

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

LEONARDO ARAÚJO DA SILVA, brasiliense solteiro, agricultor, CPF nº 700.030.384-08 e RG nº 003304048 SSDS/RN, residente e domiciliado à Rua Sítio Mimoso, b/m, zona rural, Mimoso, Paraíba, CEP 58860-000;

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. Telefax: (83) 3431-1825 / Cel. (83) 9 9974-6390 (TIM) e (83) 9 8164-0979 (VIVO)

PODERES:

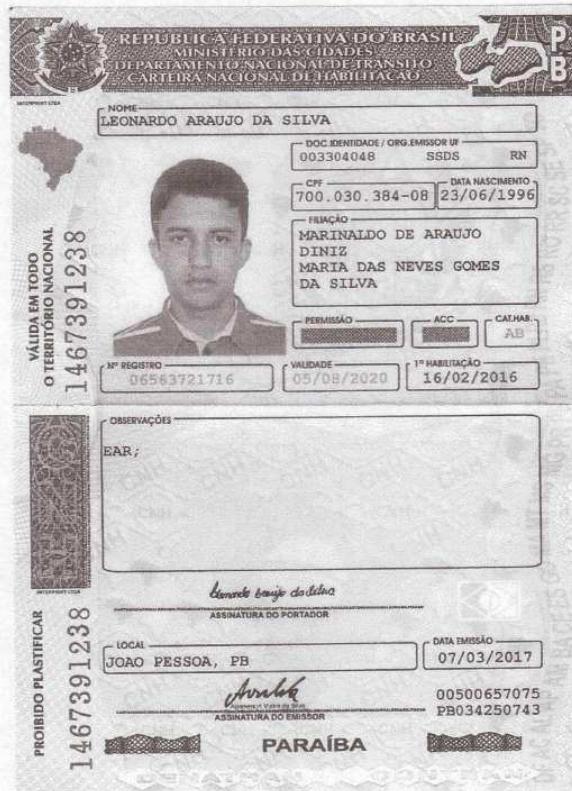
Pelo presente instrumento de mandato, o(a) outorgante acima qualificado(a), nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, com os mais amplos poderes, inclusive os gerais para o foro, representá-lo em juízo ou fora dele, de acordo com o estatuto da Advocacia – Lei 8.906/94, bem como perante 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 judicia*”, 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 NCPC15) e finalmente praticar todo e qualquer ato que se faça necessário ao fiel e cabal desempenho do presente mandado, dando tudo por firme e valioso.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

Pombal - PB, 20 de dezembro de 2017.

Jaqueline Braga da Silva

Outorgante



JOSE PEREIRA DE ARAUJO
SIT MIMOSO, S/N - ÁREA RURAL
MIMOSO / PB CEP: 58680000 (AG. 237)



Emissão: 23/11/2017 Referência: Nov / 2017
Classe/Subcl.: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOPÁSICO Br230; Km26- Cristo Redentor- João Pessoa/PB-CEP 58071-480
Roteiro: 13 - 243 - 801 - 3890 NF medidor: 00008814406

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.183/0001-40 Inst. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°001 022-469
Céd. para Déb. Automático: 00014540371

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energis.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

- CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL -
CADASTRO BIOMÉTRICO
A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELEITORES QUE AINDA
NÃO FIZERAM O CADASTRO BIOMÉTRICO PARA QUE
PROCUREM O CARTÓRIO ELEITORAL OU POSTO DE ATENDIMENTO
MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 30/11/2017,
PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COM PROVA DE ENDEREÇO, VANTE
DE RESÍDENCIA 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 3512-1381

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
24/10/17	843	23/11/17	901	58
Demonstrativo				
CCI Descrição Quantidade Tarifa (R\$) Valor Base Calc. Alq. Icms (R\$) Base Calc. PIS (R\$) Cofre (R\$) Tributos Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS PIS/ Cofins (R\$) (1,281%) (8,121%)				
0801 Consumo em kWh	58.000	0,732200	42,46	42,46 25 10,61 42,46 0,56 2,60
0801 Adic. B Vermelha			3,89	3,89 25 1,00 3,89 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 0,61 2,64

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

Histórico de Consumo (kWh)

58 | 55 | 60 | 53 | 59 | 55 | 56 | 68 | 176 | 89 | 72 | 41
Que/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		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG. MENSAL	11,30	5,34
DIG. TRIMESTRAL	22,61	
DIG. ANUAL	45,22	
FIC. MENSAL	7,74	1,00
FIC. TRIMESTRAL	15,49	
FIC. ANUAL	30,98	
DMC	6,19	5,34
DICRI	16,80	

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	10,92	23,07
Companhia Energética	15,75	33,23
Serviço de Transporte	1,67	3,53
Encargos Setoriais	3,02	6,38
Impostos Diretos e Encargos	15,95	33,68
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	47,34	100,00

Valor do EUSD (Ref 9/2017) R\$ 14,30

ATENÇÃO

Faturas em atraso

energis PARAIBA
Roteiro: 13 - 243 - 801 - 3890
Matrícula: 1454037-2017-11-0

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

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



Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 24/10/2018 15:34:12
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1810241525248600000016928655
Número do documento: 1810241525248600000016928655

Num. 17385569 - Pág. 3



Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Carta nº: 12872889

A/C: LEONARDO ARAUJO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180183403
Vítima: 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





()



Buscar no site



A PONTOS DE
COMPANHIA SEGURO ATENDIMENTO CENTRO DE
DPVAT (/Pontos-de- DADOS E SALA DE TRABALHE
Atendimento) ESTATÍSTICAS IMPRENSA 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



Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 24/10/2018 15:34:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18102415253316200000016928666>
Número do documento: 18102415253316200000016928666

Num. 17385581 - Pág. 2

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

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](#)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](#)[Documentos Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](#)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)**PAGUE SEGURO**

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



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

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18102415253316200000016928666

Número do documento: 18102415253316200000016928666

Num. 17385581 - Pág. 3



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

Prontuario: 103424 Data/Hora 16/11/2017 12:13:06
Ocorrência: URGENCIA
Servidor do Dr.: Ewerton Santos Andrade Filho
Paciente LEONARDO ARAUJO DA SILVA Idade:21 Sexo M
Ewerton Santos Andrade Filho
Cirurgia Bucomediofacial
GROIPB 4386 - CRO/SE 1299

Paciente LEONARDO ARAUJO DA SILVA Idade:21 Sexo M

— Filiacão _____

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

Endereço _____
Cidade PAULISTA - PB - 58860-000 - 2510907
Endereço: SITIO MIMOSO N.
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: GUARUJUHOS - SP
Fone: (83)9913-6558

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

— Informações adicionais —

Ascimento 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)

Viñales ou Cármenes do Mato (1) :
Trematismo ou Falco, molus Parameio ou
Vermelha, molus Albercaia

EXAMES OBJETIVOS: (Inspecção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aperelhos)

- Blurs to Houston (5)
- Errors (40%), Fair (0)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Exercise 10: Complex - Numeric (A)

Motion de l'utérus

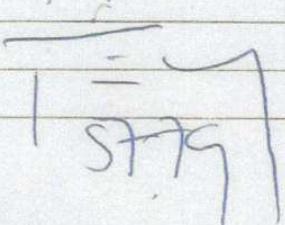
Motivo da Alta: Caiu - Caiu - Malhação - Escalado - Transferido - Em / /





GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

06/06

		Hospital PATOS	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário
FOLHA DE ANESTESIA		Nome Leonardo Araújo Silveira		Idade	Sexo M
Data 21-11-17		Pressão Arterial Pulsos 120x70/86	Respiração	Temperatura	Peso
Tipo Sanguíneo		Hemácias 70	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia
				Uréia	Outros
Urina		VER PRONTUÁRIO			
Ap. Respiratório				Asma	Bronquite
Ap. Circulatório NDN				Eletrocardiograma PCN	
Ap. Digestivo JEJUM Dentes Pescoco				Ap. Urinário	
Estado Mental CONSCIENTE		Ataraxicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico Pró-Operatório Frat jipomho à esq				Estado Físico ba	Risco
Anestesia Anteriores					
Medicação Pró-Anestésica		Aplicada às		Efeito	
Agente Anestésico	02	Indução Satisf. <input checked="" type="checkbox"/> Excit. <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Laringo Espasmo <input type="checkbox"/> Lenta <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>			
Líquido		Manutenção Atropina 1mg Prostigmine 2mg Cefazolina 2g Dexamet. 8mg Plasil 10 mg Tenoxicam 20mg Dipirona 2g Ondasetrona 8mg Anestesia Satisf. <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Ondasetrona 8mg Não, porque? _____			
CÓDIGO P.V. ARTERIAL: PULSO - RESPIRAÇÃO V.Z. ANESTESIA: OPERAÇÃO	250 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20	Despertar Reflexos na SO <input type="checkbox"/> Obstr. <input type="checkbox"/> CO ₂ <input checked="" type="checkbox"/> Excit. <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Com cânula <input type="checkbox"/> para o leito sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>			
Simbólos e Anotações	98.	Condições <input type="checkbox"/>			
Posição	100				
Agentes	Propofol <input type="checkbox"/> mg + Succinilcolina <input type="checkbox"/> mg + fentanil <input type="checkbox"/> mcg + Atracurio/ Rocuronio <input type="checkbox"/> mg	Cânula <input type="checkbox"/> Anest. Geral: Pré-oxig.-Ind. venosa c/ INTc/TOTc <input type="checkbox"/> - Manut. Inalatória c/ O ₂ + <input type="checkbox"/> VMC em VCV			
Técnica	Anest. Geral: Pré-oxig.-Ind. venosa c/ INTc/TOTc <input type="checkbox"/> - Manut. Inalatória c/ O ₂ + <input type="checkbox"/> VMC em VCV	Dr. Kruif . DR. TÁVIO LEAL			
Observações					

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Leonardo Araujo da Silva					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
QT. 6º	LEITO 04	CONVÉNIO SUS	IDADE 25 anos	REGISTRO 503524	
CIRURGIA Procto-cirurg. Freq. e gástrica		CIRURGIANO Dr. Geraldo			
ANESTESIA Geral		ANESTESISTA Dr. Túlio			HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
INSTRUMENTADORA		DATA 25-11-17	INÍCIO 10:30h	FIM 13:40h	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	5	Equipo p/ soro e sangue
X	TX. Capnógrafo	5	Scap 500ml. Soro
	TX. Bomba de Infusão	7	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	7	Lâmina de Bisturi 15
X	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda de Foley bacta
	TX. de Laser		Coletor de Urina
1	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Sala		Seringa 5 ml
1	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
1	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocaín		Atadura de Crepom 10cm
1	Halotano Preparado		Atadura de Crepom 20cm
1	Glucagona Reverso		Atadura Gessada 10cm
1	Quelicín	1	Sonda Uretral N°12
1	Cavulon Seroflexion		Sonda Nesogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
1	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	✓	Espadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Naricin		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	1	Aguilha 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	Cefoletina 19g c/ fazolina		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Distal Desconect zone		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plastil endotubos		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dípirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanin 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
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocone 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	Wixel 3-0





EVOLUÇÃO CLINICA ENFERMARIA

PACIENTE: LEONANOO ARANJO DA SILVA LEITO: _____
REG.: _____

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
16/11	(12:54h)	BMF: Paciente vítima de acidente motociclistico, Ocularismo blefaroplasty (L), óculos de proteção facial (E), dor dentária. Palpação maxilar (dolorosa) Acúmulo líquido. Tomografia maxilar (desconhecida) Fraturas no complexo zygomatico (L).
		(1) Doloroso maxilar
		(2) SOLICITADA oftalmologista e
		(3) Radiologista / Odontopediatra p/BMF
19/11/17		Ewerton Santos Andrade Filho Cirurgia Bucomaxilofacial CRO/PB 4386 - CRO/SE 1209
		Paciente com dor ófthalmica forte do lado esquerdo, agudizada progressivamente.
		H.D: Febre alta do menor e dor maxilar - Vômito.
		Dr Edmárcio Gomes Cirurgião Traumatologista Bucco-Maxilo-Facial Ortopedia das Maxilares 4491
20/11/17	11:30	CT BMF: Paciente em Poi de estabilização de fratura de zygomatico (E). Cinética oral funcionando normal, sem intercorrências. Paciente com mal-estar geral.
20/11/17	14:00h	BMF: Pós op. de osteosíntese de fratura de zygomatico (E). Funcionamento óptimo, aperto, ofício, mordedura, sem queixas clínicas. Boa posição bucal, sem dor e movimentos suaves percutâneos, retiro mandibular, losa profunda e gengivais. E1: Alter. de BMF pediatra p/ 1000 exames com 08/12

*Dr. Krystian Kuniczak P. da Costa
Ginecologista e Traumatologista
Bucco-Maxilo-Facial*
Lucio Fábio de Assis Arruda
Cirurgia Buco Maxilo Facial
CRO-PB 2830





REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	LEONARDO ARANHA DA SILVA		
DA CLÍNICA	Bruna Mulher	ENFERMARIA	63
A CLÍNICA	ACERLOCIA	LEITO	69
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)		
Risco cirúrgico (pessoal)		Ewerton Santos Andrade Filho Cirurgia-Bucomaxilofacial CRO/PB 4386 - CRO/SE 4209	
16/11/17	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE		
DATA			
PARECER:			
<p>Paciente sem queixas Cardiovasculares. Nega Comorbidades. Nega Alergias. PA: 110x60mmHg ACV: BCNF em 27,55. FC: 70bpm ECG: Normal Risco Cirúrgico: Baixo Risco</p>			
17-11-2017	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA		
DATA	<p>Klauber M. de França Cardiologista Geral CRM: 100</p>		





RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Leonardo Araújo da Silva</i>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <i>27/3/17</i>	Enf.	Leito
Cirurgião <i>Dr. Kruiff</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Cadmo.</i>	
Anestesista <i>Dr. Távio</i>	Tipo de Anestesia <i>General</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura de Zygomatico lado esquerdo</i>		
Tipo de Cirurgia <i>Osteosíntese de fratura de Zygomatico 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>		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

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

- 1- Paciente em DDH sob anestesia geral
- 2- Antissepsia extra + intra-oral.
- 3- Aposição de campos esterilis
- 4- Infiltração com xylo com varo em maxila lado esquerdo
- 5- Incisão em fundo de sulco vestibular em maxila lado esquerdo
- 6- Descolamento + acirro às fraturas
- 7- Redução de fratura de Zygomatico com gancho ginestít
- 8- FIR (Sistema 2.0)
- 9- Sutura

Dr. Kruiff Stanislaw B. da Costa
Cirurgião e Traumatologista
Buco Maxilo - Facial
03/03/17



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 CLINICA:

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

Av. Rio Branco, 629-A / Centro - Jardim de Piranhas - Pb. Fone: (84) 9 9813-4546





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 esfeno-etmoidais e recesso frontal esquerdo por material mucoso.

Septo nasal ósseo desviado para a esquerda.

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

Meatos médios e inferiores pérviros.

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 Presidente Vargas, 639 / Centro - Jardim de Piranhas - Pb Fone: (84) 9 9813-4546





GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

LAUDO:

=====

PELAMAR PARA OS PLENOS
FREGES DRE, LEONARDO
ARISTÓTELES SILVA DO
AVERBADO PELA MIN. SEDNO
SUBMETIDO ASSASSINATO
URURUBU DE FRASQUEIRA DE
TREME NESTE MÊS
ARRESTADO P. C.I. D.
(5.024). DATA
XERATADA DIA 21/11/17.

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

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







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 Lúcio de Souza	IDADE 61	SEXO M () F				
LOCAL DA OCORRÊNCIA				BAIRRO O Jardim					
(-) TRANSFERÊNCIA DE: HCF (Pernambol) DESTINO: HCP (Patos)				APOIO LOCAL: () PM () RESGATE/BOMBEIROS () PRF () CPTRAN OUTRO:					
QTA: () NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL () RECUSOU ATENDIMENTO () SOCORRIDO PELO BOMBEIRO () LOCAL NÃO ENCONTRADO () ÓBITO NO LOCAL () ÓBITO NO TRANSPORTE () CANCELADO () OUTRO:									
MOTIVO DA ATIVAÇÃO Motivos de emergência: Suspeita de lesão									
EXAME	ESTADO INICIAL								
	CRÍTICO	GRAVE	MODERADO	LEVE	INSTAVEL				
PELE () PÁLIDO () CIANÓTICO () ICTÉRICO () SUDOREICO () CORADA () UMIDA () FRIA () PEGAGOSA					ESTAVEL				
VIAS AEREAS () NORMAL () BRADIPNÉIA () TAQUIPNEIA () APNÉIA () DISPNEIA () RESP RUIDOSA () OBSTRUÇÃO () HEMOPTISE () TOSSE PRODUTIVA VENTILAÇÃO: () ESPONT () VENT ASSIST. AUSC. PULM: () MV () RA- () CREPITOS () SÍBILOS () RONCOS					SINAIS VITais E PARÂMETROS EVOLUTIVOS				
CARDI () NORMOCÁDICO () BRADOCÁDICO () TAQUICARDÍCO () BCFN () BCFH () PRECORDIALGIA () NORMOTENSO () HIPOTENSO () HIPERTENSO () PCR () EDEMA - LOCAL: _____ ENCH CAP: () > 25 () < 25 CHOQUE: () HPOV () ANAFIL () SÉPTICO () CARDIOG					HORA 10:40 PA mmHg 132/88 FR bpm - FC bpm 84 SPO, % 98 T _ा °C 36,3 HGT mg/dl 95 EGG APGAR				
DIGES () NORM () EPIGASTRALGIA () HDA () HEMATÉMSE					PROCEDIMENTOS REALIZADOS				
ABDO () NORM () DISTENDIDO () DOLOROSO - LOCAL:					OXIGÉNIO: 1/min () CAT. NASAL () MR () BVM () ASPIRAÇÃO DE VVA () ELEVAÇÃO DE DECUBITO () CAN. OROFARINGEA () ML () CT () SNG () SVD AVP ABOCATH N° _____ LOCAL: _____				
NEUR () CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () DESORIENTANDO () MIDRIASE () MIOSE () ANISOCO () ISOCORICA () DEFÍCIT MOTOR () DEFÍCIT SENSITIVO () CONVULSÃO					CURATIVO: () COMPR () SIMPLES () TORNIQUETE () IMOBILIZAÇÃO - LOCAL: _____ () KED () COLAR CERV. - TAM: _____				
GINEC () TRABALHO DE PARTO () ABORTAMENTO () DOR PÉLVICA () METRORRAGIA () NASCIM. () BOLSA ROTA CONTRAÇÕES/MIN: BCF: () NORMOFÓ () HIPOFON					OUTROS: _____				
QUEI I II III	CAB	PESC	TANT	TPDS	PERI	MSD	MSE	MID	MIE
ANTECEDENTES: () DIABETES () HAS () CARDIOPATIA () TABAGISTA () ETILISTA () ALERGIAS									
MEDICAMENTOS EM USO: _____									
ANTECEDENTES FAMILIARES: _____									
QUEIXAS: _____									

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: (E) Ansiedade () Capacidade adaptativa intracraniana diminuída () Comunicação verbal prejudicada () Confusão aguda () Deambulação prejudicada () Débito cardíaco diminuído () Desobstrução ineficaz de vias aéreas () Disreflexia autonómica () 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 Perfilusão tissular cerebral ineficaz () Perfilusão tissular cardiopulmonar ineficaz () Risco de Perfilusão tissular gastrintestinal ineficaz () Risco de Perfilusão 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: *mudanças de uso*

Implementações da assist. evolução de enfermagem: processos: documentação, questionário, SVA, Exame clínico, exames de Análise de urina, as bases de terapias apresentam rotina de uso da fórmula mensal para exames laboratoriais por Dr. Magalhães para o HGP (1985), onde o exame foi realizado por Dr. Góis.

TERAPÉUTICA INSTITUÍDA						
REPOSIÇÃO VOLêmICA	VOLUME		MEDICAÇÕES	POSOLOGIA	VIA DE ADM	HORÁRIO
SOLUÇÃO RINGER LACTATO						
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%						
SOLUÇÃO GLICOSADA 0,5%						
OUTRO						



ENFERMEIRO: <i>Diogo Cesar da Silva Barbosa</i>		COREN: <i>00000000000000000000000000000000</i>		EQUIPE	
				<i>Conselheiros</i>	
				<i>Orfão</i>	
LOCAL DE DESTINO:		RESPONSÁVEL: <i>Ewerton Santos Andrade Filho</i>		TEC. ENFER <i>Crustigia Bessa Andrade</i>	
				CROPB 1386 CROISE 1404	
				FUNÇÃO	

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: _____

PERTENÇES DO PACIENTE

DESCRÇÃO: _____

NOME DO RECEPTOR: _____ FUNÇÃO: _____

ASSINATURA DO RECEPTOR: _____





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: 16.11.18 Hora: 09:30

Nome da Vítima: Wellinton Andrade da Silva Idade: 21

Evento: Trauma: Clínico: Obstétrico: Psiquiátrico:

Outros:

Procedimento: Bucamaxilofacial

Solicitante: Doutor André W.

Destino: Hospital Regional de Paulista

Contato:

Circunstância da Transferência:

Wellinton da Silva para o Hospital

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

Procedimentos realizados:

AN de face
TC de face

Vantagens da transferência e avaliação de risco do translado:

Wellinton da Silva para o Hospital

Dr. Ewerton Santos Andrade Filho
- Cirurgia Bucamaxilofacial
- CRF/PB 4388 - CDP/SE 1208
- 085 988016783/9800177



Assinatura do paciente ou seu representante

Jaqueline Wanderley

REQUERIMENTO N°: 1

AC. NOT

16/11/2018

23/11/2018

43 Anos

- CÓPIA DE PRONTUÁRIO
 LAUDO RADIOGRÁFICO
 LAUDO MÉDICO
 EXAMES COMPLEMENTARES

Data da Solicitação: 28/11/17

Data Prevista para Entrega: 30 DIAS ÚTEIS

Assinatura do Responsável pela entrega

Silene

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 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: () ;

HISTÓRICO DO FATO

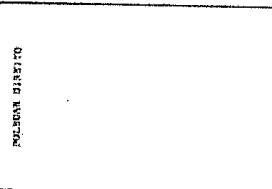
O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE O NOTICIANTE INFORMA QUE NA DATA ACIMA MENCIONADA O MESMO ESTAVA GUIANDO UMA MOTOCICLETA MODELO HONDA NXR 160BROS, COR VERMELHA, FAB/MOD 2016/2016, PLACA QFQ 4427/PB, CHASSI 9C2KD0810GR461723, QUANDO NAS IMEDIACÕES 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.

Notificante Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Matrícula: 168.620-8



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 convededor 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

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 24/10/2018 15:34:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1810241528050010000016928814>
Número do documento: 1810241528050010000016928814

Num. 17385732 - Pág. 1



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

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

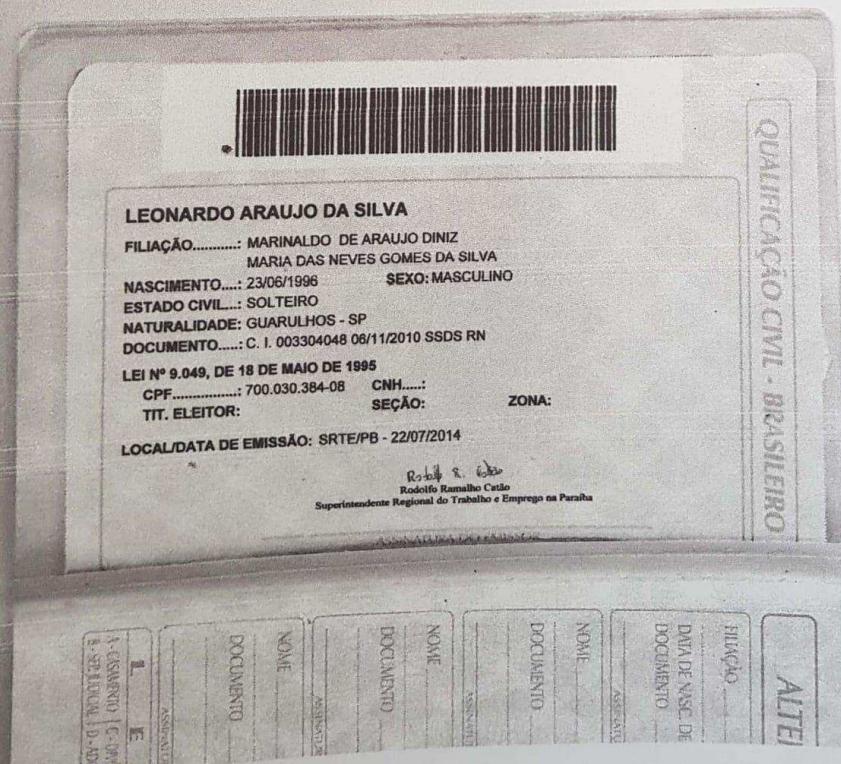
Nome da mãe: MARIA DAS NEVES GOMES DA SILVA

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.



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR					
GRUPO SANGUÍNEO FACTOR RH	DIABETE SIM	DIABETE NAO	HEMORRÓIA SIM	HEMORRÓIA NAO	
ALERGIAS SIM					
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
DOADOR DE ÓRGÃOS (Decreto nº 879, de 12 de julho de 1993)					
<input checked="" type="checkbox"/> SIM					
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
CARTEIRAS ANTERIORES					
NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSAO		
ASSINATURA E COLOCAR O CONSELHO DO TRABALHADOR					
NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSAO		
ASSINATURA E COLOCAR O CONSELHO DO TRABALHADOR					
NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSAO		
ASSINATURA E COLOCAR O CONSELHO DO TRABALHADOR					
DATA DE EMISSAO	DE	DE			
REGISTRO N°	FIS. / FICHA				
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA					
19	20	21	22	23	24
DATA DE SAIDA	DE	DE	DE	DE	DE
REGISTRO N°	FIS. / FICHA				
COM. DISPENSA CD N°					
FGTS N° DA CONTA					

06

07

CONTRATO DE TRABALHO						
EMPREGADOR						
CGC/CPF/CNPJ						
ENDERECO						
MUNICÍPIO						UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO						
CARGO						
CBO N°						
DATA DE ADMISSÃO	DE	DE	DE	DE	DE	
REGISTRO N°	FIS. / FICHA					
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA						
19	20	21	22	23	24	
DATA DE SAIDA	DE	DE	DE	DE	DE	
REGISTRO N°	FIS. / FICHA					
COM. DISPENSA CD N°						
FGTS N° DA CONTA						

08

09

Scanned by CamScanner



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....
CGC/CPF/CNPJ.....
ENDEREÇO.....
MUNICÍPIO.....	UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO.....	CBO N.....
DATA DE ADMISSÃO.....	DE.....
REGISTRO N.....	FIS./FICHA.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	
.....	
.....	
DATA DE SAÍDA.....	DE.....
.....	
.....	
COM. DISPENSA CBO N.....	
FGTS N° DA CONTA.....	

10

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....
CGC/CPF/CNPJ.....
ENDEREÇO.....
MUNICÍPIO.....	UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO.....	CBO N.....
DATA DE ADMISSÃO.....	DE.....
REGISTRO N.....	FIS./FICHA.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	
.....	
.....	
DATA DE SAÍDA.....	DE.....
.....	
.....	
COM. DISPENSA CBO N.....	
FGTS N° DA CONTA.....	

11

Scanned by CamScanner



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA LEONANDO ANAÚJO DA SILVADATA DO ACIDENTE 15.11.2017 CPF DA VÍTIMA 700.030.384-08

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COMA VÍTIMA É LEONANDO ANAÚJO DA SILVAENDERECO DO PORTADOR SITIO MIMOSONº 510 COMPLEMENTO _____ BARRA ZOMA NUNALCIDADE PAULISTA UF RS CEP 58.860-000E-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 - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA 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 6.594/74.
- * 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 90 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, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

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 CARTERA 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA, DATA

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LEONANDO ANAÚJO DA SILVA,

RG nº 003304048, data de expedição 07/03/2017, Órgão SSOS/ 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>S/n</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>ZONA NUNAL</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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <input type="text" value="LEONANDO ANAUJO DA SILVA"/>	CPF titular da conta <input type="text" value="700.030.384-08"/>	Profissão <input type="text" value="AGRICULTOR"/>
Endereço <input type="text" value="SITIO MIMOSO"/>	Número <input type="text" value="S/n"/>	Complemento <input type="text"/>
Bairro <input type="text" value="ZONA RURAL"/>	Cidade <input type="text" value="PAULISTA"/>	Estado <input type="text" value="PANAMA"/>
Email <input type="text"/>	CEP <input type="text" value="58.860-000"/>	Telefone (DDD) <input type="text" value="(+83) 981488766"/>

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 abalox. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> CONTA NRO. <input type="text"/> D/V	
AGÊNCIA NRO. <input type="text" value="2418"/> (Informar dígito se existir)	CONTAS NRO. <input checked="" type="checkbox"/> 10.870 (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	CONTAS NRO. <input type="text"/> (Informar dígito se existir)

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 - PB, 04 de NOVEMBRO de 2017

Local e Data

Leonardo Anaujo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, LEONANDO MAUJO 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 SITIO MIMOSO, S/n, ZONA NUNAL, 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da lei nº 6.194/74.

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

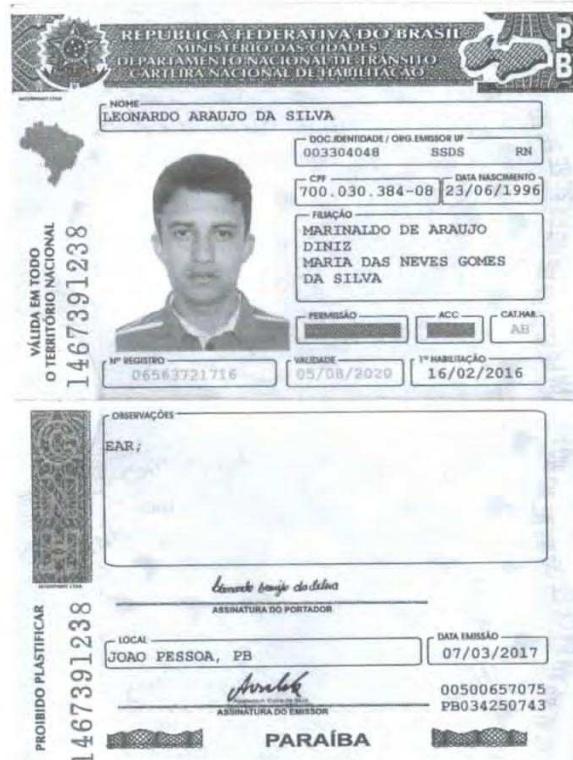
Leonardo Maujo da Silva
Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

PAULISTA - PB, 04 de DEZEMBRO de 20 17.







MARINALDO DE ARAUJO DINIZ
SIT: MIMOSO, SIN: ÁREA RURAL
MIMOSO / PB CEP: 58860000 (AG: 237)

Emissão: 23/11/2017 Referência Nov / 2017
Classe/Subsídio: RESIDENCIAL / BAIKA RENDA MONOPÁSICO
Roteiro: 13 - 243 - 801 - 3500

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Centro Reitor: João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.915.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 001.013.914
Cód. para Déb. Automático: 000 (3082147)

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 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1305214-7

Canal de contato

- Tudo o Social de Energia Elétrica - TSEE foi criado pelo Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

- CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL.

- CADASTRO BIOMÉTRICO
A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELEITORES QUE AINDA NÃO FIZERAM O CADASTRO BIOMÉTRICO PARA QUE PROCUREM O CARTÓRIO ELEITORAL DA PASTA DO TÉCNICO, PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COM PROVA DE RESÍDENCIA MAIS PRÓXIMA DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 30/11/2017, FORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COM PROVA DE RESÍDENCIA 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 3512-1281.

Anterior	Atual		Constante	Consumo	Dias
	Data	Lectura			
24/10/17	12510	23/11/17	12805	1	95
Demonstrativo					
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa cl	Valor Base Calc.	Alig. Item(R\$) Base Calc. Pct(R\$) Colis(R\$)
				Tributos Total(R\$) (CMG(R\$) ICMS Pct/Cofre(R\$) (1,229116) (6,1218%)	
0801	Consumo até 30kWh-BR	20.000	0,250000	1.52	7,52 25 1.98 7,52 0,11 0,46
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	65.000	0,430170	27,98	27,98 28 6,99 27,98 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 0,49 2,28
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0308	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	4,88
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	30/11/2017	TOTAL A PAGAR					
			R\$ 50,94					

Histórico de Consumo (kWh)

Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	May/17	Apr/17	Mar/17	Feb/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

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

Indicadores de Qualidade: 9/2017-846 Bento		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,30	5,34
DIC TRIMESTRAL	22,81	
DIC ANUAL	45,22	
FIC MENSAL	15,74	1,00
FIC TRIMESTRAL	15,49	CONTRATADA
FIC ANUAL	30,98	LIMITE INFERIOR 202
DICRI	8,19	LIMITE SUPERIOR 231
	5,34	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/ PB	9,13	17,87
Compra de Energia	13,20	25,91
Grav. de Transmissão	1,40	2,75
Encargo Sistêmico	7,25	13,97
Impostos Diretos e Encargos	24,88	48,45
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	50,94	100,00

Valor do EURD (Ref. 9/2017) R\$ 12,93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

VALID

DETAN - PB N° **012824406358**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: COD. RENAVAM **PRT** 20162200006935-0 EXERCÍCIO:
1 0109437980-5 00/00000000 2016

MARCOS DIOGO FREITAS PEREIRA

CPF/CNPJ: **01823771483** PLACA: **QFQ4427/PB**
PIAC/ANT/UF: **NOVO PB** CHASSIS: **9C2KD0810GR461723**

ESPECIE TIPO: **PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC** COMBUSTIVEL: **ALCO/GASOL**
MARCAS/MODELO: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** ANO FAB: **2016** ANO MOD: **2016**

CAP/PIOT/CL: **2 P/162 /CI** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **VERMELHA**

COTA ÚNICA: **IPVA PAGO EM** VENC. COTA ÚNICA: **11/08/2016**
PAÍSA IPVA: ********* PARCELAMENTO/COTA: **0** VENC/COTAS: **1st**
2nd
3rd

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): ********* IOF (R\$): ********* PRÉMIO TOTAL (R\$): ********* DATA DE PAGAMENTO: **11/08/2016**

DESPESAS: **A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA**

0

PAULISTA-PB LOCAL: **19399** DATA: **26/08/2016**

31054

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VIATERRRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB N° 012824406358 BILHETE DE SEGURO DPV.

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: **2016** DATA EMISSÃO: **26/08/2016**

VIA: **1** CPF / CNPJ: **01823771483** PLACA: **QFQ4427/PB**
RENAVAM: **01094379805** MARCA / MODELO: **HONDA/NXR160 BROS ESDD**
ANO FAB: **2016** CÓD. TARIF.: **9** N.º CHASSI: **9C2KD0810GR461723**

PRÉMIO TARIFÁRIO

IPVA (R\$): *****	DETAN (R\$): *****	CUSTO DO BILHETE (R\$): *****
PAÍSA IPVA: *****	IOF (R\$): *****	DATA DE PAGAMENTO: 11/08/2016
COTA ÚNICA: *****	SEGURADO: *****	DATA DE QUITAÇÃO: 11/08/2016
PARCELADO: *****	PAGAMENTO: *****	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.601/0001-04
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 Araujo 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
Marco Almeida Martins - Titular ☐ Saturnino de Almeida Martins - 1º Substituto
R. João Pessoa, 221 - Centro - CEP: 58065-000 - Paulista/PB - F: (83) 3445-1397 - 99929-1652 - caronmlopes@gmail.com

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de:
MARCO ALMEIDA MARTINS
(Assinatura de Francisco Martins Lopes)

SATURNINO DE ALMEIDA MARTINS
Selo Digital da Fiscalização Técnica Normalizada AFV03601-YMH0
Pode ser usado de dia e/ou à noite. Não é necessário ficar à luz do dia.

Francisco Martins Lopes - Serviço Notarial e Registral - Ofício Único
83-3445-1397
Paulista
Paraíba
Francisco Martins Lopes

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

06-12-2017



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.

Homero Perazzo Filho

Notificante Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

168.620-8

POLEGA DE REGISTRO