

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

LEONARDO ARAÚJO DA SILVA, brasileiro, solteiro,
agricultor, CPF nº 700.030.384-08 e RG
Nº 003304048 SSDS/RN, residente e domiciliado
à Rua Sítio Mimoso, D/M, ZONA RURAL, MIMOSO,
PARAÍBA, CEP 58860000;

OUTORGADO:

Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado,
advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº
032.976.134-08; com escritório profissional a rua Francisco
Almeida, nº 219, centro CEP: 58.840-000, Pombal PB. Tele-
fax: (83) 3431-1825 / Cel. (83) 9 9974-6390 (TIM) e (83) 9
8164-0979 (VIVO)

PODERES:

Pelo presente instrumento de mandato, o(a) outorgante acima qualificado(a), nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, com os mais amplos poderes, inclusive os gerais para o foro, representá-lo em juízo ou fora dele, de acordo com o estatuto da Advocacia – Lei 8.906/94, bem como perante qualquer repartição pública Federal, Estadual ou Municipal podendo dito procurador, com vistas ao cabal desempenho deste mandato, tudo requerer e praticar, patrocinar a defesa dos interesses do(a) outorgante como autor(a) ré(u), oponente, assistente, ou de qualquer forma interessada, usar dos poderes contidos na cláusula “*ad judicium*”, mais os poderes especiais de receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, acordar, discordar, arguir suspeições, excepcionar, prestar caução, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15) e finalmente praticar todo e qualquer ato que se faça necessário ao fiel e cabal desempenho do presente mandato, dando tudo por firme e valioso.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser subestabelecidos.

Pombal - PB, 20 de DEZEMBRO de 2017.

Leonardo Araújo da Silva

Outorgante



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

PB

NOME
LEONARDO ARAUJO DA SILVA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF
003304048 SS DS RN

CPF
700.030.384-08

DATA NASCIMENTO
23/06/1996

FILIAÇÃO
MARINALDO DE ARAUJO
DINIZ
MARIA DAS NEVES GOMES
DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06563721716

VALIDADE
05/08/2020

1ª HABILITAÇÃO
16/02/2016

OBSERVAÇÕES
EAR;

Leonardo Araújo da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
07/03/2017

Assinatura do Emissor
ASSINATURA DO EMISSOR

00500657075
PB034250743

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1467391238

PROIBIDO PLASTIFICAR
1467391238



JOSE PEREIRA DE ARAUJO
SIT MIMOSO, S/N - AREA RURAL
MIMOSO / PB CEP: 58660000 (AG. 237)

Emissão: 23/11/2017 Referência: Nov / 2017
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br/230, Km 25 - Creta Redentor- João Pessoa / PB - CEP 58071-890
Roteiro: 13 - 243 - 901 - 3990 NF medidor: 00008914406



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº001.022.469
Cód. para Déb. Automático: 00014540371

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2017	23/11/2017	21/12/2017	66881536453 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1454037-1

Canal de contato

-CCNVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL-
CADASTRO BIOMÉTRICO
A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELEITORES QUE AINDA
NÃO FIZERAM O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO PARA QUE
PROCUREM O CARTÓRIO ELEITORAL OU POSTO DE ATENDI-
MENTO MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 30/11/2017,
PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO, COMPROVAN-
TE DE RESID. DOS ÚLTIMOS 3 MESES E TÍTULO ELEITORAL,
SE HOUVER. EM CASO DE DÚVIDAS, CONSULTAR O SITE
WWW.TRE-PB.JUS.BR OU LIGAR PARA O PONE 3512-1381.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura							
24/10/17	843	23/11/17	901		58	30				
Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Calc.	Aliq.	ICMS (R\$)	Base Calc.	Pot (R\$)	Cofins (R\$)	
		Tributos Total (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	Pot (R\$)	Cofins (R\$)	(R\$) (12,12%)		
0801	Consumo em kWh	59,000	0,732200	42,46	42,46	25	10,61	42,46	0,58	2,60
0801	Adic. B Vermelha			3,99	3,99	25	1,00	3,99	0,05	0,24
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0804	JUROS DE MORA 10/2017			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2017			0,95	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 47,34 46,45 11,61 46,45 0,81 2,84

Média últimos meses (kWh) 70
VENCIMENTO 30/11/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 47,34

Histórico de Consumo (kWh)

59 | 55 | 60 | 53 | 59 | 55 | 56 | 69 | 176 | 89 | 73 | 41
Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16 Nov/16

RESERVADO AO FISCO
1d34.4fdd.90c4.d957.ae0f.0a92.6fb7.c83c.

Indicadores de Qualidade 9/2017-São Bento

	Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DIMENSIONAL	11,30	5,34	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	22,61		
DIC ANUAL	45,22		
PIC ANUAL	7,74	1,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
PIC TRIMESTRAL	15,49		
PIC ANUAL	30,99		
CMSC	6,18	5,34	
DICRI	16,60		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	10,92	23,07
Compra de Energia	15,78	33,33
Serviço de Transmissão	1,67	3,53
Energia Solar	3,02	6,38
Impostos Diretos e Encargos	15,95	33,69
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	47,34	100,00

Valor de EUSD (Ref. 8/2017) R\$ 14,33

ATENÇÃO

Faturas em atraso

PARAIBA
Roteiro: 13 - 243 - 901 - 3990
Matrícula: 1454037-2017-11-0

VENCIMENTO 30/11/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 47,34

83630000000-4 47340054000-0 14540372017-3 11000243019-4





Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Carta nº: 12872889

A/C: LEONARDO ARAUJO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180183403
Vitima: LEONARDO ARAUJO DA SILVA
Data do Acidente: 15/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: LEONARDO ARAUJO DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000002418-X

Conta: 000010010870-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a Indenizar: 25,00% x 13.500,00 =

R\$ 3.375,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

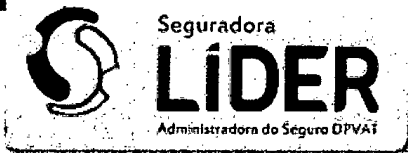
Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00003/00004 - carta_15R - INVALIDEZ



18/05/2018

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)



Buscar no site



A
COMPANHIA ▾

SEGURO
DPVAT ▾

PONTOS DE
ATENDIMENTO
(/Pontos-de-
Atendimento)

CENTRO DE
DADOS E
ESTATÍSTICAS ▾

SALA DE
IMPrensa ▾

TRABALHE
CONOSCO ▾

CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180183403 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LEONARDO ARAUJO DA SILVA
COBERTURA Invalidez

seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido=70003038408&sinistroConsultaPedido=3180183



PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO



Sabemi Seguradora S/A-Filial João Pessoa-PB

BENEFICIÁRIO LEONARDO ARAUJO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 70003038408**Posição em 18-05-2018 10:56:35**

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/05/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
04/05/2018	Interrupção de Prazo	
01/05/2018	Aviso de Sinistro	

ACESSIBILIDADE[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)A A A **COMO PEDIR INDENIZAÇÃO**[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documentos Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)**PAGUE SEGURO**seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido=70003038408&sinistroConsultaPedido=3180183



HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuario: 103424

Ocorrência: URGENCIA

Servidor do Dr.:

Ewerton Santos Andrade Filho
Cirurgia Bucomaxilofacial
CROPB 4386 - CROB 1299

Data/Hora 16/11/2017 12:13:06

Paciente LEONARDO ARAUJO DA SILVA

Idade: 21 Sexo M

Filiação

Pai: MARINALDO DE ARAUJO DINIZ
Mãe: MARIA DAS NEVES GOMES DA SILVA

Endereço

Cidade: PAULISTA - PB - 58860-000 - 2510907
Endereço: SÍTIO MIMOSO
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: GUARUJOS - SP
Fone: (83)9913-6558

N.:

Documentos

CNS: 200-6391-0599-0006
Identidade: 003304048
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 23/6/1996
Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: MOTORISTA

Responsável: Maria das Neves Gomes da Silva

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Vi Filho de Gloria do Moto e /
Família de Fato, mora atualmente em
Linha, Nova Alegria

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

- Bócio de HASTONAS (0)
- Bócio (PROLIFER) (0)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Tomografia

Diagnóstico:

Fusão do Complexo Zigomático (0)

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, ____/____/____

Recepcionista: RICARDO





GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE

06/06

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	PATOS	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário																																										
Nome		Leonardo Anayo Silva			Idade	Sexo	Cor																																									
Data	Pressão Arterial Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura																																											
21.11.17	120 x 70 / 86																																															
Tipo Sanguíneo	Hemóclulas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	Outros																																										
VER PRONTUÁRIO																																																
Ap. Respiratório				Asma		Bronquite																																										
Ap. Circulatório				NDN		Eletrocardiograma																																										
Ap. Digestivo				JEJUM		Ap. Urinário																																										
Estado Mental				CONSCIENTE		Hipotensores																																										
Diagnóstico Pré-Operatório				fret. gipomelo. esp.		Estado Físico																																										
Anestesia Anteriores						Risco																																										
Medicação Pré-Anestésica				Aplicada às		Efeito																																										
<table border="1"><thead><tr><th>Agente Anestésico</th><th>02</th><th>Indução</th></tr></thead><tbody><tr><td>Líquido</td><td>SC / SR</td><td>Satisf. / Excit. / Tosse</td></tr><tr><td rowspan="5">CÓDIGO PV, ARTERIAL, PULSO, RESPIRAÇÃO V.Z. ANESTESIA, OPERAÇÃO</td><td>250</td><td>Laríngeo Espasmo / Lenta</td></tr><tr><td>240</td><td>Náuseas / Vômitos</td></tr><tr><td>220</td><td>Outros</td></tr><tr><td>200</td><td>MANUTENÇÃO</td></tr><tr><td>180</td><td>Atropina 1mg Prostigmine 2mg</td></tr><tr><td>160</td><td>Cefazolina 2g Dexamet. 8mg</td></tr><tr><td>140</td><td>Plasil 10 mg Tenoxicam 20mg</td></tr><tr><td>120</td><td>Dipirona 2g Ondasetrona 8mg</td></tr><tr><td>100</td><td>Anestesia Satisf. / Não, porque?</td></tr><tr><td>80</td><td>DESPERTAR</td></tr><tr><td>60</td><td>Reflexos na SO</td></tr><tr><td>40</td><td>Obstr. / 002 / Excit.</td></tr><tr><td>20</td><td>Náuseas / Vômitos</td></tr><tr><td></td><td>Outros</td></tr><tr><td></td><td>Com cânula</td></tr><tr><td></td><td>para o leito sim / não</td></tr><tr><td></td><td>CONDIÇÕES</td></tr></tbody></table>								Agente Anestésico	02	Indução	Líquido	SC / SR	Satisf. / Excit. / Tosse	CÓDIGO PV, ARTERIAL, PULSO, RESPIRAÇÃO V.Z. ANESTESIA, OPERAÇÃO	250	Laríngeo Espasmo / Lenta	240	Náuseas / Vômitos	220	Outros	200	MANUTENÇÃO	180	Atropina 1mg Prostigmine 2mg	160	Cefazolina 2g Dexamet. 8mg	140	Plasil 10 mg Tenoxicam 20mg	120	Dipirona 2g Ondasetrona 8mg	100	Anestesia Satisf. / Não, porque?	80	DESPERTAR	60	Reflexos na SO	40	Obstr. / 002 / Excit.	20	Náuseas / Vômitos		Outros		Com cânula		para o leito sim / não		CONDIÇÕES
Agente Anestésico	02	Indução																																														
Líquido	SC / SR	Satisf. / Excit. / Tosse																																														
CÓDIGO PV, ARTERIAL, PULSO, RESPIRAÇÃO V.Z. ANESTESIA, OPERAÇÃO	250	Laríngeo Espasmo / Lenta																																														
	240	Náuseas / Vômitos																																														
	220	Outros																																														
	200	MANUTENÇÃO																																														
	180	Atropina 1mg Prostigmine 2mg																																														
160	Cefazolina 2g Dexamet. 8mg																																															
140	Plasil 10 mg Tenoxicam 20mg																																															
120	Dipirona 2g Ondasetrona 8mg																																															
100	Anestesia Satisf. / Não, porque?																																															
80	DESPERTAR																																															
60	Reflexos na SO																																															
40	Obstr. / 002 / Excit.																																															
20	Náuseas / Vômitos																																															
	Outros																																															
	Com cânula																																															
	para o leito sim / não																																															
	CONDIÇÕES																																															
Símbolos e Anotações		98.																																														
Posição																																																
Agentes		Propofol 200 mg + Succinilcolina 70 mg + fentanil 100 mcg + Atracurio/Rocuronio 70 mg																																														
Técnica		Anest. Geral: Pré-oxig.-Ind. venosa c/ INTc/TOTc - Manut. Inalatória c/ O2 + VMC em VCV																																														
Operação		tho cng fret gipomelo. esp.																																														
Cirurgiões		Dr Kruijff.																																														
Anestesiologistas		DR. TÁVIO LEAL																																														
Observações		STT																																														



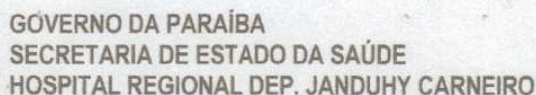
NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Leonardo Araújo da Silva					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
QT.	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
6º	04	SUS	25 anos	503424	
CIRURGIA Proctologia - Int. Digestiva		CIRURGIÃO Dr. Raimundo			
ANESTESIA Geral		ANESTESISTA Dr. Tarcio			
INSTRUMENTADORA		DATA 25-11-17	INÍCIO 10:30h	FIM 11:40h	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
X	TX. Capnógrafo	1	Equip. JFO 9-1. Sauer
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi 15
X	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley 10Fr
	TX. de Laser		Coletor de Urina
1	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical	1	Seringa 3 ml
1	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
1	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
1	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neocain	1	Atadura de Crepom 10cm
1	Ketalar Propofol		Atadura de Crepom 20cm
1	Chlorbutal Chlorbutal		Atadura Gessada 10cm
1	Quelicin	1	Sonda Uretral Nº 12
1	Evulon Sevoflurano		Sonda Nesogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
1	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesina a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	X	Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPi Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Aglha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
1	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
1	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19g Cefazolina		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dixtal Diclofenaco sódico		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plasil Metoclopramida		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	Vicril 3-0



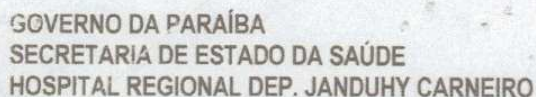


PACIENTE: LEONARDO ARAUJO DA SILVA

LEITO: _____
REG.: _____

DATA	HORA	CONT.
16/11/17	11:54h	<p>BMT - Paciente vítima de acidente motociclístico com lesão no maxilar inferior (LMI), fratura em H&F: FACE (E). Dor durante palpatores. Manobra de abertura normal. Tomografia computadorizada confirma fraturas no corpo e ramo direito do LMI.</p> <p>(1) 1) internamento</p> <p>(2) 2) solicitação de exames laboratoriais e ECG para cirurgia</p> <p>(3) 3) prescrições/acompanhamento p/BMT</p>
19/11/17		<p>Paciente para exame post-fratura do maxilar inferior, apresentando sinais de edema.</p> <p>H&F: Fratura do maxilar e mandíbula: vértebra cervical.</p> <p>Dr. Edmário Gomes Cirurgia e Traumatologia Bucco-Maxilo-Facial Ortopedia dos Maxilares 4291</p>
21/11/17	11:30	<p>CTBMT:</p> <p>paciente em POI de estabilização de fratura de maxilar inferior (E). Cirurgia sob anestesia geral, sem intervenção maxilar. Paciente encaminhado para SP.</p>
22/11/17	14:00h	<p>BMT: 1º 370 de osteossintese de fixação de fratura de maxilar inferior, maxilar superior, orelha, maxilar inferior, e maxilar superior.</p> <p>SOB fratura bucal, orelha, maxilar superior e maxilar inferior.</p> <p>paciente, maxilar inferior, maxilar superior e maxilar inferior.</p> <p>Dr. Fábio de Assis Arruda Cirurgia Bucco Maxilo Facial CRP-PA 2830</p>





NOME: LEONARDO ARANHA DA SILVA

DA CLÍNICA Bucodonto ENFERMARIA 62
A CLÍNICA ORODONTOLOGIA LEITO 69

MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Risco Cirúrgico (Preval)

16/11/17 DATA

Ewerton Santos Andrade Filho
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO/PB 4386 - CRO/SE 1295

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente sem queixas Cardiovasculares.
Nega Comorbidades. Nega Alergias.
PA: 110x60 mmHg ACV: BCNV em 2T, SS. FC: 70
ECG: Normal
Risco Cirúrgico: Baixo Risco

17-11-2017 DATA

Klauber M. de França
Cardiologia / Geriatria

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Leonardo Araújo da Silva</i>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <i>21/11/17</i>	Enf.	Leito
Cirurgião <i>Dr. Kruijff</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Cadmo</i>	
Anestesista <i>Dr. Fábio</i>	Tipo de Anestesia <i>geral</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura de Zigomático lado esquerdo</i>		
Tipo de Cirurgia <i>Osteossíntese de fratura de zigomático lado esquerdo.</i>		
Diagnóstico Pós Operatório <i>O mesmo.</i>		
Relatório Imediato do Patologista <i>N.D.N</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>N.D.N</i>		
Acidente Durante a Cirurgia <i>N.D.N</i>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras

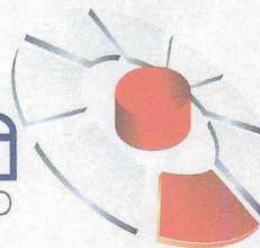
- 1- Paciente em DDH sob anestesia geral
- 2- Antisepsia extra + intra-oral.
- 3- Aposição de campos estéreis.
- 4- Infiltração com xylo com vaso em maxila lado esquerdo
- 5- Inversão em fundo de sulco vestibular em maxila lado esquerdo
- 6- Descolamento + acesso às fraturas
- 7- Redução de fratura de zigomático com gancho ginestif
- 8- FIR (Sistema 2.0)
- 9- Sutura

Dr. Kruijff Stenielaw B. da Costa
Cirurgião e Traumatologista
Bucco-Maxilo-Facial
R.C. 3477



Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Paciente: LEONARDO ARAUJO DA SILVA
Nº do Paciente: 17000230696
Data de Nascimento: 23/06/1996
Solicitante: Dr. José Herminio de Sousa Neto
Data do Exame: 15/11/2017
Nº do Exame:
Procedência: Paciente Interno
Sexo: M
Convênio:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO

INDICAÇÃO CLÍNICA:

TCE.

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

O parênquima cerebral apresenta forma, posição, dimensões e densidade usuais.

Sulcos entre os giros corticais, cissuras de Sylvius, sistema ventricular supratentorial e cisternas da base de aspecto usual para a faixa etária.

Estruturas da linha média centradas.

Não há evidências de lesões focais detectáveis ao método na fossa posterior.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

Ausência de fraturas desalinhadas nos ossos da calota craniana.

CONCLUSÃO:

Tomografia computadorizada crânio-encefálica sem alterações significativas.

Unidade 1: Rua Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - Pb Fone: (83) 3431-2020 / 9 9989-0097
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - Pb Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237
Unidade 3: Av. Manoel Cavalcanti, 17 / Centro - Coremas - Pb Fone: (83) 9 9837-3284 / 9 9619-0076
4: Av Rio Branco, 629-A / Centro - Jardim de Piranhas - Pb Fone: (84) 9 9813-4546



Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA FACE

INDICAÇÃO CLÍNICA:

TCE.

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

Fraturas desalinhadas / cominutivas no seio maxilar esquerdo, estendendo-se para o assoalho da órbita e parede lateral, e ainda fraturas no arco zigomático esquerdo.

Extenso hematoma partes moles na hemiface à esquerda.

Hemossinus maxilar esquerdo.

Musculatura orbitária extrínseca.

Discreto hematoma / borramento do espaço extraconal inferior esquerdo, com focos gasosos intra-orbitários.

Discreto espessamento mucoso dos seios paranasais.

Obstrução dos infundíbulos etmoidais, recessos eseno-etmoidais e recesso frontal esquerdo por material mucoso.

Septo nasal ósseo desviado para a esquerda.

Infradesnívelamento da lâmina crivosa em relação ao teto de entre 4 e 7 mm (classificação de Keros tipo II).

Meatos médios e inferiores pervios.

Cavum anatômico.

Laudo Auto Explicativo.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Mariana Leite CRM 46369-MG | Médica-radiologista RQE 35040-MG através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 15/11/2017 22:17:03 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Unidade 1: Rua Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - Pb Fone: (83) 3431-2020 / 9 9989-0097
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - Pb Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237
Unidade 3: Av. Manoel Cavalcanti, 17 / Centro - Coremas - Pb Fone: (83) 9 9837-3284 / 9 9619-0076
Unidade 4: Rua ... / Centro - Jardim de Piranhas - Pb Fone: (84) 9 9813-4546





GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

LAUDO:

RELATÓRIO DA OS PLACADO
FRAZ. DE, LEONARDO
ARISTO DA SILVA 201
ATENDIDO POR MIM, SEU
SUBMETIDO A TRATAMENTO
CIRÚRGICO DE FRATURA DE
TÍBIA NESTE LADO.
ARREMANHO V.C.T.D.
(S.O.24). CIRCUNSTÂNCIA
RELATADA DIA 21/11/17.

16/11/17
Dr. Krzysztof Stanisław P. da Costa
Cirurgião e Traumatologista
Boca - Maxilo - Facial
CRM 3477

Rua Horácio Nobrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde

UNIDADE DE PONTO DE ATENDIMENTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE DE PRESTADORIA DE SERVIÇO (UP/S)

CODIGO DA UNIDADE: 00000000

CODIGO DO MUNICÍPIO: 00000000

CODIGO DO ESTADO: 00000000

MUNICÍPIO: Paulista

ESTADO: Paraíba

PACIENTE:

NOME: Jonivaldo Araújo da Silva

SEXO: M

IDADE: 31

DATA DO NASCIMENTO: 06/1990

CPF: 99136558

PROFISSÃO: Agricultor

DOCUMENTO: 16-003304048

ENDEREÇO: St. Amador

MUNICÍPIO: Paulista

CEP: 5860400

DATA DO ATENDIMENTO: 15/11/17

CÓDIGO DO MUNICÍPIO:

CÓDIGO DO ESTADO:

SINAIS VITAIS

SPO2: 98%

PESO: 70 kg

QUEIXAS:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

ANAMNESE: Doença de Staphylococcus aureus, com febre, tosse, expectoração amarelada e fadiga. História de uso de corticosteroides e antibióticos. Exame físico: Tórax: hiperfônico, sem crepitações ou sibilos. Pulso: 98 bpm, regular. Pressão: 120/80 mmHg. Saturação: 98%.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPO DE CONSULTA: 1 - PRIMEIRA CONSULTA

RESULTADOS:

EXAMES REALIZADOS EM OUTRAS UNIDADES:

TIPO DE CONSULTA: 1 - PRIMEIRA CONSULTA

RESULTADOS:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

MAIORES DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

Dr. José Hamilton de Sousa Neto

TIPO DE ATENDIMENTO

01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA:

02 - PRIMEIRA CONSULTA:

03 - CONSULTA SUBSEQUENTE:

04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE:

05 - VACINAÇÃO DE ROTINA:

06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SUÍTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES):

07 - VACINAÇÃO DE COMPAÑIA:

08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

MEMÓRIA

1 - PRESCRIÇÃO

2 - APLICADA

SERVIÇOS REALIZADOS

CODIGO PROCEDIMENTO

0301060001

0301060002

0301060003

0301060004

0301060005

0301060006

0301060007

0301060008

0301060009

0301060010

0301060011

0301060012

Dr. José Hamilton de Sousa Neto
CRM-PB - 2010-012.630.094-87

George Geral



15 11 17

15.11.14 Paciente com entreda após sofrer acidente
meteciclosico turgido por terçetes, com tumores costal - costais
em fábulo superior, equimose periorbitario (E. Orosiavais
em fábulo, pi e gnd. Sique para realizar TC de face e
torax em Bambal. 83.

REINOLD DE SILVA, J. (Dante)

Zusammenfassung

Informations - CC

Ester, weire - 69





PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO USB 12



- IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA 16/11/12	HORA 09:30	Nº ID 28	PACIENTE/USUÁRIO Leonardo Augusto da Silva	IDADE 21	SEXO M
LOCAL DA OCORRÊNCIA			BAIRRO	MÉDICO REGULADOR	
TRANSFERÊNCIA DE: HEP (Pombal)			APÓIO LOCAL: PM	RESGATE/BOMBEIROS PRF CPTRAN	
DESTINO: HEP (Pombal)					
OTA: () NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL () RECUSOU ATENDIMENTO () SOCORRIDO PELO BOMBEIRO () LOCAL NÃO ENCONTRADO () ÓBITO NO LOCAL () ÓBITO NO TRANSPORTE () CANCELADO () OUTRO:					
MOTIVO DA ATIVAÇÃO Atendimento do Curioso Buzinação					
EXAME			ESTADO INICIAL	CRÍTICO	GRAVE
PELE			() PÁLIDO () CIANÓTICO () ICTÉRICO () SUDOREICO (X) CORADA () ÚMIDA () FRIA () PEGAGOSA	INSTÁVEL	ESTÁVEL
VIAS AERE			(X) NORMAL () BRADIPNEIA () TAQUIPNEIA () APNEIA () DISPNEIA () RESP. RUIDOSA () OBSTRUÇÃO () HEMOPTISE () TOSSE PRODUTIVA VENTILAÇÃO: () ESPONT. () VENT. ASSIST. AUSC. PULM: () MV () RA- () CREPTOS () SIBLOS () RONCOS	SINAIS VITAIS E PARÂMETROS EVOLUTIVOS	
CARDI			(X) NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BCNF () BCHF () PRECORDIALGIA () NORMOTENSO () HIPOTENSO () HIPERTENSO () PCR () EDEMA - LOCAL: ENCH. CAP: () > 25 () < 25 CHOQUE: () HIPOV () ANAFIL () SÉPTICO () CARDIOG	HORA	10:00
DIGES			(X) NORM () EPIGASTRALGIA () HDA () HEMATEMESE	PA mmHg	120/80
ABDO			(X) NORM () DISTENDIDO () DOLOROSO - LOCAL:	FR lpm	84
NEUR			(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () CONFUSO () DESORIENTANDO () MIDRIASE () MIOSE () ANISOCO () ISOCORICA () DEFICIT MOTOR () DEFICIT SENSITIVO () CONVULSÃO	FC bpm	84
GINEC			() TRABALHO DE PARTO () ABORTAMENTO () DOR PÉLVICA () METRORRAGIA () NASCIM. () BOLSA ROTA CONTRAÇÕES/MIN: BCF: () NORMOFO () HIPOFOFON	SPO ₂ %	98
QUEI			CAB PESC TANT TPOS PERI MSD MSE MID MIE	T _{ax} °C	36.3
I				HGT mg/dl	95
II				ECG	
III				APGAR	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS					
OXIGÊNIO: 1min () CAT. NASAL () MR () BVM () ASPIRAÇÃO DE VVAA () ELEVÇÃO DE DECUBITO () CAN. OROFARÍNGEA () ML () CT () SNG () SVD AVP ABOCATH N° LOCAL: CURATIVO: () COMPR () SIMPLES () TORNQUETE () IMOBILIZAÇÃO - LOCAL: () KED () COLAR CERV. - TAM: OUTROS:					
ANTECEDENTES: () DIABETES () HAS () CARDIOPATIA () TABAGISTA () ETILISTA () ALERGIAS: MEDICAMENTOS EM USO: ANTECEDENTES FAMILIARES: QUEIXAS: Dor de cabeça					

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: (X) Ansiedade () Capacidade adaptativa intracraniana diminuída () Comunicação verbal prejudicada () Confusão aguda () Deambulação prejudicada () Débito cardíaco diminuído () Desobstrução ineficaz de vias aéreas () Disreflexia autonômica () Dor aguda () Hipertermia () Hipotermia (X) Integridade da pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada (X) Medo () Intolerância à atividade () Mucosa oral prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Perfusão tissular cerebral ineficaz () Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz () Risco de Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz () Risco de Perfusão tissular renal ineficaz () Termorregulação ineficaz () Troca de gases prejudicada () Ventilação espontânea prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume de líquidos excessivo () Náusea () Retenção urinária () Interação social prejudicada () Incontinência intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Constipação () Outros:

Intervenções: monitoramento do SSV

Implementações da assist. evolução de enfermagem: paciente consciente, orientado, SSV preservado, sem alteração, sistema de queda de proteção, no local de emergência, após avaliação física de todo o corpo, o mesmo foi encaminhado para o Dr. Augusto para o HEP (Pombal) onde o mesmo foi atendido por Dr. Everton.

TERAPÊUTICA INSTITUÍDA						
REPOSIÇÃO VOLÊMICA	VOLUME		MEDICAÇÕES	POSIOLOGIA	VIA DE ADM	HORÁRIO
SOLUÇÃO RINGER LACTATO						
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%						
SOLUÇÃO GLICOSADA 0,5%						
OUTRO						



C. S. Santos

EQUIPE

ENFERMEIRO: Diogo Cesar de S. Barbosa COREN: 25.283.138 TEC. ENFER: Ewerton Santos Andrade Filho

LOCAL DE DESTINO: _____ RESPONSÁVEL: Cristina Bispo da Rocha FUNÇÃO: CRP/PB 4386 - CRP/SE 1209

TERMO DE RECUSA

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELO SAMU / PAULISTA - PB, NESTA OPORTUNIDADE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ TESTEMUNHA 02: _____

PERTENCES DO PACIENTE

DESCRIÇÃO: _____

NOME DO RECEPTOR: _____ FUNÇÃO: _____

ASSINATURA DO RECEPTOR: _____





SAMU 192 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192
Paulista-PB

PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BASE PAULISTA
SAMU 192

Relatório de Transferência Inter-Hospitalar / Intermunicipal

Ocorrência nº 28 Data: 16.11.17 Hora: 09:30
Nome da Vitima: Blomirson Jesus da Silva Idade: 21
Evento: ☒ Trauma: () Clínico: () Obstétrico: () Psiquiátrico: ()
Outros: _____
Procedimento: Busca maxilo facial
Solicitante: Dr. André M.
Destino: Hospital Regional de Paty
Contato: _____

Circunstância da Transferência:

avaliado pelo Busca maxilo facial

Identifique quais as ineficiências deste Hospital para a manutenção da vida do paciente:

Procedimentos realizados:

Rx de face
TC de face

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado.

avaliado pelo Busca maxilo facial

Ewerton Santos Andrade Filho
Cirurgia Bucodentofacial
CRM-PB 4386 - CROSE 1208

Dra. Angélica Estrela
Médica - CRM-PB 379
+55 9888167830047



Assinatura do paciente ou seu representante

Leonardo Araújo da Silva

REQUERIMENTO Nº. 1

- ☒ CÓPIA DE PRONTUÁRIO
- ☒ LAUDO RADIOGRÁFICO
- ☒ LAUDO MÉDICO
- ☒ EXAMES COMPLEMENTARES

Data da Solicitação: *28/11/17*

Data Prevista para Entrega: 30 DIAS ÚTEIS

At. Note

16/11/2017

23/11/2017

43 Cirurgia

Assinatura do Responsável pela entrega

Silveira

3423 - 2243

Rua Horácio Nóbrega, s/n – Bairro Belo Horizonte – Patos/PB.
CEP: 58.704-000 / CGC: 08.778.268/0023-76 / Tel: (83)3423-2741 / FAX: (83)3423-2651
hospitalpatos@hotmail.com



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
18ª Delegacia Seccional de Polícia
Delegacia de São Bento
Fone (83) 3444-2804 Disque Denúncia 197



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1194/2017

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**
Data do fato: 15/11/17 hora: 19h:00min

Notificante: **LEONARDO ARAÚJO DA SILVA**, alcunha: "**LEO**",
Nacionalidade: brasileiro, solteiro, agricultor, naturalidade:
Guarulhos/SP, nascido em 23/06/1996, documento: RG nº 003.304.048
SSPDS/RN, CPF nº 700.030.384-08, filho(a) de Marinaldo de Araújo
Diniz e de Maria das Neves Gomes da Silva, endereço: Sítio Mimoso,
Zona Rural de Paulista/Pb, referência: telefone para contato 83-
99913 6558.

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): Homero Perazzo Filho

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , idade: ***, nascido em
/ / , cor/raça: *****, Estado Civil: *****,
Profissão: , Escolaridade: *****, documento:
filiação: e de , endereço: Rua , referência:
Tel/Cel:() ;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE O NOTICIANTE INFORMA
QUE NA DATA ACIMA MENCIONADA O MESMO ESTAVA GUIANDO UMA
MOTOCICLETA MODELO HONDA NXR 160BROS, COR VERMELHA, FAB/MOD
2016/2016, PLACA QFQ 4427/PB, CHASSI 9C2KD0810GR461723, QUANDO NAS
IMEDIAÇÕES DO TREVO DA CIDADE DE PAULISTA/PB O NOTICIANTE PERDEU O
CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR NO ASFALTO; QUE O
NOTICIANTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL DE
PAULISTA/PB. Nada mais a consignar.

São Bento, 30 de Novembro de 2017. Às 16:00 horas.

Leonardo Araújo da Silva

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Matrícula: 168.620-8

POLEIA DIREITO

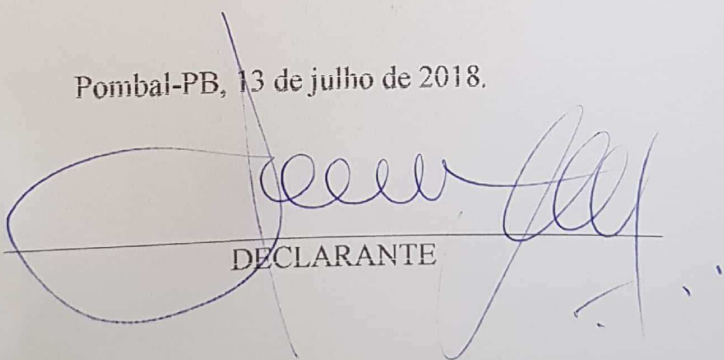


DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, LEONARDO ARAUJO DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, CPF sob o nº. 700.030.384-08 e RG sob o nº. 003304048 SSDS/RN, residente e domiciliado no Sítio Mimoso, s/n, Zona Rural, Mimoso, Paraíba, CEP 58860000, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Declaro, ainda, ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais (Art. 2º da supracitada Lei), caso o presente documento não porte a verdade.

Pombal-PB, 13 de julho de 2018.


DECLARANTE





Assinado eletronicamente por: JACQUES RAMOS WANDERLEY - 24/10/2018 15:34:34
http://pje.fjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18102415282058000000016928830
Número do documento: 18102415282058000000016928830



INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Extrato Previdenciário

Página 1 de 1

24/10/2018 11:21:04

Identificação do Filiado

NIT: 200.63910.59-9

CPF: 700.030.384-08

Nome: LEONARDO ARAUJO DA SILVA

Data de nascimento: 23/06/1996

Nome da mãe: MARIA DAS NEVES GOMES DA SILVA

Não foram encontradas Relações Previdenciárias para o CPF informado.



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/autenticidade.html>
com o código 1810247W8UJH89

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

200.63910.59-9

7704837

0040

PB

Leonardo trabalha do diário



FILIAÇÃO.....: MARINALDO DE ARAUJO DINIZ

MARIA DAS NEVES GOMES DA SILVA

NASCIMENTO.....: 23/06/1996 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO

NATURALIDADE: GUARULHOS - SP

NATURALIDADE: GUARULHOS - SP
DOCUMENTO.....: C. I. 003304048 06/11/2010 SSDS RN

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 700.030.384-08 CNH.....:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 22/07/2014

Rodolfo R. Catão
Rodolfo Ramalho Catão
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ALTE



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE SIM NÃO	HEMOPHILIA SIM NÃO
ALERGIAS SIM NÃO		
DOADOR DE ORGÃOS (Dec. n° 879, de 12 de julho de 1993)	SIM NÃO	

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

CCO/CPE/CEI.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO..... UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO..... CBO N°.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....

REGISTRO N°..... FLS./FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

1ª..... 2ª.....

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....

1ª..... 2ª.....

COM. DISPENSA CD N°.....

FGTS N° DA CONTA.....

07

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

CCO/CPE/CEI.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO..... UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO..... CBO N°.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....

REGISTRO N°..... FLS./FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

1ª..... 2ª.....

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....

1ª..... 2ª.....

COM. DISPENSA CD N°.....

FGTS N° DA CONTA.....

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

CCO/CPE/CEI.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO..... UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO..... CBO N°.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....

REGISTRO N°..... FLS./FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

1ª..... 2ª.....

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....

1ª..... 2ª.....

COM. DISPENSA CD N°.....

FGTS N° DA CONTA.....

09



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....
 CDD/CFE/CEI.....
 ENDEREÇO.....
 MUNICÍPIO..... UF.....
 ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
 CARGO.....
 CBO N°.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....
 REGISTRO N°..... PIS / FICHA.....
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
 1ª..... 2ª.....

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....
 1ª..... 2ª.....

COM. DISPENSA CD N°.....
 FGTS N° DA CONTA.....

10

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....
 CDD/CFE/CEI.....
 ENDEREÇO.....
 MUNICÍPIO..... UF.....
 ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
 CARGO.....
 CBO N°.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....
 REGISTRO N°..... PIS / FICHA.....
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
 1ª..... 2ª.....

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....
 1ª..... 2ª.....

COM. DISPENSA CD N°.....
 FGTS N° DA CONTA.....

11



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA LEONARDO ANAULO DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 15.11.2017 CPE DA VÍTIMA 700.030.384-08

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM

A VÍTIMA É LEONARDO ANAULO DA SILVA

ENDEREÇO DO PORTADOR SITIO MINOSO

Nº 512 COMPLEMENTO 2022A HUNAL BAIRRO 2022A HUNAL

CIDADE PAULISTA UF MS CEP 58.860-000

E-MAIL TELEFONE (83) 999746322

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA
IDENTIDADE
ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA
NOME
ASSINATURA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LEONARDO ANAUJO DA SILVA,

RG nº 003304048, data de expedição 07/03/2017 Órgão SSDS/RN,

CPF nº 700.030.384-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SITIO MIMOSO</u>
Número	<u>516</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>PAULISTA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.860-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)999746322 (83)981488766</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PAULISTA-PB, 04.12.2017

Assinatura do Declarante: Leonardo Anaujo da Silva



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 700.030.384-08	Nome completo da vítima LEONARDO ANAUJO DA SILVA
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo LEONARDO ANAUJO DA SILVA		CPF titular da conta 700.030.384-08	Profissão AGRICULTOR
Endereço SITIO MIMOSO		Número 514	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade PAULISTA	Estado PANAMA	CEP 58.860-000
Email			Telefone (DDD) (83) 989488766

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 2418 (Informar dígito se existir)	D/V X	CONTA NRO. 10.870 (Informar dígito se existir)	D/V 7
AGÊNCIA NRO. 2418 (Informar dígito se existir)	D/V X	CONTA NRO. 10.870 (Informar dígito se existir)	D/V 7

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PAULISTA-MS, 04 de NOVEMBRO de 2017

Local e Data

Leonardo Anaujo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, LEONARDO ANAUJO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 003304048 SSNS / RN e inscrito no CPF/MF sob o nº 700.030.384-08, residente e domiciliado na Rua SÍTIO MIMOSO, S/N, ZONA RURAL, PAULISTA - PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Leonardo Anaujo da Silva
Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

PAULISTA - PB, 04 de DEZEMBRO de 20 17.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

LEONARDO ARAUJO DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
700.030.384-08

Nome
LEONARDO ARAUJO DA SILVA

Nascimento
23/06/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.304.048 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/11/2010

NOME
LEONARDO ARAUJO DA SILVA

FILIAÇÃO
MARINALDO DE ARAUJO DINIZ
MARIA DAS NEVES GOMES DA SILVA

NATALIDADE DATA DE NASCIMENTO
GUARULHOS SP 23/06/1996

DOC. ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-A-657 F-153 RG-367375
GUARULHOS SP-UNICO CARTORIO

CPF 700.030.384-08

1a. VIA

CRISTIANE SOARES DE SOUZA DANTAS
ASSINATURA DO DIRETOR




LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CÓDIGO DE CONTROLE
6188.FE30.787C.491E

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 12:39:59 do dia 06/11/2010 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		 PB
NOME LEONARDO ARAUJO DA SILVA		
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF 003304048 SSDS RN	
	CPF 700.030.384-08	
	DATA NASCIMENTO 23/06/1996	
	FORMAÇÃO MARINALDO DE ARAUJO DINIZ MARIA DAS NEVES GOMES DA SILVA	
PERMISSÃO []		ACC []
CAT. HAB. AB		
Nº REGISTRO 06563721716		VALIDADE 05/08/2020
		1ª HABILITAÇÃO 16/02/2016
OBSERVAÇÕES EAR;		
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Leonardo Araújo da Silva</i>		
LOCAL JOAO PESSOA, PB		DATA EMISSÃO 07/03/2017
ASSINATURA DO EMISSOR <i>[Assinatura]</i>		00500657075 PB034250743
PARAÍBA		

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1467391238

PROIBIDO PLASTIFICAR
1467391238



MARINALDO DE ARAUJO DINIZ
SIT MIMOSO, S/N - AREA RURAL
MIMOSO / PB CEP: 58860000 (AQ: 237)

Emissão: 23/11/2017 Referência: Nov / 2017
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO @ 230, km 25 - Costa Reitor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
Roteiro: 13 - 243 - 801 - 3500 Nº medidor: 00001327769

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.103/0001-40 Insc. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001 013 914
Cód. para Débito Automático: 00013052147

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Nov / 2017 23/11/2017 21/12/2017 26363798434
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1305214-7

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE tornada pelo Lei nº 10.436, de 26 de abril de 2002.
- CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL - CADASTRO BIOMÉTRICO
A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELEITORES QUE AINDA NÃO FIZERAM O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO PARA QUE PROCUREM O CARTÓRIO ELEITORAL OU POSTO DE ATENDIMENTO MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 30/11/2017, PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DOS ÚLTIMOS 3 MESES E TÍTULO ELEITORAL. SE HOUVER EM CASO DE DÚVIDAS, CONSULTAR O SITE WWW.TRE-PB.JUS.BR OU LIGAR PARA O FONE 3512-1321

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura							
24/10/17	12510	23/11/17	12806	1	95	30				
Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alíq.	ICMS (R\$)	Base Calc.	Pot. (R\$)	Colim (R\$)	
				Tributos Totais (R\$)			ICMS (R\$)			
				ICMS (R\$)			Pot. (R\$)			
0801	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,250923	7,52	7,52	25	1,89	7,52	0,11	0,46
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	65.000	0,430170	27,96	27,96	25	6,99	27,96	0,37	1,71
0801	Adic. B. Vermelha			3,39	3,39	25	0,85	3,39	0,04	0,20
0810	Subsídio			37,21	37,21	25	9,30	37,21	0,48	2,28
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0908	Devolução Subsídio			-25,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 50,94 76,08 19,02 76,08 1,01 4,65

Média últimos meses (kWh) 117
VENCIMENTO 30/11/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 50,94

Histórico de Consumo (kWh)

112 | 99 | 115 | 120 | 105 | 110 | 101 | 132 | 128 | 129 | 120 | 127
Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16 Nov/16

fd90.f48f.77eb.b781.296e.8d9d.d7f1.fdca.

Indicadores de Qualidade 9/2017 - São Bento

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
CMC MENSAL	11,30	5,34	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	22,61		
DIC ANUAL	45,22		
FIC MENSAL	7,74	1,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	15,48		
FIC ANUAL	30,96		
DMIC	6,19	5,34	
DICRI	18,50		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia PB	8,13	17,92
Compra de Energia	13,20	25,91
Serviço de Transmissão	1,40	2,75
Encargos Setoriais	2,53	4,97
Impostos Diretos e Encargos	24,68	48,45
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	50,94	100,00

Valor do EVSD (Ref. 9/2017) R\$ 12,92



Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 24/10/2018 15:34:38

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18102415311499100000016928983

Número do documento: 18102415311499100000016928983

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012824406358
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA- COD. RENAM PRT 20162200006935-0 EXERCÍCIO
1 0109437980-5 00/00000000 2016

NOME
MARCOS DIOGO FREITAS PEREIRA

CPF/CNPJ
01823771483

PLACA
QFQ4427/PB

PLACA ANT./UF
NOVO PB 9C2KD0810GR461723

ESPECIE TIPO DOMESTICO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/NXR160 BROS ESDD 2016 2016

CAP/ROT/CIL CATEGORIA COR PRV DOMINANTE
2 P/162 /CI PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC COTAS
IPVA PAGO EM 11/08/2016 1º
FACIL PVA PARCELAMENTO/COTAS 2º
***** 0 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 11/08/2016

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

PAULISTA-PB LOCAL
19399

DATA
26/08/2016

31054

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

PB Nº 012824406358 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 26/08/2016

VIA- CPF / CNPJ PLACA
1 01823771483 QFQ4427/PB

RENAM MARCA / MODELO
01094379805 HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB DE TAR Nº CHASSI
2016 9 9C2KD0810GR461723

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL DO SEGURO (R\$)
***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE COTAÇÃO
☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO 11/08/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

31054-0947221-20160826

MAI-2016



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **MARCOS DIOGO FREITAS PEREIRA**, RG nº 003.291.793, data de expedição 25/09/2010, Órgão SESPDS/RN, portador do CPF nº 018.237.714-83, com domicílio na cidade de Paulista, no Estado da Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Mimoso, nº s/n, Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **LEONARDO ARAUJO DA SILVA**, cujo o condutor era **LEONARDO ARAUJO DA SILVA**.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/NXR 160 BROS ESDD

Ano: 2016

Cor: VERMELHA

Placa: QFQ 4427/PB

Chassi: 9C2KD0810GR461723

Data do Acidente: 15/11/2017

Local e Data: PAULISTA - PB, 06 / 12 / 2017.

Marcos Diogo Freitas Pereira

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR AUTENTICIDADE)

Leonardo Araújo da Silva

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

FRANCISCO MARTINS LOPES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - OFÍCIO ÚNICO
R. João Pessoa, 221 - Centro - CEP: 56900-000 - Paulista/PB - F: (35) 3445-1397 - 99029-1032 - carloslopes@notariol.com.br

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de:
MARCOS DIOGO FREITAS PEREIRA, CONFERIDO
em 06/12/2017, em Paulista-Paraíba.
Saturmino de Almeida Martins
Selo Digital da TSC/2017 Tipo Normal R-AFV03601-YMH0
Confira os dados do ato em https://selodigital.tjpb.jus.br

Consulte a Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
selo digital nº AFV-03601-YMH0



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
18ª Delegacia Seccional de Polícia
Delegacia de São Bento
Fone (83) 3444-2804 Disque Denúncia 197



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 1194/2017

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**
Data do fato: **15/11/17** hora: **19h:00min**

Notificante: **LEONARDO ARAÚJO DA SILVA**, alcunha: **"LEO"**,
Nacionalidade: brasileiro, solteiro, agricultor, naturalidade:
Guarulhos/SP, nascido em 23/06/1996, documento: RG nº 003.304.048
SSPDS/RN, CPF nº 700.030.384-08, filho(a) de Marinaldo de Araújo
Diniz e de Maria das Neves Gomes da Silva, endereço: Sítio Mimoso,
Zona Rural de Paulista/Pb, referência: telefone para contato 83-
99913 6558.

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): **Homero Perazzo Filho**

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , idade: ***, nascido em
/ / , cor/raça: ***, Estado Civil: ***,
Profissão: , Escolaridade: ***, documento: ,
filiação: e de , endereço: Rua , referência:
. Tel/Cel:() ;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE O NOTICIANTE INFORMA
QUE NA DATA ACIMA MENCIONADA O MESMO ESTAVA GUIANDO UMA
MOTOCICLETA MODELO HONDA NXR 160BROS, COR VERMELHA, FAB/MOD
2016/2016, PLACA QFQ 4427/PB, CHASSI 9C2KD0810GR461723, QUANDO NAS
IMEDIAÇÕES DO TREVO DA CIDADE DE PAULISTA/PB O NOTICIANTE PERDEU O
CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR NO ASFALTO; QUE O
NOTICIANTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL DE
PAULISTA/PB. Nada mais a consignar.

São Bento, 30 de Novembro de 2017. Às 16:00 horas.

Leonardo Araújo da Silva

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Matrícula: 168.620-8

POLÍCIA CIVIL

