

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:	QUEZIA ROCHA SANTANA , BRASILEIRA, SOLTEIRA, OPERADORA DE CAIXA, COM RG: 3.785.806 SSDS/PB E CPF: 102.458.904-83, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA PROJETADA, S/N, 1º ANDAR, VIDA NOVA, POMBAL – PB.
OUTORGADO:	Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY , brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08; Drª. MAYARA QUEIROGA WANDERLEY , brasileira, casada, advogada, OAB/PB nº 18.791, RG 3141039, SSP/PB, CPF nº 059.842.772-09, ambos com escritório profissional a rua Francisco Almeida, nº 219, centro CEP: 58.840-000, Pombal – PB. Tele-fax: (83) 3431-1825 / Cel. (83) 9 9974-6390 (TIM) e (83) 9 8164-0979 (VIVO)

PODERES:

Pelo presente instrumento de mandato, o(a) outorgante acima qualificado(a), nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, com os mais amplos poderes, inclusive os gerais para o foro, representá-lo em juízo ou fora dele, de acordo com o estatuto da Advocacia – Lei 8.906/94, bem como perante qualquer repartição pública Federal, Estadual ou Municipal podendo dito procurador, com vistas ao cabal desempenho deste mandato, tudo requerer e praticar, patrocinar a defesa dos interesses do(a) outorgante como autor(a) ré(u), oponente, assistente, ou de qualquer forma interessada, usar dos poderes contidos na cláusula “*ad 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 mandato, dando tudo por firme e valioso.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

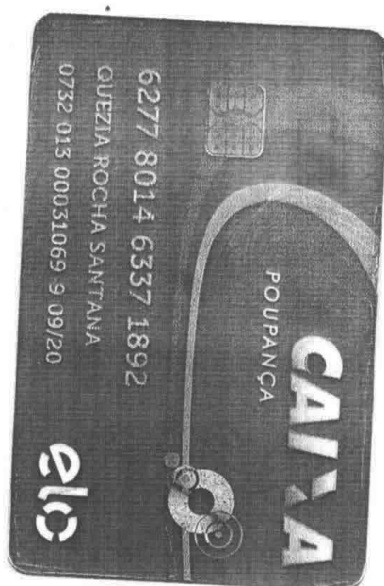
POMBAL - PB, 19/ 07/ 2018.

x 

Outorgante







JAIRIS DA SILVA ASSIS
RUA PROJETADA, 300/1 ANDAR - VILA NOVA
POMBAL/PB CEP: 58840000 (AG 2/17)

Emissão: 20/02/2018 Referência: Fev/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL - C.O.
Roteiro: 12 - 227 - 110 - 3840 Nº medidor: 000087935 B

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B.R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 53071-690
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 002.443.335
Cod. para Deb. Automático: 00017579681

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	20/02/2018	21/03/2018	9017859466

UC (Unidade Consumidora): 5/1757968-1

Canal de contato

- Leve o choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricitista: de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um banho de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde
Governo Federal

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 19/01/18	Leitura 2298	Data 20/02/18	Leitura 2541	
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq. Icms(R\$) Base Calc. Pto(R\$) Cotm(R\$)
0801	Consumo em kWh	245,000	0,7418	181,75 27 49,07 181,75 2,05 9,44
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA	13,80	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0804	JUROS DE MORA 12/2017	1,52	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0805	MULTA 12/2017	2,70	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 12/2017	1,14	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 200,81 181,75 49,07 181,75 2,05 9,44

Média últimos meses (kWh) 142
VENCIMENTO 27/02/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 200,81

Histórico de Consumo (kWh)
97 | 113 | 130 | 129 | 133 | 150 | 148 | 145 | 134 | 136 | 174 | 213
Fev/17 Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18

2dcb.6438.f12c.d140.e71c.9dca.cd6b.7397.

Indicadores de Qualidade 12/2017 - Pombal

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,91	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	11,82		
DIC ANUAL	23,64		CONTRATADO LIMITE INFERIOR 202
FIC MENSAL	3,42	0,00	
FIC TRIMESTRAL	6,85		LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL	13,70		
CMAC	3,46	0,00	
DICRI	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	46,39	23,10
Compra de Energia	54,84	27,31
Serviço de Transmissão	7,11	3,54
Encargos Setoriais	12,85	6,40
Impostos Diretos e Encargos	79,82	39,65
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	200,81	100,00

Valor de EUSO (Ret. 12/2017) R\$ 46,12

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Informamos que em nossos registros permanece(m) em atraso as faturas acima mencionadas.
- Caso tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) em atraso a menos de 10 dias, desconsiderar essa mensagem.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito - o caso de inadimplência.
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

Jan/18 178,45
Ago/16 331,38



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

QUEZIA ROCHA SANTANA, BRASILEIRA, SOLTEIRA, OPERADORA DE CAIXA, COM RG: 3.785.806 SSDS/PB E CPF: 102.458.904-83, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA PROJETADA, S/N, 1º ANDAR, VIDA NOVA, POMBAL – PB, declara sob as penas da lei, que não pode arcar com despesas processuais por insuficiência de recursos, pelo que, nos termos assegurados pelos arts. 98 e seguintes do Código de Processo Civil/2015, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Declaro, ainda, ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais, caso o presente documento não porte a verdade.

Pombal-PB, 19 de JULHO de 2018.

x Quezia Rocha Santana
DECLARANTE



TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo antigo Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.033 de 29.10.1933 e posteriormente reformulada pelo Decreto nº 5452 de 01.05.1945 que aprova a C.T.L. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

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

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

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

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



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

5229260

0040

PB



ROSEZA ROCHA SANTANA





QUEZIA ROCHA SANTANA

FILIAÇÃO.....: ANTONIO PEREIRA SANTANA
MARIA DAS DORES ROCHA SANTANA

NASCIMENTO.....: 30/06/1994 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: POMBAL - PB

DOCUMENTO.....: C. I. 3785806 27/08/2009 SSS PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 102.458.904-83 CNH.....:

TÍT. ELEITOR.....: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 11/10/2013

Rafaela Rocha Santana
Supervisora Regional do Trabalho e Emprego em Paraíba

ASSINATURA DO EMPREGADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

NOME	DOCUMENTO	NOME	DOCUMENTO	NOME	DOCUMENTO	NOME	DOCUMENTO	NOME	DOCUMENTO

ALTERAÇÃO



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

EMPREGADOR	ESTABELECE	TIPO DE CONTRATO
EMPREGADOR	ESTABELECE	TIPO DE CONTRATO
EMPREGADOR	ESTABELECE	TIPO DE CONTRATO

EMPREGADOR	ESTABELECE	TIPO DE CONTRATO
EMPREGADOR	ESTABELECE	TIPO DE CONTRATO
EMPREGADOR	ESTABELECE	TIPO DE CONTRATO

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: DISTRIBUIDORA PARAIBANA DE COSMÉTICOS LT
 CNPJ: 41.116.450/0001-21
 RUA JOAO PESSOA
 Nº.: 158 - SALA A
 Município: POMBAL Est: PB
 Esp. do Estab.: Comercio varejista de cosmeticos, produt
 Cargo: AUXILIAR DE ESCRITORIO
 CBO nº: 411005
 Admissão: 02 de Janeiro de 2.014
 Registro nº: 091-0005 Fls/Ficha: 5
 Remuneração especific.: R\$ 745,00 P/M
 (SETECENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)

Juracá Pereira Nunes Diniz
 DISTRIBUIDORA PARAIBANA DE COSMÉTICOS LT

03 de Outubro 2015
Juracá Pereira Nunes Diniz

COM. DISPENSAÇÃO
 RES. Nº DA CONTRA

06

07

CONTRATO DE TRABALHO

02.296.264/0004-02

EMPREGADOR: FORMULA H. COMÉRCIO DE MOTOS LTDA.
 ENDEREÇO: Rua João Pereira de Mendonça, 26
 Petropolis - CEP 58840-000
 Município: Pombal-PB.
 ESP. DO ESTAB.: Operadora de Caixa
 CARGO: Operadora de Caixa
 CBO Nº: 121125

DATA DE ADMISSÃO: 10 de Novembro 2016
 REGISTRO: 000068
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: Novecentos e doze reais por mês + 10% (vinte e dois reais)
 Zénilo Rodrigues de Oliveira
 CPF: 789.391.944-20

DATA DE SÓLID.
 COM. DISPENSAÇÃO
 RES. Nº DA CONTRA

08

CONTRATO DE TRABALHO

02.296.264/0004-02

EMPREGADOR: FORMULA H. COMÉRCIO DE MOTOS LTDA.
 ENDEREÇO: Rua João Pereira de Mendonça, 26
 Petropolis - CEP 58840-000
 Município: Pombal-PB.
 ESP. DO ESTAB.: Operadora de Caixa
 CARGO: Operadora de Caixa
 CBO Nº: 121125

DATA DE ADMISSÃO
 REGISTRO
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

DATA DE SÓLID.
 COM. DISPENSAÇÃO
 RES. Nº DA CONTRA

09



10

FAZ RECLAMAR
COLOCAR
ENDEREÇO
MUNICÍPIO UF
ESP DO ESTABELECIMENTO
CARGO
EBO N

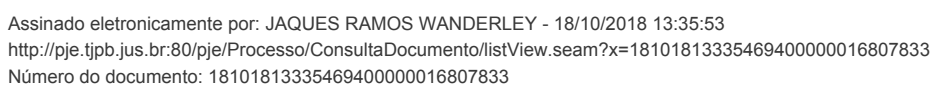
DATA DI ADDESSO IN
ESTRATTO DEL FOLIO
REDAZIONE DI CORTESIA N°

.....
.....
.....

DATA DE SAÍDA: _____ DE _____ DE _____

COM. DIST. SALEM
SHEWAN DALMEIDA

2005





AUTO-ATENDIMENTO - ag.pombal

DATA: 25/09/2018

HORA: 09:45:17

TERMINAL: 07321789

CONTROLE: 073217890170

AGÊNCIA: 0732 - POMBAL

CONTA: 001.00025558-9

CLIENTE: QUEZIA ROCHA SANTANA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO

DIA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	0,00C

RESUMO

SALDO	0,00C
APLICACAO C/RESG.AUTOM	0,00C
CREDITOS A CONFIRMAR	0,00C
DEBITOS A CONFIRMAR	0,00D
TOTAL LIMITES	0,00C
SALDO TOTAL	0,00C
SALDOS BLOQUEADOS	0,00C
SALDO DISPONIVEL	0,00C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: LUCELIA NUNES LOPES, brasileira, casada, empregada doméstica, inscrita no RG sob o nº. MG - 20.551.829 PCE MG e no CPF sob o nº. 081.763.384-78, residente e domiciliada na Rua Amario Vieira Lima, s/n, Centro, na cidade de Cajazeirinhas, Paraíba, Telefone: (83) 98148-0208.

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, nº219, Centro, CEP: 58.840-000, Pombal – PB. Tele-fax: (83) 3431-1825 / Cel. (83) 99864-0979.

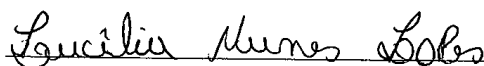
PODERES:

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 judícia”, 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 mandato, dando tudo por firme e valioso.

PODERES ESPECÍFICOS: com fulcro do art. 44 do Código de Processo Penal, conceder PODERES ESPECIAIS PARA INGRESSAR EM JUÍZO COM QUEIXA CRIME contra IONE LEITE BEZERRA GARRIDO, em virtude de que no dia 15.08.2018, por volta de 13h00min, a querelada estaria comentando que a querelante estaria indo a Creche Municipal de Cajazeirinhas - PB, conversar e se exibir de short curto para um dos vigilantes, conhecido por Fabiano, insinuando ainda que a querelante vai toda semana a cidade de Pombal – PB encontrar-se com alguém. O fato tem ocorrido dentro da Creche Municipal de Cajazeirinhas, assim como se tornado de amplo conhecimento da sociedade, por tratar-se de cidade com um número de habitantes baixo, diante disso, a querelada tem praticado contra a outorgante os crimes de DIFAMAÇÃO E INJÚRIA, previstos nos arts. 139, 140 c/c 141, todos do Código Penal Brasileiro.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

Pombal - PB, 09 de Outubro de 2018.



Outorgante



ПРОЦРАСА ПАРИСКЛА

OF TORGAZTE:

LICELIA ZENES LOPES - brasileira, casada, empregada doméstica, inscrita no RG sob o nº. MIG - 20.251.829 P.E. MG e no CPF sob o nº. 081.763.384-78, residente e domiciliada na Rua Américo Vieira Lima, s/n, Centro, na cidade de Olavecinhas, Paraíba, Telefone: (23) 98148-0308

OLTORCADO:

DE JACQUES RAYMOND WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado (OAB RJ 1.194. RG 2438356 227. PB CPF nº 032.976 134-05; com exercício profissional na Rua Francisco Almeida, n 219, (centro), CEP: 22.840-000, Pomboia, PB. Tel: (48) 3431-1825 e (48) 3420-0370.

PODERES:

proceder mandados, dando tudo por fim e razão.

ROBERTS ESTACIOS:

141. todos do Código Penal Brasileiro
outorgante os crimes de DILATAÇÃO E INÍERIA, previstos nos arts. 139, 140 e
número de habitantes baixo, diante disso, a Prefeitura tem praticado contra a
formado de amplo conhecimento da sociedade por tratar-se de cidade com um
O fato tem ocorrido dentro da Prefeitura Municipal de Cajazeiras, assim como se
duzentas var toda semana a cidade de Bompl - PB encontrar-se com algum
curto para um dos vigilantes, conhecido por Fabiano, insistindo ainda que a
está indo a Prefeitura Municipal de Cajazeiras - PB, conversar e se explicar de short
15.08.2018, por volta de 13h00min, a Prefeitura estava comendo que a duzentas
CRIME contra FORTI BENEFICIA (ART. 139) em virtude de que no dia
conceder PODERES ESPECIAIS PARA INGRESSAR EM JUÍZO COM QUEIXA
PODERES ESPECIAIS com fulcro do art. 44 do Código de Processo Penal,

Os poderes específicos assumidos pelo órgão de fiscalização

Impressão - PB, 09 de Outubro de 2018.

9116910:0





INSS
CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Relações Previdenciárias - Portal CNIS

16/10/2018 11:12:19

Identificação do Filiado

Nit: 1.618.954.180-2 **CPF:** 102.458.904-83 **Nome:** QUEZIA ROCHA SANTANA
Data de Nascimento: 30/06/1994 **Nome da Mãe:** MARIA DAS DORES ROCHA SANTANA

Relações Previdenciárias

Seq.	NIT	Código Emp./NB	Origem do Vínculo	Tipo Filiado no Vínculo	Data Inicio	Data Fim	Últ. Remun.	Indicadores
1	1.618.954.180-2	41.116.450/0001-21	DISTRIBUIDORA PARAIBANA DE COSMETICOS LTDA	Empregado	02/01/2014	03/10/2015	10/2015	
2	1.618.954.180-2	02.296.264/0004-02	FORMULA H COMERCIO DE MOTOS LTDA	Empregado	10/11/2016		09/2018	
3	1.618.954.180-2	6173690660	91 - AUXILIO DOENÇA POR ACIDENTE DO TRABALHO	Não Informado	24/01/2017	05/04/2017		

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



Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 18/10/2018 13:35:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101813340170900000016807840>
 Número do documento: 18101813340170900000016807840

Num. 17259876 - Pág. 3



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, QUEZIA ROCHA SANTANA

RG nº 3.785.806, data de expedição 27/08/09, Órgão SSDS/PB,

CPF nº 102.458.904-83, 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>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>1º ANDAR</u>
Bairro	<u>VILA NOVA</u>
Cidade	<u>BOMBAL</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.840-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999746322 (83) 981488766</u>
E-mail	<u></u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BOMBAL-PB, 18.07.2018

Assinatura do Declarante: Quezia Rocha Santana



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

102.458.904-83

Nome completo da vítima

QUEZIA ROCHA SANTANA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo QUEZIA ROCHA SANTANA		CPF titular da conta 102.458.904-83	Profissão CAIXA
Endereço RUA PROJETA		Número 512	Complemento 1º ANDAR
Bairro VILA NOVA	Cidade POMBAL	Estado PARAIBA	CEP 58.840-000
Email		Telefone (DDD) (83) 999746322	

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

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0732

D/V

CONTA

NRO.

31069-9

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(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.

POMBAL-PB, 18 de JULHO de 2018

Local e Data

Quezia Rocha Santana

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

QUEZIA ROCHA SANTANA

CPF da Vítima

102.458.904-83

Data do Acidente

05.01.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

POMBAL-RJ, 18 de JULHO de 2018

Local e Data

* 

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 9640666250

64458849525

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20121700003830-5

VIA
1

47263058-0

00/00000000

NOME/ENDEREÇO
GELCIRA ESMERALDINA DE ANDRADE
SÍTIO RIACHO GRANDE SN CASA
ZONA RURAL
58770000 COREMAS - PB

CPF/CNPJ
03598328494

PLACA
OEY1956/PB

NOME ANTERIOR
FORMULA H COMERCIO DE MOTOS LTDA

PLACA ANT/UF
NOVO PB

CHASSI
9C2HB0210CR464403

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/POP100

ANO FAB. ANO MOD.
2012 2012

CAP/ROT/CIL
2 P/97 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : HB02E1C464403

0

COREMAS - PB
33294

LOCAL

DATA
11/07/2012

31054

DETRAN

CONTRON





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que Guilherme R. Silva
portador(a) do RG _____, foi submetido(a) à
consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,
sendo portador da infecção CID-10 S8.00
Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas
atividades laborativas por um período de 15
(15) dias, a partir desta data.

Pombal - PB, 09 de 01 de 20 17

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do paciente ou Responsável





ATESTADO MÉDICO

QUEZIA ROCHA SANTANA

HD:

- 1) LESÃO COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO (S83.5)
- 2) LESÃO DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL DO JOELHO ESQUERDO (S83.4)
- 3) FRATURA DA SUPERFÍCIE ARTICULAR DA TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA JOELHO (M82.1)
- 4) SINOVITE JOELHO ESQUERDO (M65.8)

TTO:

CONSERVADOR (MEDICAMENTOSO E FISIOTERAPICO)

OBS:

INCAPACIDADE DE REALIZAR SUAS ATIVIDADES LABORAIS, POR TEMPO MINIMO DE 90 (NOVENTA) DIAS.

29/01/27
DR. JOÃO H. SUASSUNA LAUREANO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 7417

Rua Cel. João Carneiro, Nº368, Centro
Fone: (83) 3431-2020 / 99989-0097 | Pombal-PB





QUEZIA ROCHA SANTANA

SOLICITO

FISIOTERAPIA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO (15 SESSÕES)

INDICAÇÃO:

ANALGESIA

ALONGAMENTO

GANHO DE ADM

TREINO DE MARCHA

DR. JOÃO HERBERT SUASSUNA LAUREANO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 7417

08/03/17

Rua Cel. João Carneiro, Nº368, Centro
Fone: (83) 3431-2020 / 99989-0097 | Pombal-PB



Santa Cecília
CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Quero Rota Sontana

Solius

- Ortese Coxo Possível Não
Núlious

Insicua

- E de Mo Osses Tibia Proxima (E) +
Estim Mo to Libomto Curoo Sotona

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417

29/03/17

Rua Cel. João Carneiro, Nº368, Centro
Fone: (83)3431-2020 / 99989-0097 | Pombal-PB



on to tel

3422-1557

99982-9638



PACIENTE: QUEZIA ROCHA SANTANA

REQUISITANTE:

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA:

Exame realizado em equipamento de ressonância magnética com sequências, ponderações e planos específicos em T1, T2 e DP com e sem supressão de gordura, para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RELATÓRIO:

Pequeno derrame articular.

Esparsas áreas de edema do trabeculado ósseo nos côndilos femorais (principalmente do lateral), face medial da cabeça da fíbula e de forma mais pronunciada, na tíbia proximal.

Os espaços articulares femorotibiais estão preservados.

Nota-se áreas de afilamento com irregularidade dos contornos e alteração de sinal que compromete as fibras proximais do ligamento cruzado anterior.

Cartilagem de revestimento da patela com espessura e intensidade de sinal habitual. Não há comprometimento evidente do seu osso subcondral.

Espessamento com irregularidade dos contornos e heterogeneidade de sinal das fibras do retináculo medial da patela, com áreas líquidas intra-substanciais de permeio. Há associado edema das partes moles e pequena quantidade de líquido ao redor desta alteração do retináculo.

Ligamento colateral medial tem espessura, orientação e intensidade de sinal habitual de suas fibras, com edema das partes moles e pequena quantidade de líquido externamente.

Edema no subcutâneo ao redor do joelho.

Meniscos com forma, contornos e sinal preservados, sem sinais de lesão.

Ligamentos cruzado posterior e colateral lateral com continuidade, espessura e sinal conservados.

Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

Tendões quadricipital, patelar, bíceps femoral distal, poplíteo, trato iliotibial e tendões da pata de ganso sem particularidades.

Obs.:

As informações contidas nesse resultado, representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Centro de Imagem Dr. Péricles Neves - R. Getúlio Vargas, 21 Centro - Sousa PB - Fax: 83 3522.2766 - periclesneves@wrlink.com.br
Dr. José Péricles Rodrigues Neves - Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia nº 2917 - CRM 1933 PB
Dra. Marcell Carlaxo Neves - CRM 6089 PB

Tel.: 83 3522.1900



PACIENTE: QUEZIA ROCHA SANTANA

REQUISITANTE:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Pequeno derrame articular.
- Focos de edema ósseo contusional, que são mais evidentes na tíbia proximal.
- Estiramento com lesões parciais das fibras proximais do ligamento cruzado anterior.
- Estiramento com roturas parciais intra-substanciais do retináculo medial patelar.
- Estiramento do ligamento colateral medial.

Sousa(PB), 25 de Janeiro de 2017.



Dra. Marcelli C. Neves
Médica Radiologista
CRM/PB: 6089



Dra. Andresa Baiak
Médica Radiologista
CRM/PR: 18146

Obs.:
As informações contidas nesse resultado, representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual.
Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Centro de Imagem Dr. Péricles Neves - R. Getúlio Vargas, 21 Centro - Sousa PB - Fax: 83 3522.2766 - periclesneves@wrlink.com.br
Dr. José Péricles Rodrigues Neves - Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia nº 2917 - CRM 1933 PB
Dra. Marcelli Carfaxo Neves - CRM 6089 PB

Tel.: 83 3522.1900





PREFEITURA MUNICIPAL DE SOUSA
08.999.674/0001-53
RUA CORONEL JOSÉ GOMES DE SÁ, 27 - CENTRO
TRIBUTOS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - (NFS-e)

Número
000001106

Emissão
27/01/2017 16:11:53

Autenticidade
BT11ACT23T726NRITN4



PRESTADOR DE SERVIÇO

CNPJ: 18.451.213/0001-03 Insc. Municipal: 12583 Insc. Estadual:
Razão Social: CENTRO DE IMAGEM JOSE NEVES MOREIRA LTDA - ME Telefone:
E-mail: 0
Endereço: R DJALMA GOMES DE SA, 08, 1º ANDAR, CENTRO, Município/UF: SOUSA/PB, CEP:
58800150

TOMADOR DE SERVIÇO

CPF: 102.458.904-83 Insc. Municipal: 0 Insc. Estadual:
Nome: QUEZIA ROCHA SANTANA Telefone: 99984-9666
E-mail:
Endereço: RUA PROJETADA, S/N, , ALTIPLANO, Município/UF: POMBAL - PB, CEP: 58840000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO.

ITEM 116/ATIVIDADE ECONÔMICA: 3 / 0899297 - SERVIÇOS DE RESSONANCIA MAGNETICA
LOCAL DA PRESTAÇÃO: SOUSA/PB
TIPO DE RECOLHIMENTO: A RECOLHER
TRIBUTAÇÃO: Tributável

VALOR NOTA:	1.000,00	COFINS:	0,00	TOTAL RETENÇÕES:	0,00
VALOR DEDUÇÃO:	0,00	INSS:	0,00	VALOR LÍQUIDO:	1.000,00
BASE DE CÁLCULO:	1.000,00	CSLL:	0,00		
ALÍQUOTA:	3,00%	IR:	0,00		
VALOR ISSQN:	30,00	PIS:	0,00		
		OUTROS:	0,00		

OUTRAS INFORMAÇÕES

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica (NFS-e). Lei:023/2002 - Decreto: 139/2010
Competência:
<http://contribuinte.sousa.pb.gov.br>

DPNFS-eV032012



RECIBO Nº		VALOR # 1.000,00 #
Recebi (emos) de <u>Quezia Rocha Santana.</u>		
a quantia de <u>Mil reais</u> _____		
Correspondente a <u>Sessões de fisioterapia e pi-</u> <u>lates</u>		
e para clareza firmo (amos) o presente.		
<u>Pombal</u> , 30 de <u>Janeiro</u> de 2017		
Assinatura		
Nome	Thalita Fernandes	CPF / RG 083575234-48
Endereço	CREFITO 207518-F	

SAO CARLOS





Prefeitura Municipal de Pombal
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 192 Regional - Sousa
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 05



TRAUMA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência nº	Paciente / Vítima	Idade	Sexo	Masc.	Fem.
03/01/2017	0017	Recep Rocha Santana	22 A			☒
Local da Ocorrência	Bairro	Médico Regulador				
Rua Domingos de Medeiros	Regênio	Stênio				
Apoio no Local	QTA: MOTIVO					
☐ PM ☒ Bombeiros ☐ PRF ☐ Agentes de Trânsito ☐ Outros						

DESTINO

LOCAL 1:	RESPONSÁVEL:	OBS:
HRP		Dr. Abimael Vieira de Almeida CPF: 431.856.404-20 CRM 1886 Ortopedista
LOCAL 2:	RESPONSÁVEL:	OBS:

CINEMÁTICA DO TRAUMA

☐ QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA ☐ QUEDA > 5m ☐ QUEDA < 5m ☒ QUEDA DE MOTO ☐ SEM CAPACETE NO INCIDENTE ☐ CAPACETE RETIRADO POR TERCEIROS
☐ CARRO ☐ MOTO ☐ BICICLETA ☐ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO LATERAL ☐ COLISÃO TRAZEIRA ☐ ATROPELAMENTO ☐ CAPOTAMENTO
☐ CARRO X MOTO ☐ MOTO X MOTO ☐ CARRO X OUTRO: ☐ MOTO X OUTRO: ☒ PERCA DA DIREÇÃO DO VEÍCULO
☐ SEM CINTO DE SEGURANÇA ☐ AIRBERG NÃO ACIONADO ☐ NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL ☐ PRESO NAS FERRAGENS
☐ AFOGAMENTO GRAU: ☐ QUEIMADURA GRAU: ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ DESABAMENTO ☐ FAB ☐ FAF
☐ OUTRO:
☐ ACIDENTE ESPORTIVO ☐ AGRESSÃO FÍSICA
☐ ACIDENTE COM VÍTIMA PEÇONHENTO ☐ ESCORPIÃO ☐ COBRA ☐ ABELHA ☐ ARANHA ☐ 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 CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ ALGO DESORIENTADOR ☐ INCONSCIENTE ☐ HÁLITO ETÍLICO ☐ ABUSO DE DROGAS ☐ SONOLENTO
☐ COMA ☐ AGITADO ☐ OUTRO:
QUEIXA PRINCIPAL: ☒ DOR / LOCAL: MIE ☐ PARESTESIA / LOCAL: ☐ PARALISIA / LOCAL:
☐ OUTRO:
LESÕES APRESENTADAS:
☐ ESCORIAÇÕES / LOCAL: ☐ FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: ☐ RUPTURA MUSCULAR / LOCAL:
☐ CORTE / LOCAL: ☐ FRATURA COMPLETA / LOCAL: ☐ CÂMBIO / LOCAL:
☐ PERFURAÇÃO / LOCAL: ☒ SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: patela E ☐ DOR MUSCULAR / LOCAL:
☐ CONTUSÃO ARTICULAR LOCAL: ☐ FRATURA EXPOSTA / LOCAL: ☐ EDEMA / LOCAL:
☐ CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: ☐ ENTORSE / LOCAL: ☐ HEMATOMA / LOCAL:
☐ LUXAÇÃO / LOCAL: ☐ ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: ☐ EQUIMOSE / LOCAL:
☐ OUTROS:

DADOS VITAIS

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA ☐ CORPO ESTRANHO ☐ SECREÇÕES
PADRÃO RESPIRATÓRIO: ☒ REGULAR ☐ IRREGULAR ☐ OUTRO: FR: Inicial: irpm / final: 8 irpm SpO ₂ : 98 %
PULSOS: RADIAL: ☐ CENTRAL: ☐ FC: Inicial: 83 bpm / Final: bpm PAS (mmHg): ☐ < 90 ☐ > 90 perfusão: ☐ < 2s ☐ > 2s
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:	☐ RISCO PARA CHOQUE	☐ MUCOSA ORAL PREJUDICADA
☐ CAPACIDADE ADAPTIVA INTRACRANIANA DIMINUÍDA	☐ DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VVAA	☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
☐ COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	☐ DISREFLEXIA AUTOMÁTICA	☐ PERFUSÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ
☐ CONFUSÃO AGUDA	☒ DOR AGUDA	☐ PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ
☒ MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	☐ TROCA DE GASES PREJUDICADA
☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	☐ INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	☐ VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☒ COLAR CERVICAL TAM: P ☒ ESTABILIZADOR LATERAL DA CABEÇA ☒ TIRANTES ☒ PRANCHA RÍGIDA ☐ KED /
☒ TALA DE EXTREMIDADES EM MIE ☐ MACA VÁCUO ☐ MOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO ☐ EXTRICAÇÃO
☐ AVP COM ABOCATH Nº: ☐ MSE ☐ MSD SRL 500 ml: SF 0,9% ☐ 5G ☐ ml: MEDICAÇÃO:
O ₂ : ☐ l/min: ☐ MÁSCARA C/ RESERV. ☐ CATETER NASAL ☐ VENTURI Nº ☐ VENTILAÇÃO C/ AMBU ☐ CÂNULA DE GUEDEL Nº
☐ CÂNULA NASOFARÍGEA ☐ ASPIRAÇÃO VVAA ☐ MÁSCARA LARÍGEA Nº ☐ SVD Nº ☐ DU ☐ ml
CURATIVO: ☐ COMPRESSIVO ☐ SIMPLES IRRIGAÇÃO OCULAR ☐ OLHO D ☐ OLHO E RCP: ☐ MANUAL ☐ AUTOPULSE ☐ DEA
MEDICAÇÃO EM AMPOLAS: ADRENALINA: mg ATROPINA: mg DOPA: mg DOBUTA: mg AMIODARONA: mg
OUTRA:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Concúcio	COREN: 394932	TÉC. ENFERMAGEM: Chinay	COREN:
CONDUTOR SOCORRISTA: Stênio	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO):	MÉDICO (VISTO):	

☐ ATENDIMENTO NO LOCAL ☐ RECUSA

NOME:	RG:
ASSINATURA:	TESTEMUNHA:
IUNHA:	



DOCUMENTOS PESSOAIS: RG CPF TÍTULO DE ELEITOR HABILITAÇÃO PASSAPORTE OUTROS: _____

CELULAR: QUANTIDADE: _____ MARCA: _____ MODELO: _____ MARCA: _____ MODELO: _____

CARTÕES DE CRÉDITO: MASTER CARD VISA AMERICAN EXPRESS HIPE CARD OUTROS: _____

CARTÕES DE BANCO 1 2 3 NOMES DO BANCO: _____

DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$ _____

CALÇADOS (MARCA): _____ RÉGIO (MARCA): _____ ANEIS (QUANTIDADE): _____

BRINCOS (QUANTIDADE): _____ PULSEIRAS (QUANTIDADE): _____ OUTROS: _____

DADOS DO RECEBEDOR

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCES: _____

SETOR: _____ FUNÇÃO: _____

ASSINATURA DO RECEBEDOR _____ CARIMBO DO RECEBEDOR _____

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
AAS 100mg		ÁLCOOL (PINCETA) 250ml	
ADRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 10ml		ATADURA DE CREPON 15cm	
AMIODARONA		CATETER TIPO ÓCULOS	
ATROPINA		EQUIPO MACROGOTAS	02
CAPTROPIL 25mg		EQUIPO MACROGOTAS	
DICLOFENACO 75mg		ESPARADRAPO	
DIPIRONA 1g		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO Nº)	01
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)		GARROTE	
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOMPAN COMP)		GASE ESTÉRIL (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100und)	
FUROSEMIDA		JELCO Nº 02	02
GLICOSE 50%		LANÇOL DESCARTÁVEL	
HIDROCORTISONA 100mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M	03
HIDROCORTISONA 500mg		LUVA ESTÉRIL Nº	
IPRATROPIC GOTAS		MÁSCARA DESCARTÁVEL	
ISORDIL 5mg		SCALP Nº	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA Nº	
PARACETAMOL GOTAS		SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO	01		
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO			
TERBUTALINA			
OUTROS			

EVOLUÇÃO: USO OS acionada para atender vítimas de acidente de modo, colideu com um carro, encontrada em decúbito dorsal, referindo dor aguda em MIE, realizado protocolo de trauma e removida para o HEP. Instalado AP com RL

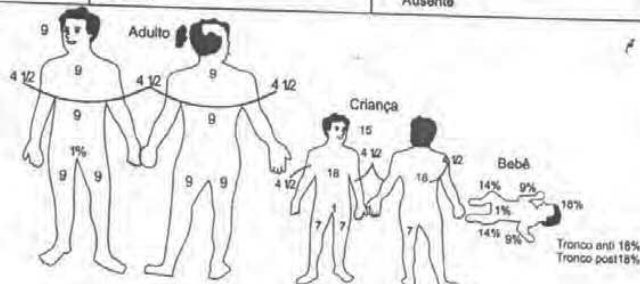
ESCALA DE GLASGOW

RESPOSTA	RESPOSTA MODIFICADA PARA LACTENTES
Escore	Abertura Ocular
4	Espontânea
3	Ao estímulo Verbal
2	Ao estímulo doloroso
1	Ausente

Melhor resposta motora	Melhor resposta verbal
5	Obedece comando
4	Localiza dor
3	Retirada ao estímulo doloroso
2	Flexão ao estímulo doloroso (postura decorticada)
1	Extensão ao estímulo doloroso (postura descerebrada)
	Ausente

Melhor resposta verbal	
5	Orientado
4	Confuso
3	Palavras inapropriadas sons inespecíficos
2	Ausente
1	

RELATÓRIO DE MATERIAIS DEIXANDOS NO HOSPITAL	
Materiais	Quantidade
☐ Ambu	
☐ Base do Estabilizador Lateral da Cabeça	
☐ Cânula de Guedel	
☐ Colar Cervical Tamanho	
☐ Estabilizador Lateral da Cabeça	
☐ Ked () Adulto () Infantil	
☐ Maca	
☐ Maca à Vácuo	
☐ Máscara com Reservatório	
☐ Máscara sem Reservatório	
☐ Máscara de Nebulização	
☐ Prancha Rígida	
☐ Tala Tamanho	
☐ Tirante Aranha	
☐ Torpedo de O2	
☐ Tracionador de Fêmur	
☐ Outros:	



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0 CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL

☐ VERDE

☐ AMARELA

☐ LARANJA

☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Quezia Rocha Santana

COR: Parda DATA DE NASCIMENTO: 30/06/94 IDADE: 22 SEXO: F

NOME DA MÃE: Mãe das Dores L. Santana PROFISSÃO: Cozinheira

CARTÃO DO SUS: _____ RG/CNH: 3.785.806

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: L. Manoel Pedro de Sousa

ESTADO: PB CEP: 58540-000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 15/01/2016

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS:

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Acidente de moto. Sc. dor intensa e
impotência funcional na perna esquerda

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: Rax x de perna e APEP

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° St - 500ml 1x

2° Tranquil no sono

3° _____

4° _____

5° _____

6° _____

7° _____

8° _____

9° _____

10° _____

11° _____

12° _____

13° _____

14° _____

15° _____

16° _____

17° _____

18° _____

19° _____

Dr. Renato Vieira de Almeida
CRM: 1886
Ortopedista



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
- ☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
- ☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
- ☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- ☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
- ☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
- ☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
- ☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- ☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

☐ 1 - PRESCRIÇÃO

☐ OBSERVAÇÃO

ENCAMINHAMENTO:

☐ RESIDÊNCIA

☐ INTERNAÇÃO

☐ 2 - APLICADA

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ ÓBITO

☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
030106002	22	31	25	

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





PREFEITURA MUNICIPAL DE SOUSA
08.999.674/0001-53
RUA CORONEL JOSÉ GOMES DE SÁ, 27 - CENTRO
TRIBUTOS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - (NFS-e)

Número
000001106

Emissão
27/01/2017 16:11:53

Autenticidade
BT11ACT23T726NRITN4



PRESTADOR DE SERVIÇO

CNPJ: 18.451.213/0001-03 Insc. Municipal: 12583 Insc. Estadual:
Razão Social: CENTRO DE IMAGEM JOSE NEVES MOREIRA LTDA - ME Telefone:
E-mail: 0
Endereço: R DJALMA GOMES DE SA, 08, 1º ANDAR, CENTRO, Município/UF: SOUSA/PB, CEP: 58800150

TOMADOR DE SERVIÇO

CPF: 102.458.904-83 Insc. Municipal: 0 Insc. Estadual:
Nome: QUEZIA ROCHA SANTANA Telefone: 99984-9666
E-mail:
Endereço: RUA PROJETADA, S/N, , ALTIPLANO, Município/UF: POMBAL - PB, CEP: 58840000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO.

ITEM 116/ATIVIDADE ECONÔMICA: 3 / 0899297 - SERVIÇOS DE RESSONANCIA MAGNETICA
LOCAL DA PRESTAÇÃO: SOUSA/PB
TIPO DE RECOLHIMENTO: A RECOLHER
TRIBUTAÇÃO: Tributável

VALOR NOTA:	1.000,00	COFINS:	0,00	TOTAL RETENÇÕES:	0,00
VALOR DEDUÇÃO:	0,00	INSS:	0,00	VALOR LÍQUIDO:	1.000,00
BASE DE CÁLCULO:	1.000,00	CSLL:	0,00		
ALÍQUOTA:	3,00%	IR:	0,00		
VALOR ISSQN:	30,00	PIS:	0,00		
		OUTROS:	0,00		

OUTRAS INFORMAÇÕES

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica (NFS-e). Lei:023/2002 - Decreto: 139/2010
Competência:
<http://contribuinte.sousa.pb.gov.br>

DPNFSV032012



RECIBO Nº		VALOR # 1.000,00 #
Recebi (emos) de <u>Quezia Rocha Santana.</u>		
a quantia de <u>Mil reais</u> _____		
Correspondente a <u>Sessões de fisioterapia e pi-</u> <u>lates</u>		
e para clareza firmo (amos) o presente.		
<u>Pomíal</u> , 30 de <u>Janeiro</u> de 2017		
Assinatura		
Nome	Thalita Fernandes	CPF / RG 083575234-48
Endereço	CREFITO 207518-E	

SAO DOMINGOS



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
Rua Prof. Newton Seixas, Sn, Boa Esperança / Fone (83) 3431-2206


GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1ª E 2ª DD

BOLETIM DE Ocorrência Nº 308/2018

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **05/01/2017** – Horário: **18h 30min**

Local do ocorrido: **Rua Domingos de Medeiros, Pombal/PB**

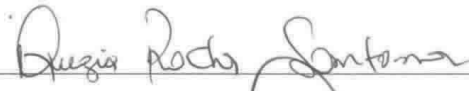
Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **12/04/2018 – 16h 34min**

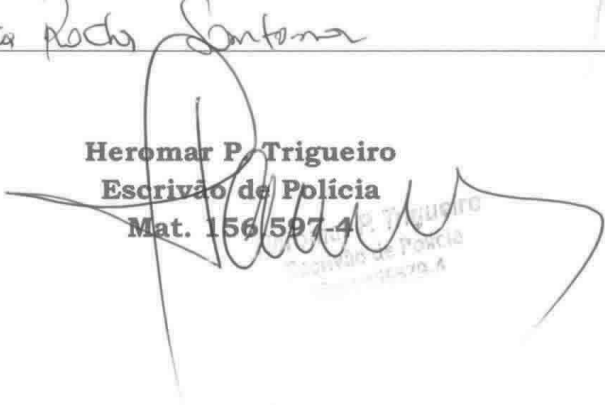
COMUNICANTE: QUELIA ROCHA SANTANA, alcunha //; **Filiação:** Antonio Pereira Santana e de Maria das Dores Rocha Santa; **Profissão:** operadora de caixa; **Estado Civil:** união estavel; **Naturalidade:** Pombal - PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 30/06/1994; **Endereço Residencial:** Rua Projetada, 548, 1º andar, Altiplano, Pombal - PB; **Endereço Profissional:** **; **Telefone** ; **Portador da CI/RG nº:** 3.785.806 – SSP/PB.

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados conduzia o veículo HONDA POP, placa OEY1956, NIV 9C2HB0210CR464403, cor VERMELHA, ano 2012/2012, licenciado (a) em nome de GELCIRA ESMERALDINA DE ANDRADE, quando caiu ao chão devido um burado no calçamento; Que fora socorrido(a) por/pelo SAMU e levado (a) para o hospital Regional de Pombal; Que devido ao acidente teve a(s) seguinte(s) lesão(ões): rompimento do ligamento do joelho esquerdo; Que apresenta como testemunha deste fato: ANDERSON CAMILO MURANTE ALMEIDA, residente no(a) Rua Sebastião Queiroga de Alencar, sn, terreo, Santo Amaro, Pombal/PB e MATEUS ROCHA SANTANA, residente no(a) Rua Sebastião Queiroga de Alencar, sn, terreo, Santo Amaro, Pombal/PB; Que vem comunicar o fato para fins de direito.

Pombal – PB, 12 de abril de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. ANDERSON FONTES CAMPOS.

COMUNICANTE: 


Heromar P. Trigueiro
Escrivão de Polícia
Mat. 156.597-4

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1ª E 2ª DD





Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: QUEZIA ROCHA SANTANA
Nº Sinistro: 3180395582
Vítima: QUEZIA ROCHA SANTANA
Data do Acidente: 05/01/2017
Cobertura: {DAMS}
Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180395582, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 0198501986 - carta_03 - DAMS



Carta nº 13250508





DAMS 3180 39 55 82

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: QUEZIA ROCHA SANTANA
Nº Sinistro: 3180379587
Vítima: QUEZIA ROCHA SANTANA
Data do Acidente: 05/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180379587, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na Sabemi Seguradora S/A, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 0198301984 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13290129





ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

2ª Vara Mista de Pombal

Processo nº: 0801446-54.2018.8.15.0301

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto: [SEGURO]

Autor(a): QUEZIA ROCHA SANTANA

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.



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 Malta/PB. Com a informação intinem-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, intinem-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

Valor da causa: R\$ 6.725,00





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
2ª Vara Mista da Comarca de Pombal

CERTIDÃO

Certifico e dou fê, a inexistência de processo ativo ou baixado contendo as mesmas partes, pedido e causa de pedir em nome de Quézia Rocha Santana, até o presente momento

Pombal-PB, 29 de janeiro de 2020.

MARIA DO CARMO DE SOUSA NUNES

Técnico(a) Judiciário(a)

