



ESTADO DA PARAÍBA

República Federativa do Brasil
Cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais

Guionar Odvares Formiga

DISTRITO, MUNICÍPIO E COMARCA DE POMBAL

Marcos Tavares Formiga
OFICIAL

Eliakim Tavares Formiga
ESCREVENTE

Nascimento N° 2.837

CERTIFICO que as folhas 77v do livro N° A=4= de Registro de
Nascimento foi feito o assento de José da Silva Sousa

nascid o aos catorze de outubro de mil novecentos e setenta
e um às 20 horas e minutos em o Hospital Dis-
trital desta Cidade
de sexo masculino

filh o de Antonio Francisco da Silva
natural de deste Estado profissão agricultor
e de Dona Josefa da Silva Sousa

natural de deste Estado profissão domestica
são avós paternos João Ezequiel de Sousa
e Dona Maria do Carmo Dias de Sousa

e avós maternos Oscar Epaminondas da Silva
e Dona Inez Salustiano da Conceição

Foi declarante o pai
e serviram de testemunhas Francisco dos Santos Maciel
João Euclides de Sousa

Observações: Registrado a 30/11/76

O referido é verdade e dou fé.

Pombal, 04 de novembro de 19 97

Marcos Tavares Formiga
OFICIAL

CARTÓRIO GUIONAR TAVARES FORMIGA

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Marcos Tavares Formiga

Oficial

Joaquina Odilia Tavares Formiga

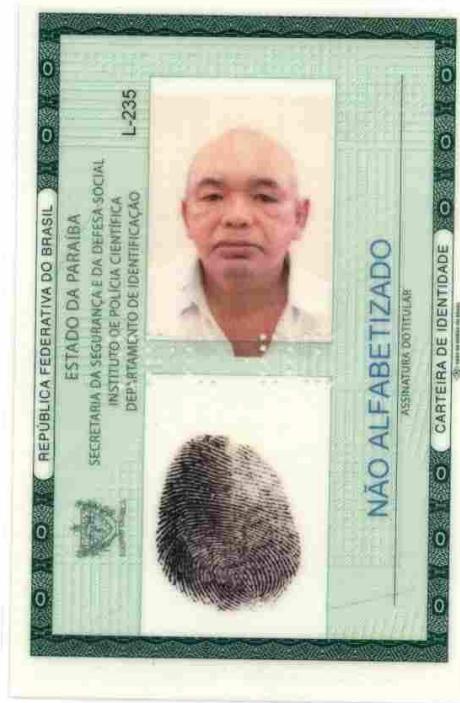
Oficial

Maria Aparecida F. da S. Nóbrega

Oficial

POMBAL

PARAÍBA





Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:11:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1904101459273400000019900099>
Número do documento: 1904101459273400000019900099

Num. 20457519 - Pág. 3

obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequadamente. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que conserti-la ou lubrificá-la.

Habite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 49944 Série 00034



Analfabeto

ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N°
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão / / SRTE *Barrazeirinhos/PR*
..... *Jaqueline Rodrigues de Souza*
..... Assinatura *Ends Trade CTAS Rio*
..... *01/03/2023 6*

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

Com relação nome, est. civil e data nasc.



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 022.541.512



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

DADOS DO CLIENTE

DAMIAO EZEQUIEL DE SOUSA
RUA PROJETADA S/N
CAJAZEIRINHAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/854131-0

REFERÊNCIA
MAR/2019

APRESENTAÇÃO
27/03/2019

CONSUMO
59

VENCIMENTO
03/04/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 25,16

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

DAMIAO EZEQUIEL DE SOUSA

Roteiro: 17-228-390-8360

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 02/04/2019

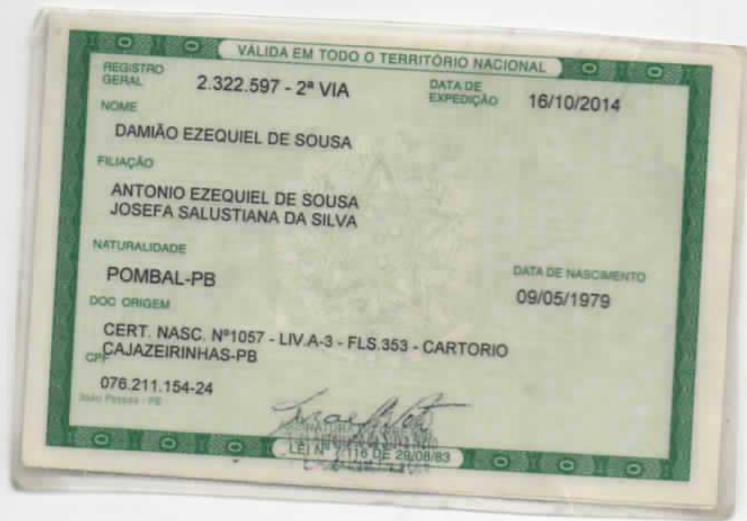
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
03/04/2019	R\$ 25,16	854131-2019-03-2



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:11:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041014595560800000019900129>
Número do documento: 19041014595560800000019900129

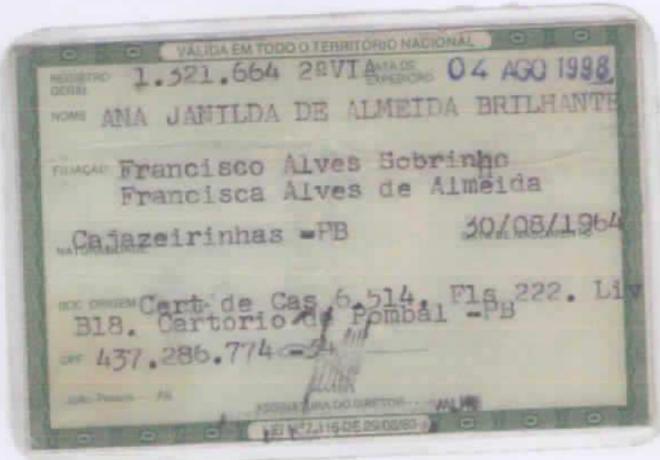
Num. 20457549 - Pág. 1





Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:11:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015003815400000019900175>
Número do documento: 19041015003815400000019900175

Num. 20457595 - Pág. 2





1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

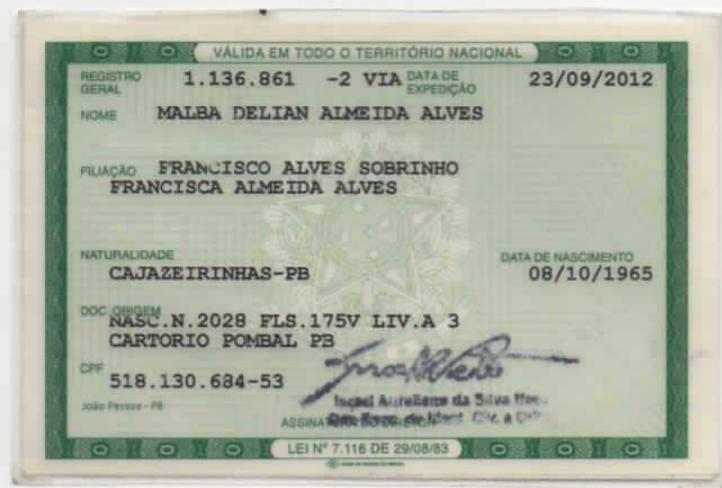
356

357

358

359





Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:11:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015003815400000019900175>
Número do documento: 19041015003815400000019900175

Num. 20457595 - Pág. 6

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA
(Lei 7.115)

DAMIÃO EZEQUIEL DE SOUSA brasileiro, solteiro, desempregado, inscrito no **CPF** sob o nº. **076.211.154-24**, residente e domiciliada na Rua Projetada, s/n, Centro, na cidade de Cajazeirinhas, estado da Paraíba, DECLARA com base na LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983 (Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e da outras providências), QUE o Sr. **JOSE DA SILVA SOUSA**, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF nº 715.709.564-56, **MORA E RESIDE NO ENDEREÇO:** Rua Projetada, s/n, na cidade de Cajazeirinhas, estado da Paraíba, de minha propriedade conforme comprovante de residência COM CDC SOB Nº 5/854131-0.

DECLARO AINDA, SER CONHECEDOR DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS A QUE ESTAREI SUJEITO, CASO O TEOR DO AQUI DECLARADO, NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE.

CAJAZEIRINHAS (PB), 29 de Outubro de 2018.



Maria Dulce Almeida Pires

- DECLARANTE -

Duas Testemunhas:

1. *Jna fatilda de Almeida Brilhante*
2. *Proenec Antônio Pires*





PROCURAÇÃO

Livro: 03

Folha(s): 43 à 43v

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: José da Silva Sousa.

SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que aos QUINZE (15) dias do mês de MARÇO do ano de DOIS MIL E DEZOITO (2018), nesta cidade de Cajazeirinhas, Estado Paraíba, Rua Raimunda R. Pereira, número 14, Bairro Centro, neste cartório, perante mim Substituta compareceu(ram) como **Outorgante(s)** o **Sr. José da Silva Sousa**, brasileiro, agricultor, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteiro até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da Lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do Código Civil Brasileiro (Lei N° 10.406/2002), maior, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 4502469, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 715.709.564-56, residente e domiciliado na(o) Conjunto Baruc Rodrigues, s/n , na cidade de Cajazeirinhas, no Estado da Paraíba impossibilitado(a) de assinar, por POR SER ANALFABETO, assinando a rogo a **Sra. Francisca Ezequiel de Souza**, brasileira, agricultora, a qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteira até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do código civil brasileiro (lei n° 10.406/2002), maior, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 2892498, Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 092.038.444-73, residente e domiciliada na(o) Conjunto Edvaldo Cazé, s/n , na cidade de Cajazeirinhas, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento, reconhecido como o próprio por mim Substituta pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) seu(s) (sua) (suas) bastante(s) Procurador(a)(es)(as) a **Sra. Malba Delian Almeida Alves**, brasileira, conselheira tutelar, a qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteira até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da Lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do Código Civil Brasileiro (Lei N° 10.406/2002), maior, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 1136861 2ºvia, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 518.130.684-53, residente e domiciliada na(o) Rua Manoel Cassiano da Costa, número 29, na cidade de Cajazeirinhas, no Estado da Paraíba; o **Sr. Firmino Leite da Costa Neto**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº23.383 o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteiro até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da Lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do Código Civil Brasileiro (Lei N° 10.406/2002), maior, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 3470628, Órgão Emissor



SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 089.168.464-63, a quem concede poderes parajunto ao Forum em geral, com cláusula adjudicia, para representá-lo em repartições públicas federais autarquias e especialmente perante a Justiça Federal, INSS para tratar de assuntos do seu interesse, requerer a APOSENTADORIA contra o INSS, podendo assinar requerimentos e outros papéis, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformações e desistências, obter vistas em procedimentos, administrativo, conferindo-lhes ainda poderes para, em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, propor ação revisional e/ou concessão de benefícios, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e prestar depoimento pessoal, requerer justiça gratuita e/ou movimentar conta corrente/poupança; abrir contas de depósito; autorizar cobrança; utilizar o crédito aberto na forma e condições; receber, passar recibo e dar quitação; solicitar saldos e extrato; autorizar débito em conta relativo a operações; requisitar cartão eletrônico; movimentar conta corrente/poupança com cartão eletrônico; efetuar resgates/aplicações financeiras; efetuar saques - conta corrente; efetuar saques - poupança; cadastrar, alterar e desbloquear senhas; efetuar pagamentos por meio eletrônico; . Enfim, praticar os demais atos do interesse do(a)(os)(as) Outorgante(s), podendo, inclusive, substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes. Os dados do(a)(s) procurador(a)(es) e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(eis) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. Eu, Arianny Keylla de França Sousa, Substituta, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho (deusul) da verdade. As.: Francisca Ezequiel de Souza. Esta conforme o original. Dou fé. Trasladada hoje. Lavrada em 15 de Março de 2018, às fls. 43 a 43v. Emolumentos: R\$ 88,62; Taxa FARPEN: R\$ 5,01; Taxa FEPJ: R\$ 16,30; Taxa MP: R\$ 1,42; Valor Total: R\$ 111,35, conforme Lei 10.169/2000 do Provimento 05/2006. Selo Digital: AGJ98698-TGIL - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Cajazeirinhas/PB, 15 de Março de 2018

Arianny Keylla de França Sousa
Arianny Keylla de França Sousa



CARTÓRIO REG.CIVIL E NOTAS-CAJAZEIRINHAS
Rua Raimunda R. Pereira, 14, Centro, Cajazeirinhas - PB

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
ARIANNY KEYLLA DE FRANÇA SOUSA

Dou fé. Cajazeirinhas/PB - 15/03/2018
Substituta: Arianny Keylla de França Sousa

Selo Digital:AGJ53868-T913

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 8,86 FARPEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,14 FEPJ R\$ 2,20

CARTÓRIO DE CAJAZEIRINHAS
POSSONDO FERREIRA DE GUERRO
Cart. Reg. Civil, Óbitos e Notas
CNPJ: 09.205.865/0001-69
(83) 3437-1008 - Cajazeirinhas-PB



DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional
19ª Delegacia Seccional
2ª Delegacia Distrital de Pombal
Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205/2018

Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do fato: 01/08/2016 – por volta das 03:00horas

Local do ocorrido: RODOVIA ESTADUAL QUE LIGA CAJAZEIRINHAS – PB a COREMAS-PB

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 17/03/2018 – 10:00 Horas

COMUNICANTE: JOSE DA SILVA SOUSA, **Filiação:** Antonio Francisco da Silva e Josefa da Silva Sousa; **Profissão:** agricultor; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** bras.; **Data de Nascimento:** 14/10/1971; **Endereço Residencial:** Rua Projetada, sn, Conjunto Baruque Rodrigues, Cajazeirinhas-PB; //; **Telefone:** 83 9 96550248/**Portador de RG nº** 4.502.469 SSP-PB.

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, caminhava a margem da rodovia PB 366, quando foi atropelado por um veículo automóvel, colidiu com o comunicante; Que o condutor do veículo não prestou socorro ao comunicante, não parou o veículo e evadiu-se do local; Que do acidente o comunicante teve fratura exposta no tornozelo direito, além de outras escoriações; Que foi socorrido pelo SAMU de Cajazeirinhas-PB, para o Hospital Regional de Patos-PB, onde foi submetido a uma cirurgia; Que o comunicante teve prejudicado sua mobilidade, dependendo de muletas para caminhar; Que testemunhou sobre o fato a pessoa de RONDINELE ALMEIDA ALVES – RG 2581046 SSP-PB, residente a Rua Manoel Cassiano da Costa, 373, Cajazeirinhas-PB; Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 17 de MARÇO de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

OBS: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: _____



1ª Testemunha: Rondinele Almeida Alves

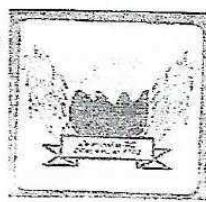
Policial responsável pela lavratura do boletim:

Manoel de Sousa Lacerda
Manoel de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4





Prefeitura Municipal de CAJAZEIRINHAS-PB
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 192 Regional - Sousa
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB:



TRAUMA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data 07/08/16	Ocorrência nº PB 360	Paciente/Vítima Juci da Silveira Sampaio	Idade 14 anos	Sexo Masc.	Fem.
Local da Ocorrência Apoio no Local	PM Bombeiros PRF Agentes de Trânsito Outros	Bairr. PB 360	Médico Regulador		
<input type="checkbox"/> QTA: MOTIVO:					

DESTINO

LOCAL 1: HRP	RESPONSÁVEL: A. G.	OBS:
LOCAL 2:	RESPONSÁVEL:	OBS:

CINEMÁTICA DO TRAUMA

- Queda da própria altura Queda SM Queda < 5m Queda de moto SEM CAPACETE NO INCIDENTE CAPACETE RETIRADO POR TERCEROS
 CARRO MOTO BICICLETA COLISÃO FRONTAL COLISÃO LATERAL COLISÃO TRASEIRA ATROPELAMENTO CAPOTAMENTO
 CARRO X MOTO MOTO X MOTO CARRO X OUTRO: MOTO X OUTRO: PERCA DA DIREÇÃO DO VEÍCULO
 SEM CINTO DE SEGURANÇA AIRBAG NÃO ACIONADO NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL PRESO NAS FERRAGENS
 AFOGAMENTO GRANDE QUEIMADURA GRANDE CHOQUE ELÉTRICO DESABAMENTO FAB FAF
 OUTRO:
 ACIDENTE ESPORTIVO AGRESSÃO FÍSICA
 ACIDENTE LUM VÍTIMA PECONHENTO ESCORPIÃO COBRA ABEIHA ABANHA OUTRO:
 ENVENENAMENTO COM:

EXAME FÍSICO

ENCONTRADO: DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO DENTRO DO VEÍCULO FORA DO VEÍCULO
 DEAMBULANDO EM CIMA DE: OUTRO:

NÍVEL DE CONSIÊNCIA: CONSCIENTE ORIENTADO ALGO DESORIENTADOR INCONSCIENTE HALITO ETÍLICO ABUSO DE DROGAS SONOLENTO
 COMA AGITADO OUTRO:

QUEIXA PRINCIPAL: DOR / LOCAL: OUTRO: PARESTESIA / LOCAL: PARALISIA / LOCAL:

LESÕES APRESENTADAS:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES / LOCAL: MAMÍLIA, MASC | <input type="checkbox"/> FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: | <input type="checkbox"/> RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: |
| <input type="checkbox"/> CORTE / LOCAL: MAMÍLIA | <input type="checkbox"/> FRATURA COMPLETA / LOCAL: <input type="checkbox"/> TIRANTE | <input type="checkbox"/> CÂMBOIO / LOCAL: |
| <input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO / LOCAL: | <input type="checkbox"/> SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: | <input type="checkbox"/> DOR MUSCULAR / LOCAL: |
| <input type="checkbox"/> CONTUSÃO ARTICULAR LOCAL: | <input type="checkbox"/> FRATURA DEPOIST / LOCAL: <input type="checkbox"/> TIRANTE | <input type="checkbox"/> EDEMA / LOCAL: |
| <input type="checkbox"/> CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: | <input type="checkbox"/> ENTORSE / LOCAL: | <input type="checkbox"/> HEMATOMA / LOCAL: |
| <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / LOCAL: | <input type="checkbox"/> ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: | <input type="checkbox"/> EQUIMOSE / LOCAL: |
| | | <input type="checkbox"/> OUTROS: |

DADOS VITAIS

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA - CORPO ESTRANHO SECREÇÕES

PÁTRADO RESPIRATÓRIO: REGULAR IRREGULAR OUTRO:

FC Inicial: 15 ipm / final: 19 ipm SpO₂: 94 %

PULSOS: RADIAL CENTRAL OUTRO:

FC Inicial: 89 bpm / final: 94 bpm <90 >90 perfusão <2s >2s

SISTEMATIZAÇÃO DA ASISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> CAPACIDADE ADAPTATIVA INTRACRANIANA DIMINUÍDA | <input type="checkbox"/> RISCO PARA CHOQUE | <input type="checkbox"/> MUCOSA ORAL PREJUDICADA |
| <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA | <input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VVA | <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ |
| <input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA | <input type="checkbox"/> DISREFLEXIA AUTOMÁTICA | <input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ |
| <input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA | <input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA | <input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ |
| <input type="checkbox"/> DÉBITO CARDIACO DIMINUÍDO | <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | <input type="checkbox"/> TROCA DE GASES PREJUDICADA |
| | <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA | <input type="checkbox"/> VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- COLAR CERVICAL TAM: ESTABILIZADOR LATERAL DA CABEÇA / TIRANTES / PRANCHA RÍGIDA / KED /
 TALA DE EXTREMIDADES EM: MACA VÁCUO / MOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO / EXTRICAÇÃO
O2: V/min: 1 MÁSCARA C/ RESERV / CATETER NASAL / VENTURI Nº: VENTILAÇÃO C/ AMBU / CÁNULA DE GUEDEL Nº:
() CÁNULA NASOFARÍGEA / ASPIRAÇÃO VVA / MÁSCARA LARÍGICA Nº: / SVD Nº: DU ml
CURATIVO: COMPRESSIVO / SIMPLES IRRIGAÇÃO OCULAR / OLHO D / OLHO E RCP: MANUAL / AUTOPULSE / DEA
MEDICAÇÃO EM AMPOLAS: ADREVALINA: mg ATROPINA: mg DOPA: mg DOBUTA: mg AMIODARONA: mg
OUTRA:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO:

COEN:

TÉC. ENFERMAGEM:

D. J. Lima

COEN: 10/08/16

CONDUTOR SOCORRISTA: *D. J. Lima*

SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO):

MÉDICO (VISTO):

NOME:

RG:

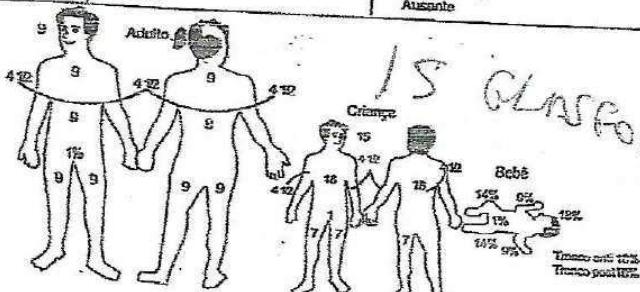
DOCUMENTOS PESSOAIS:	RG	CPF	TÍTULO DE ELEITOR	HABILITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS:
CELULARES: QUANTIDADE:	MARCA:		MODELO:		MARCA:	
CARTÕES DE CRÉDITO:	MASTER CARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	HIPE CARD	MARCA:	
CARTÕES DE BANCO:	1	2	3	NOMES DO BANCO:		
DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$						
CALÇADOS (MARCA):	REÓGIO (MARCA):			ANEIS (QUANTIDADE):		
BRINOS (QUANTIDADE):	PULSEIRAS (QUANTIDADE):			OUTROS:		
DADOS DO RECEBEDOR						
NO MEIO DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCENTE:						
SETOR:	FUNÇÃO:					
ASSINATURA DO RECEBEDOR						
CARIMBO DO RECEBEDOR						

MEDICAMENTOS		QUANT.
AAS 100mg		
ADRENALINA		
ÁGUA DESTILADA 10ml		
AMIODARONA		
ATROFIMA		
CAPTRIPIL 25mg		
DICLOFENACO 75mg		
DIPRIVONA 1g		
ESCOLARALINA (HIOSCINA)		
ESCOLARALINA COMPOSTA (BUCOPAN COMP)		
FENOTEROL GOTAS		
FUBOSEMIDA		
GLICOSE 5%		
HIDROCORTISONA 100mg		
HIDROCORTISONA 500mg		
IPRATROPIC GOTAS		
ISORIBIL 3mg		
METOCLOPRAZIDA		
PATACERAMOL GOTAS		
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO		
SOLUÇÃO FISIOLOGICO		
TERBUTALINA		
OUTROS		

EVOLUÇÃO: A UEB 13 foi encaminhada para o pronto atendimento da Unidade de São Paulo Sampaio Morato, e nesse dia foi intubada e intubada com bomba, com eletrocardiograma, apresentava pressão arterial de 100/60 mmHg, sanguínea de 100 mmHg, Pco₂ de 55 mmHg, SpO₂ de 94% e glicose de 120 mg/dL. Foi encaminhada para o Hospital São Paulo, onde permaneceu internada.

RESPOSTA		RESPOSTA MUNDICADA PARA PACIENTE
Escala		Abertura Ocular
6	Espontânea	Espontânea
3	Ao estímulo Verbal	Ao estímulo Verbal
2	Ao estímulo doloroso	Ao estímulo doloroso
1	Ausente	Ausente
		Melhor resposta motora
6	Obedece comando	Movimentação espontânea
5	Localiza dor	Localizar dor (relatada ao toque)
4	Reflexo ao estímulo doloroso	Reflexo ao estímulo doloroso
3	Flexão ao estímulo doloroso (postura decorticada)	Flexão ao estímulo doloroso (postura decorticada)
2	Extensão ao estímulo doloroso (postura desencorticada)	Extensão ao estímulo doloroso (postura desencorticada)
1	Ausente	Ausente
		Melhor resposta verbal
5	Orientado	Balançar
4	Confuso	Choro à intubado
3	Palavras inapropriadas	Choro à dor
2	sons inapropriados	Genito à dor
1	Ausente	Ausente

RELAÇÃO DE MATERIAIS DESKENDOS NO HOSPITAL	Materiais	Quantidade
do Estabilizador Lateral da Cabeça		
ula de Sustentador Cervical Fumento		
abizado Lateral da Cabeça		
d () Adulto () Infantil		
ca a Vácuo		
scara com Reservatório		
scara sem Reservatório		
scido de Nebulização		
anha Rígida		
l Remanho		
nte Aunha		
edida de 02		
onador de Fármac		
os:		





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE DA SILVA SOUSA

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.502.469 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 20/04/17 E
 CPF 71570956456 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE DA SILVA SOUSA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 0732 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 40.872-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL CAJAZEIRINHAS/PB DATA 08/06/18*A. Rogo*

 RECONHECO
 FIRMA

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Firmino Leite da Costa Neto

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





CARTÓRIO REG.CIVIL E NOTAS-CAJAZEIRINHAS
Rua Raimunda R.Pereira, 14, Centro, Cajazeirinhas - PB

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

FIRMINO LEITE DA COSTA NETO

Dou fé. Cajazeirinhas/PB - 08/06/2018

Substituta: Arianny Keylla de França Sousa

Scelo Digital:AGJ53844-KVH0

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 8,86 FARPEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,14 FEPJ R\$ 2,20


CARTÓRIO DE CAJAZEIRINHAS
POSSIDONIO FERREIRA DE SOUROGA
Cart. Reg. Civil, Óbitos e Natos
CNPJ: 09.205.868/0001-69
(83) 3437-1008 - Cajazeirinhas-PB

Arianny Keylla de França Sousa
CPF: 066.015.244-41
Sub. Oficial



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:12:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015030137400000019900341>
Número do documento: 19041015030137400000019900341

Num. 20457768 - Pág. 2

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSE DA SILVA SOUSA, portador da carteira de identidade nº 4.502.469 e inscrito no CPF/MF sob o nº 715.709.564-56, residente e domiciliado na RUA PROJETA DA SIN, Cidade CAJAZEIRINHAS, Estado PARAIBA, 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 a 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 disorde do seu conteúdo.



Firmino Leite da Costa Neto



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CAJAZEIRINHAS - PB, 08.06.2018

Local e data



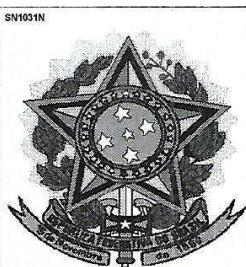
CARTÓRIO REG.CIVIL E NOTAS-CAJAZEIRINHAS
Rua Raimunda R. Pereira, 14, Centro, Cajazeirinhas - PB

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
FIRMINO LEITE DA COSTA NETO
Dou fô. Cajazeirinhas/PB - 08/06/2018
Substituta: Arianny Keylla de França Sousa
Selo Digital: AGJ53846-RDW3
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Arianny Keylla de França Sousa
CPF: 066.015.244-41
Sub. Oficial

CARTÓRIO DE CAJAZEIRINHAS
POSSIDONIO FERREIRA DE GUERRO
Cart. Reg. Civil, Óbitos e Núcas
CNPJ: 09.205.865/0001-69
(83) 3437-1008 - Cajazeirinhas-PB





CARTÓRIO "CEL JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

CNPJ/MF 09205816000126
POMBAL - PB - 1º OFÍCIO
FRANCISCO NÓBREGA QUEIROGA
Tabelião e Registrador

ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA
Substituta

ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO QUE FAZ JOSÉ DA SILVA SOUSA, COMO SEGUE:

Saibam todos quantos esta pública escritura virem, que, no dia VINTE E SETE(27) do mês de SETEMBRO do ano de dois mil e dezoito (2018), nesta cidade de Pombal, Estado de da Paraíba neste, Cartório do 1º Ofício inscrito no CNPJ. sob o nº 09.205.816/00001-26, perante mim, Tabelião, compareceu como outorgante o Sr.JOSÉ DA SILVA SOUSA- portador da C.I.RG.nº 4.502.469-SSP-PB e CPF.nº 715.709.564-56, brasileiro, agricultor, residente e domiciliado na rua projetada, s/n centro- na cidade de Cajazeirinhas-PB, data de nascimento 14.10.1971, reconhecido como o próprio de mim, Tabelião, do que dou fé. E por ele me foi declarado o seguinte: Que reside na rua Projetada, s/n - na cidade de Cajazeirinhas-PB, e que Declara, sob as penas da lei, que está impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal- IML, para fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que não há estabelecimento de IML na cidade em que reside Cajazeirinhas-PB, através desta informação permito 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 Lider 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 acima mencionada, e 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 impugna-la, caso discorde do seu conteúdo; e que é possuidor da conta poupança de nº 40.872-9, Agencia nº 0732, Op. 013, Banco nº 104- Caixa Econômica Federal, número do sinistro-3180292536, data do acidente 01/08/2016, natureza: invalidez, e que a conta já citada é de sua titularidade, na qual será efetuado o pagamento/crédito da indenização, tais informações cumprem a exigência documental constante na carta nº 13041839, enviado ao segurado declarante, devido aos formulários: Autorização de

Rua Cel. José Fernandes, 529, Centro - POMBAL-Paraíba - Fone: 83 3431-2175 / Fax: 00000000



Pagamento e Declaração e inexistência de IML, estarem pendente de regularização; desejando fazer a presente declaração pública para os fins de direito. **Boleto bancario 03108824. Sigre 01485791.** Assim disse o declarante, do que dou fé. A pedido do mesmo lavrei a presente escritura, a qual feita e lhe sendo lida, achou conforme, outorga, aceita e assina, tudo perante mim, Tabelião, do que dou fé. O outorgante declarante por ser não alfabetizado, deixa o sinal digital, assina a rogo FIRMINO LEITE DA COSTA NETO- RG.nº 3470628-SSDS-PB, **residente nesta cidade de Pombal-PB,** Comigo, Francisco Nóbrega Queiroga, Tabelião Público que o escreve e assino em público e raso de que uso. Em testemunho (o final) da verdade. O Tabelião, Francisco Nóbrega Queiroga. Pombal, 27 de setembro de 2018. (AS) **FIRMINO LEITE DA COSTA NETO.** Confere com original, dou fé. Pombal, 27 de setembro de 2018. A Tabelião Substituta.

Ana Cristina F. de Queiroga

 CARTÓRIO "CEL. JOÃO QUEIROGA"
1º Ofício de Notas e Registro de Imóveis
CNPJ: 09.205.816/0001-26
Ana Cristina Formiga de Queiroga
1ª Substituta
Fone: (83) 3431-2175 - Pombal-PB.

Rua Cel. José Fernandes, 529, Centro - POMBAL-Paraíba - Fone: 83 3431-2175 / Fax: 00000000

Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba
SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO

Tipo Normal A

Escritura sem valor declarado

AHG77704-M3YG

Confira os dados do ato em:

<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emolumentos R\$: 47,40

FARPEN R\$: 28,22 FEPJ R\$: 8,72



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:12:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015044604800000019900444>
 Número do documento: 19041015044604800000019900444

Num. 20457874 - Pág. 2

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
As: 30301980 - AC SAO BENTINHO
SAO BENTINHO - PB
CNPJ....: 34028316811691 Ins Est.: 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOL SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 282625955
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao.: 62267655

Movimento.: 11/06/2018 Hora.....: 08:48:15
Caixa.....: 86826567 Matricula.: 84770104
Lancamento.: 004 Atendimento: 00001
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1482625213

DESCRÍÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	21,75+
Valor do Porte(R\$)...	21,75	
Peso real (G).....:	150	
CNPJ/CPF Remet :	71570956456	
Nome Remetente..:	Jose da silva sousa	
Endereco Remet.:	RUA projetada,00 - centro	
Cep Remetente.:	58855-000	
Cidade Remet...:	CAJAZEIRINHAS	
UF Remet.....:	PB	
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,31+
Valor do Porte(R\$)...	29,31	
Cep Destino:	20031-205 (RJ)	
Peso real (G).....:	150	
OBJETO.....:	DV525277867BR	

DV 525277867 BR

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 51,06

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATARAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pasarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:
Ass. Responsável.....

SERV. POSTAL: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo! Baixe o APP de Pré-Atendimento d
os Correios! E
ncomenda cilíndrica ou esférica i
mplica cobrança adicional de R\$ 20,00.

VIA-AGENCIA

SARA 7.8.01





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS 

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE DA SILVA SOUSADATA DO ACIDENTE 01.08.2016 CPF DA VÍTIMA 755.709.564-56

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É JOSE DA SILVA SOUSA
 ENDEREÇO DO PORTADOR S/N COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE CAJAZEIRAS UF PB CEP 58.855-000
 E-MAIL _____
 TELEFONE (83) 99655-0248

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)

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

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURODA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 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 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____
 DATA 11.06.18 MATR. CORREIOS 84770/0

IDENTIDADE _____
 NOME Eva Letícia R. Calixto
Eva Letícia Rosário Cali

ASSINATURA _____
 Mat.: 8.477.010-4
 Agente de Correios - Atv. Comer



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE DA SILVA SOUSA**

Nº Sinistro: **3180292536**
Vitima: **JOSE DA SILVA SOUSA**
Data do Acidente: **01/08/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180292536**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13038845



Pag. 01707/01708 - carta_01 - INVALIDEZ






HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDIJHY CARNEIRO
 RUA HORACIO NOBREGA, S/N
 PATOS PÁRAIBA (83)3423-2741

Prontuário: 77265 Data/Hora: 1/8/2016 01:24:44
 Ocorrência: OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO
 Servidor do Dr.: _____

Paciente	JOSE DA SILVA SOUSA	Idade: 44 Sexo: M
Filiação		
Pai:	ANTONIO FRANCISCO DA SILVA	
Mãe:	JOSEFA DA SILVA SOUSA	
Endereço		
Cidade	CAJAZEIRINHAS - PB - 58855-000 - 2503753	
Endereço:	SITIO SANTANATA TEREZINHA	
Bairro:	ZONA RURAL	
Naturalidade:	POMBAL - PB	
Fone:		
Documentos		
CNS:		
Identidade:		
CPF:		
Reg. Nasc.:		
Informações adicionais		
Nascimento	14/10/1971	
Cor:	PARDA	
Estado Civil:	SOLTEIRO(A)	
Profissão:	AGRICULTOR(A)	

Responsável: _____

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

Petônias de fármaco, com fluxo leitoso espesso e nível de tensão (D) + fluxos de gás (E)

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

GP: pupas mortas em pé (D) + crescimento de mico (E)

GP: Pote liberado da caviga feito por dono de filhos.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Fluxo leitoso espesso (fluxo) e nível de tensão (D)

Diagnóstico: _____

Motivo da Alta: _____

Resultado: () Saiu Curado Melhorado () Falecido () Transferido Em: 04/08/16

Recepção: Elma



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO
PATOS - PARAÍBA

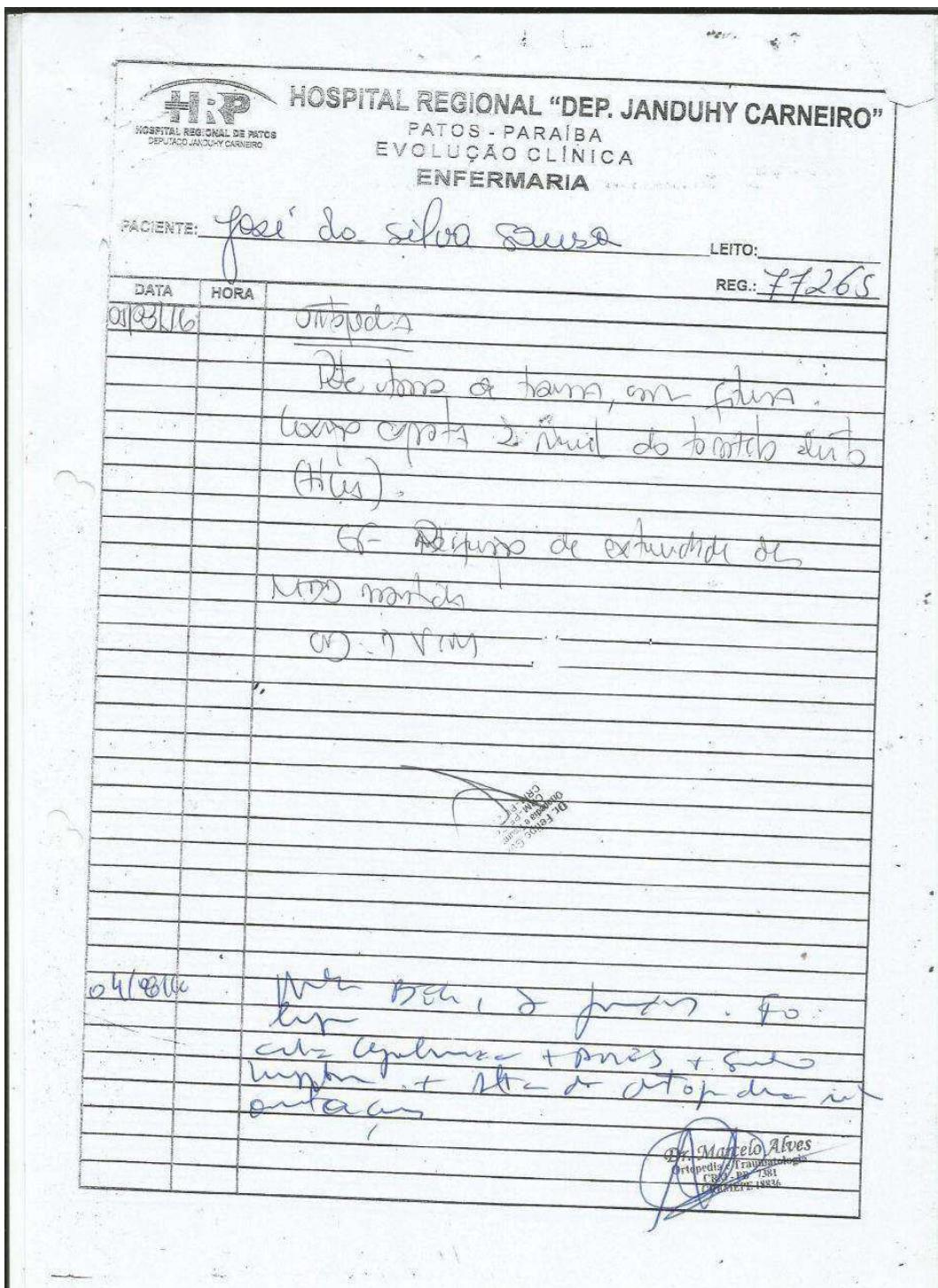
Nome do Paciente:		José da Silva Souza	Nº Prontuário:	77265
Data da Cirurgia:		03/08/16	Enf.	Leite
Cirurgião:		Dr. Felipe Góes	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador		
Anestesista:	JR. Félix	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório				
Tumor cexoso epônico de 3cm x 2cm (1) (tumor) + cexoso de glande (2) + lâmina + forma exoftica + redução de glande				
Tipo de Cirurgia				
Diagnóstico Pós-Operatório				
Relatório Imediato do Patologista				
Exame Radiológico no Ato				
Acidente Durante à Cirurgia				

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligadura - Draining - Sutura - Material Empregado - Aspectos Fisionômicos	
1) Abordagem	
2) Angra tempos extais	
3) Largu com 1 fogx.	
4) Detoridante	
5) Retirada de tecido do tumor	
6) Fundo extais = nível de banch	
7) Sutura de pele	
8) Curto	
9) Abraçado extais de glande (2) (circunferencial)	

RESUMO DA CIRURGIA
apresentado ao paciente
separado para exame







GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



2008/03 7-103

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

José da Silva

DA CLÍNICA
A CLÍNICA

infeliz
Endereço

ENFERMARIA
LEITO

72
03

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Rins Enurese

03-08-16

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente holofílico sem queixas
Cardiologista, Nevo vio de medicamento
Ps = 130x80 mmHg.

ECG = Normal.

Riso Paroxístico = Baixo Riso

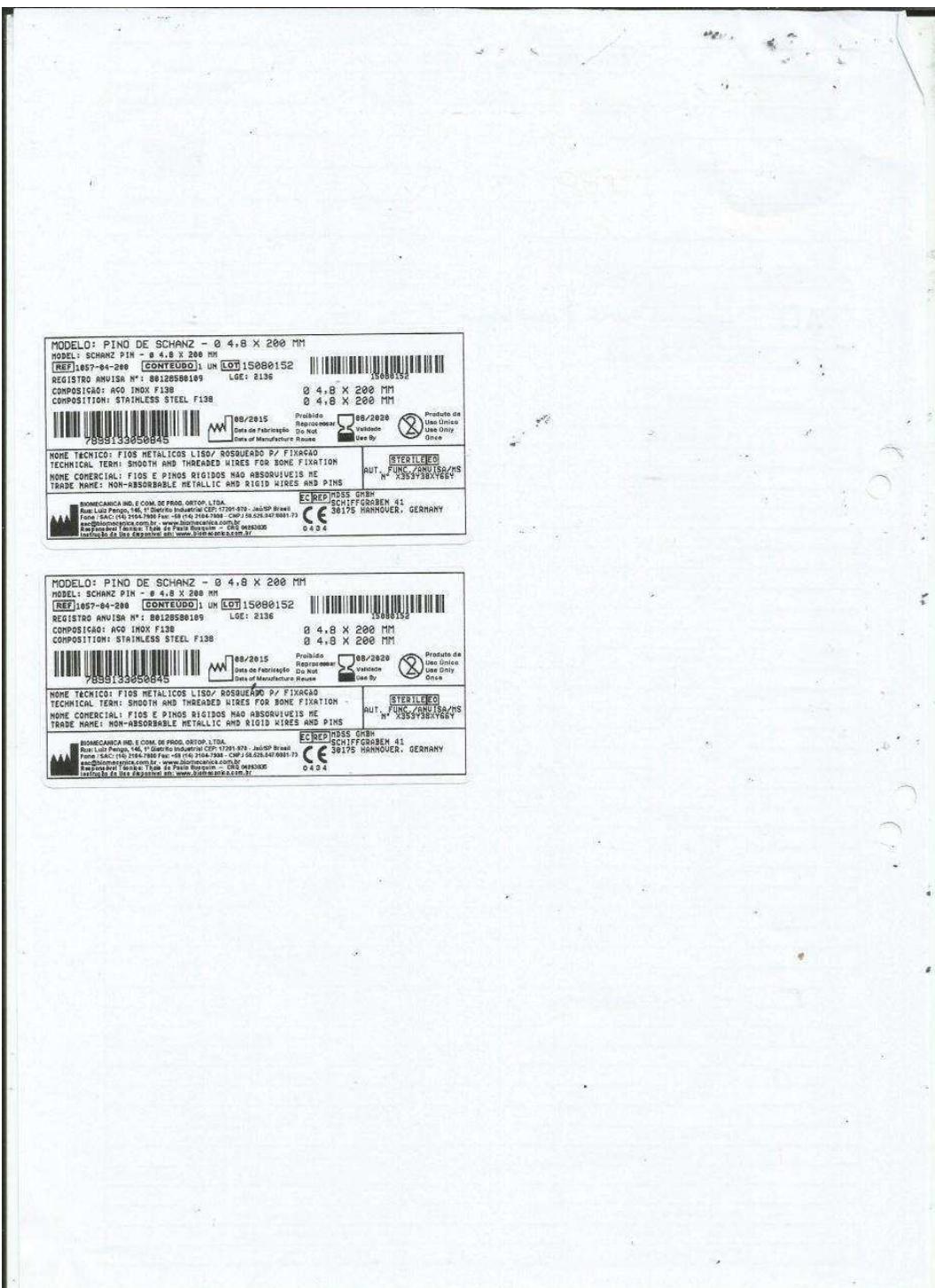
03/08/16

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE José da Silva Souza		CONVÉNIO SUS	IDADE 44	REGISTRO 77265	GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
CIRURGIA Trat. cirurg. fach. esportes		CIRURGIA Dr. Felipe	ANESTESIA Rogério		
ANESTESIA Rogério		ANESTESISTA Dr. Félix			
INSTRUMENTADORA Sergio	DATA 01-08-16	INÍCIO 03:20	TEMPO	HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO	
MATERIAL					
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL		
1	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue		
1	TX. Capnógrafo	1	Scalp		
1	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos		
1	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi 12-24		
1	TX. Monitor Cardíaco-Respirador	1	Sonda de Foley		
1	TX. de Laser	1	Coletor de Urina		
1	TX. de Curativo	1	Seringa 1 ml		
1	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.		
1	Neocain	1	Atadura de Crepon 10cm		
1	Halotano	1	Atadura de Crepon 20cm		
1	Thionembutal	1	Atadura Geessada 10cm		
1	Quelicin	1	Sonda Uretral		
1	Pavulon	1	Sonda Nescogástrica		
1	Dorminid	1	Éter Sulfúrico		
1	Fentanil 0,05mg	1	Dreno Penrose		
1	Xilestesina 5%	1	Dreno Sucção		
1	Inova	1	Dreno de Tórax		
1	Xilocaina a 2%	1	Esparacrapo		
1	Etodimide	1	Xilocaina Gel		
1	Ketalar	1	Álcool 70%		
1	Pubicovaina 0,5%	1	PVPi Tintura		
1	Dimorf	1	Gases		
1	Lanexat 0,5ml	1	Algodão Hidrófilo		
1	Narcan	1	Algodão Ortopédico		
1	Forane	1	Clíxex		
1	Sufenta	1	Vassoura Estéril		
1	Diazepan	1	Aguilha descartável		
1	Água destilada 10ml	1	Pastilha de Formol		
1	Prostigmine	1	Fio Cromado 0 c/ agulha		
1	Atropina	1	Fio Cromado 0 s/ agulha		
1	Adrenalina	1	Fio Cromado 1 c/ agulha		
1	Efortil	1	Fio Cromado 1 s/ agulha		
1	Cefalotina 15g	1	Fio Cromado 2-0 c/ agulha		
1	Dixtal	1	Fio Cromado 2-0 s/ agulha		
1	Amicacina 500mg	1	Modelo: FIXADOR FBM 800 - FEMUR / TIBIA		
1	Aguilha de Raque Descartável	1	Modelo: FBM 800 - FEMUR/TIBIA FIXATOR		
1	Abbotate 20 e 22	1	REF: 64021-00-000 CONTEÚDO: 1 UN Lote: 14100607 Lote: 14100607		
1	Esperin 5000 VI	1	REGISTRO ANVISA N°: 80128598111 Lote: 14100607		
1	Tiliti	1	COMPOSIÇÃO: ALUMINIO LIGA/ACO INOX F899		
1	Amicacina 500mg	1	COMPOSITION: ALUMINUM ALLOY/STAINLESS STEEL F899		
1	Aguilha de Raque Descartável	1	Fabricante: BOSCH GMBH SCHIFFGRABEN 41		
1	Abbotate 20 e 22	1	Av: Luis Poite, 146 - 1º Belford Roxo - RJ - 22780-270 - CEP: 22780-270		
1	Polycot 0 s/ agulha	1	CNPJ: 04.526.947/0001-72		
1	Polycot 2-0 s/ agulha	1	Site: www.boschmed.com.br		
1	Polycot 3-0 s/ agulha	1	E-mail: info@boschmed.com.br		
1	Prolene 0 c/ agulha	1	Número de Lote: 14100607		





GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital: HRP	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário
Data: 01/05/16		Nome: JOSE DA SILVA SOUZA	Idade: 71	Sexo: F	77265
Pressão Arterial Pulso: 100x70		Respiração: —	Temperatura: —	Peso: —	Altura: —
Tipo Sanguíneo: Hemárias: Hemoglobina: Hematócrito: Glicemias: Uréia: Outros: —		—			
Urina: —		—			
Ap. Respiratório: TURNOVO		Asma: Bronquite			
Ap. Circulatório: TROMBO ESTAVE L		Eletrocardiograma			
Ap. Digestivo: CRESCENCIA		Dentes: —	Pescoco: —	Ap. Urinário: —	
Estado Mental: FAL CONSC / ALCOOLIZADO		Ataxicos: —	Corticoides: —	Alergia: JAO	Hipotensores: —
Diagnóstico Pré-Operatório: FRAT. TORNACELLO		Estado Físico: Risco: —			
Anestesia Anteriores: —		—			
Medicação Pré-Anestesia: 99000		Aplicadas: 51000	Efeito: —		—
CÓDIGO PV. ARTERIAL PULSO: RESPIRAÇÃO: 80		INDUÇÃO			
Líquido: 260		Satisf.: —	Excit.: —	Tosse: —	—
240		Laringo Espasmo: —	Lenta: —	—	—
220		Náuseas: —	Vômitos: —	—	—
200		Outros: —	—	—	—
180		MANUTENÇÃO			
160		06, 07/16	min	—	—
140		DIPRIVAN	—	—	—
120		DORAZOLINA	—	—	—
100		—	—	—	—
80		—	—	—	—
60		—	—	—	—
40		—	—	—	—
20		—	—	—	—
Simbólos: 250, N.C. LIMPIM, INJ. SÍLICAS		DESPERTAR			
e Anotações		Reflexos na SO: —	—	—	—
Posição: 0 2 0 2 2 2		Obstr.: —	CO2: —	Excit.: —	—
Agentes: 1/2 0,5 + Morfina 0,05g		Náuseas: —	Vômitos: —	—	—
Técnicas: RAQUIANESTESIA.		Outros: —	—	—	—
Operador: FRAT. ANURGICO HAD. EXPOSTO TORNACELLO		Com cânula: —	—	—	—
Cirurgião: RPPU (BLUDE)		para o leito sim: —	—	—	—
Anestesiologista: REX SOANE 7608		Cond. Cânula: —	—	—	—
Observações: —		—			
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias					



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA					
Hospital:	H. R. de Portos				
Procedimento:	Fixação em M10				
Paciente:	José da Silveira Souza				
Data da Cirurgia:	01/08/16	Prontuário N°:	77.265	Convênio:	SUS
Cirurgião:	Felix Guedes				
DESCRÍÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS					
Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total	
01	<p>MODELO: FIXADOR FBM 800 - FÉMUR / TÍBIA</p> <p>MODEL: FBM 800 - FEMUR/TIBIA FIXATOR</p> <p>REF: 00051-00-000 [CONTENDO]: UN L0115090078</p> <p>REGISTRO ANVISA N°: B0128580111 LGE: 2146</p> <p>COMPOSIÇÃO: ALUMINIO LIGA/ACO INOX F899</p> <p>COMPOSITION: ALUMINUM ALLOY/ STAINLESS STEEL F899</p> <p>789831582141</p> <p>09/2015 Proibido Reprovar 09/2028 Válido Produto de Uso Único Use By Date of Manufacture Reuse</p> <p>STERILE/ESTÉRIL NUT M 4.8X200/150/150</p> <p>EC REP: DSS GRBH SCHIFFGRABEN 41 30175 HANNOVER, GERMANY</p> <p>0494</p> <p>BRAMECA INC. E COM. DE PROD. ORTOP. LTDA Rua Luiz Perdigão, 146 - Centro Industrial - 33040-070 - Jundiaí - SP - Brasil Fone: (11) 264-7800 Fax: (11) 264-7800 CEP: 13.260-000-72 SAC: (11) 264-7800 E-mail: info@brameca.com.br Site: www.brameca.com.br</p> <p>Brasileiro Fábrica: Rua Dr. Paula Souza, 200 - Centro - 38140-000 - Belo Horizonte - MG 04940005</p> <p>Brasileiro Fábrica: Rua Dr. Paula Souza, 200 - Centro - 38140-000 - Belo Horizonte - MG 04940005</p>	0702030406			
PARAFUSO	Nº				
CORTICAL. 3.5mm	Qtd.				
PARAFUSO	Nº				
CORTICAL. 4.5mm	Qtd.				
PARAFUSO	Nº				
ESPONJOSO. 4.0mm	Qtd.				
PARAFUSO	Nº				
ESPONJOSO. 6.5mm	Qtd.				
ESP. R/16 CURTA	Cód.				
PARAFUSO	Nº				
ESPONJOSO. 6.5mm	Qtd.				
ESP. R/32 LONGA	Cód.				
PARAFUSO	Nº				
MALEOLAR 4.5mm	Qtd.				
Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.					
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS					
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE					
Condições de pagamento:					
Faturar N.F. para:					
Cód. do consultor:			Total:		
			Nº do pedido:		





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

3.3
3/03
LABORATÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PATOS
Dª Maria Dilva Carlos Diniz

Sr(a): JOSE DA SILVA SOUSA
Dr(a): NÃO INFORMADO
Convênio: SUS - HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Protocolo: 0000134013
Data: 03-08-2016 09:31
Idade: 44 anos
RG: NÃO INFORMADO
Origem: 09 - unidade central
Destino: 09 - unidade central

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 03/08/2016 09:26]

Resultados Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	3.77 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina	9,8 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito	30,2 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.	80 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.	26 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	32 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL
RDW	13,4 %	Isocitose 11,5 à 15,0 %

SÉRIE BRANCA

Leucócitos	6.200 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos	0	0
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	73,0	4.526 40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Segmentados	2,0	124 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Eosinófilos	0	0 0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Basófilos		
Linfócitos	22,0	1.364 20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Típicos	0	0
Atípicos	3,0	186 2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
Monocitos		

PLAQUETAS, CONTAGEM DE

216.000 /mm³

Método: AUTOMATIZADO

Material: Sangue Total

Valores de Referência:
150.000 a 450.000/mm³

Dr. Fabiana Santana de A. Oliveira
CRBM/PB 2089

Rua Juvenal Ledo, S/N - Belo Horizonte, S/N - Patos - PB - CEP: 58.704-470 - Fone: (83) 3423.2837



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:12:35
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015094240400000019900796
Número do documento: 19041015094240400000019900796

Num. 20458233 - Pág. 1



ESTADO DA PARAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PATOS
Dra Maria Dilva Carlos Diniz

Sr(a): JOSE DA SILVA SOUSA
Dr(a): NÃO INFORMADO
Convênio: SUS - HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Protocolo: 0000134013 RG: NÃO INFORMADO
Data: 03-08-2016 09:31 Origem: 00 - unidade central
Idade: 44 anos Destino: 00 - unidade central

HEMATOLOGIA III

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO..... 32.1 Segundos

[DATA DA COLETA: 03/08/2016 09:27]
Material: null
Método: null

Valores de Referência:
até 45 segundos.

TEMPO DE PROTROMBINA

[DATA DA COLETA: 03/08/2016 09:27]
Material: SANGUE

TEMPO DE PROTROMBINA..... 15.3 segundos

Valor de referência: 10 à 15 segundos

ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA PROTROMBINA..... 75.4 %

Valor de referência: 70 à 100 %

INR..... 1,2
Valor de referência: 0,9 à 1,25


Dr. Diogo de Siqueira Leite
CRF-PB 3382

Rua Juvenal Ledo, S/N - Belo Horizonte, S/N - Patos - PB - CEP: 58.704-470 - Fone: (83) 3423.2837





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PATOS
Dra Maria Dilva Carlos Diniz

Sr(a): JOSE DA SILVA SOUSA
Dr(a): NÃO INFORMADO
Convênio: SUS - HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Protocolo: 0000134013 RG: NÃO INFORMADO
Data: 03-08-2016 09:31 Origem: 00 - unidade central
Idade: 44 anos Destino: 00 - unidade central

BIOQUÍMICA

GLICOSE 72 mg/dl

[DATA DA COLETA: 03/08/2016 09:27]
Material: Soro
Método: AUTOMATIZADO

Valores de Referência:
Glicemia de jejum:

50 a 99 mg/dl Normal
100 a 125mg/dl Pré Diabetes
Maior ou igual a 126mg/dl Diabetes melitus /
Gestacional

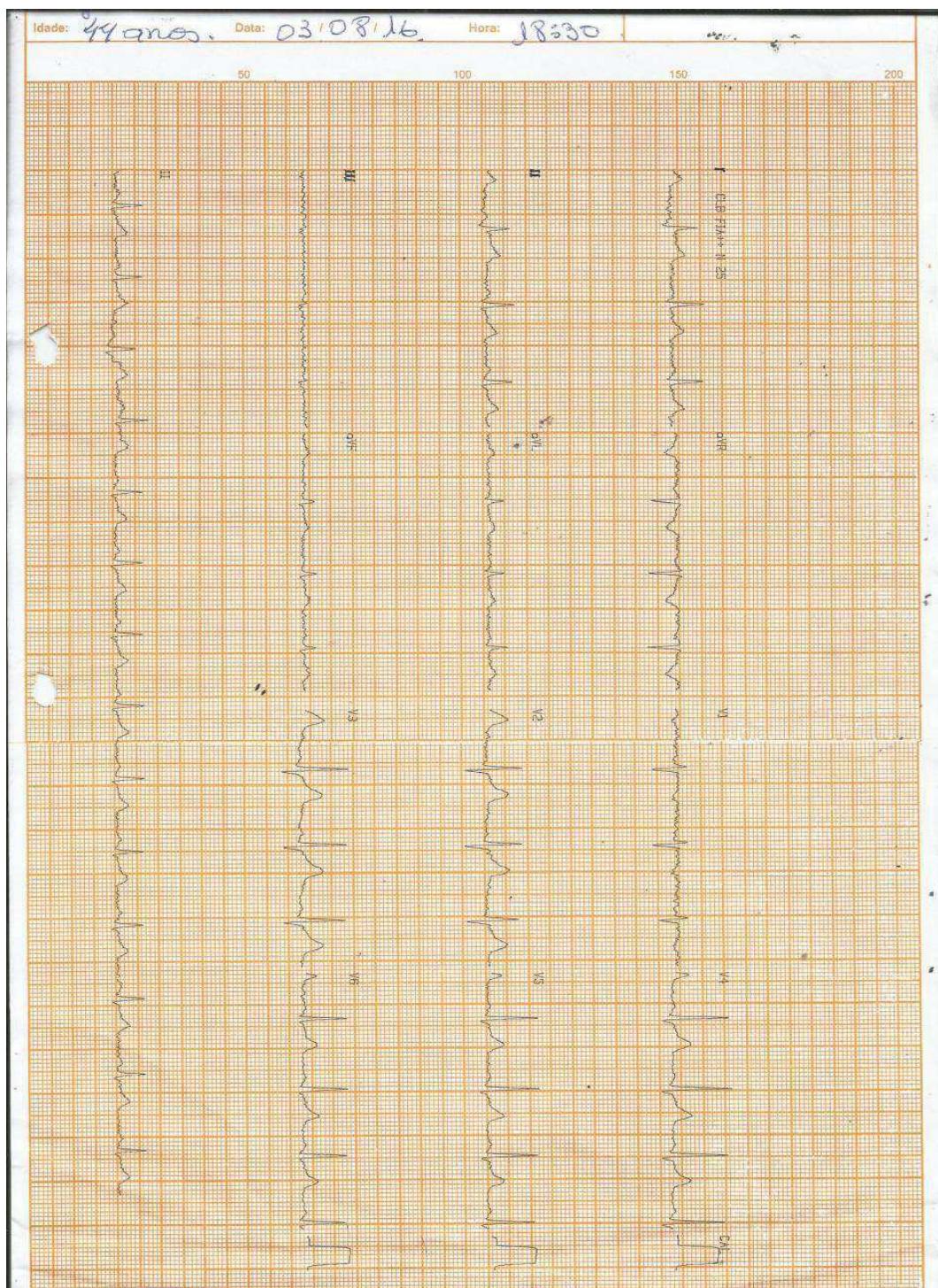
Dr. Fabiana Santaros de A. Silveira
CRBM-PB 2985

Rua Juvenal Ledo, S/N - Belo Horizonte, S/N - Patos - PB - CEP: 58.704-470 - Fone: (83) 3423.2837



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:12:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015094240400000019900796>
Número do documento: 19041015094240400000019900796

Num. 20458233 - Pág. 3





()



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 para a Seguradora Líder DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180292536 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE DA SILVA SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LÍDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO JOSE DA SILVA SOUSA

CPF/CNPJ: 71570956456

Posição em 10-04-2019 15:04:46

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no processo aqui no site.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

19/11/2018 R\$ 3.375,00 R\$ 0,00 R\$ 3.375,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/11/2018	Interrupção de Prazo	Download
04/07/2018	Aviso de Sinistro	Download
04/07/2018	Exigência Documental	Download

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

1/3



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:12:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015100773900000019900819>
 Número do documento: 19041015100773900000019900819

Num. 20458256 - Pág. 1

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes](#))
- › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
- › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
- › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
- › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))
- › Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT ([/Seguro-DPVAT/Download](#))

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Termos-de-Uso.aspx](#))





Dr. Wagner J. Souza

Tomóis Médico
Paciente fore da Sônia Souza
Máximo de apropriação ei
fimor no joelho direito, apres-
sando atribuíde em fluxo + canto
máximo flexão, que incorpora
definição de pares eternas das
articulações卜lomberi's

ad. T92
S82.
16.03.18

Dr. Wagner J. Souza
Ortoped e Traumat
CRM-PE 11.777
CTO
Centro de Trauma
e Ortopedia





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO

2^a Vara Mista de Pombal

Processo nº: 0800375-80.2019.8.15.0301

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

Autor(a): JOSE DA SILVA SOUSA

Ré(u): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

Vistos.

1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

2. Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e arts. 8º e 139, II, ambos do CPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do CPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do CPC.

3. Certifique-se a existência ou não de processo ativo ou baixado contendo as mesmas partes, pedido e causa de pedir.

4. CITE-SE/INTIME-SE a parte requerida, por carta com AR ou outro meio idôneo, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), cientificando-a, ainda, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais arbitro desde já no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), cujo depósito deve ser comprovado nos autos em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba.



Assinado eletronicamente por: JOSE EMANUEL DA SILVA E SOUSA - 22/05/2019 00:39:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051718571390400000020681142>
Número do documento: 19051718571390400000020681142

Num. 21275980 - Pág. 1

5. Por economia processual, no prazo de defesa a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

6. Apresentada contestação, a parte autora deve ser intimada para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias (arts. 350 e 351 do CPC), podendo, no mesmo prazo, apresentar seus quesitos a serem respondidos pela perícia, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

7. NOMEIO o Dr. Rodolpho Dantas Mafaldo Pinto, CRM/PB 8679, cujos dados estão disponíveis na escrivania, para a realização do exame pericial, independentemente de compromisso.

8. Após os prazos dos itens 3 e 5, comunique-se o perito acerca da sua nomeação, por e-mail, requisitando desde já, data e horário para realização de perícia no Fórum de Pombal/PB. Com a informação intimem-se as partes para, no dia e hora indicados, comparecerem ao local de realização da perícia médica.

9. Cientifique-se o perito, informando-lhe de que deverá responder aos quesitos apresentados pelas partes, além dos seguintes quesitos do Juízo: a) Há lesão nos membros inferiores do autor que lhe cause debilidade? b) As lesões comprometem as funções de que membros? c) Qual o grau de debilidade provocada pelas lesões identificadas?

10. Após a apresentação do laudo pericial, intimem-se as partes para se manifestar no prazo comum de 05 (cinco) dias.

11. Adotem-se as providências necessárias ao pagamento do perito, depois de apresentado o laudo, expedindo o competente alvará ou transferindo-se os honorários periciais para conta bancária de titularidade do expert.

12. Em seguida, venham os autos conclusos.

Cumpra-se com os expedientes e diligências necessárias.

POMBAL, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]
JOSÉ EMANUEL DA SILVA E SOUSA – Juiz de Direito em substituição



Assinado eletronicamente por: JOSE EMANUEL DA SILVA E SOUSA - 22/05/2019 00:39:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051718571390400000020681142>
Número do documento: 19051718571390400000020681142

Num. 21275980 - Pág. 2

Valor da causa: R\$ 10.125,00



Assinado eletronicamente por: JOSE EMANUEL DA SILVA E SOUSA - 22/05/2019 00:39:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051718571390400000020681142>
Número do documento: 19051718571390400000020681142

Num. 21275980 - Pág. 3



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
2ª VARA DA COMARCA DE POMBAL**

Rua: José Guilhermino de Santana, 414, Bairro Petrópolis, CEP 58.840-000 Fones: (83) 3431-2298/3113 Fax: (83) 431-3112

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que, em consulta aos sistemas STI/SISCOM, consulta processual do TJPB e PJE, NÃO verifiquei a existência de feito idêntico proposto pela parte requerente em tramitação ou arquivado com as mesmas partes, pedido ou causa de pedir. Dou fé.

Pombal-PB, 2 de outubro de 2019.

HAROLDO CAMILO DOS SANTOS
Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: HAROLDO CAMILO DOS SANTOS - 02/10/2019 09:07:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100209070550200000024136942>
Número do documento: 19100209070550200000024136942

Num. 24944089 - Pág. 1



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO

2^a Vara Mista de Pombal

Processo nº: 0800375-80.2019.8.15.0301

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

Autor(a): JOSE DA SILVA SOUSA

Ré(u): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

Vistos.

1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

2. Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e arts. 8º e 139, II, ambos do CPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do CPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do CPC.

3. Certifique-se a existência ou não de processo ativo ou baixado contendo as mesmas partes, pedido e causa de pedir.

4. CITE-SE/INTIME-SE a parte requerida, por carta com AR ou outro meio idôneo, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), cientificando-a, ainda, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais arbitro desde já no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), cujo depósito deve ser comprovado nos autos em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba.



Assinado eletronicamente por: JOSE EMANUEL DA SILVA E SOUSA - 22/05/2019 00:39:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051718571390400000020681142>
Número do documento: 19051718571390400000020681142

Num. 24944498 - Pág. 1

5. Por economia processual, no prazo de defesa a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

6. Apresentada contestação, a parte autora deve ser intimada para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias (arts. 350 e 351 do CPC), podendo, no mesmo prazo, apresentar seus quesitos a serem respondidos pela perícia, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

7. NOMEIO o Dr. Rodolpho Dantas Mafaldo Pinto, CRM/PB 8679, cujos dados estão disponíveis na escrivania, para a realização do exame pericial, independentemente de compromisso.

8. Após os prazos dos itens 3 e 5, comunique-se o perito acerca da sua nomeação, por e-mail, requisitando desde já, data e horário para realização de perícia no Fórum de Pombal/PB. Com a informação intimem-se as partes para, no dia e hora indicados, comparecerem ao local de realização da perícia médica.

9. Cientifique-se o perito, informando-lhe de que deverá responder aos quesitos apresentados pelas partes, além dos seguintes quesitos do Juízo: a) Há lesão nos membros inferiores do autor que lhe cause debilidade? b) As lesões comprometem as funções de que membros? c) Qual o grau de debilidade provocada pelas lesões identificadas?

10. Após a apresentação do laudo pericial, intimem-se as partes para se manifestar no prazo comum de 05 (cinco) dias.

11. Adotem-se as providências necessárias ao pagamento do perito, depois de apresentado o laudo, expedindo o competente alvará ou transferindo-se os honorários periciais para conta bancária de titularidade do expert.

12. Em seguida, venham os autos conclusos.

Cumpra-se com os expedientes e diligências necessárias.

POMBAL, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]
JOSÉ EMANUEL DA SILVA E SOUSA – Juiz de Direito em substituição



Assinado eletronicamente por: JOSE EMANUEL DA SILVA E SOUSA - 22/05/2019 00:39:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051718571390400000020681142>
Número do documento: 19051718571390400000020681142

Num. 24944498 - Pág. 2

Valor da causa: R\$ 10.125,00



Assinado eletronicamente por: JOSE EMANUEL DA SILVA E SOUSA - 22/05/2019 00:39:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051718571390400000020681142>
Número do documento: 19051718571390400000020681142

Num. 24944498 - Pág. 3