



HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SUS Sistema Único de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)
Sr.(a) Jose Ribamar E. Martins portador(a) da
identidade RG. _____ que o(a) mesmo(a) foi
atendido(a) por mim no dia de hoje, às 20 horas, portador(a) da
patologia CID-10 S90.3, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 08
(oito) dias, a partir desta data.

Patos-PB, 09/11/18

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.358/0001-60
RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 049/2019

Aos NOVE (09) dias do mês de JANEIRO do ano de DOIS MIL E DEZENOVE (2019), nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor Delegado da Polícia Civil, MANOEL MARTINS FERNANDES, delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de Polícia Ad-Hoc, ao final assinado. Aí, por volta das 10h29min compareceu JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS, brasileiro (a), RG: 2621853 SSP/PB, CPF:805.220.414-34, natural de Patos/PB, data de nasc.17/08/1970, Filho (a) de Inaldo Martins Alves e de Maria Ferreira Martins, Residente na Rua 3 Irmãos, nº S/N, Bairro Mutirão, Patos/PB, Tel.: (83) 9.8800-7500. A fim de prestar a seguinte queixa:

QUE, o (a) notificante afirma que, na data 09/11/2018, as 18h:20min, conduzia uma motocicleta de marca/modelo HONDA/POP100, Placa: QFK-9575/PB, Renavam: 0105193358-4, ano/modelo: 2015/2015, cor: VERMELHA, chassi: 9C2HB0210FR030183, Licenciada em nome do noticiante, na BR 261, quando em uma curva, sobrou, perdendo o controle da moto, e caído; que foi socorrido pelo SAMU, e conduzido ao Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade de Patos/PB.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

Notificante: Jose Ribamar Ferreira Martins

Patos/PB, 09 de Janeiro de 2019.

Ana M^{da} C. Leandro
Escrivão ad-hoc de Policial Civil
Mat. 138.428-7



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota
fiscal/conta de energia elétrica:

Nº 051.117.682



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE:

MERQUIRIA L****
RUA IRM*** S/N
PATOS

Identificador para Débito Automático: 0000451412-1



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA

5/451412-1

www.energisa.com.br @energisa



REFERÊNCIA

SET/2020



APRESENTAÇÃO

22/09/2020



CONSUMO

91



VENCIMENTO

29/09/2020



TOTAL A PAGAR

R\$ 27,66



Destaque aqui

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/10/2020				
Pagador: MERQUIRIA L**** CNPJ/CPF: 625.***.***-**				
RUA IRM*** S* - MUTIRAO - PATOS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
32689260001874764	000000000202009	29/09/2020	R\$ 27,66	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2605473 CNPJ 08.778.268.0023/76
NOME HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N
CIDADE PATOS UF PB

CLASSIF. RISCO VERDE
ORIGEM PRÓPRIA RESIDÊNCIA
PACIENTE JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS
NOME SOCIAL MARIA FERREIRA MARTINS
FILIAÇÃO I 17/08/1970 FILIAÇÃO II INALDO MARTINS ALVES
NASCIMENTO 17/08/1970 IDADE 48a 2m COR PARDO GÊNERO M
PROFISSÃO AGRICULTOR
ENDEREÇO RUA TRES IRMAOS nºSN BAIRRO NOVA CONQUISTA
CIDADE PATOS U.F PB CEP 58708206
TELEFONE CELULAR
CNS R.G 2.621.853 CPF REG. NASC.
ESTADO CIVIL CASADO

F.A.A 16827 PRONTUÁRIO 10628
MOTIVO ACIDENTE DE TRANSITO(MOTOCICLETA)
DATA 09/11/2018 Horário: 19:26 OPERADOR MMAIA
CARATER 02 - URGENCIA TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCI
CONVÊNIO SUS AMBULATORIO
TRANSPORTE SAMU
MÉDICO ANTONIO GOMES DA COSTA SEGUNDO NETO

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= PA= X mmHg TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER
H min

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

ORTOPEDISTA BUCCO
CIRURGIÃO 0301060061 0301060072 0301060061



CARATER DO ATENDIMENTO

() 01-ELETIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1-1-0301060001 2-1-0301060072 3-1-0301060029

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() INTERNAÇÃO () ALTA A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO () ALTA MÉDICA
() TRANSFERÊNCIA

MÉDICO/CRM

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

BMF (2020h)
Paciente vítima de acidente motociclístico,
lesões de membros do membro superior esquerdo em
região zigomáxilar, porém sem sinais de
deformidade ou fraturas, sem limitação de
abertura bucal.

(1) LIBERAR DA BMF
(2) AS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Everton Santos Andrade Filho
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO/PB 4386 - CRO/SE 1208

PARECERES

DATA	HORA	OPINIÃO
9.11.18	20:45	Ortopedia Ausência de lesões em membros, de membros e base que necessitem de internação hospitalar de urgência em ortopedia. Alta Hospitalar

Felipe Tavares Santos
Ortopedista
CRO/PB 4386 - CRO/SE 1208

006



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
805.220.414-34

Nome
JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

Nascimento
17/08/1970

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
12B3.28A6.5151.BEC2

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço **www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:36:29 do dia 13/01/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

POLEGAR DIREITO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPIRAÇÃO: 14 DEZ. 1998

2621853

CPF: 805.220.414-34

NOME: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

INELDO MARTINS ALVES

Maria Ferreira Martins

Paráíba-PB

NATURALIDADE: Paráíba-PB

DOC. ORIGEM: Cart. Patoz-PB

CPF: 805.220.414-34

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

17.08.1970

DATA DE NASCIMENTO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

Nº 013930645393

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 000 RENOVADA 20180400008686-7 EXERCÍCIO

1 0105193358-4 00/00000000 2018

JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

CPF / CNPJ

80522041434

PLACA QFK9575/PB

NOVO PB 9C2HB0210FR030183

PA\$ / MOTOCICLE / MAC APLIC

COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA / POP100

ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

CAP / POT. CL. 2 P/97 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PRIM. DOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 00/00/0000

VENC. COTA ÚNICA 1º

P V A

FADIA I PVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00000000 ID (R\$) 00000000 PRÊMIO TOTAL (R\$) 00000000 DATA DE PAGAMENTO 25/04/2018

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

OBSERVAÇÕES 0

PATOS-PB

LOCAL

DATA 26/04/2018

36838



16501

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PEDIDOS TRANSPORTADORA OU UNAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013930645393 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 80522041434

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2018 26/04/2018

RENOVAM 1051933584

PLACA QFK9575/PB

ANO FAB 2015

CAL. TARE. 9

PLACA QFK9575/PB

ANO FAB 2015

CAL. TARE. 9

PLACA QFK9575/PB

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 00000000

DENATRAN (R\$) 00000000

CUSTO DO SEGURO (R\$) 00000000

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00000000

IOF (R\$) 00000000

TOTAL SEGURO (R\$) 00000000

COTA ÚNICA 00000000

PAGAMENTO 00000000

DATA DE OUTUBRO 25/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.806/0001-04

16501-1546057-20180426





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Ribamar Ferreira Martins, brasileiro, solteiro, jornalista, inscrito no CPF 805.220.944-34 e RG nº 2.624.853, residente e domiciliado na Rua Três Irmãos, 21n, Bairro Mutirão, Município de Patos - PB.

OUTORGADA: WALDEY LEITE LEANDRO, brasileiro, casado, ADVOGADO, com Inscrição na OAB-PB sob o número 13.958, FERNANDA DE LUCENA SANTOS, ADVOGADA, inscrita na OAB-PB sob o número 24.547, EDMAR ARAÚJO, ADVOGADO, inscrito na OAB-PB sob o número 23.270 e YURE PEREIRA GOMES, ADVOGADO, inscrito na OAB-PB sob o número 20.152, todos com escritório profissional a Rua Jarbas Moura, 46, Belo Horizonte, Patos - PB.

PODERES: Por este Instrumento Particular de procuração o OUTORGANTE nomeia e constitui seu(a) bastante procurador(a), o outorgado(a), a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula ad judicia et extra, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-lo nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, podendo o dito(a) procurador(a) praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do mandato ora outorgado, tais como: Contestar, ingressar com ação que julgar conveniente e necessária, recorrer em qualquer fórum ou instância, transigir, concordar, discordar, desistir, firmar compromissos (NÃO POSSUI PODERES PARA RECEBER DINHEIRO/PECUNIA OU DAR QUITAÇÃO EM NOME DO OUTORGANTE), agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer no presente mandato, com ou sem reserva de poderes, em especial para representá-lo e defendê-lo perante QUALQUER ORGÃO DO PODER JUDICIÁRIO, EM QUALQUER ORGÃO ADMINISTRATIVO COMO INSS, PBPREV, DNOCS, IBGE, _____, movido a favor do outorgante, do qual a mesma se compromete a levar as testemunhas para os atos processuais independentemente de intimações (nos termos do §2, do art. 455, do NCPC).

Patos - PB, 30 de Novembro de 2020.

X José Ribamar Ferreira Martins

Outorgante

ISENTO DE RECONHECIMENTO DE FIRMA, FACE A LEI No. 8.952/94, QUE DA NOVA REDAÇÃO AO ART. 38 DO CPC.

Dr. Waldey Leite Leandro.

Rua Jarbas Moura, 46, Belo Horizonte, Patos - Pb.

Fone: (83) 8808-3805

E-MAIL e MSN: waldeyleite@hotmail.com



SINISTRO 3200396596 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO JG TORRESEG
CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

CPF/CNPJ: 80522041434

Posição em 02-12-2020 11:49:04

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/11/2020	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00





PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOSE DO BONFIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 4

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA <u>9/11/18</u>	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE / USUÁRIO <u>Jose Roberto F. Monteiro</u>	IDADE <u>48</u>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA <u>15-261</u>	BAIRRO	MEDICO REGULADOR		
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> ACRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Queda de moto

DADOS VITAIS:

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

P.A.: 120 x 100 FC: 100 TEMP.: _____ °C - GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/O2: 98 SpO2c/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros: _____

INTERVENÇÕES:

SSU + Transporte

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

pac. consciente, orientado, vítima de queda de moto apresentando lesões pelo corpo e suspeito de fratura no MTD do RM. feito mobilização, curativo e encaminhado ao HUP



E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OTOTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS/TRACÇÃO ☐ OTOTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R. G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): Ana Carolina COREN: 440.583 MAT.: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: Rayson COREN: _____ MAT.: _____

CONDUTOR: Daniel MAT.: _____

Digitalizado com CamScanner





PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DA PARAÍBA

4ª VARA DA COMARCA DE PATOS

Processo n. 0811896-41.2020.8.15.0251

DESPACHO

Vistos etc.

É de conhecimento desta magistrada que a seguradora demandada somente formaliza acordos após submissão do autor à perícia médica. Por este motivo, deixo de agendar a audiência de conciliação descrita no art. 334 do Novo CPC.

Assim, cite-se a parte ré para apresentar contestação, no prazo legal de 15 (quinze) dias (CPC, art. 335, *caput*).

Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (CPC, art. 344), ressalvados direitos indisponíveis.

Defiro a gratuidade processual à parte autora.



Cumpra-se.

Patos/PB, data e assinatura eletrônicas.

Vanessa Moura Pereira de Cavalcante

Juíza de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Mista de Patos
AV DOUTOR PEDRO FIRMINO, S/N, - até 199/200, CENTRO, PATOS - PB - CEP: 58700-071
PATOS()

Nº do processo: 0811896-41.2020.8.15.0251
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

MANDADO DE CITAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 4ª Vara Mista de Patos manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. Endereço: Edifício Citibank_**, Rua da Assembléia 100, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904 para apresentar contestação, no prazo legal de 15 (quinze) dias (CPC, art. 335, *caput*).. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

PATOS, em 10 de dezembro de 2020.

De ordem, MARIA DAS NEVES RUFINO DE LUCENA
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:
XXXXXXXXXXXXXX

