



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**2ª VARA CIVIL 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 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**

**Processos Apensados:**

--

**Processos Dependentes:**

--





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:**

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 sequela 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:




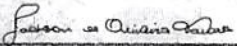

OUTORGADO(S): **LAERTE FONSECA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, Sociedade de Advogados, devidamente registrada na OAB/SE sob o número 464/2017, com sede profissional na Praça Felino Fontes, nº 41, Centro, Lagarto (SE), CEP: 49.400-000, Telefone: (79) 99947-7246, a quem confere:

**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 TRÂNSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1295112271	NOME JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES		
		DOC. IDENTIDADE / ÓRG. 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. E		
	Nº REGISTRO 00729385640	VALIDADE 21/07/2020	1ª HABILITAÇÃO 23/08/1994
PROIBIDO PLASTIFICAR 1295112271	OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV. REMUNERADA:		
	 ASSINATURA DO PORTADOR		
	LOCAL ARACAJU, SE	DATA DE EMISSÃO 31/08/2016	
	 LUIZ DE AZEVEDO COSTA NETO DIRETOR - PRESIDENTE		14896552692 SE018449484
	ASSINATURA DO EMISSOR		
DETRAN-SE (SERGIPE)			





**DESO**  
COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE

NOVEMBRO AZUL - Todos no lado esquerdo e chancel de proteção

SEDE: Rua Campo do Brito, 331, 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/Sector/Função/Localidade	Data da Leitura	Identificação	Classificação Econômica																																				
418004/00631	08/11/2019	A05N226016	RES: 1																																				
<table border="0"> <tr> <td>Leit. Anterior</td> <td>1626</td> <td colspan="2">HISTÓRICO DE CONSUMO</td> </tr> <tr> <td>Leit. Atual</td> <td>1632</td> <td>REF.</td> <td>(m3)</td> </tr> <tr> <td>Consumo Faturado (m3)</td> <td>6</td> <td>10/19</td> <td>00007</td> </tr> <tr> <td>Média de Consumo (m3)</td> <td>9</td> <td>09/19</td> <td>00009</td> </tr> <tr> <td>Quantidade da Leitura</td> <td></td> <td>08/19</td> <td>00014</td> </tr> <tr> <td>Data da Leit. Anterior</td> <td>09/10/19</td> <td>07/19</td> <td>00010</td> </tr> <tr> <td>Dias de Consumo</td> <td>30</td> <td>06/19</td> <td>00011</td> </tr> <tr> <td>Média diária (m3)</td> <td>0,3</td> <td>05/19</td> <td>00008</td> </tr> <tr> <td>Previsão para Prox. Leit.</td> <td>08/12/19</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				Leit. Anterior	1626	HISTÓRICO DE CONSUMO		Leit. Atual	1632	REF.	(m3)	Consumo Faturado (m3)	6	10/19	00007	Média de Consumo (m3)	9	09/19	00009	Quantidade da Leitura		08/19	00014	Data da Leit. Anterior	09/10/19	07/19	00010	Dias de Consumo	30	06/19	00011	Média diária (m3)	0,3	05/19	00008	Previsão para Prox. Leit.	08/12/19		
Leit. Anterior	1626	HISTÓRICO DE CONSUMO																																					
Leit. Atual	1632	REF.	(m3)																																				
Consumo Faturado (m3)	6	10/19	00007																																				
Média de Consumo (m3)	9	09/19	00009																																				
Quantidade da Leitura		08/19	00014																																				
Data da Leit. Anterior	09/10/19	07/19	00010																																				
Dias de Consumo	30	06/19	00011																																				
Média diária (m3)	0,3	05/19	00008																																				
Previsão para Prox. Leit.	08/12/19																																						
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)																																					
		COFINS: 2,93 PASEP: 0,64																																					

Valor						
AGUA	37,74					
ESGOTO	0,00					
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	0,80					
0101 10/2019						
Mês Referência:						
11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 38,54					
VENCIMENTO: 18/11/2019						
NOVEMBRO AZUL PELA SAÚDE 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 27.565/2010.						
CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195						
AGÊNCIA VIRTUAL: <a href="http://www.deso-se.com.br/agenciavirtual">www.deso-se.com.br/agenciavirtual</a>						
Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art.5º inciso I)						
Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Floro	Conformidade Total	Exatidão
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	71	16	71		71	
Nº de Amostras Análises	62	62	62		62	62
Nº Mínimo de Amostras em Conformidade com Portaria 2.914/2011	62	62	62		62	62



**DESO**  
COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE

COMPRIZANTE 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-Piauí 62

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	
Procedimentos Autorizados:	

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





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

RELATÓRIO MÉDICO

O (a) paciente

BEKMAN de OLIVEIRA  
JOVEM foi atendido (a), nesta unidade dia 11 / 11 / 11

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

fratura de humero proximal  
com deslocamento  
26/09/11

CID

T93

ARACAJU,

16 / 09 / 20

Dr. Antônio Franco Cabral  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 880





GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

### FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: JACKSON DE OLIVEIRA THOMAS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FX A OMBRO ESQ

CIRURGIA REALIZADA: MTI

CIRURGIÃO: DR THOMAS CECIL / DR HILHELIANO LAMARCA

AUXILIARES:

ANESTESIA: DR MATHEUS ANESTESISTA: MDC

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: D MENO

☒ 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. PTE EM DE. HT. DIRETO ALOS AUTOREM
  2. A-A + AMIS ATENEM
  3. ALGO DE KOLMEN - VAGUE HEN EM CUBITAL ESTERIL, COM
  4. MACHADO COM VITROS
  5. DETERMINA FURTURA COMUMIA DE PAREDE + COMUM LOREDA
  6. REALIZADO DE DETERM COM. PASSAGEM DE FURTO DE
  7. IMPLANTADO 1 FURTO COM 5 PLACAS
- DETALHES DE FICULON
- PRONTO DR. HILHELIANO E PAREDE DE FURTO
- SUTURA COM LIGAM + CUBITAL ESTERIL
- A SANG

DATA: 21/11/14

21 NOV 2014

Assinatura do Cirurgião



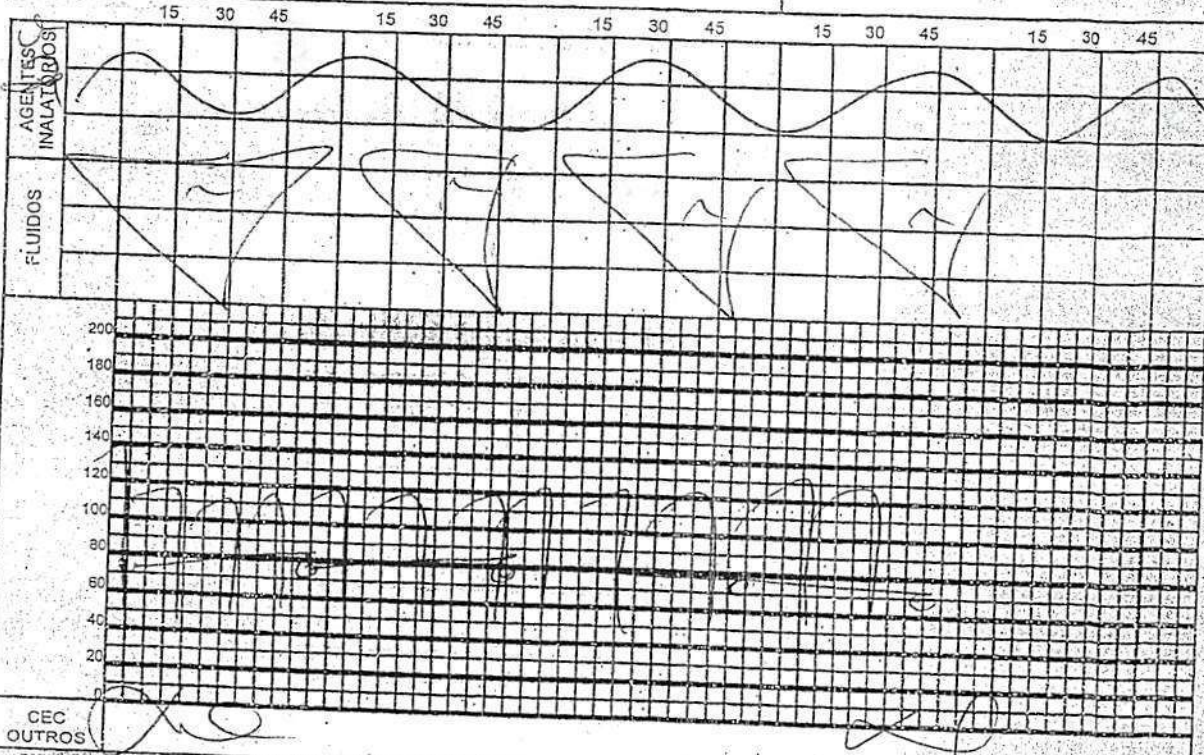
# HUSE

## BOLETIM DE ANESTESIA



Fundação Hospitalar de Saúde

PACIENTE: JACKSON DE OLIVEIRA		REGISTRO:
UNIDADE:	MÉDICO:	LEITO:
CIRURGIA PROGRAMADA: UT empu no f + do	CIRURGIA REALIZADA: Peritônio	DATA: 21/11/19
ANESTESIOLOGISTA: Dr. H. F. F. e	TÉCNICA ANESTÉSICA: Vg + tmo	MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:
CIRURGIÃO: J. L. de Bulo	AUXILIAR:	ASA: I
HORA DE INÍCIO: 08:00	HORA DE TÉRMINO: 10:30	ACESSO VENOSO:
POSICÃO:		



CEC  
OUTROS

MONITORIZAÇÃO		CONDIÇÃO DE ALTA PARA CPA	
PA NÃO INVASIVA	X	PVC	
PA INVASIVA		TEMPERATURA	
ELETROCARDIOGRAFIA	X	DIURESE	
OXIMETRIA	X	VENTILAÇÃO	
CAPNOGRAFIA		PAM	

AGENTES ANESTÉSICOS	DOSE	ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO
Neuroce 10 - p		NOME:
Diazepam 20 - p		1ª Dose as: horas
Vg 100		2ª Dose as: horas
Bicel 0,1		3ª Dose as: horas
Neuroce 0,1		OBSERVAÇÕES:

Dra. Patrícia Medeiros R.  
Anestesiologista  
CRM: 352529

ENCARINHADO PARA: ( ) UNIDADE



# Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"  
Florianópolis - Piauí

## Folha de Anestesia

Nome: <u>Tudson Oliveira Tavares</u> Registro: _____					
Enf.: _____		Leito: _____		Apto.: _____	
Data <u>20/10/19</u>	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinatria	Hemoglobina	Hemotócrito	Glicemia
Exame de Urina		Dos. Uréia			
Função Respiratória					
Sistema Circulatório			Eletrocardiograma		
Sistema Respiratório			Assina		Bronquite
Sistema Digestivo			Sistema Urinário		
Estado Mental <u>G-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		<u>Propofol 150g</u> <u>Lidocaina 75g</u> <u>Fentanyl 100g</u>
	400		
	Sangue 300		
	200		
	Outros 100		
Temperatura T°	C		SEQUÊNCIA
P. Arterial	38		1
V	180		2
Λ	160		3
Pulso	36		4
Início e Fim Anestesia	140		5
X	120		6
Início e Fim Operação	100		7
○	80		8
Respiração	32		9
	60		10
	40		11
	20		12
	10		13
			14
		15	
SÍMBOLO		DURAÇÃO	

Técnica: <u>Rebano</u>	Incidentes - Acidentes
Operação: <u>Re</u>	



<b>II - ATESTADO MÉDICO</b> deve ser preenchido por profissional médico			
Atendimento <i>Jackson de Oliveira Tavares</i>			
54 - Unidade de Atendimento médico <i>HRTN - Tênis 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>Edimatizado quebrando luxação 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>Fratura do acetábulo (C100=532.4)</i>			
Local e Data <i>07/11/2019</i>		<i>Justino Moreira de Carvalho Júnior</i> <i>CRM-MG 3982</i> Assinatura e carimbo do médico com CRM	
<b>III - INSS</b>			
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



<b>II - ATESTADO MÉDICO</b> deve ser preenchido por profissional médico			
Atendimento <u>Jackson de Oliveira Tavares</u>			
54 - Unidade de Atendimento médico <u>HRTN - Tibúcio Nunes</u>	55 - Data <u>20/11/2019</u>	56 - Hora <u>00:30</u>	
57 - Houve internação <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	58 - Provável Duração do tratamento (dias) <u>6 semanas</u>	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 <u>Politraumatizado apresentando lesões do quadril esquerdo após acidente automobilístico envolvendo frota da autarquia de trânsito.</u>			
Diagnóstico			
61 - Diagnóstico provável <u>Lesões do quadril</u>		62 - CID-10 <u>S73</u>	
63 - Observações <u>Fratura do acetábulo (C17W= S32.4)</u>			
Local e Data <u>07/11/2019</u>		<u>Justino Moreira de Carvalho Júnior</u> Assinatura e carimbo do médico com CRM	
<b>III - INSS</b>			
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



02

p. 25



HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA:

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

HORA:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SITUAÇÃO / QUEIXA:

R Boca AP  
R Cora D - E 2P  
R Coler joelho - macia 2P  
R Joelho D - E 2D

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

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

OBSERVAÇÃO:

Red mção 14 E Af. de gta

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF.: COREN: ASSINATURA:

COORDENADOR: DATA: / / 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)

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO  
Av. Tancredo Neves, S/N - Bairro Capucho, CEP 49080-470, Aracaju - Sergipe. Tel. 3215-2500



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

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 ao no PS HUSF I. Ort. redia, com histórico de transtornos do Hospital Tereza Ne - me - DIAUI, tendo sido pelo SAAU, recebendo com ORTOPEDIA / WA NID.

Relato de internamento realizado em outubro de 2019, sendo tratado principalmente no mesmo hospital e encaminhado ao HUSF para tratamento do trauma de membro E, realizado pelo Cirurgião Geral no PS. Paciente buscando consciência e orientação, verbalizando Glasgow 15, membros superiores e inferiores, corado, hidratado, eufórico, sem alterações.

Sintomas de trauma muscular, em M.D. Examinado com consciência em curso coberto, suturando suposto, sem feridas. Pequeno e PE E enotenoção.

## HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Abordagem de neurocirurgia que o liberou. Retirada da Gaiola Geral.

Exame físico limpo, com redução de trauma de membro E, coloração de pele com 5 pontos.

## EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx tórax, Rx coxa D e E, Rx joelho D e E, Rx pescoço e ombro esquerdo, Rx mão E.  
 ECG  
 TC

## MÉDICOS ASSISTENTES:

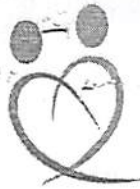
Thiago Leo	ORTOPEDISTA	CRM 4728	SE
Juliano Frazão	ORTOPEDISTA	CRM 880	SE
Joniel Bispo de Araújo Filho	ORTOPEDISTA	CRM 1295	SE
Aline Amorim	em geral	CRM 5560	SE

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

ARACAJU, 04 de dezembro de 2019

Marco Aurelio Facanha  
 MÉDICO  
 CRM - 1814



**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  
Data: 20/10/2019  
Funcionario: JO

Registro: 202316  
Hora: 06:39:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

Senha 24

SUS

**JADSON OLIVEIRA TAVARES**

Nasc.: 13/08/1974 Idade: 45 ANOS, 2 MESES, 7 DIAS Profissão: CAMINHONEIRO Civil: CASADO(A) CEP: 64860-000  
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

Exame clinico/fisico:

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

EXAMES REALIZADOS DE TOMOGRA...

DATA 20/10/2019

EXAME Tc de crânio

RESPONSAL

Diagnostico provavel:

Medicação:

- 3F0.3% - 500ml + aspirina 100mg 06:55  
- Hidrocodona 100mg + OD 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  
Terezinha de Jesus Araújo Lopes  
Téc. Enfermagem  
COREN-PI 359.553

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Paciente vítima de Trauma de  
alta energia de dm, lesões de  
profundidade quechil E em contusão  
em fôlex.

Rx = luxação de quadril E  
do antro alveolar PI fôlex de alveolar  
Ortopedia - Dr. Alexandre de Alencar e Almeida

Hospital Regional Tiberio Nunes  
Exame: Exame físico  
Data: 20/10/2019  
Ass. Maria Clara

Dr. Alexandre de Alencar e Almeida  
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

## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

Jedson de Oliveira Lameiro

DA CLÍNICA: Oftalmologia

À CLÍNICA: Cirurgia geral

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

## MOTIVO DA CONSULTA

Paciente em SPO de Lúxos de Dúchil E, evoluindo com dispnéia moderada, leve taquicardia. Encontra-se em uso de cateter nasal 3lit/min. Parâmetros vitais PA:

FC: 104, SpO2: 98%.

DATA: 21/10/19

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra  
Oftalmologista  
CRM-PA 100.15135

ASS. MÉDICO

PARECER:

# Redigido de de Tórax

02.10.19. CM. gél. Paciente vítima de politrauma (acidente automobilístico) evoluindo com dispnéia. No momento do exame apresenta hemodinamicamente instável, com sinais de choque, com bons parâmetros respiratórios. Exatidão diagnóstica e prognóstica. Exatidão e foco e med, e FCC situados. Redigido TC tórax sem lesões, sem evidência de pneumotórax e/ou hemothorax durante. Sem indicação de abordagem cirúrgica no momento.

CD: colúmbio av. psicológico. início ANT 3

Dra. Evda Duarte  
MÉDICA  
CRM-PA 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:

*Edson Antonio Sousa*

DA CLÍNICA:

*P.S.*

À CLÍNICA:

*ortopedica*

### MOTIVO DA CONSULTA

*Ataque de acidente motociclista apresentando deformidade  
em região de tornozelo 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

Manoelmaurício

SAME

Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN

CNPJ: 06.553.564/0103-62

MOTIVO DA CONSULTA

*Acidente automobilístico com TCE importante  
e subseqüente de nível de consciência*

*7*  
Dr. Italo do N. Santos  
MÉDICO  
CRM-PI 7768

DATA: 20/10/10

ASS. MÉDICO

PARECER:

*TC de crânio*

*sem lesões*

*CP e A/H de crânio*

*Emerson Brandão*  
NEUROCIRURGIA  
CRM-PI 3242

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:

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

A CLÍNICA:

MOTIVO DA CONSULTA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ: 06.553.564/0103-62

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA 23/10/2019

Maria Clara

Marcio Ribeiro dos Reis  
Médico  
CRM-PI 2684

DATA:

ASS. MÉDICO

PARECER:

# Amigdalectomia 87.40  
Paciente adulta, vítima de acidente automobilístico há ± 14 h -  
Circulação mantida. Refere dor na região.  
Condição estável.  
Sinais e sintomas sem alterações.  
Cd. Pensar sobre o caso clínico.

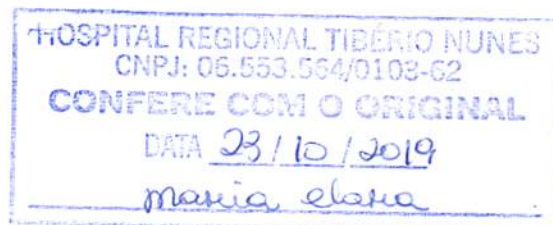
Alexandre  
CRM 3983

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 resgatado 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













# 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): CONEGUNDES 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: ENZIMÁTICO

RESULTADO 1,2 mg/dl

SORO: 0,4 A 1,3 mg/dl

OBSERVAÇÃO GERAL:

## UREIA

Material: SORO


Método: ENZIMÁTICO

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: levacão de Anadriel F Sala: 03

Cirurgião: Dr. Alexandre Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Circulante: André e Pinguim

Data: 20 / 10 / 19 Início: 10 : 22 Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	P. UNITS	SUB-TOTAL
01	ADRENALINA	<u>Propal</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 OFTALMOLOGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO		<u>1 amp</u>		
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K				
43	XILOCAÍNA 0,5% 0,27.		<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

V  
8

## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

João de Oliveira Torres

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

Ortopedia

À CLÍNICA:

Clínica afélio

### MOTIVO DA CONSULTA

Paciente usuário de Poltrona com lençol de  
quedas for redigido, paciente desquico.

SAME

Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN

CNPJ: 06.553.564/0103-62

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 39.874/2013

DATA: 22 / 10 / 19

ASS. MÉDICO

PARECER:

18:15

- Paciente com possível quadro de  
estresse pós-traumático por conta de acidente  
automobilístico relatando dor nas costas e pernas.  
Após exame com praxia e pt. operatória nula de  
dois membros. RT clinicamente e hemodinamicamente  
estável, JP com PV em AHT, 51 RA. PR: 17 cm  
Sed: 15% (em de ambulância). FC: 98 bpm

Hx: Estresse pós-traumático

CD: Trauma de peroneo

Dr. Celso

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 Cavalcante

Data de nascimento: 31.08.1979

Prontuário: \_\_\_\_\_

Enf/Leito: \_\_\_\_\_

Data do Procedimento: 20/10/19

Procedimento Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Pulseira de Identificação: (x) Sim ( ) Não

Horário SSV: 09:30

T: 36.6 FC: \_\_\_\_\_ bpm

Glicemia Capilar: 105 mg/dl

Acesso Venoso: (x) Periférico ( ) Central (especificar local, calibre e nº de dias) fleco J8

SNG ( ) SNE ( ) Drenos (especificar): \_\_\_\_\_

Jejum (x) Sim ( ) Não

A partir das: 22h 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: (x) Sim ( ) Não

Tricotomia: ( ) Sim ( ) Não

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

Alergias: ( ) Sim Qual: \_\_\_\_\_

(x) Não

Exames essenciais disponíveis: ( ) Sim ( ) Não

Antimicrobiano Profilático: ( ) Sim ( ) Horário: \_\_\_\_\_

Prontuário completo com ficha de internação (x) Sim ( ) Não

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

SAME

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

Assinatura e carimbo:  
Assinatura e carimbo do enfermeiro  
Data: 20/10/2019

ENFERMEIRO

TÉCNICO EM ENFERMAGEM



**Piauí**  
GOVERNO DO ESTADO

ENFERMARIA: J8-39

**LEITO:**

[illegible]

**Tays Emanuel Leal Mendes**

Tays Emmanuelle Mendes  
CORP. 272-558

Gerente de Enfermagem - HRTN



Mb. 312 - Frente e Verso - Prescrição Médica



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

NOME <u>Johann de O. C. Alves</u>	ALA	ENF. OU APT. 18	LEITO 39	ORTOPED
DATA <u>21/10/19</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES.	
01. DIETA LIVRE			Em 21.10.19, paciente	
02. JEICO HIDROLISADO <u>Soro fisiológico 0,9l</u>	(14.00)		no SPO de Lucrecia de	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18/19/20		Quidiel E + trauma nos	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	06 Gulbano		E. REG, hore, farnes,	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12/18/24		repouso absoluto em leito.	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	12/18/24		Em uso de O2 através	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	14/18/24		de cateter inodol. lere	
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA			Taquicardia discreta,	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)			Vieja náuseas e vômitos.	
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg			Refeição líquida em OKP	
11. GURATIVO			mes b. Abalone plácido	
12. SSVV + CCGG			indole à palpesc; ou-	
			rese tranq de vis. Slic	
			Keto adoes de curio	
			qual. Curio qual no	
			lutas se de traq, agudado	
			solucao. 11842325	

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

Hospital Regional Tiberio Nunes - FIO  
 CNP: 06.535.561/0103-02

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



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

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPED
<u>Taís de Oliveira</u>				
<b>- PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>	<b>RELATÓRIO DE ENFERMAGEM</b>			
DATA <u>22/10/18</u>	<b>HORÁRIO MEDICAÇÃO</b>		<b>OBSERVAÇÕES</b>	
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO-HIDROLISADO SF 0,9% 1000ml		(36) (24)		
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		18g	06g	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		12g	18g	24g
05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		12g	18g	24g
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)		14g		
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 400mg IV 12/12		(9) (24)	06g	12
14. Cefalotina 1G - 01 AMP IV de 6/6h		18g	24g	
p. 43				

As 9:30 Oatendime... foi realizado pela solicitação da enfermeira Kellyene autorizada pela Dra. Evila. (Foi) Paciente apresenta estresse pós-traumático com visualizações mentais frequentes, em resposta ao estresse fica com dificuldades em respirar, relaxar. Foi realizado desbloqueio de tensão pós-trauma psicológico após acidente.

**Silvânia Lima Silva Rodrigues**  
 Psicóloga  
 CRP-21/00966

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

**Silvânia Lima Silva Rodrigues**



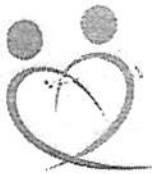
**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**  
**FLORIANO-PI**

NOME	ALFA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		ORTOPED
				HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE						
02. JELGO-HIDROLISADO 3.5g/4.100ml					23-10-19, notificado	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					pelo N.V.H. 23-10-19	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					Dinora Araújo Enfermeira	
05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					Técnica de Enfermagem	
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. Curativo 40x40 cm 12/12h						
Ata Hospitalar						

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - HRTN  
 CNPJ: 06.553.534/0001-22

SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ  
 SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ  
 SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ  
 SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ





# 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

Sexo: MASCULINO

Médico(a): CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

Idade: 45 ANOS, 2 MESES, 7 DIAS

Convênio: SUS

Leito: 0039 Enfermaria: 18

Impresso: 21/10/2019

## HEMOGRAMA

Material:

Método:

### ERITROGRAMA

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

### OBSERVAÇÕES

### LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	14.000 /mm <sup>3</sup>	4.500 a 11.000 /mm <sup>3</sup>
MIELÓCITOS	0 %	0
METAMIELÓCITOS	0 %	0
BASTONETES	0 %	0
SEGMENTADOS	80 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm <sup>3</sup>
BASÓFILOS	0 %	0
EOSINÓFILOS	1 %	0
LINFÓCITOS	13 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm <sup>3</sup>
MONÓCITOS	6 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm <sup>3</sup>
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	0
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS	112.000 /mm <sup>3</sup>	150.000 a 400.000 /μL

### OBSERVAÇÕES

#### ERITRÓCITOS

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

Dr. Paulo Ricardo Mendonça Vasconcelos  
FARMACÊUTICO / BIOQUÍMICO  
C.R.F. : 0371-P1



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

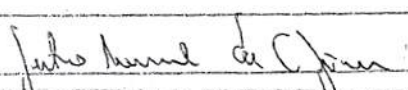
INFORMACOES DE SAIDA

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

EXAME DE RADIOLOGIA  
REALIZADO EM 12/11/2019  
AS 10:00



### Ficha de Encaminhamento

Da Unidade <b>HRATN</b>	Para: <b>Pronto Socorro Anápolis</b>
Nome da Pessoa Encaminhada <b>Jackson de Oliveira Tavares</b>	Registro <b>5</b>
Motivo do Encaminhamento <b>45 anos, vítima de acidente automobilístico em 19/11/2019, apresentando-se politraumatizado com fraturas de costelas (6), lesão de quadril à Esq.; hemitempo esquerdo em um crânio com lesões meníngeas. Helicóptero enviado com talão anti-nota-fisco por breves.</b>	
Observações:	
 Responsável Pelo Encaminhamento	Obs.: Deve ser arquivada no Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospital Local ou Regional. Em: <b>08 / 11 / 2019</b>

### 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.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

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. Keftazol 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
6º. Nauseadron 8mg EV 08/08hs SOS	SOS
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO 12/12hs / Omeprazol 40mg EV ou VO às 12/12hs	18 06 -
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
13º. Dextro 6/6hs SUSP	
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 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	5
18º Clindamicina 600mg EV 6/6hs	
19º Desametasona 1ml EV 6/6hs	
20º Diazepam 10mg VO às 21hs	
21º	

Dr. Antônio Tavares Chaves  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 880

Médico

Enferm. Rosângela  
18/08/19



Dr. Raimundo Cesar S. Santos  
Enfermeiro  
COREN 16922





# 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 este setor, apresentando dores abdominais, acalorado, resaca e vomito em VC, irregularidade menstrual de 1 ano.
09.11	19h	Paciente calma, consciente, orientado, repousa acostumado, apático, verbalizando. Sem febre.
	21h	Realizado exame do corpo inteiro, cabelo, pele secas, pupilas; Usado SF + diurese por ordem verbal da enfermeira do setor de urgência.
	23h	Realizado exames de laboratório, paciente perdeu peso, realizado novo exame com glicose n.º do do curso.
	24h	Paciente dormindo no curso.
	06:00	No leito, sem intercorrências. Geral.
09.11	7:00	No leito sonolento, segue mantendo que dores clínicas.
	8:00	Encaminhado para o centro de diagnóstico e tratamento.
	14:00	Segue mantendo quadro. Exame físico —
	16:00	Segue as orientações da enfermagem. Deixou de fumar.
	18:00	Somente com medicação de dor para seguir os cuidados de enfermagem.
09.11	19:00	Paciente no leito calma, apático, verbalizando teórico, acalorado. Verbalizando as queixas de náusea, fez uso de SF salinizado, em companhia de familiares e funcionários, debruçou sobre a cabeceira da equipe de enfermagem.
	20:00	Somente com medicação de dor e tranquilizantes.
	21:00	Paciente acalorado, disto, náusea, dor.



DATA.	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
22/10	22h	Administração medicação fondaparinux Arlana Rodrigues Sacramento Téc. de Enfermagem COREN/SE 260629
29/10	24h	Paciente segue sem alteração Arlana Rodrigues Sacramento Téc. de Enfermagem COREN/SE 260629
04/11	04h	NR, M, unim p/o normal. P/ur fe no M/o hum. Alter. M/urto o corpo
06/11	06h	Clínico A - M/urto M/urto. M/urto o corpo M/urto, M/urto M/urto M/urto M/urto
07h	07h	Fora do Colono para levar ao M/urto
08h	08h	proprio banho do pelo banho 09h M/urto M/urto e M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto
12h	12h	M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto
15h	15h	M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto
18h	18h	M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto
20:00	20:00	M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto
22:00	22:00	M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto
24:00	24:00	M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto
01/11	01:00	M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto
06:00	06:00	M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto M/urto
11/11	08h	Paciente no litto, tranquilo, acordado, consciente, orientado, verbalizando, acompanhado por fa- miliar e sem queixa no momento. Tte. Lis b
19	10h	Realizado curativo em cateter, h/o punção de curativo em local de sutura. Tte. Lis b
	12h	Administração medicação de horário de acordo com prescrição médica. Tte. Lis b
	14h	Paciente segue mantendo quadro, sem queixas dormindo no momento, fto medica- ção de horário. Tte. Lis b

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





GOV. DO ESTADO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

Nome do Paciente: Jackson de Oliveira Cavalheiro	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. Tec. Lis - V
	18:05h	Paciente encaminhado para enfermagem, acompanhado por familiar e funcionário. Tec. Lis - V
	18:10h	Readmitido neste setor, proveniente da UPC, com uso de gelco hidroalcoólico, enfeeiramento, e espuma de higiene.
		Comunicação ao setor de nutrição.
		Prescreveu dieta.
		Anderson Batista da Conceição COREN-SE 120992 - TE
11/11/19	19:30	Encontra-se no leito em débito dorso, com cateter, OR, GASTRO, VERMISTADO, AUA NORO, ANTI-EMÉTICO, NORMOTENSIVO, NORMOCARDIO, EUPNEICO, AFEBRIL. EM USO DE APP. MANTIDA EM NSD. E IMOBILIZADA POR GOM. NIE, ACUMULADA MANTIDA RIGIDA OBTURADA, INALVAÇÃO E DIURSE PRÉ-ESTAB. SIC. SINTOMAS SSN PA-110x60mmHg, FC100bpm, FR-19bpm, SATUR. 96% TEND. 35,7°C. EST. AUX. E. ROLANDO ROLANDO DOS SINTOS
	20:00	ADMINISTRADA MEDICAÇÃO DE HORARIO COM FOM. PRESCRIÇÃO. EST. AUX. E. ROLANDO ROLANDO DOS SINTOS
	21:30	ACUMULADA TEND. A DIETA MANTIDA. EST. AUX. E. ROLANDO ROLANDO DOS SINTOS
	22h	DEBÍLIS, MANTIDA. EST. AUX. E. ROLANDO ROLANDO DOS SINTOS
		PA-128x82mmHg, FC100bpm, FR-19bpm, SATUR. 96% TEND. 36,4°C. EST. AUX. E. ROLANDO ROLANDO DOS SINTOS
	03:00h	Paciente dorme no momento. - Tec. Lis - V
	6h	Administrado medicação, prescrição de horário / Sem alteração / Tec. Lis - V



DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
12/11	07:1h	Paciente no leito calmo, consciente, orientado afetivo, cooperativo, verbalizando, em compa- nia de familiares sem queixas no momento
	08:1h	Administrado medicamentos conforme prescrição
	08:30	Realizado curativo — 2 toes
	12:1h	Administrado medicamentos — 2 toes
	13:00 a 19:00	
<del>12/11</del>		Paciente consciente orientado afetivo cooperativo, sem queixas, hidra- lito centralizado
<del>12/11</del>		Administrado medicamentos conforme pres- crição medicamentos conforme prescrição
18/11/19	19:00	Encontra-se no leito em companhia de um familiar, con- sciente, verbalizando, orientado, normoventilado, normo- oxigenado, normotensionado, em uso de VPP MSA, imobilização em MTE, temperatura 35,8°C, FC=90bpm, FR=22rpm, PA=120x60 mmHg, SIC. Acute totalmente dieta oferecida, diurese e defecação por cateter. Cuidados da equipe de enfermagem. Est. em unif. Elisabete
	20:00	Administrado medicamentos de acordo com prescrição cuidados médicos, segue aos cuidados da equipe de enfermagem. Est. em unif. Elisabete
	23:15	Aberto totalmente lanche oferecido. Est. em unif. Elisabete
	24:00	Administrado medicamentos conforme prescrição medicamentos
13/11	07:00	Paciente no leito calmo, consciente, verbalizando sem queixas no momento, sem queixas, mantendo glicose 85mg/dL
	08:00	feito curativo de hemostasia
	09:00	feito curativo de hemostasia
	12:00	feito curativo de hemostasia



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

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
	13:00	Paciente no leito, calmo, contido, verbalizando bem, guisa de a manita. Paciente com a pele muito quente - T <sub>ax</sub> 38,5°C. Pate molhada de suor profuso.
	15:30	Encontra-se no leito, em companhia de familiar conhecido, orientado no tempo e espaço, normoalimento, anictérico, normotensão, agbril, normocar-díaco, 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 122 x 80 mmHg, Temp = 35,8°C, F.e 48 bpm, F.R 18, apresentando oligúria. Solomonte, diurese e degra-dantes sic, Ex. Aux. Eng. Sta Bárbara Gabriela SCS Silva.
	20h	Administrado medicações de horário conforme prescrição Médica. Ex. Aux. Eng. Sta Bárbara Gabriela SCS Silva.
	23:35	Recitou o banho assepsia socialmente. Ex. Aux. Eng. Sta Bárbara Gabriela SCS Silva.
	24h	com medicação de horário, segue sem queixas.
	03h	Segue dormindo.
	06h	com medicação de horário, mantendo quadro clínico.
14/11	7:30	Paciente no leito confortável, orientado.
14/11	9h	uso de A.V.P. Sola grande em M.S.E. recitou Dexametasona.
		Administração de Curap E.V. com a presença de Pate, pediatra, referir alergia a dipirona.
		Pate Rosângela

Marize Malta  
Enfermeiro  
10.051.000-1

Marize Malta  
Enfermeiro  
10.051.000-1

Marize Malta  
Enfermeiro  
10.051.000-1



DATA	HORA	(100) EVOLUÇÃO
11/11/19	12	adormecido lateral dir
11/11/19		Elaboração de plano de
11/11/19		curas medidas para controle de
13:35		Paciente no leito, calmo, consciente, orientado, afebril, eufórico, verbaliza
		acompanhado, segue sob os cuidados
		de enfermagem. Situação
18:00		Adm. medicação de horário, segue bem
		sendo quadro clínico. Situação
20:30		Encontra-se no leito, em companhia de fami-
		liar, consciente, orientado no tempo e no
		espaço, verbalizando, anictérico, normotên-
		sico, normocárdico, eufórico, em uso de
		AVP em NSE, Tala gorda com imobilização
		de M.E., GSV - PA 33x80 mmHg, Semp 35, 9°C,
		F. e 90 bpm, FR 20, dióxido de carbono saturar
		ção, de 95% a 100% por sonda C 31/25.
		Aux. Eng. São Bárbara Cabral SCS Silva
20h		Administração medicação de horário por
		conforme prescrição médica. Sit. Aux. Eng. São
		Bárbara Cabral SCS Silva
23h		Administração medicação de horário confor-
		me prescrição médica. Sit. Aux. Eng. São
		Bárbara Cabral SCS Silva
25:35		Recebeu 300ml de soro 0,9% NaCl -
		por Aux. Eng. Cabral SCS Silva
26h		Medicação conforme prescrição
		médica. Situação
03h		Dorme no momento. Situação
14/11/19		Est. 13:30 - Recebeu de 100ml de
15/11/19		Ses presc. (Tuberculose). Situação
19/11/19		Administração medicação de
		momento. (sem que)
15/11/19	07:00	Paciente no leito, calmo, consciente,
16/11/19		Wassermann, por uso de AVP, Tala gorda
19/11/19		PA em M.E., F. e 90, Normotênico, Normocárdico, eufórico
		Normotênico. Situação

José Christian Souza Santos  
COREN 390308 - T.E.C.  
COREN 419256 - AUX.







*[Handwritten signature]*



Nome do Paciente: Yolksom de Lima Idade: 43 Sexo: F  
Unidade de Produção: 4.3 Nº do Prontuário: 43

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
18/11/19	8h	Paciente calma, consciente, orientado, realizada medicação de horário conforme prescrito. <u>Adriano</u>
18/11/19	12h	Realizada medicação de horário conforme prescrito segue seu intercorrência e cuidados de enfermagem <u>Adriano</u>
18/11/19	1300	Paciente no leito afebril, aparentemente bem, AVP, tosse gorda em MFE. <u>Adriano 375835</u>
	1500	Operado do membro. <u>Adriano</u>
	1800	Operado do dente. segue em observação. <u>Adriano 375835</u>
	2100	Realizado o TAT. o paciente permanece em observação, sem sinais de piora. <u>Adriano</u>
		MSE: em uso de AVP. <u>Adriano</u>
		Utilizado o oxigênio em 4L/min. <u>Adriano</u>
		2100 TAT. <u>Adriano</u>
		2300 TAT. <u>Adriano</u>
		2400 TAT. <u>Adriano</u>
		2500 TAT. <u>Adriano</u>
		2600 TAT. <u>Adriano</u>
19/11/19	07h	Paciente no leito calma, consciente, <u>Adriano</u>
19/11/19	8h	Em uso de AVP hidrolizados + glicose no MFE. <u>Adriano</u>
19/11/19	10h	Repouso constante no leito <u>Adriano</u>

Terezinha R. Santos de Oliveira  
COREN-SE-311064-A

Terezinha R. Santos de Oliveira  
COREN-SE-311064-A

Terezinha R. Santos de Oliveira  
COREN-SE-311064-A

Terezinha R. Santos de Oliveira  
COREN-SE-311064-A

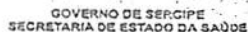
Terezinha R. Santos de Oliveira  
COREN-SE-311064-A

Terezinha R. Santos de Oliveira  
COREN-SE-311064-A



DATA	HORA	EVOLUÇÃO
07/11/19	12:00h	Relato, não consegue dormir bem durante noite e dia.
07/11/19	12:30h	Administração medicamentosa conforme prescrito.
07/11/19	13:00h	Repasso e sem alterações.
07/11/19	13:00h	NO LITO, MONITORADO (coluna), A.E. Marta - Condição: hipotensão, orientado, em uso de A/P hidrolizado em m s e f. Fiebre de identificação em m s e f + tola gase - da em m s e f. <i>Signo dos Reis 2.038 TF</i>
07/11/19	15:00h	Meio-dia e lanche.
07/11/19	15:00h	Em tempo: às 14:00h ele refere-se a algo e ferimento de 50s com transilção de clausula via el. <i>RE</i>
07/11/19	18:00h	Administração medicamentosa de horário / Para - tando 40 gotas via oral e clindamicina 600 mg - clausula via oral e clindamicina 600 mg via oral. <i>Signo dos Reis 2.038 TF</i>
07/11/19	20:00h	Paciente encontra-se no leito - no calmo, consciente, em uso de A/P + decaol de 40 gotas via oral e clindamicina 600 mg via oral. <i>Signo dos Reis 2.038 TF</i>
07/11/19	24:00h	Paciente oculto dormindo. Paciente nega queixas até o momento. <i>Signo dos Reis 2.038 TF</i>
07/11/19	8:00h	Pte no leito, calmo, consciente, orientado, apnéia, eufórico, em ambiente, em uso de A/P hidrolizado, acompanhado por familiar, segue sob as cuidados de enfermagem. <i>Reus</i>
07/11/19	8:40h	Realizado curativo. <i>Reus</i>
07/11/19	10:00h	Instalado medicação de horário, segue mantendo quadro clínico. <i>Reus</i>
07/11/19	11:00h	Adm: medicação de horário prescrita, segue bem queixas. <i>Reus</i>





## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Fundação  
Hospitallar  
de Saúde

Nome do Paciente:	João Ron de Oliveira Torres	Idade:	45 anos	Sexo:	M
Unidade de Produção:		Leito:	8-4-3	Nº do Prontuário:	

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
20/11/19	14h	Paciente no leito, calmo, consciente, orientado, eupneico, afebril, cicatrizes anastomóticas em uso de AUP líquido ligado, segue aos cuidados - Jaquele
	16h	Receita o lanche — Jaquele
	18h	Administrado medicação de uso oral conforme prescrição médica segue aos cuidados — Jaquele
21/11/19	08h	Paciente encontra-se no leito, calmo, consciente, orientado, verbalizando, afebril, eupneico, em uso de AUP P-tubo em uso, segue aos cuidados no momento; <span style="float: right;">Simone ROSA B. CORENS 7824</span>
	10h	Oferecido lanche.
	14h	Administrado medicação de uso oral conforme prescrito; Verificados - T - 36,2°C; P - 92 bpm; P.A - 117 x 70 mmHg; Paciente sem intercorrências no momento, encontra-se em jejum para realização de procedimento. <span style="float: right;">Simone ROSA B. CORENS 7824</span>
21/11/19	02h	Segue dormindo
21/11/19	06h	Medicado / Sem alterações









GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

Nome do Paciente: Jackson de Oliveira Soares	Idade: 45 anos	Sexo: masculino
Unidade de Produção: SRPP	Leito: 03 A4.3	Nº do Prontuário: 9010

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
21/11/19	10:45	Paciente admitido no SRPP, após procedimento cirúrgico de Osteotomia de fratura de fêmur (E). No momento encontra-se acordado, calmo, consciente e orientado, apneia, hipotensão em uso de radioterapia por AUP em MSD, sedação monitorizada, cardíaca, SPO <sub>2</sub> 98%, FC 71 bpm, segue em observação da equipe enfermagem.
	12:00	Não foi administrado medicação, propeneo de 100mg na farmácia paciente segue calmo e tranquilo.
	16:00	Paciente retorna do centro cirúrgico em companhia de funcionários em uso de AVP glúteno item —
		Administrado medicação conforme prescrição médica —
	19:00 às 09:00	Paciente consciente, orientado, apneia, hipotensão em uso de AVP hidrolizado —
		Administrado medicação conforme prescrição médica —
22/11	07h	Pac. no leito calmo, consciente, apneia.
		Em uso de AVP hidrolizado
	10h	Realizado higiene corporal + curativo do F.O.
	8 e 12h	Administrado medicação conforme prescrição
		Em repouso.
	14:00	Pac. calmo, consciente, orientado, apneia, acompanhado, segue sob os cuidados da enfermagem.



9/11/19 16:00 Adm. medicação de horários ( )  
 prescrita. ( )

18:00 Feito medicação prescrita, segue em  
 guelras. ( )

19:00 Paciente em alto calor, com febre, com

do sistema respiratório, apneia.

20:00 Paciente em alto calor, com febre, com

do sistema respiratório, apneia.

21:00 Paciente em alto calor, com febre, com

do sistema respiratório, apneia.

22:00 Paciente em alto calor, com febre, com

do sistema respiratório, apneia.

23:00 Paciente em alto calor, com febre, com

do sistema respiratório, apneia.

00:00 Paciente em alto calor, com febre, com

do sistema respiratório, apneia.

01:00 Paciente em alto calor, com febre, com

do sistema respiratório, apneia.

02:00 Paciente em alto calor, com febre, com

do sistema respiratório, apneia.

03:00 Paciente em alto calor, com febre, com

do sistema respiratório, apneia.

04:00 Paciente em alto calor, com febre, com

do sistema respiratório, apneia.

05:00 Paciente em alto calor, com febre, com

do sistema respiratório, apneia.

06:00 Paciente em alto calor, com febre, com

do sistema respiratório, apneia.

07:00 Paciente em alto calor, com febre, com

do sistema respiratório, apneia.

08:00 Paciente em alto calor, com febre, com

do sistema respiratório, apneia.

09:00 Paciente em alto calor, com febre, com

do sistema respiratório, apneia.



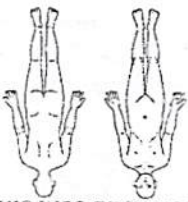
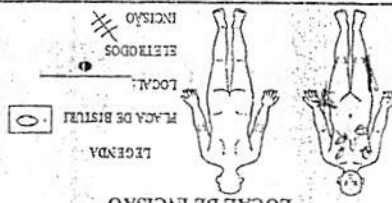
## CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

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 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 adm em sala para realizar a cirurgia. Contagem verbalizada. Monitorizado diá e vitalidade.		
08:30	Realizado blo anestésico		
08:40	Realizado tórax e meia + descompressão da pele		
09:00	Início da cirurgia		
10:00	Termino do procedimento		
10:30	Encaminhado para SRPA		
Sec Clones Com 077807 SE			
ENCAMINHADO PARA: SRPA			



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

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO PLANO OPERATÓRIO

CHECOU AO CENTRO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO <input type="checkbox"/> EM MACA		PROCEDÊNCIA DO PACIENTE: CIRURGIA PROPOSTA: <u>Obter o furo de osteotomia</u> CIRURGIA REALIZADA:	
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR CIRURGIÃO: <u>Dr. Jackson</u> AUX 1: <u>Dr. João</u> AUX 2: <u>Dr. Maria</u> ANESTESISTA: <u>Dr. Carlos</u> ENFERMEIRO: <u>Dr. Roberto</u>		TÉCNICA ANESTÉSICA ASSEPSIA <input checked="" type="checkbox"/> PVP TOPICO <input checked="" type="checkbox"/> PVP ALCOOLICO <input checked="" type="checkbox"/> CLOREX ALCOOLICA <input checked="" type="checkbox"/> CLOREX DEGRAMANTE <input checked="" type="checkbox"/> CLOREX AQUOSA SUPORTE VENTILATORIO TUBO ENDOTRAQUEAL <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> NASAL TUBO AMARADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO MÁSCARA LARINGEIRA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
POSIÇÃO DO PACIENTE DORSAL LAT ESQ - LAT DIR VENTRAL TRENDELEMBURG REVERSA TRENDELEMBURG CANVETE LITOTOMIA BISTURI ELÉTRICO BIPOLAR (UNIPOLAR) ULTRASSÔNICO ( ) ARGÔNIO PLACA DE BISTURI LOCAL:		COXINS DE CONFORTO 	
COMPRESSAS GRANDES ENTREGUES: <u>11</u> DEVOLVIDAS:		COMPRESSAS PEQUENAS ENTREGUES: <u>11</u> DEVOLVIDAS:	
CONTAGEM DE INSTRUMENTAL ENTREGUES: <u>11</u> DEVOLVIDAS:		GASOMETRIA ARTERIAL LOCAL DE BISTURI, ELÉTRICOS E INCISÃO 	
DIURESE DESPREZADA EM SALA HORA: <u>09:00</u> VOLUME: <u>100ml</u> ASPECTO: <u>Amarelo</u>		DRENOS E CANULAS ( ) SUCÇÃO ( ) ABDOMINAL Nº <u>01</u> ( ) BLAKE ( ) TÓRAX ( ) PIZZER ( ) PENROSE ( ) KHER ( ) TRAQUEOSTOMO Nº <u>01</u> ( ) GUDEL ( ) TOT	
ANATOMO PATOLÓGICO NOME DA PEÇA: <u>Peça 1</u> Nº DA PEÇA: <u>01</u> ( ) SIM ( ) NÃO		SINAIS VITAIS FC (BPM): <u>63</u> SpO2 (mmHg): <u>98</u> EPO2 (mmHg): <u>98</u> PA (mmHg): <u>93/50</u> PAI (mmHg): <u>78</u> FR (RPM): <u>18</u> TEMP. (°C): <u>36.5</u> LPP (LOCAL):	
PLASMA HEMACIAS CONCENTRADO DE SANGUE E QUANT. DATA HORARIO		PLACAS DE BISTURI SONDAS ( ) SNG ( ) SNE ( ) FOGARTY ( ) SOND. FOLLEY ( ) C/RESTRIÇÃO ( ) FOLLEY SILICONE Nº <u>01</u> ( ) Sonda Nelaton Nº <u>01</u> PASSADA POR: <u>Dr. Jackson</u> ASPIRAÇÃO Nº <u>01</u>	
EQUIPAMENTOS, ACESSÓRIOS E DISPOSITIVOS UTILIZADOS ( ) BOMBA DE INFUSÃO ( ) DESFIBRILADOR ( ) MONITOR CEREBRAL ( ) INTENSIFICADOR DE IMAGEM ( ) MANTA TÉRMICA ( ) MICROSCÓPIO ( ) FIBROSCÓPIO ( ) MONITOR MULTIPARAMETROS ( ) PA INVASIVA ( ) PA NÃO INVASIVA ( ) OXÍMETRO ( ) CAPNOGRAFO ( ) PIC ( ) FOCO AUXILIAR ( ) FONTE DE LUZ ( ) BRONCOSCOPIO ( ) CARRO DE ANESTESIA ( ) GARGOTE PNEUMÁTICO ( ) CARDIOSCOPIO ( ) TERMOMETRO ( ) OUTROS ( ) ACESSO VENOSO PERIFÉRICO ( ) ACESSO VENOSO CENTRAL ( ) D ( ) E		SONDAS ( ) SNG ( ) SNE ( ) FOGARTY ( ) SOND. FOLLEY ( ) C/RESTRIÇÃO ( ) FOLLEY SILICONE Nº <u>01</u> ( ) Sonda Nelaton Nº <u>01</u> PASSADA POR: <u>Dr. Jackson</u> ASPIRAÇÃO Nº <u>01</u>	



## RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente Jackson 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'	15'	15'	15'	30'	30'	30'	30'
PA	137x84	134x104	137x84	137x84				
FC	98bpm	100	98	98				
PO <sub>2</sub>	100%	100%	100%	99%				
BT								
Pr(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 - 11000 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 O <sub>2</sub> para manter sat O <sub>2</sub> maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O <sub>2</sub> suplementar	0					
TOTAL			09	10	10		

ALTA às \_\_\_\_\_:

Ass. Médico: \_\_\_\_\_

Dr. Danilo  
5068



**ALTERAÇÃO CONTRATUAL Nº 01 DA SOCIEDADE JOSIVAN COSTA MENESES E CIA  
LTDA**

**CNPJ nº 08.947.953/0001-73**

JOANA COSTA MENESES nacionalidade BRASILEIRA, nascida em 01/04/1989, SOLTEIRA, EMPRESARIA, CPF nº 034.371.075-77, CARTEIRA DE IDENTIDADE nº 22137149 2ª VIA, órgão expedidor SSP - SE, residente e domiciliada na AVENIDA RECIFE, 101, 1º ANDAR, CENTRO, JEREMOABO - BA, CEP 48.540-000, BRASIL.

JOSIVAN COSTA MENESES nacionalidade BRASILEIRA, nascido em 30/07/1976, SOLTEIRO, EMPRESARIO, CPF nº 935.435.815-20, CARTEIRA DE IDENTIDADE nº 1141361 2ª VIA, órgão expedidor SSP - SE, residente e domiciliada na AVENIDA RECIFE, 101, 1º 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 nº 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 nº 08.947.953/0001-73, deliberam de pleno e comum acordo ajustarem a presente alteração contratual, nos termos da Lei nº 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 nº 025.090.535-31, CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO nº 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 de 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 de 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 nº 97785429 em 22/08/2018  
Protocolo 188452856 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 87783724645049  
Esta cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 22/08/2018  
por Hélio Portela Ramos - Secretário Geral



**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
<b>TOTAL</b>	<b>80.000</b>	<b>R\$ 80.000,00</b>

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 vedada, 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).

*Jonas Costa Nunes*  
*Marcelo Ryome de M. Fernandes*

Continua

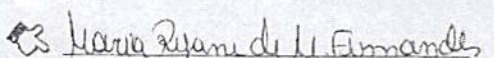


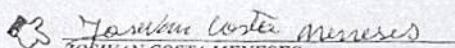
Continuação do CONTRATO SOCIAL  
POR TRANSFORMAÇÃO DE EMPRESÁRIO  
M.R DE MESQUITA FERNANDES E CIA LTDA

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


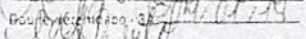
  
JOSIVAN COSTA MENESES

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

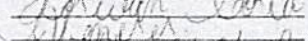
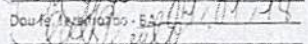
M. R. DE MESQUITA FERNANDES E CIA  
LTDA

  
HELIO PORTELA RAMOS  
SECRETARIO GERAL

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

  
  
Douglas Teófilo de Sá

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

  
  
Douglas Teófilo de Sá

Selo de Autenticidade  
Protocolo de Arquivo nº 2015.004297-3  
Atto Notarial nº 2015.004297-3  
2015.004297-3  
Autorizada









### TERMO DE AUTENTICAÇÃO

NOME DA EMPRESA	JOSIVAN COSTA MENESES E CIA LTDA
PROTOCOLO	188462856 - 22/06/2018
ATO	002 - ALTERAÇÃO
EVENTO	021 - ALTERAÇÃO DE DADOS (EXCETO NOME EMPRESARIAL)

MATRIZ

NIRE 29204201050  
CNPJ 08.947.953/0001-73  
CERTIFICO O REGISTRO EM 22/06/2018



*Helio Portela Ramos*

HELIO PORTELA RAMOS  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado da Bahia

22/06/2018

1



Certifico o Registro sob o nº 97785429 em 22/06/2018  
Protocolo: 188462856 de 22/06/2018  
Nome da empresa JOSIVAN COSTA MENESES E CIA LTDA NIRE 29204201050  
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 22/06/2018  
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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>**

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Invalidez 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>Próça Eulino Fontes</u>		Número <u>41</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Lagarto</u>	Estado	CEP <u>49400-000</u>
Email <u>laerte@laertefonseca.adv.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>79.999552089</u>	Telefone celular (DDD)

Lagarto SE, 27 de janeiro de 2020  
Local e Data  
  
Assinatura do Declarante







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

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







## 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 nº 3.215.460-7 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,

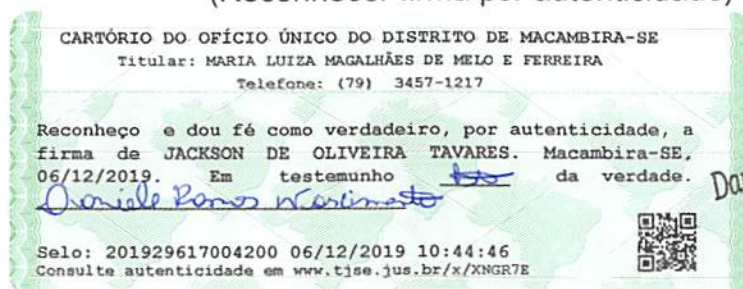
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **Seguradora Líder dos Consórcios do seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de 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 primeiro de 2020



Assinatura do Outorgante (Beneficiário)  
(Reconhecer firma por autenticidade)



Daniele Ramos Nascimento  
Escrevente





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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 009288/2019

Data/Hora Início do Registro: 21/10/2019 11:08

**DADOS DO REGISTRO**

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

Delegado de Polícia: Francisco Celso Campos Gonçalves Benício

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Distrito Policial de Uruguí

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

**Local do Fato**

Município: Uruguí (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

Melo(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

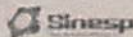
Página 1 de 3

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

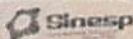
Nº: 009286/2019

Placa QQN7678	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*G2*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 QQN7672	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 Uruçui/PI, perdeu o controle chegando a tombar, QUE o noticiante afirma que o veículo teve 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





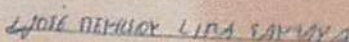
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL  
DISTRITO POLICIAL DE URUÇUI - URUÇUI - PI

BOLETIM DE Ocorrência

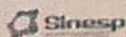
Nº: 009286/2019

ASSINATURAS

  
Antonio de Carvalho Nogueira Sobrinho  
Agente de Polícia  
Matrícula 299  
Responsável pelo Atendimento

  
JOSE RENILSON LIMA SANTANA  
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que esta é a verdadeira e fiel reprodução das informações acima assentadas e declaro que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que me originou, conforme previsto nos Artigos 305 e 306 do Código de Processo Penal Brasileiro e no Artigo 305 do Código Penal Brasileiro."

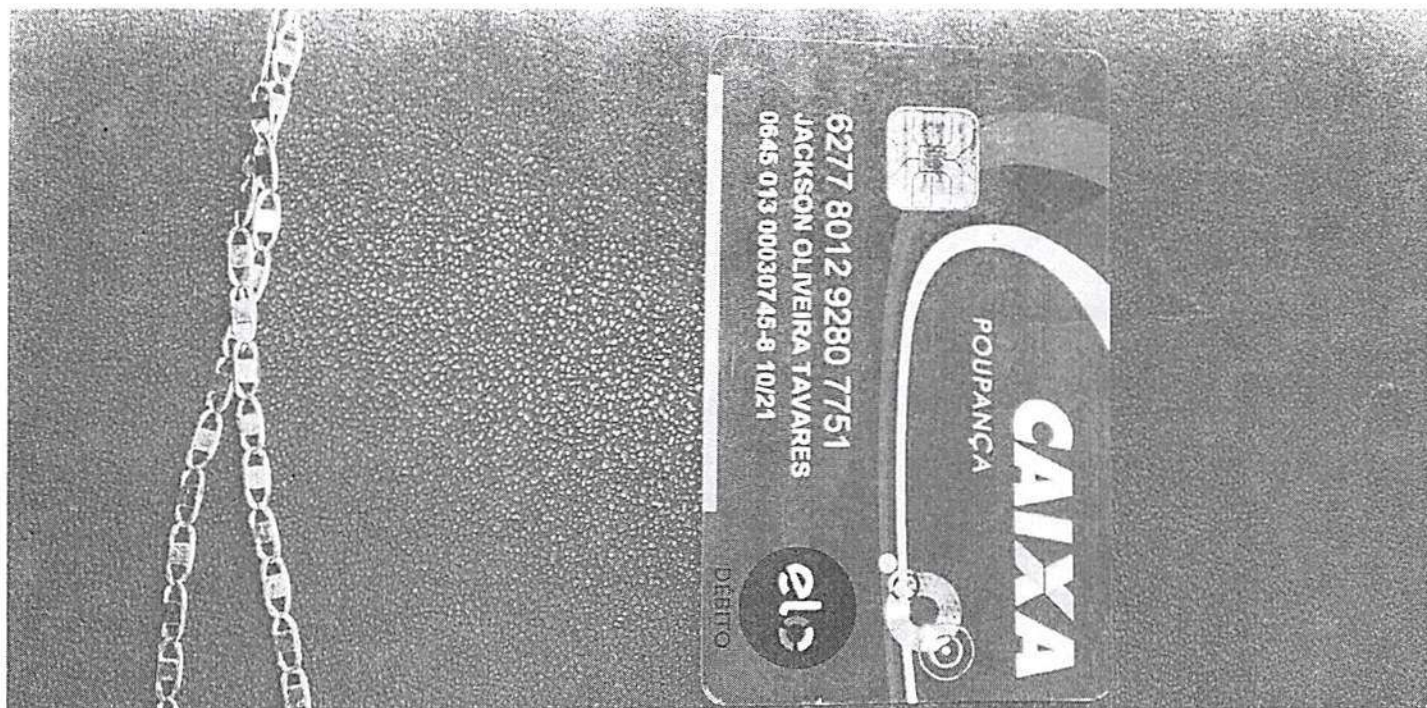


Delegado da Polícia Civil Francisco Celso Campos Gonçalves Benício  
Impresso por: Antonio de Carvalho Nogueira Sobrinho  
Data de Impressão: 21/10/2019 11:38  
Protocolo nº: Não disponível

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: 4 - Nome completo da vítima:

626.485.785-87

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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Jackson de Oliveira Tavares

626.485.785-87

Motorista

Rua José Almeida Bispo

24

Centro

Lagarto

SE

49400-000

laerte@laertefonseca.adv.br

19 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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(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, Lagarto/SE 27/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1295112271	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	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1295112271	PERMISSÃO [ ]	ACC [ ]
	CAT. HAB. [ ]	
	1º REGISTRO 00729385640	VALOR DE 21/07/2020
	1ª HABILITAÇÃO 23/08/1994	
OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV. REMUNERADA;		
ASSINATURA DO PORTADOR 		
LOCAL ARACAJU, SE		DATA DE EMISSÃO 31/08/2016
ASSINATURA DO EMISSOR  LUIZ DE AZEVEDO COSTA NETO DIRETOR - PRESIDENTE		14896552692 SE018449484
DETRAN - SE (SERGIPE)		



## 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

01a16 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

23a33 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](http://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



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Relize, 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: 9BVRG40D7JE848903  
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 )

TABELEIONATO 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\$0,66 Def: R\$0,06  
PGE: R\$0,10 MP: R\$0,05 Total: R\$5,00  
Selo(s): 2006.AB103468-0  
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 LIMA TAVARES			
FILIAÇÃO JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES ANTONIA REGILÂNDIA DA CONCEIÇÃO LIMA			
NATURALIDADE	LAGARTO-SE	DATA DE NASCIMENTO 02/03/1994	
DOC ORIGEM			
CT. NASCIM.	NR. 41523 LV-A-37 FL. 246		
CPF CART. 30F. DIST. COM.	LAGARTO/SE		
PIS 042.054.735-50	ASSINATURA DO DIRETOR		
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			

*Handwritten:* 118





DESO  
COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE  
R. Dr. Ruy Campos da Silva, 324, 45 de Julho, Aracaju/SE, 49060-000  
CNPJ: 06.958.770/0001-00, INSC. EST. 27.044.026-2

FATURA MENSAL #

Inscrição  
235819.0

Nome do Cliente: JOCELA ARAUJO SANTOS  
Endereço: PCA FELINO FONTES, 41, LAGARTO, 49400-000

Medição (Anterior - Posterior)	Data da Medição	Medidor	Classificação / Estorno
418009/00318	08/08/2019	A16N054177	RES: 1

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

Período	Consumo (m³)
07/19	00003
06/19	00004
05/19	00004
04/19	00005
03/19	00005
02/19	00010

**PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)**  
COP-INS: 5,16      PASEP: 1,12

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Serviço: AGUA  
ESGOTO

Valor: 37,74  
30,19

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

SER PAI É ... TER A CRIANÇA 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 dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art. 91, Decreto Lei nº 27.405/2010.

**CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 – SAC: 4920-0195**  
**AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenciavirtual**

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

Parâmetro	Tubedex	Cv	Cbro	Fúor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	21	16	21		21	
Nº de Amostras Análises	49	49	49		49	49
12 Meses de Serviço em Conformidade com a Norma NBR 14.024	27	26	40		42	49



DESO  
COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE

CONFIRMAÇÃO DE PAGAMENTO

Valor: 235819.0	Vencimento: 19/08/2019
Parcela: 08/2019 8	TOTAL A PAGAR R\$ 67,93

826100000007 679300418200 235819008204 191235819015







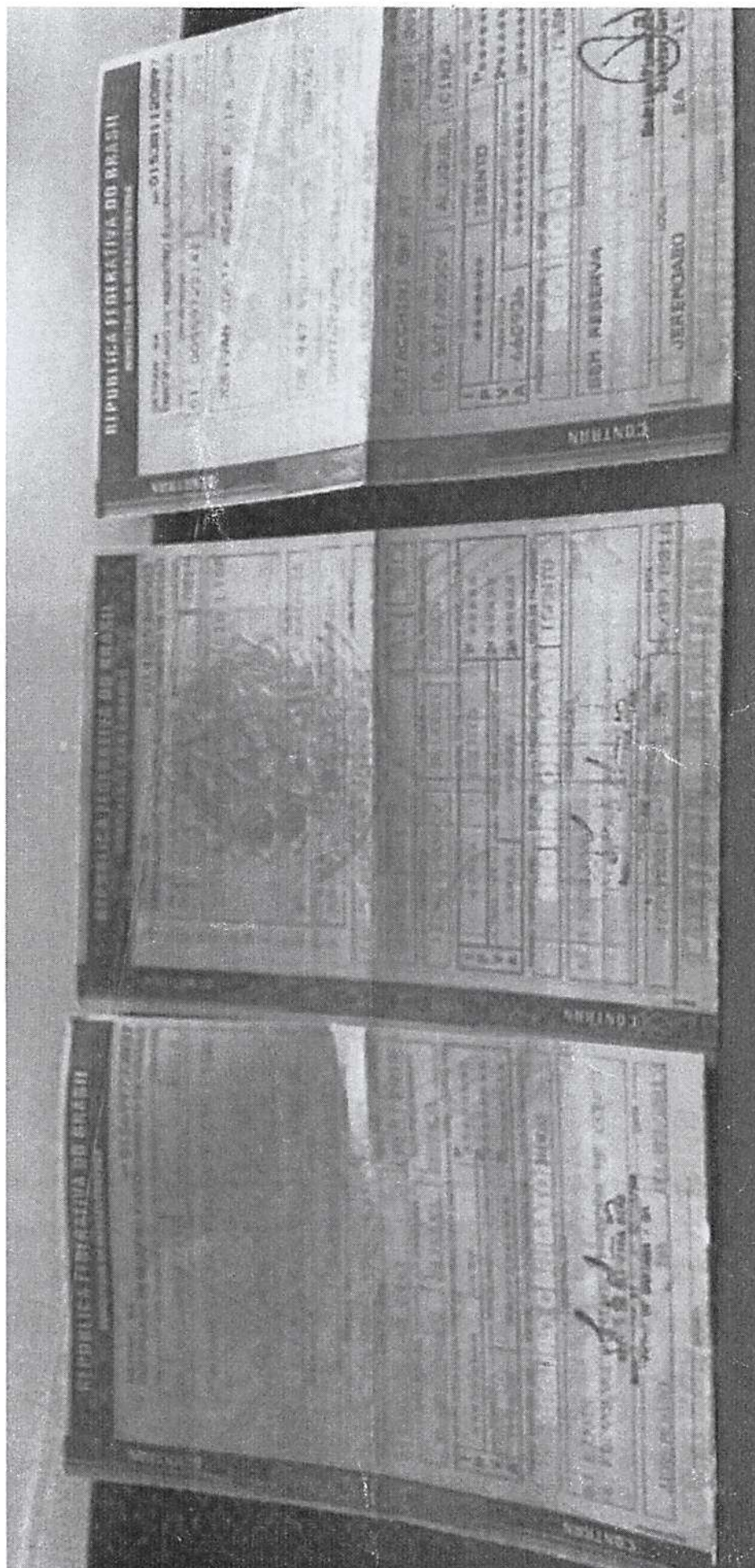


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - BA N°014325368503  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
MARCA/MODELO										ANO FAB										ANO MOD																																																																			
BMW FACCHINI SRF RT										2013										2013																																																																			
CAP/POT/CIL										CATEGORIA										CDR PREDOMINANTE																																																																			
11.80 CV/300 CV										ALUGUEL										CINZA																																																																			
COTA ÚNICA										VENC COTA ÚNICA										VENC/COTAS																																																																			
R\$ 0,00										ISENTO										1º R\$ 0,00																																																																			
TAXA PVA										PARCELAMENTO/COTAS										2º R\$ 0,00																																																																			
R\$ 0,00										R\$ 0,00										3º R\$ 0,00																																																																			
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)										IDF (R\$)										PRÊMIO TOTAL (R\$)										DATA DE PAGAMENTO																																																									
																														ISENTO																																																									
OBSERVAÇÕES																																																																																							
SEM REGISTRO																																																																																							
Assinatura																																																																																							
Data																																																																																							
JEREMIAS																																																																																							
Data																																																																																							
24/01/2018																																																																																							









Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

### ACESSIBILIDADE

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

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

### PAGUE SEGURO

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

### ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. /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 Invalidiz

PONTO 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	<a href="https://sisdvpatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/fFntkpBg3mWRWNIOqOncg==/A2EPmMkqUyZkxnmS22MEPSdn6w40+Z_yY2_ftz17Xchr93MCAgWqwnOm2154/S3X0o7sLGBw5AaQ779USVAH1FK8B5zh3jgVz54XICd6WLu50b+2wepb5UMdtc4wpsD86eY__QUa02LVicyezhn+OxjkK87frQM4">https://sisdvpatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/fFntkpBg3mWRWNIOqOncg==/A2EPmMkqUyZkxnmS22MEPSdn6w40+Z_yY2_ftz17Xchr93MCAgWqwnOm2154/S3X0o7sLGBw5AaQ779USVAH1FK8B5zh3jgVz54XICd6WLu50b+2wepb5UMdtc4wpsD86eY__QUa02LVicyezhn+OxjkK87frQM4</a>



[\(https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/\)](https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

[App Store](https://itunes.apple.com/us/app/segu-ro-dpvat/id1375178092?pt&ls=1&mt=8) (https://itunes.apple.com/us/app/segu-ro-dpvat/id1375178092?pt&ls=1&mt=8)

[Google Play](https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataforma.adigital) (https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataforma.adigital)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <p><b>Links</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Acompanhe seu processo /Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx</a></li> <li><a href="#">Consulte a Pagamentos Efetuados /Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx</a></li> <li><a href="#">Salva Como Pagar /Pages/Salva-como-pagar.aspx</a></li> <li><a href="#">Pontos de Atendimento /Pages/Pontos-de-Atendimento.aspx</a></li> <li><a href="#">Como Pedir Indenização /Pages/Como-Pedir-Indenizacao.aspx</a></li> </ul> | <p><b>Documentos e Processos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">A Seguradora Líder-DPVAT /Pages/Quem-Somos.aspx</a></li> <li><a href="#">Sobre o Seguro DPVAT /Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx</a></li> <li><a href="#">Informações Gerais /Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx</a></li> <li><a href="#">Dicas Indispensáveis /Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx</a></li> <li><a href="#">Dicionário do Seguro DPVAT /Pages/Dicionario-do-Seguro-DPVAT.aspx</a></li> <li><a href="#">Perguntas Frequentes /Pages/Perguntas-Frequentes.aspx</a></li> </ul> | <p><b>Atendimento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Chat - Atendimento On-line /Pages/Chat-e-Atendimento-On-Line.aspx</a></li> <li><a href="#">Dúvidas, Reclamações e Sugestões /Pages/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes.aspx</a></li> <li><a href="#">Telefones de Contato /Pages/Contato-telefones-de-contato.aspx</a></li> <li><a href="#">Ouvidoria /Pages/Ouvidoria.aspx</a></li> <li><a href="#">Canal de Denúncias /Pages/Canal-de-Denuncias.aspx</a></li> <li><a href="#">Mapa do Site /Pages/Mapa-do-Site.aspx</a></li> </ul> |
|--|--|---|

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

[Termos de uso e política de privacidade /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



# 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 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:**

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 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:**

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](http://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] <br/><br/> {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](http://www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos), mediante preenchimento do número de consulta pública **2020002216858-10**.

---