencionado entre os sócios de comum acordo.

Cláusula 10ª - Fica estabelecido que a sociedade não terá conselho fiscal.

Cláusula 11ª - Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, os administradores prestarão contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico, cabendo os sócios, na proporção de suas quotas, os lucros e perdas apurados. (art.1.065, C/C2002).

Cláusula 12ª - Falecendo ou interditado(a) qualquer dos sócios, a sociedade continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz. Não sendo possível ou inexistente interesse destes ou dos sócios remanescentes, o valor de seus haveres será apurado e liquidado na situação patrimonial da sociedade, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado.

Parágrafo único - O valor devido aos herdeiros do sócio falecido será pago da seguinte forma: 40% (quarenta por cento) no prazo de dois meses; 30%(trinta por cento) no prazo de seis meses; e 30% (trinta por cento) no prazo de doze meses.

Cláusula 13ª - A entrada de novos sócios dependerá da aprovação unânime de todos os sócios, sendo que, nenhum sócio poderá ceder ou transferir qualquer de suas quotas a terceiros sem previamente oferecer ao(s) outro(s) sócio(s) o direito de adquiri-las.

Parágrafo Primeiro - O sócio que pretender ceder e transferir suas quotas, total ou parcialmente, a outro sócio ou a terceiros, deverá notificar, por escrito e com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, aos outros sócios, os quais terão direito de preferência para adquiri-las, devendo o sócio alienante informar o nome do interessado adquirente e todas as condições do negócio, sendo que o direito de preferência deverá ser exercido no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação.(Art. 1.029)

Parágrafo Segundo - O valor devido ao sócio alienante será pago da seguinte forma: 40% (quarenta por cento) no prazo de dois meses; 30%(trinta por cento) no prazo de seis meses; e 30% (trinta por cento) no prazo de doze meses.

Cláusula 14ª - Serão regidas pelas disposições do código civil (Lei nº 10.406/2002), aplicável à matéria, tanto a retirada de sócio quanto à dissolução e a liquidação da sociedade.

Cláusula 15ª - Os casos omissos neste contrato serão resolvidos com observância dos preceitos do código civil (Lei nº 10.406/2002) e de outros dispositivos legais aplicáveis.

Cláusula 16ª - Fica eleito o foro da comarca de Jeremoabo-BA para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato.

Cláusula 17ª - Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios deliberarão sobre as contas e designarão administrador(es) quando for o caso.(arts. 1.071 e 1.072, parágrafo 2º e artigo 1.078, CC/2002).

Jonatan Costa Mendes
 Marisa Ryome de M. Fernandes

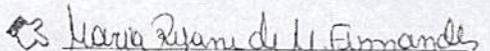
Continua

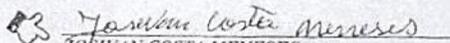
Continuação do CONTRATO SOCIAL
POR TRANSFORMAÇÃO DE EMPRESÁRIO
M.R DE MESQUITA FERNANDES E CIA LTDA

Cláusula 18ª - Os Administradores declaram, sob as penas da lei, de que não estão impedidos de exercer a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública, ou a propriedade. (art. 1.011, § 1º, CC/2002)

E, por estarem assim justos e contratadas, lavram este instrumento em 03 (três) vias de igual forma e teor, que serão assinadas pelos sócios, a fim de que se produzam os efeitos legais, e seja arquivado na JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DA BAHIA.

Jeremoabo - BA, 08 de Junho de 2015.


MARIA REJANE DE MESQUITA FERNANDES

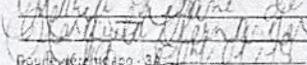

JOSIVAN COSTA MENESES

JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DA BAHIA
CERTIFICADO DE REGISTRO EM 11/06/2015 SOB Nº 29204201050
JUCEB Protocolo: 15/004297-3, DE 11/06/2015

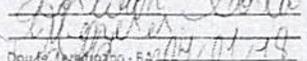
M. R. DE MESQUITA FERNANDES E CIA
LTDA


HÉLIO PORTELA RAMOS
SECRETARIO GERAL

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de


Doufe Registrado - 38

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de


Doufe Registrado - 52

Selo de Autenticação
Protocolo de Arquivo nº 2015/004297-3
Ato Notarial nº 04 de Registro nº 29204201050
2015.0606317-3
Autorizada

CLÁUSULA TERCEIRA. A administração da sociedade caberá **ISOLADAMENTE** ao Sócio **JOSIVAN COSTA MENESES** com os poderes e atribuições de representação ativa e passiva na sociedade, judicial e extrajudicialmente, podendo praticar todos os atos compreendidos no objeto social, sempre de interesse da sociedade, autorizado o uso do nome empresarial, vedado, no entanto, fazê-lo em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer dos cotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização do outro sócio.

DA DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO

CLÁUSULA QUARTA. O administrador declara, sob as penas da lei, que não está impedido de exercer a administração da sociedade, por lei especial ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública ou propriedade.

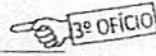
DA RATIFICAÇÃO E FORO

CLÁUSULA QUINTA. O foro para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes do contrato social permanece **JEREMOABO - BA**.

CLÁUSULA SEXTA. As Cláusulas e condições estabelecidas em atos já arquivados e que não foram expressamente modificadas por esta alteração continuam em vigor.

E, por estarem assim justos e contratados, assinam este instrumento.

JEREMOABO - BA, 20 de agosto de 2018.

Joana Costa Menezes  **3º OFÍCIO**
JOANA COSTA MENESES
CPF: 034.371.075-77

 *Josivan Costa Menezes*
JOSIVAN COSTA MENESES
CPF: 935.435.815-20

 *Juliana Costa Menezes*
JULIANA COSTA MENESES
CPF: 025.090.535-31

Req: 81800069746344
CANTÃO EDUARDO DE OLIVEIRA - 3º OFÍCIO DE NOTAS
Juliana Dias Corrêa
Extremidade Autorizada

TABELONATO DE NOTAS *Elétrica 1*
Tony Costa G. Ferreira
Mário Soares de S. Barros
Estrutura Autenticada
Juliana Dias Corrêa
Mário Soares de S. Barros

Reconhecido por semelhança de (s) assinatura(s) de *Juliana Dias Corrêa*
Odeir, 10 de Agosto de 2018
Juliana Dias Corrêa
de Brito
Autorizada



Certifico o Registro sob o nº 97785429 em 22/06/2018
Protocolo 168462856 de 22/06/2018
Nome da empresa JOSIVAN COSTA MENESES E CIA LTDA NIRE 29264201050
Este documento pode ser verificado em <http://regin.juceb.ba.gov.br/AUTENTICACAO/DOCUMENTOS/AUTENTICACAO.aspx>
Chancela 87783724645049
Esta cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 22/08/2018
por Hêlio Portela Ramos - Secretário Geral

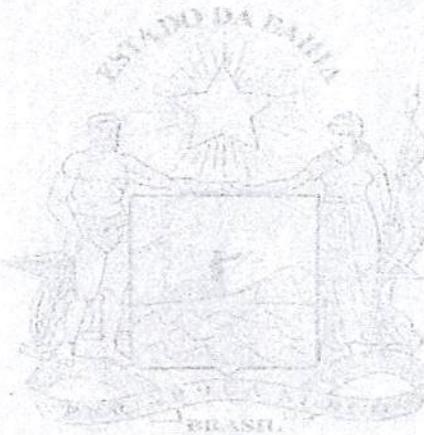


TERMO DE AUTENTICAÇÃO

NOME DA EMPRESA	JOSIVAN COSTA MENESES E CIA LTDA
PROTOCOLO	188462856 - 22/08/2018
ATO	002 - ALTERAÇÃO
EVENTO	021 - ALTERAÇÃO DE DADOS (EXCETO NOME EMPRESARIAL)

MATRIZ

NIRE 29204201050
CNPJ 08.947.953/0001-73
CERTIFICO O REGISTRO EM 22/08/2018



HELIO PORTELA RAMOS
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado da Bahia

22/08/2018

1



Certifico o Registro sob o nº 87785429 em 22/08/2018
Protocolo: 188462856 de 22/08/2018
Nome da empresa JOSIVAN COSTA MENESES E CIA LTDA NIRE 29204201050
Este documento pode ser verificado em <http://regin.juceb.ba.gov.br/AUTENTICACAODOCUMENTOS/AUTENTICACAO.aspx>
Chancela 87783724545048
Este cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 22/08/2018
por Helio Portela Ramos - Secretário Geral

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Laerte Pereira Fonseca inscrito (a) no CPF 019.990.755 / 28, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jackson de Oliveira Tavares inscrito (a) no CPF sob o Nº 626.485.785 / 87, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidz da Vítima Jackson de Oliveira Tavares, inscrito (a) no CPF sob o Nº 626.485.785 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Prça Filinto Faria</u>		Número	<u>41</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Loganópolis</u>	Estado	CEP
Email	<u>laerte@laertefonseca.adv.br</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>79.999552089</u>	Telefone celular (DDD)	<u>49400.000</u>

Loganópolis, 27 de fevereiro de 2020
Local e Data

Assinatura do Declarante

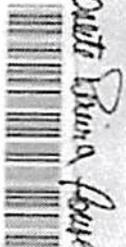
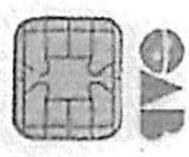
USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.905/94)



Edneusa Pereira Fonseca

TEI FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10503375



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DE SERGIPE
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
LACERTE PEREIRA FONSECA

Nº
6779

NOME DO TITULAR
JOSE RILTON SILVA FONSECA

Nº
3.745.460-7 - SSP/SE

NOME DO TITULAR
EDNEUSA PEREIRA FONSECA

Nº
LACARTO/SE

DATA DE VALIDADE
15/10/1998

Nº
018.880.155-20

NOME DO TITULAR
HENRI CLAY SANTOS ANGELO

Nº
03 43.880-8

PREZIDENTE

08/04/2020

BANCO DO BRASIL -

13:07

386418181

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: LAERTE PEREIRA FONSECA
AGENCIA: 0336-0

CONTA:

39.254-5

DATA	NR. DOCUMENTO	VALOR DINHEIRO	VALOR TOTAL
08/04/2020	38.641.818.100.077	337,00	337,00

08/04/2020	38.641.818.100.077	337,00	337,00
------------	--------------------	--------	--------

NR. AUTENTICACAO
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN

DETRAN - BA Nº 019381120897
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 00559722141 2019
JOBIVAN COSTA MENESES E CIA LTDA

08.947.953/0001-73 PLACA DQN7672
DQN7672/MG 94BA1022DDV040B03

CAR/S. REBOQUE / CAR ABERT COMBUSTIVEL

SR/FACCHINI SRF RT ANO FAB 2013 ANO MOD 2013
10,50T/000CV CATEGORIA ALUQUEL COR PREDOMINANTE CINZA

DATA ÚNICA	VENO COTA ÚNICA	VENO / COTAS
*****	ISENTO	1*****
FAIXA 157A	PARCELAMENTO / COTAS	2*****
660986	*****	3*****

PREMIO TABFARGO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
ISENTO

SEGURO OBRIGATORIO

BEM RESERVA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

JEREMOABD LOCAL BA 15/06/2019
Rodrigo Pinheiro de Souza Lima
Diretor Geral

CENTRAN

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Jackson de Oliveira Tavares

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro

Profissão: Motorista

Identidade: 1122942 CPF: 626.485.785-87

Endereço: Rua José Almeida Bispo nº 24

Bairro: Centro Cidade: Lagarto

Estado: Sergipe CEP: 49400-000

Outorgado: **LAERTE PEREIRA FONSECA**, natural de Lagarto-Sergipe, casado, portador de célula de identidade nº3.215.460-7 SSP/SE, , inscrito no cadastro de pessoa física nº 019.990.755-28 ADVOGADO inscrito na ordem OAB nº 6.779, com escritório profissional na Praça Felino Fontes, n.º 41, Centro, Lagarto (SE), CEP: 49.400-000,

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **Seguradora Líder dos Consórcios do seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima _____.

Data do acidente: 19 / 10 / 2019 Cobertura: invalidiz

Local: Lagarto UF: SE Data: 27 de fevereiro de 2020



Jackson de Oliveira Tavares
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)
(Reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO DO DISTRITO DE MACAMBIRA-SE
Titular: MARIA LUIZA MAGALHÃES DE MELO E FERREIRA
Telefone: (79) 3457-1217

Reconheço e dou fé como verdadeiro, por autenticidade, a
firma de JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES. Macambira-SE,
06/12/2019. Em testemunho do da verdade.
Daniele Ramos Nascimento

Selo: 201929617004200 06/12/2019 10:44:46
Consulte autenticidade em www.tjse.jus.br/x/XNGR7E



Daniele Ramos Nascimento
Escrevente



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DISTRITO POLICIAL DE URUÇUI - URUÇUI - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009286/2019

Data/Hora Início do Registro: 21/10/2019 11:08
Delegado de Polícia: Francisco Celso Campos Gonçalves Benício

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Fim: 21/10/2019 11:38

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Distrito Policial de Uruçuí

Data/Hora do Fato: 19/10/2019 18:30

Local do Fato

Município: Uruçuí (PI)

Logradouro: povoado barra da volta

Bairro: ZONA RURAL

Nº: S/N

CEP: 64.868-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE RENILSON LIMA SANTANA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Nossa Senhora

Sexo: Masculino

Nasc: 11/01/1981

Profissão: Motorista

Nome da Mãe: RIASSILVIA LIMA SANTANA

Nome do Pai: JOSE ARNALDO SANTANA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 012.724.905-21

RG - Carteira de Identidade: 2004423

Endereço

Município: Jeremoabo - BA

Logradouro: RUA PROF L C DE ALMEIDA

Nº: 36

Complemento: CASA

Bairro: CENTRO

CEP: 48.540-000

Telefone: (79) 99813-4542 (Celular)

Nome Civil: JOSIVAN COSTA MENESES E CIA LTDA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Não

Idade 30

Estado Civil: Sem Informação

Em Serviço: Sim

Endereço

Município: Jeremoabo - BA

Logradouro: av Recife

Nº: 35

Bairro: centro

CEP: 48.540-000

Telefone: (75) 3203-2715 (Comercial)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Outros veículos

Descrição CARRETA

CPF/CNPJ do Proprietário 08.947.953/0001-73

Delegado de Polícia Civil: Francisco Celso Campos Gonçalves Benício

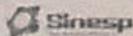
Página 1 de 3

Impresso por: Antonio de Carvalho Negreiros Sobrinho

Data de Impressão: 21/10/2019 11:38

Protocolo nº: Não disponível

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DISTRITO POLICIAL DE URUÇUI - URUÇUI - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

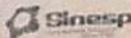
Nº: 009286/2019

Placa OQN7678	Renavam 00559722540
Número do Chassi 94BA0752DDV040804	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor CINZA	UF Veículo Bahia
Município Veículo Jeremoabo	Marca/Modelo SR/FACCHINI SRF RT
Modelo SR/FACCHINI SRF RT	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 04/09/2018	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Josivan Costa Meneses e Cia Ltda	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Outros veículos
Descrição CAVALO BITREM	CPF/CNPJ do Proprietário 08.947.953/0001-73
Placa PKS0540	Renavam 01132802714
Número do Motor D13*6003909*C2*E	Número do Chassi 9BVRG40D7JE848903
Ano/Modelo Fabricação 2018/2017	Número da Carroceria 0708240197830
Cor BRANCA	UF Veículo Bahia
Município Veículo Jeremoabo	Marca/Modelo VOLVO/FH 540 6X4T
Modelo VOLVO/FH 540 6X4T	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 27/10/2017	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Josivan Costa Meneses e Cia Ltda	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Outros veículos
Descrição CARRETA	CPF/CNPJ do Proprietário 08.947.953/0001-73
Placa OQN7672	Renavam 00559722141
Número do Chassi 94BA1022DDV040803	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor CINZA	UF Veículo Bahia
Município Veículo Jeremoabo	Marca/Modelo SR/FACCHINI SRF RT
Modelo SR/FACCHINI SRF RT	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 04/09/2018	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Josivan Costa Meneses e Cia Ltda	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O Noticiante compareceu a esta delegacia para relatar e representar a empresa Meneses de CNPJ 08.947.953/0001-73, que trabalha como motorista. Que afirma que o motorista o sr. Jackson de Oliveira Tavares de CPF 626.485.785-85, vinha conduzindo um veículo (bitrem) na PI 247, carregando de milho, que ao fazer uma curva da barra da volta, município de Uruçuí/PI, perdeu o controle chegando a tombar. QUE o noticiante afirma que o veículo leve media monta. Era o que tinha a declarar.

Página 2 de 3



Delegado de Polícia Civil: Francisco Celso Campos Gonçalves Benício
Impresso por: Antonio de Carvalho Negreiros Sobrinho
Data de Impressão: 21/10/2019 11:38
Protocolo nº: Não disponível

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DISTRITO POLICIAL DE URUÇUI - URUÇUI - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

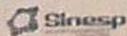
Nº: 009286/2019

ASSINATURAS

[Handwritten signature]
Antonio de Carvalho Nogueira Sobrinho
Agência de Polícia
Matrícula 299
Responsável pelo Atendimento

[Handwritten signature]
JOSE RENILSON LIMA SANTANA
JOSE RENILSON LIMA SANTANA
(Comunicante)

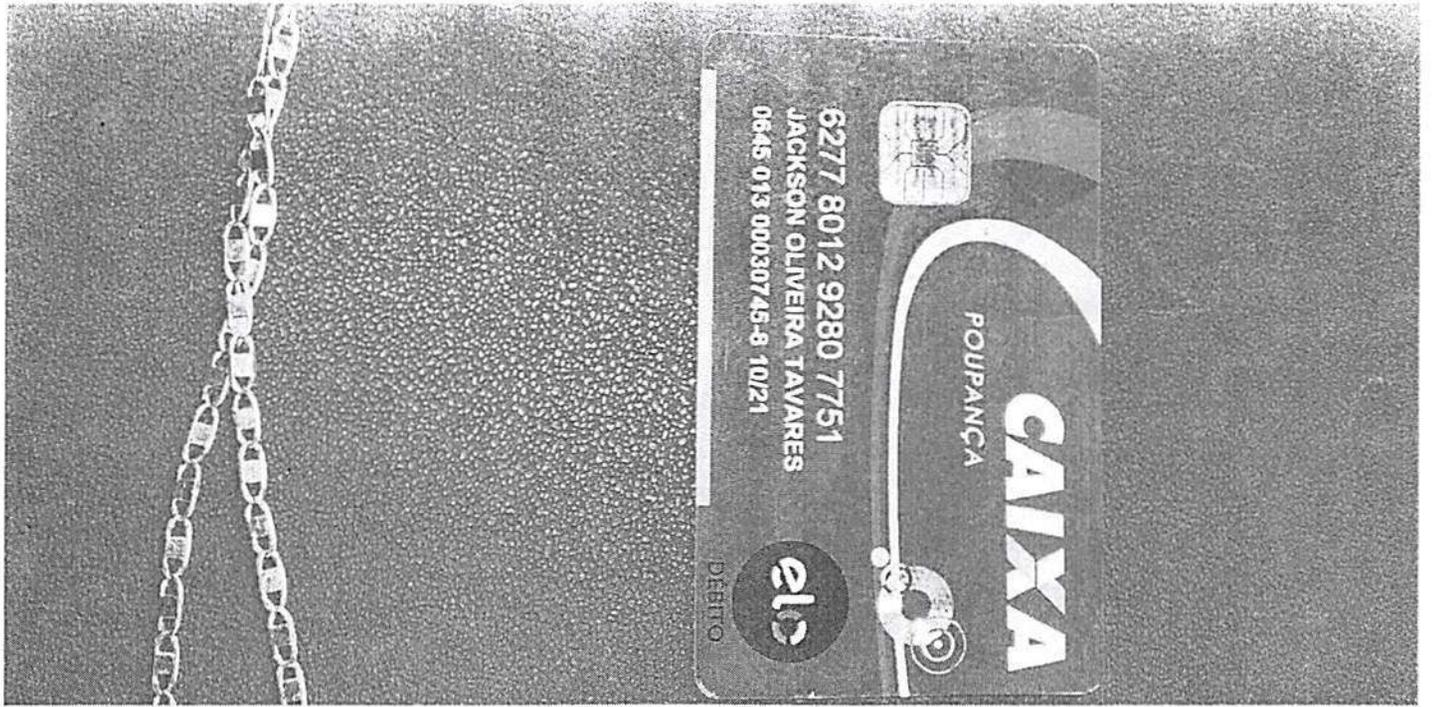
*Declara para os devidos fins de direito que esta ocorrência foi registrada pelas informações acima assentadas e que o titular responderá civil e criminalmente pela presente declaração que lhe originou, conforme previsto nos Artigos 305 e 306 do Código de Processo Penal e no Artigo 130 da Constituição Federal, sob pena de Comunicação Falsa de Crime ou de Conservação do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil Francisco Celso Campos Gonçalves Benício
Impresso por: Antonio de Carvalho Nogueira Sobrinho
Data de Impressão: 21/10/2019 11:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 626.485.785-87 4 - Nome completo da vítima: Jackson de Oliveira Tavares

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Jackson de Oliveira Tavares 6 - CPF: 626.485.785-87
 7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua José Almeida Bispo 9 - Número: 24 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Lagoa 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49400-000
 15 - E-mail: laerte@laertefonseca.adv.br 16 - Tel. (DDD): 79 3631 7735

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0645 CONTA: 30745 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Lagoa/SE 27/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Jackson de Oliveira Tavares

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
[Assinatura]

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
1122942 SSP SE

CPF **626.485.785-87** **DATA NASCIMENTO** **13/08/1974**

FILIAÇÃO
POMPILIO TAVARES
ISABEL ALVES DE OLIVEIRA

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
RE **R**

Nº REGISTRO **00729385640** **VALIDADE** **21/07/2020** **Nº HABILITAÇÃO** **23/08/1994**

OBSERVAÇÃO
EXERCE ATIV REMUNERADA;

Jackson de Oliveira Tavares
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ARACAJU, SE

Luz de Azevedo Costa Neto
ASSINATURA DO EMISSOR

DATA DE EMISSÃO
31/08/2016

14896552692
SE018449484

DETRAN - SE (SERGIPE)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1295112271

PROIBIDO PLASTIFICAR
1295112271

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16 Registro de informações cadastrais Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. Assinalar a opção que melhor justifique a ausência de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IML).
----	--	---

MORTE

23 a 33 Declaração de Únicos Beneficiários A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a rogo/a pedido.
36	CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a rogo/a pedido.
37	Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade. Necessário reconhecer firma da assinatura.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu rogo/a pedido, na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura do Pedido do Seguro DPVAT.

TESTESMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTESMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível para a cobertura de morte, sem necessidade de reconhecimento de firma das assinaturas; e para beneficiários/vítimas não alfabetizados sendo, neste caso, necessário o reconhecimento de firma das assinaturas das testemunhas.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Josivan Costa Menezes,
RG nº 2141361, data de expedição 26/07/11,
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 935.435.815-20,
com domicílio na cidade de Jeremoabo, no Estado de
Bahia, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Avenida Feliza, nº 388,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Jackson de Oliveira Tavares, cujo o condutor era
Jackson de Oliveira Tavares.
Veículo: Bitum Modelo: FH 540 6x4T Ano: 2017/2018
Placa: PKS 0540 Chassi: 9BVRG4007JE848903
Data do Acidente: 19/10/19

Local e Data: Jeremoabo 16/12/19



Josivan Costa Menezes
Assinatura do Declarante

Jackson de Oliveira Tavares
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TABELIONATO DE NOTAS DE JEREMOABO - BA
Rua Duque de Caxias, n 49, Centro, Tel.: (75)3203-2260

Reconheço por Autenticidade 0001 firma(s) de:
JOSIVAN COSTA MENESES - CPF: 935.435.815-20
Emol: R\$2,42 Fis: R\$1,72 FEC: R\$0,00 Def: R\$0,00
PGE: R\$0,10 MP: R\$0,05 Total: R\$5,00
Selo(s): 2000.AB103460-0
Em Testemunho () da verdade,
Clara Ferreira de Brito - Escrevente
JEREMOABO - BA 17/12/2019

Clara Ferreira de Brito
Escrevente Autorizada





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.261.018-0 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 17/05/2016

NOME
JACKELINE LINA TAVARES

FILIAÇÃO
JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES
ANTONIA REGEMUNDIA DA CONCEIÇÃO LINA

NATURALIDADE LAGARTO-SE DATA DE NASCIMENTO 02/03/1994

DOC ORIGEM
CT. NASCIM. NR. 41523 LV A-37 FL. 246
CPF CART. 306 DIST. COM. LAGARTO/SE
PIE 042.054.735-50

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Handwritten: 118



19700 - Rua Campes do Rio, 224, 43 de Junho, Aracaju-SE, 49035-180
 CNPJ: 13.551.000/0001-0900, EPP, EPP, EPP, EPP

FATURA MENSAL #

Inscrição
235819.0

Nome do Cliente: **JOCELD ARAUJO SANTOS**

Endereço: **PCA FELINO FONTES, 41, LAGARTO, 49400-000**

Medição (Sistema Laboratório)	Data da Leitura	Medidor	Classificação / Estorno
418009/00318	08/08/2019	A16N054177	RES: 1

Leit. Anterior	34	HISTÓRICO DE CONSUMO RLS (m3) 07/19 00003 08/19 00004 05/19 00004 04/19 00005 03/19 00005 02/19 00010
Leit. Atual	37	
Consumo (m3) - 02/19/2019	30	
Medida de consumo (m3)	0	
Ocorrência na leitura		
Data da Leit. Anterior	16/07/19	
Dias de Consumo	29	
Medida diária (m3)	0,17	
Previsão para próx. leit.	07/09/19	
PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)		

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Serviço	Valor
AGUA	37,74
ESGOTO	30,19

Mês Referência: **08/2019** **VENCIMENTO: 19/08/2019** TOTAL A PAGAR R\$ **67,93**

SER PAI É ... TER A CERTEZA DE QUE TUDO QUE SE FAZ É PARA GARANTIR A ALEGRIA E O BEM ESTAR DE UM FILHO. FELIZ DIA DOS PAIS!

A falta de pagamento desta fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art. 91, Decreto Lei nº 27.616/2010.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195
 AGENCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenclavirtual

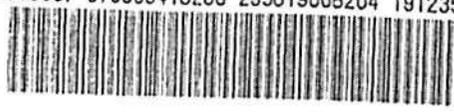
Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.410/2005 - Art.5º inciso I)

Parâmetro	Tubedex	Cv	Cbro	Floor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Nº. Mínimo de Amostras Exigidas	21	16	21		21	
Nº. de Amostras Analisadas	21	25	25		21	21



Medição	235819.0	Vencimento	19/08/2019
Mês/ano	08/2019 8	TOTAL A PAGAR R\$	67,93

82610000007 679300418200 235819008204 191235819015



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - BA Nº 01569773837
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: BNT 123456789
CATEGORIA: B1

TIPO: VEICULO

DATA DE REGISTRO: 12/03/2019

VALOR DO LICENCIAMENTO: R\$ 100,00

VALOR DO IPTU: R\$ 50,00

VALOR DO IPI: R\$ 200,00

VALOR DO ICMS: R\$ 100,00

VALOR DO ITR: R\$ 50,00

VALOR DO IPT: R\$ 20,00

VALOR DO ITCMD: R\$ 10,00

VALOR DO ITCM: R\$ 5,00

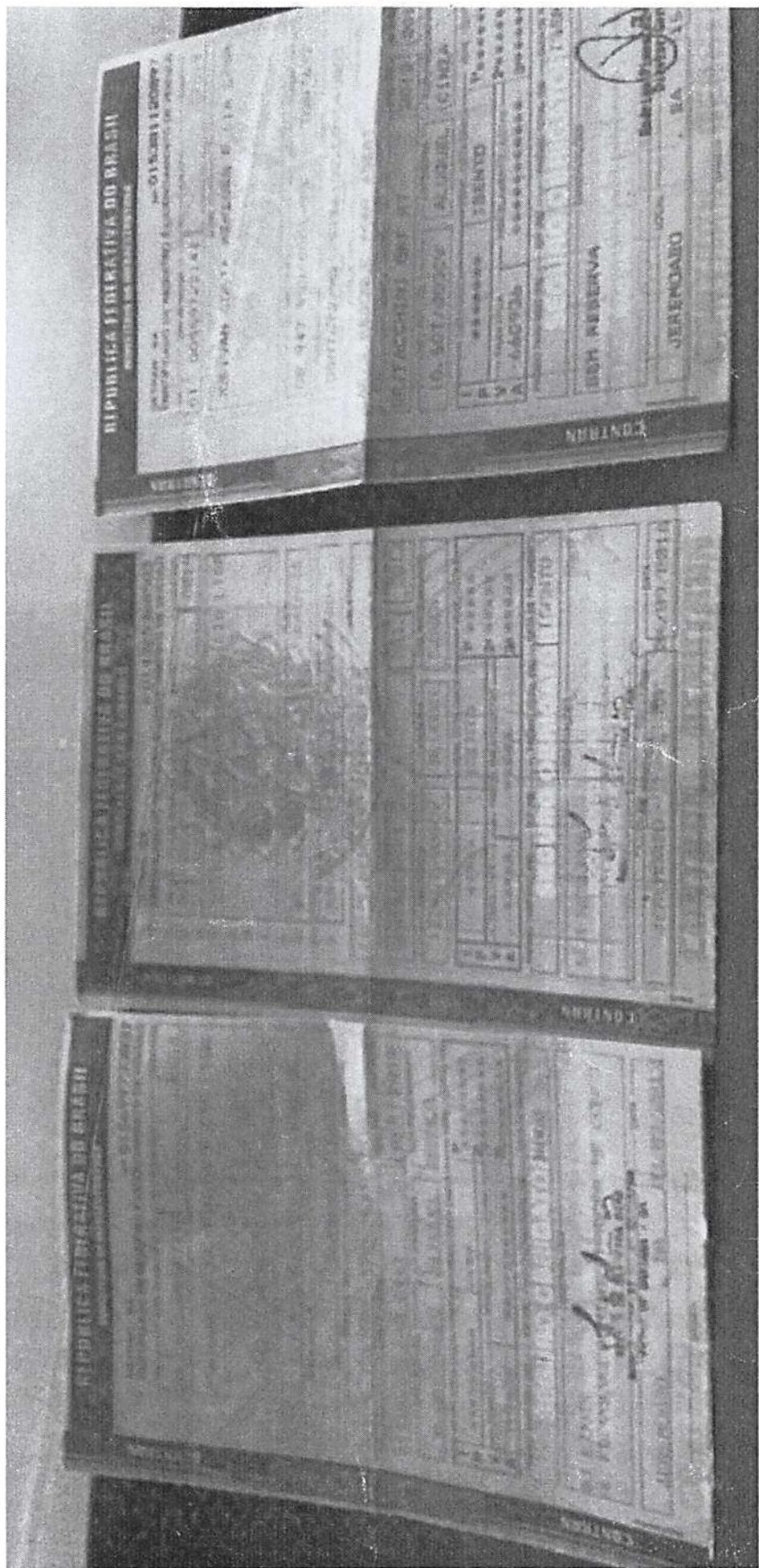
VALOR DO ITCM: R\$ 2,50

SEGURO OBRIGATORIO BR/CL

ASSURANCE COMPANY: S.A. FIDUCIARIA BRASILEIRA DE SEGUROS

DATA DE EMISSÃO: 12/03/2019

VALOR DO SEGURO: R\$ 100.000,00





Buscar no site

Seguro DPVAT
Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

- [/Pages/Acessibilidade.aspx](#)
- [/Pages/Atalhos-de-Indenizacao.aspx](#)

- Documentos Despesas Médicas [/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx](#)
- Documentos Invalidez Permanente [/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx](#)
- Documentos Morte [/Pages/Documentacao-Morte.aspx](#)
- Dicas Indispensáveis [/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#)

PAGUE SEGURO

- [/Pages/Salva-como-pagar.aspx](#)
- [/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx](#)

ACOMPANHE O PROCESSO

[/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#)

Faça Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para a documentação completa.

SINISTRO 3200099011 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES
COBERTURA Invalidez
PUNTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES
CPF/CNPJ: 62648578587

Posição em 17-03-2020 10:10:03

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/03/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
07/03/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/fFritspBg3mWRWNIOqOncg==/AZEPnMkqUyZkxnmS22MEPSdn6w4O_Z_yrY__ftz7XcFr93MCAgWqWnOm2154/S3J0o7sLGBw5Aqg779USVAH1FK8B5rh3jgVz54XlCck6WLu50b+2wepb5UMdtc4wpsD86eY__QUa02LVeyezhn+DxjKk87rQM4



<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

<https://itunes.apple.com/us/app/segu-ro-dpvat/id1375178092?pt&is=1&mt=8>
<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>

- [/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#)
- [/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx](#)
- [/Pages/Salva-como-pagar.aspx](#)
- [/Pages/Pontos-de-Atendimento](#)
- [/Pages/Como-Pedir-Indenizacao](#)
- [/Pages/Quem-Somos.aspx](#)
- [/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx](#)
- [/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx](#)
- [/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#)
- [/Pages/Dicionario-do-Seguro-DPVAT](#)
- [/Pages/Perguntas-Frequentes](#)
- [/Pages/Chat-Atendimento-On-line](#)
- [/Pages/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes](#)
- [/Pages/Telefones-de-contato](#)
- [/Pages/Ouvidoria](#)
- [/Pages/Canal-de-Denuncias](#)
- [/Pages/Mapa-do-Site](#)

<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/71556814921288>

[/Pages/Termos-de-Uso.aspx](#)



SUBSTABELECIMENTO

Pelo presente, substabeleço, com reservas dos mesmos, a **Bel. Laerte Pereira Fonseca, OAB/SE nº 6.779, Bela. Naiane Santos Carvalho Dória, OAB/SE 7.569, Bel. Yuri Andrade Chaves, OAB/SE 11.736**, os poderes a mim conferidos e relativos pelo Sr.(a), **JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES**, portador do CPF nº 626.485.785-87 que ora tramitará nesta vara.

Lagarto (SE), 03 de novembro de 2020.

LAERTE FONSECA ADVOGADOS ASSOCIADOS



CERTIDÃO

O Secretário-Geral da Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional de Sergipe certifica que, o registro da Sociedade de Advogados **LAERTE FONSECA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, protocolado sob nº 464/2017, livro A-5, fls. 64, registrado em 02/05/2017, sob nº 464/2017, no livro B-46, fls. 11/15, foi deferido pela Comissão de Sociedade de Advogados em 02/05/2017, conforme Art. 15/17 do EOAB, Artigo 37/43 do Regimento Geral e o Artigo 8º do Provimento 112/2006 do Conselho Federal da OAB.//

Aracaju, 02 de Maio de 2017.


AURÉLIO BELÉM DO ESPÍRITO SANTO
Secretário-Geral da OAB/SE



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **626.485.785-87**

Nome: **JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES**

Data de Nascimento: **13/08/1974**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/02/1991**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:08:30** do dia **03/11/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **CE09.503D.7F80.563B**



Este documento não substitui o [“Comprovante de Inscrição no CPF”](#).

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

Declaração de Imposto sobre a Renda Retido na Fonte - Dirf
Relação de Dirf's Entregues

CPF: 626.485.785-87

Nome: JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

Ano-
Calendário ▼Entrega
Data e Hora ▼Tipo de
DeclaraçãoSituação da
Declaração

Serviço

Não Consta Entrega de Declarações

Somente serão disponibilizadas informações sobre declarações a partir do Ano-Calendário 1999. Caso tenha transmitido a Dirf hoje, consulte novamente mais tarde.

ATENÇÃO contribuinte PESSOA FÍSICA !

Esta consulta refere-se as Declarações de Imposto Retido na Fonte - Dirf. A Dirf é apresentada por pessoas (físicas ou jurídicas) que realizaram pagamentos a outras pessoas com retenção de imposto na fonte.

Caso esteja procurando informações sobre Declaração do Imposto de Renda - DIRPF, verifique em <http://receita.economia.gov.br/>, na seção referente ao IRPF.

Data: 03/11/2020 17:01

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)

Situação das Declarações IRPF 2020

Prezado Contribuinte (CPF 626.485.785-87),

JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

03/11/2020

17:10

versão 01.20180815

[Voltar](#)



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)

Situação das Declarações IRPF 2019

Prezado Contribuinte (CPF 626.485.785-87),

JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

03/11/2020

17:10

versão 01.20180815

Voltar



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)

Situação das Declarações IRPF 2018

Prezado Contribuinte (CPF 626.485.785-87),

JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

03/11/2020

17:11

versão 01.20180815

[Voltar](#)



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R


Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe
Guia de Recolhimento
Custas - Inicial Cível
Data: 03/11/2020

Num. Guia: 202010303824

Taxa de Distribuição: R\$ 20.73

Valor das Custas: R\$ 386.98

Valor da(s) Diligência(s): R\$ 27.65

Taxa Judiciária: R\$ 177.19

Valor da Causa: R\$ 11812.50

Valor Litisconsórcio: R\$ 0.00

Comarca: Lagarto

TOTAL 612,55
Guia Válida 23/11/2020

Via - Cartório

Autenticação Mecânica


Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe
Guia de Recolhimento
Custas - Inicial Cível
Data: 03/11/2020

Num. Guia: 202010303824

Taxa de Distribuição: R\$ 20.73

Valor das Custas: R\$ 386.98

Valor da(s) Diligência(s): R\$ 27.65

Taxa Judiciária: R\$ 177.19

Valor da Causa: R\$ 11812.50

Valor Litisconsórcio: R\$ 0.00

Comarca: Lagarto

TOTAL 612,55
Guia Válida 23/11/2020

Via - Parte

Autenticação Mecânica

856300000069 125501560127 020103038244 202011230341


Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe
Guia de Recolhimento
Custas - Inicial Cível
Data: 03/11/2020

Num. Guia: 202010303824

Taxa de Distribuição: R\$ 20.73

Valor das Custas: R\$ 386.98

Valor da(s) Diligência(s): R\$ 27.65

Taxa Judiciária: R\$ 177.19

Valor da Causa: R\$ 11812.50

Valor Litisconsórcio: R\$ 0.00

Comarca: Lagarto

TOTAL 612,55
Guia Válida 23/11/2020

Via - Banco

Autenticação Mecânica



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CIVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202054101356

DATA:

03/11/2020

MOVIMENTO:

Conclusão

DESCRIÇÃO:

Nesta data faço o processo eletrônico concluso.

LOCALIZAÇÃO:

Juiz

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CIVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202054101356

DATA:

11/11/2020

MOVIMENTO:

Despacho

DESCRIÇÃO:

DESPACHO I Defiro o benefício da justiça gratuita, por estarem preenchidos os requisitos do art. 98 do NPCP. II Tendo em vista o momento de pandemia pelo novo coronavírus, deixo de designar audiência para autocomposição neste momento, consignando que podem as partes, a qualquer tempo do andamento processual, pugnar pela designação de audiência para fins de composição consensual da lide, o que será sempre bem-vindo. III Cite-se a parte ré, por AR, para, no prazo de 15 (quinze) dias, oferecer defesa, sob pena de serem reputados verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (art. 344 do CPC vigente). IV- Na hipótese de a parte ré, em sua peça contestatória, suscitar questões preliminares ou juntar documentos, deve a secretaria intimar a parte autora, pela imprensa, para, em 15 (quinze) dias, apresentar réplica. V Após o decurso do aludido prazo, com ou sem manifestação, certifique-se e volvam conclusos.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**Poder Judiciário do Estado de Sergipe
2ª Vara Cível de Lagarto**

Nº Processo 202054101356 - Número Único: 0006188-18.2020.8.25.0040
Autor: JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES
Réu: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

DESPACHO

- I – Defiro o benefício da justiça gratuita, por estarem preenchidos os requisitos do art. 98 do NPCP.
- II –Tendo em vista o momento de pandemia pelo novo coronavírus, deixo de designar audiência para autocomposição neste momento, consignando que podem as partes, a qualquer tempo do andamento processual, pugnar pela designação de audiência para fins de composição consensual da lide, o que será sempre bem-vindo.
- III– Cite-se a parte ré, por AR, para, no prazo de 15 (quinze) dias, oferecer defesa, sob pena de serem reputados verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (art. 344 do CPC vigente).
- IV- Na hipótese de a parte ré, em sua peça contestatória, suscitar questões preliminares ou juntar documentos, deve a secretaria intimar a parte autora, pela imprensa, para, em 15 (quinze) dias, apresentar réplica.
- V– Após o decurso do aludido prazo, com ou sem manifestação, certifique-se e volvam conclusos.



Documento assinado eletronicamente por **GUILHERME DIAMANTINO DE OLIVEIRA WEBER, Juiz(a) de 2ª Vara Cível de Lagarto**, em 11/11/2020, às **23:58:54**, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2020002180982-34**.



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202054101356

DATA:

16/11/2020

MOVIMENTO:

Certidão

DESCRIÇÃO:

Certifico que expedi mandado.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202054101356

DATA:

17/11/2020

MOVIMENTO:

Expedição de Documento

DESCRIÇÃO:

Mandado de número 202054104808 do tipo CARTA CITAÇÃO PROCEDIMENTO COMUM SEM AUDIÊNCIA [TM4205,MD2372]

 {Destinatário(a): SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE
2ª Vara Cível de Lagarto
Rod. Antônio Martins de Menezes, km 36, S/N
Bairro - Horta Cidade - Lagarto
Cep - 49400000 Telefone - (79)3632-1700

Normal(Justiça Gratuita)



202054104808

PROCESSO: 202054101356 (Eletrônico)
NÚMERO ÚNICO: 0006188-18.2020.8.25.0040
NATUREZA: Procedimento Comum Cível
REQUERENTE: JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES
REQUERIDO: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

CARTA DE CITAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Através da presente, fica Vossa Senhoria **CITADO(A)**, por todo o conteúdo da petição inicial, de cópia em anexo, parte integrante desta, para, querendo: 1) Integrar a relação processual, nos termos do art. 238 e seguintes do CPC; 2) Apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, conforme determinado no art. 335 e seguintes do CPC, sob pena de revelia, além de presumidas como verdadeiras as alegações de fato apresentadas pela parte autora (art. 344 do CPC);

Finalidade: Responder em 15 (quinze) dias.

Despacho: DESPACHO I Defiro o benefício da justiça gratuita, por estarem preenchidos os requisitos do art. 98 do NPCP. II Tendo em vista o momento de pandemia pelo novo coronavírus, deixo de designar audiência para autocomposição neste momento, consignando que podem as partes, a qualquer tempo do andamento processual, pugnar pela designação de audiência para fins de composição consensual da lide, o que será sempre bem-vindo. III Cite-se a parte ré, por AR, para, no prazo de 15 (quinze) dias, oferecer defesa, sob pena de serem reputados verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (art. 344 do CPC vigente). IV- Na hipótese de a parte ré, em sua peça contestatória, suscitar questões preliminares ou juntar documentos, deve a secretaria intimar a parte autora, pela imprensa, para, em 15 (quinze) dias, apresentar réplica. V Após o decurso do aludido prazo, com ou sem manifestação, certifique-se e volvam conclusos.

Atenciosamente,

Ilmº (a) Sr(a)

Nome : SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
Residência : Rua Senador Dantas, , 74
Bairro : Centro
Cep : 20031204
Cidade : Rio de Janeiro - RJ - RJ

[TM4205, MD2372]



Documento assinado eletronicamente por **TAIS WILTSHIRE SOARES DO AMARAL, Escrivão/Chefe de Secretaria/Secretário/Subsecretário de 2ª Vara Cível de Lagarto, em 17/11/2020, às 09:56:17**, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2020002216858-10**.
