

PROCURAÇÃO "ad judícia"

Outorgante: Eu, José Lito Soares de Nascimento
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor
nascido(a) em 03/08/1977, inscrito(a) no CPF sob o nº 022.043.034-96 e
RG nº 2096607, residente na Rua Capitão Pedro Rafael, 526
Bairro Centro, na cidade de Passagem
Estado Paraná, CEP 58139-000, fone (____) _____
e-mail _____

Outorgados: **ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 19.997, **ARTHUR ALVES DE MEDEIROS**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 25.763, ambos com escritório, endereço na Rua Paulo Mendes, nº 16, Centro, Cidade de Patos, Estado da Paraíba, CEP: 58.700-240, fone (83) 3421-7636 e **DEJAIR QUEIROZ DE ARAÚJO**, brasileiro, casado, acadêmico de direito, inscrito no RG sob o nº 58.354.994 e CPF sob o nº 041.095.504-32.

Poderes: Através do presente instrumento particular de mandato, o(a) **Outorgante** nomeia e constitui como seus procuradores os Outorgados, concedendo-lhes os poderes da **cláusula para o foro em geral (ad judícia) com poderes amplos**, gerais e ilimitados, podendo em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, defenderem meus interesses, especialmente _____ para _____ proporem

Ação Ordinária de Cobrança de Indenização
Securitária DPVAT
a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal. Confere ainda os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, assinar termo de renúncia de valores excedentes à alçada do JEF e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com o disposto no art. 105 da Lei 13.105/2015, podendo substabelecer o presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier. **Não autorizo por este instrumento os advogados à sacarem valores em meu nome.**

Nesta data, em 25/10/2018.

José Lito Soares de Nascimento
Outorgante



DECLARAÇÃO

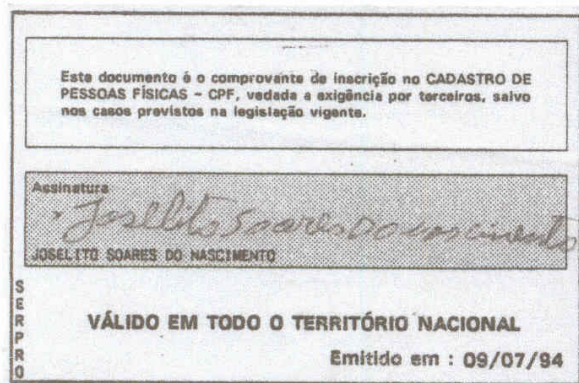
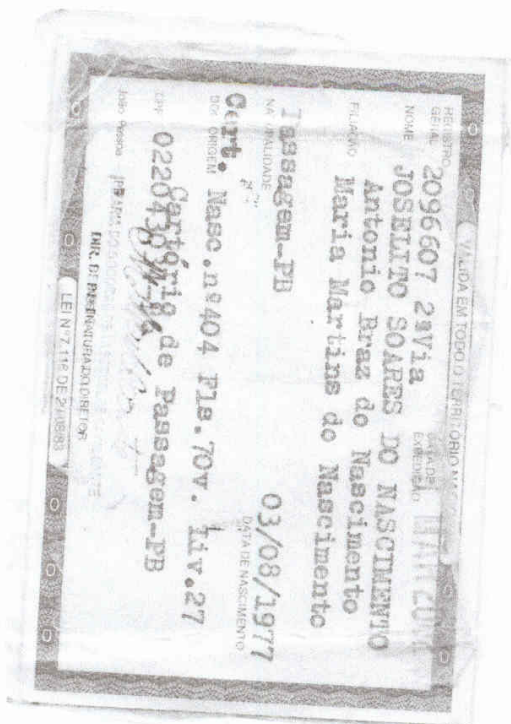
NOME Joselito Soares do Nascimento
PROFISSÃO agricultor CPF nº 022.043.034-90 RG nº 209.6607
ENDEREÇO rua Capitão Pedro Lupat, 526, Centro, Passagem
CIDADE: Passagem UF: PB
TELEFONE: _____

DECLARO para os devidos fins de direito especialmente para requerer os benefícios da Justiça Gratuita que não possuo condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo próprio e de minha família. Tudo ciente das cominações da Lei 1.060/50.

Patos, 25 de outubro de 2018.

X Joselito Soares do Nascimento
Declarante







RAILDA VITORIA GOMES
RUA CAR PEDRO RAFAEL, 926 - CENTRO
PASSAGEM / PB CEP: 58734000 (AG: 118)

energisa

Class/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDIA MONOFASICO BR220, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
Rotômetro: 1174-716-2606 Referência: Ago / 2017
Nº medidor: 20001047098 Emissão: 07/08/2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.065.183/0001-40 Insc. Est. 16.016.823-0
Nota Fiscal / Conto de Energia Elétrica Nº 000.024.978
Código para Débito Automático: 00002588101

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Ago / 2017	07/08/2017	04/09/2017	7431586442

UC (Unidade Consumidora) 5/258810-1

Canal de contato
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.403, de 28 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
05/07/17	14187	07/08/17	14234	1	87	33

Dispersivo		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq.	ICMS (R\$)	Base Calc. Pis (R\$)	Coluna (R\$)
0601	Consumo até 90 kWh-BR	30,000	0,210400	6,31	6,31	25	1,31
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	37,000	0,339700	12,54	12,54	25	3,33
0601	Adic. B. Amarela			0,71	0,71	25	0,18
0601	Adic. B. Vermelha			0,30	0,30	25	0,07
0610	Subsídio			23,35	23,35	25	5,84

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0907	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			7,79	0,00	0	0,00
0904	JUROS DE MORA 6/7/2017			0,19	0,00	0	0,00
0605	MULTA 07/2017			0,59	0,00	0	0,00
0908	Devolução Subsídio			-16,24	0,00	0	0,00

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq.	ICMS (R\$)	Base Calc. Pis (R\$)	Coluna (R\$)
0601	Consumo até 90 kWh-BR	30,000	0,210400	6,31	6,31	25	1,31
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	37,000	0,339700	12,54	12,54	25	3,33
0601	Adic. B. Amarela			0,71	0,71	25	0,18
0601	Adic. B. Vermelha			0,30	0,30	25	0,07
0610	Subsídio			23,35	23,35	25	5,84

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq.	ICMS (R\$)	Base Calc. Pis (R\$)	Coluna (R\$)
0601	Consumo até 90 kWh-BR	30,000	0,210400	6,31	6,31	25	1,31
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	37,000	0,339700	12,54	12,54	25	3,33
0601	Adic. B. Amarela			0,71	0,71	25	0,18
0601	Adic. B. Vermelha			0,30	0,30	25	0,07
0610	Subsídio			23,35	23,35	25	5,84

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq.	ICMS (R\$)	Base Calc. Pis (R\$)	Coluna (R\$)
0601	Consumo até 90 kWh-BR	30,000	0,210400	6,31	6,31	25	1,31
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	37,000	0,339700	12,54	12,54	25	3,33
0601	Adic. B. Amarela			0,71	0,71	25	0,18
0601	Adic. B. Vermelha			0,30	0,30	25	0,07
0610	Subsídio			23,35	23,35	25	5,84

RESERVADO AO FISCO
16cc.84eb.33f3.6fc5.aa06.2606.72a6.2d67.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
RQ217 - RQ218				Discriminação	Valor (R\$)	%
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (%)				
DIC MENSAL	8,03	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. de Energia/PB	5,17	17,04
DIC TRIMESTRAL	12,06			Compra de Energia	9,98	23,01
DIC ANUAL	24,12	0,00	CONTRATADA	Serviço de Transmissão	0,36	1,19
FIC MENSAL	3,48			Encargos Setoriais	1,67	5,18
FIC TRIMESTRAL	8,87	0,00	LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	15,98	52,80
FIC ANUAL	13,85			Outros Serviços	0,30	0,90
DMIC	3,54	0,00	LIMITE SUPERIOR	Total	30,34	100,00
DICRI	12,22					

Valor do EUSD (Ref. 8/2017) R\$ 8,44



Assinado eletronicamente por: ARTHUR ALVES DE MEDEIROS - 25/10/2018 16:48:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18102516432964800000016958907

Número do documento: 18102516432964800000016958907

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 012153017809	
VIA - COD RENAVAM 0150400033316 - 6-ERCIQ 0107406222-9 - 00/00000000 - 2015	
NOME FRANCISCO SOARES DO NASCIMENTO	
CPF/CNPJ 48301710144	PLACA OGC1793/PB
PLACA ANT/UF NOVO PB	CHASSI 9C2JC4109R023714
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/ANQ APPLIC	COMBUSTIVEL GASOLINA
MARCA/MODEL HONDA/CG 125 FAN KS	ANO FAB 2009
CAP/POT/GIL 2 P/124 /CI	ANO MOD 2009
CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE AZUL
VENC. COTA UNICA 29/12/2015	VENC/COTAS 1º 2º 3º
IPVA PAGO EM 29/12/2015	PARCELAMENTO/COTAS 1º 2º 3º
PREMIO TARIFARIO (R\$) 0	PREMIO TOTAL (R\$) 0
DATA DE PAGAMENTO 29/12/2015	OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA	
PASSAGEM-PB 36838	LOCAL 0
DATA 30/12/2015	36838

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSONAS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA FERRESTEIA JOUPOUSUA CAHGA A PESSOA TRANSPORTADAKS OU NAO- SEGURO DPVAT	
PB Nº 012153017809 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
FRANCISCO SOARES DO NASCIMENTO	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
48301 www.dpvatsegurodotransito.com.br 793/PB	
SAC DPVAT 0800 022 1204	
RENAVAM 48301710144	PLACA OGC1793/PB
ANO FAB 1	CHASSI 9C2JC4109R023714
CALABRE 48301710144	PREMIO ANUAL 01074062229
PREMIO ANUAL 01074062229	PREMIO ANUAL 01074062229
FNS (R\$) 2009	DENATRA (R\$) 9C2JC4109R023714
CUSTO DO BILHETE (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
PARCELAMENTO (R\$)	DATA DE QUITAÇÃO
COTA UNICA	PARCELADO
SEGUROADORA LIDER - DPVAT	
CNPJ 09.248.608/0001-04	
www.seguroadoralider.com.br	
36838-0858463-2015-1230	

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Soares do Nascimento,
RG nº 5.024.110, data de expedição 25/01/2004
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 483.07.101-44, com
domicílio na cidade de Patos, no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Capitão Rangel, nº 525
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Joselito Soares do Nascimento, cujo o condutor era
Joselito Soares do Nascimento
Veículo: Moto
Modelo: Honda 160 125 FANTAS
Ano: 2009
Placa: 062 1793 PB
Chassi: 9C2 1C4 1109R03714
Data do Acidente: 02.09.17
Local e Data: Patos - PB



Francisco Soares do Nascimento

Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)



CARTÓRIO CARLOS TRIGUEIRO
Rua: Peregrino Filho, 130 - Centro - Patos - PB - Cep: 58700-450
Tele/fax: (83) 3421-3701/3421-3408
E-mail: contato@carlostrigueiro.com.br

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
FRANCISCO SOARES DO NASCIMENTO.

Patos/PB 25/10/2017
Em testemunho de da verdade. Dou fé.
Escrivente: CLARA GUYANE COSTA DE MEDEIROS SILVA
Selo Digital: AF211882-DZEC
Confira em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Empl R\$9,23 ISS R\$0,28 Farpen R\$0,27 Fed.j R\$1,70 PP R\$0,15





Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 - Tel.: (83) 3423-2553

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 5097/2017**, cujo teor passo a transcrever íntegra: Aos **VINTE E SETE (27)** dias do mês de **OUTUBRO** do ano **LOIS MIL E DEZESSET (2017)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob responsabilidade da Autoridade Policial, **Bel. (a) DANIELA ROSA QUIRINO DE SÁ PIRES** comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu **JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO**, Brasileiro (a), RG 2096607 SSP/PB, CPF 022.043.034-96, data de nasc. 03/08/1977, natural de Passagem/PB, Filho (a) de Antonio Braz do Nascimento e de Maria Martins do Nascimento, residente na Rua Cap. Ped. Rafael, nº 526, bairro centro, Passagem/PB, Tel. (83) 9.8121.8410, a fim de notificar o seguinte:

Que, na data 03/09/2017, por volta das 16:00 horas, conduzia a motocicleta de marca/mode HONDA/CG 125 FAN KS, placa OGC-1793/PB, Renavam 01074062229, chassi 9C2JC41109R023714, Licenciada em nome de Francisco Soares do Nascimento, quando na saída Cacimba de Areia/PB, perdeu o controle da moto e caiu; Que, foi socorrido pelo SAMU para Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade de Patos/PB; Que, devido o acidente, quebrou o braço esquerdo, e ficou com problema de audição.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, é verdade. Dou fé.

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

Notificante:

Josefildo Soares do Nascimento

Patos/PB, 27 de Outubro de 2017.

(Assinatura do Policial responsável pelo registro)

Ana Mª da C. Leandro
Mat. 138.428-7





PREFEITURA MUNICIPAL DE CACIMBA DE AREIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL BÁSICO



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR:

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 02-09-17	OCORRÊNCIA Nº 01	PACIENTE / USUÁRIO Genildo Soares do Nascimento	IDADE 40	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA Cacimba de Areia	BAIRRO Centro	MÉDICO REGULADOR		
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO

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

ANTECEDENTES

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

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE

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

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

*Enrijecimento nos membros inferiores, Superior direito e esquerdo. Rigidez
frontal com turgência superficial.*

DADOS VITAIS

VAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☐ <30irpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg
PA: **120** x **80** FC: FR: **18** TEMP: **37** °C - GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/O2: _____ SpO2c/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAAs ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termoregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação
☐ Outros _____

INTERVENÇÕES

Imobilização da enrijecida

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

*Pac. 40 anos, obeso, consciente, dor de meio dor no abd. de
tenor na região gástrica e lombar.*



fatura cancelada com
 parte da fatura em
 aproximadamente 60% da
 mais quando tem como
 limitação da mobilidade
 do membro quando em
 30% com sequelas defini-
 tivas da lesão inicial

CDD: T-92.2

Ptás, 29 de março

de 2018 Dr. Fábio de Moura Spá
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 6419



CLÍNICA SANTA CLARA

CNPJ 07.527.495/0001-50

Dr. Pedro Lacerda

CRM: 3923 - RG: 768.400 SSP - PB

FONES: (83) 3421-8523 / 9961-6669

EM FRENTE AO HOSPITAL REGIONAL

PATOS - PARAÍBA

Seu médico

Pedras para a duração
 da que pelo Soma
 do movimento de entrada
 no Hospital Regional de
 Patos em 02 de setembro
 a 2015 apresentando fatura
 de retificação quando da
 CDD 552.5) em 10 de setembro
 a fatura do a cargo com
 a extensão devida para
 quando em plena e para
 para a Administração para

Data

1

IMPRESSO - CDD 552.5



HOSPITAL REGIONAL DE JANDUÍ CARNEIRO
RUA HORÁCIO SOBRAGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuário: 96660
Ocorrência: URGENCIA

Data/Hora 2/9/2017 18:00:54

Servidor do Dr.:

Paciente JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Idade: 40 Sexo: M

Filiação

Pai: ANTONIO BRAZ DO NASCIMENTO
Mãe: MARIA MARTINS DO NASCIMENTO

Endereço

Cidade: PASSAGEM - PB - 58734-000 - 2510709
Endereço: CAPITAO PEDRO RAFAEL
Bairro: CENTRO
Naturalidade: PASSAGEM - PB
Fone: (83)98121-8410

N.: 526

Documentos

CNS: 708-2091-4662-2940
Identidade: 2096607 SSP PB
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 3/8/1977
Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

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

Quem se trata há 05 dias

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

Dor + GAE no + deformação Punho (E)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx Punho (E) dor

Diagnóstico:

Lesão no punho (E)

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado (X) Melhorado () Falecido () Transferido Em, 12/09/17

Recepcionista: GILMARA





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Paulo Soares</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>11/01/17</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Dr. Iranio</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. Diego</u>	
Anestesista: <u>Dr. Nuno</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>fx RADIO DISTAL (E)</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>ortopedica / RADIO DISTAL (E)</u>		
Diagnóstico Pós Operatório: <u>II</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Viscerais
1) Pct DDR + pita NSE + Goret NSE
2) Anestesia + analgesia
3) colocação canga espiral
4) Incisão volar. Visualização fx. Redução + fixação
5) placa + parafusos
6) Hemostase plaqueta + ligamento + sutura da pele
7) curativo + tala
8) As condições satisfatórias

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedista Traumatologista
CRM/PB 10932 REG. 15149





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Isaelito Soares</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>08/09/17</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Dr. W. A. P. S. N.</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. F. S. P.</u>	
Anestesista: <u>Dr. T. A. N.</u>	Tipo de Anestesia: <u>SCDAENT.</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>+ Port Rodio distal</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>fto amigial</u>		
Diagnóstico Pós Operatório: <u>0 mesmo</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

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

<u>1) fto em BPH sob anestesia</u>
<u>2) fto assepsia + antisepsia</u>
<u>3) fto redução + fixação 2 fios</u>
<u>4) curativo</u>
<u>Dr. W. A. P. S. N.</u>
<u>tailor duro</u>

5777






HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
Nome: JOSELOTO SOARES DO NASCIMENTO		Idade: 40	Sexo: M	Co: B7	
Pressão Arterial Pulso		Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Hemácias		Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia
Urina		Outros			
Ap. Respiratório		Asma		Bronquite	
Ap. Circulatório		Eletrocardiograma			
Ap. Digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. Urinário	
Estado Mental		Ataraxicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Alergia ao Fármaco-Operatório		Estado Físico		Risco	
Medicação Antidrogas					
Medicação Pré-Anestésica		Aplicada às	Efeito		
Anestesia		INDUÇÃO			
Tipo: G600 P500		Satisf. <input checked="" type="checkbox"/> Excl. <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/>			
Dose: 100 mg		Laringo Espasmo <input type="checkbox"/> Lenta <input type="checkbox"/>			
Escala de Sedação: 100		Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/>			
Escala de Anestesia: 100		Outros <input type="checkbox"/>			
Escala de Recuperação: 100		MANUTENÇÃO			
Escala de Recuperação: 100		Bior 150			
Escala de Recuperação: 100		Anestesia Satisf. Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Escala de Recuperação: 100		Não, porque? <input type="checkbox"/>			
Escala de Recuperação: 100		DESPERTAR			
Escala de Recuperação: 100		Reflexos na SO <input checked="" type="checkbox"/>			
Escala de Recuperação: 100		Obstr. CO2 <input type="checkbox"/> Excit. <input type="checkbox"/>			
Escala de Recuperação: 100		Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/>			
Escala de Recuperação: 100		Outros <input type="checkbox"/>			
Escala de Recuperação: 100		Com cânula para o leito sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>			
Escala de Recuperação: 100		CONDIÇÕES			
Escala de Recuperação: 100		Cânula			
Escala de Recuperação: 100		Linha 2807			
Escala de Recuperação: 100		Bior 150 11:2845			
Escala de Recuperação: 100		Fórmula +			
Escala de Recuperação: 100		Recup.			
Escala de Recuperação: 100		René Trigueiro Caroca			
Escala de Recuperação: 100		CRM 3240 - CBO 226151			
Escala de Recuperação: 100		CNS 206790106740003			
Escala de Recuperação: 100		CNS 206790106740003			


NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <i>Josefita Soares do Nascimento</i>					GOVERNO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
NR. <i>A.A.</i>	LEITO <i>03</i>	CONVÊNIO <i>SUS</i>	IDADE <i>40</i>	REGISTRO <i>96660</i>	
CIRURGIA <i>160 cir. pat. punho E</i>		CIRURGIÃO <i>Francis</i>			
ANESTESIA <i>Bien + sedação</i>		ANESTESISTA <i>Renê</i>			
INSTRUMENTADORA <i>Valdir</i>		DATA <i>11.09.17</i>	INÍCIO <i>11:10</i>	FIM	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvax Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
X	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
1	Pavulon <i>Propofol</i>		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
1	<i>Xilocaína a 2% sem vaso</i>	X	Esparadrapo
	Etodimideate		Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan		Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE: <u>Roberto Soares do Nascimento</u>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
SEX: <u>M</u>	LEITO: <u>03</u>	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>40</u>	REGISTRO: <u>986660</u>	
CIRURGIA: <u>Red. Cirurg. q. Bexiga</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Walidom</u>			
ANESTESIA: <u>Xelacain</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Fawzi</u>			
INSTRUMENTADORA: <u>—</u>		DATA: <u>08/09/17</u>	INÍCIO: <u>15:20</u>	FIM: <u>—</u>	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador	1	Equipo pl. soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scal6 JF09-1
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. pl. Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi 2x
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocan <u>proporção</u>	1	Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	X	Esparadrapo
	Etodimidate		Xilocaina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5ml	X	Algodão Hidrófilo
	Narvon	X	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	1	Aguilha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 pl. amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	Fio Khushan 20





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



REQUISIÇÃO DE PARECER

RX

NOME: <u>Josefildo Soares do Nascimento</u>	
DA CLÍNICA <u>Cirurgia</u>	ENFERMARIA <input type="text"/>
A CLÍNICA <u>Buena Vista</u>	LEITO <input type="text"/>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Frenum em feio</u> (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>02-09-2017</u> DATA	<u>Dr. Antônio Segundo Neto</u> CRM 4391 ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER: <u>02/10/17</u> <u>02/10/17</u> <u>Pant. Vulture de arado Aludado</u> <u>Ao exame físico Sem sinais de Fratura</u> <u>em face em pericóteo Anterior e lateral</u> <u>Sinal de epistaxe Verul.</u> <u>CP. D. A. de 13/17</u> <u>O. A. L. de 13/17</u> <u>Exame Geral</u>	
 DATA	 ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





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



REQUISICÃO DE PARECER

NOME:

Joelma Soares

DA CLÍNICA
A CLÍNICA

C. 1000

Bela Beleza

ENFERMARIA

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

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

fratura em punho

21/09/12

DATA

Sonally Santos
Cirurgia Cabeça e Pescoço
CRM 7184/PE

Sonally

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

HS: fratura radio distal (C)
=

CD: Torsão (C)
=

Intervenção Hospitalar

Reconvalescência Cirúrgica Geral

02/08/12

DATA

João H. Sussanna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 7417

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





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



REQUISICÃO DE PARECER

NOME: Joselito Soares do Nascimento

DA CLÍNICA Ortopedia
A CLÍNICA Cardiologia

ENFERMARIA A. Chaves
LEITO 03

MOTIVO DA CONSULTA:

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

04/09/2017

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

40 ANOS

PRE-OP. FRATURA MSE.

AMP. NDI

MED: NDI

ALIMPA: ⊕

ACV: REC-2T, SEM SINTOMAS

ECG: DCRD

CONCLUSÃO: Baixo Risco

05/09/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

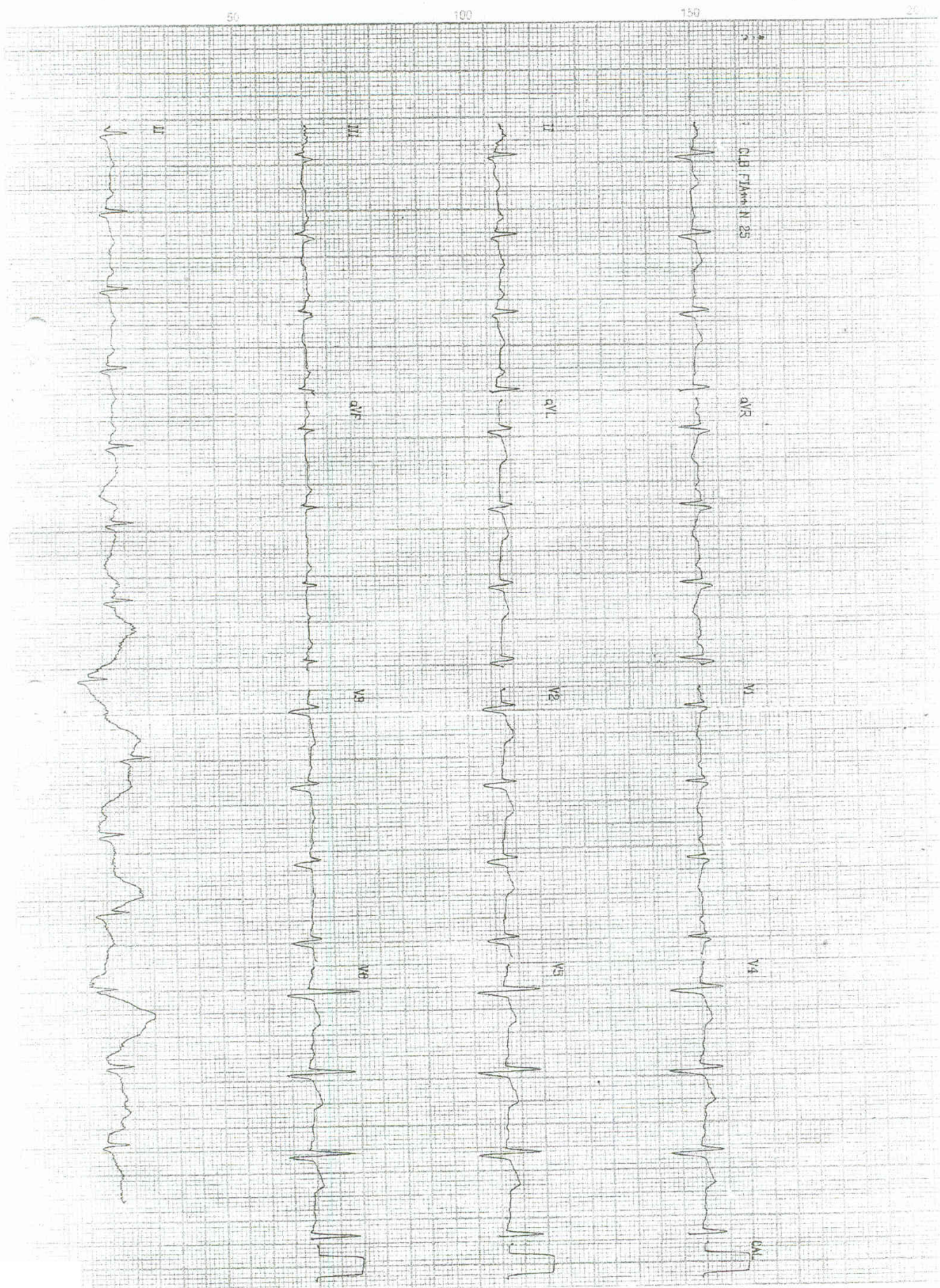
Dr. Fabrício de Medeiros
Cardiologista
CREMESP 1.040 / CRM 13.510



onda: 40

Data: 02/08/17

Hora: 18:45





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSAGEM
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
RUA CAPITÃO PEDRO RAFAEL, 349 - CENTRO

Sr.(a) _____

Encaminhamento

Jose lito Soares do
Nascimento ao hospi-
tal Regional de Patos
paciente vítima de
poli traumatismo com re-
lato de otorreagia e
baixa acuidade auditiva
+ dificuldade de ampli-
fude da mandíbula.
Ao otorrino

12.09.17

Dr. João Paulo Epifanio
CRM-PB 10.895





H.R.P.
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SUS  Sistema Único de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)
Sr.(a) Joseito Soares de Noronha portador(a) da
identidade RG. _____, que o(a) mesmo(a) foi
atendido(a) por mim no dia de hoje, às 08:00 horas, portador(a) da
patologia CID-10 S52.51S52.4, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30
(trinta) dias, a partir desta data.

João H. Silveira Laurício
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417

Patos-PB, 32/08/87

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

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

CNPJ 08.778.268/0001-60
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA



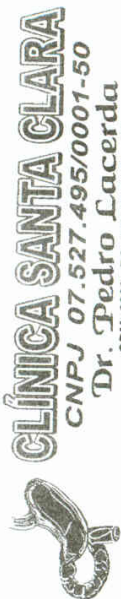


futuro consolidada com
perda da força em
aproximadamente 60% da
mão esquerda bem como
limitação da mobilidade
do punho esquerdo em
30% com sequelas defini-
tivas da lesão inicial

CID: T92.2

Patos, 29 de março

de 2018 Dr. Fábio de
Oliveira Spá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6179



CLÍNICA SANTA CLARA

CNPJ 07.527.495/0001-50

Dr. Pedro Lacerda

CRM: 3923 - RG: 768.400 SSP - PB

FONES: (83) 3421-8523 / 9961-6669

EM FRENTE AO HOSPITAL REGIONAL

PATOS - PARAÍBA

Laudo médico

Pedido para os laudos
fms que fôz o Sr. Carlos
do Nascimento deu entrada
no Hospital Regional de
Patos em 02 de setembro
de 2018 apresentando fratura
do rádio distal esquerdo
(CID S52.5) sendo submetido
a tratamento cirúrgico com
osteossíntese radio distal
esquerdo com placa e parafusos atualmente apresenta

Data: / /

MÉDICO - CRM 3923

CENTRO MÉDICO DE PATOS

Dr. Antonio Fausto de Almeida Filho

Dr. Antonio Fausto de Almeida Neto

(Ouvindo, Nariz e Garganta)

R: Pedro Firmino - 324 - Centro

Tel: (83) 3421- 3444 -

333424242- 991186991

Cep: 58700-070 - Patos - Pb.

AUDIOMETRIA TONAL LIMINAR

Solicitante:

Data: 27/03/2018

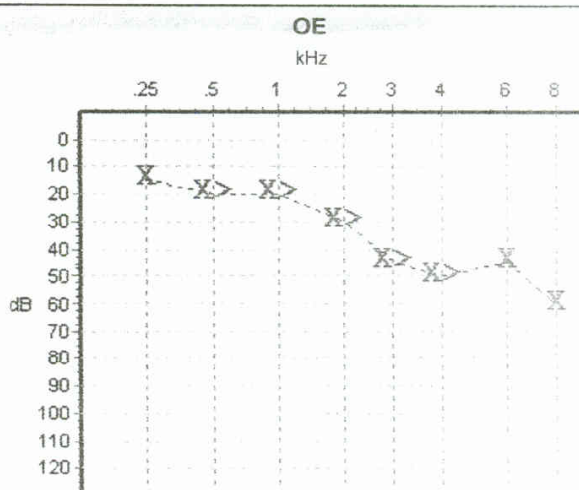
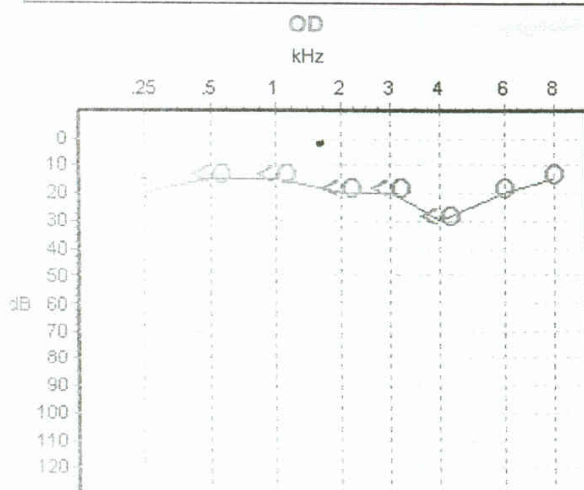
Paciente: Joselito Soares do Nascimento

Idade: 40 anos e 7 meses

Equipamento:

Data da Aferição:

Data da Calibração:



Limiar									
kHz	.25	.50	1	2	3	4	6	8	
VA	20	15	15	20	20	30	20	15	dB
VO		15	15	20	20	30			dB

Nível de Mascaramento									
kHz	.25	.50	1	2	3	4	6	8	
VA									dB
VO									dB

IRF						
			MONOS	DISSIL		
OD	65	dB	96	%	0	%
OE	70	dB	88	%	0	%

RINNE		
kHz	.25	.50
OD		
OE		

Limiar									
kHz	.25	.50	1	2	3	4	6	8	
VA	15	20	20	30	45	50	45	60	dB
VO		20	20	30	45	50			dB

Nível de Mascaramento									
kHz	.25	.50	1	2	3	4	6	8	
VA									dB
VO									dB

WEBER						
kHz	.25	.50	1	2	4	
OD						
OE						

LRF		
OD		dB
OE		dB

Conclusão:

PERDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL ISOLADA EM 4KHZ EM OUVIDO DIREITO.
PERDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL A PARTIR DE 2KHZ EM OUVIDO ESQUERDO.

Dr. Antonio Fausto de Almeida Neto
Otorrinolaringologista
CRM-PB 7352



Assinado eletronicamente por: ARTHUR ALVES DE MEDEIROS - 25/10/2018 16:48:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18102516461791400000016959030>

Número do documento: 18102516461791400000016959030

CENTRO MÉDICO DE PATOS

Dr: Antonio Fausto de Almeida Filho

Dr: Antonio Fausto de Almeida Neto

(Ouvido, Nariz e Garganta)

R: Pedro Firmino - 324 - Centro

Tel: (83) 3421- 3444 -

993424242- 991186991

Cep: 58700-070 - Patos - Pb.

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente Joselito Soares do Nascimento sofreu acidente automobilístico dia 02/09/2017 e após episódio começou a apresentar vertigem, perda auditiva em ouvido esquerdo, zumbido e paralisia facial. Exame otorrinolaringológico evidenciou laceração em conduto auditivo externo de ouvido esquerdo, com membrana timpânica íntegra, além de paralisia facial à direita (House Brackmann III). Realizado audiometria cujo resultado confirmou perda auditiva neurosensorial em ouvido esquerdo, em agudos (grau moderado).

CID: H95.0

G51

Patos, 27 de Março de 2018 .

Dr. Antonio Fausto de Almeida Neto
Otorrinolaringologista
CRM-PB 7352



CENTRO MÉDICO DE PATOS

Dr: Antonio Fausto de Almeida Filho

Dr: Antonio Fausto de Almeida Neto

(Ouvido, Nariz e Garganta)

R: Pedro Firmino - 324 - Centro

Tel: (83) 3421- 3444 -

993424242- 991186991

Cep: 58700-070 - Patos - Pb.

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente Joselito Soares do Nascimento sofreu acidente automobilístico dia 02/09/2017 e após episódio começou a apresentar vertigem, perda auditiva em ouvido esquerdo, zumbido e paralisia facial. Exame otorrinolaringológico evidenciou laceração em conduto auditivo externo de ouvido esquerdo, com membrana timpânica íntegra, além de paralisia facial à direita (House Brackmann III). Realizado audiometria cujo resultado confirmou perda auditiva neurossensorial em ouvido esquerdo, em agudos (grau moderado).

CID: H95.0

G51

Patos, 18 de Setembro de 2017

Dr. Antonio Fausto de Almeida Neto
Otorrinolaringologista
CRM-PB 7352





CLÍNICA SANTA CLARA

CNPJ 07.527.495/0001-50

Dr. Pedro Lacerda

CRM: 3923 - RG: 768.400 SSP - PB

FONES: (83) 3421-8523 / 9961-6669

EM FRENTE AO HOSPITAL REGIONAL

PATOS - PARAÍBA

Saudado médico.

Verbas para os custos
fins que possibilita Socus
do tratamento em entrada
no Hospital Regional de
Patos em 02 de setembro
de 2018 apresentando futuro
do radio distal esquerdo
(CID S52.5) sendo submetido
a tratamento cirúrgico com
esteossintese radio distal
esquerdo com placa e parafusos. Atualmente apresenta

Data

MÉDICO - CRM 3923

função consolidada com
perda da força em
aproximadamente 60% da
mão esquerda bem como
limitação da mobilidade
do punho esquerdo em
30% como sequelas de fraturas
da base cervical.

CID: T92.2

Patos, 29 de março
de 2018.

Dr. Fábio
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 6119

Rio de Janeiro, 30 de Março de 2018

Carta nº: 12592907

A/C: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180012987
Vitima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 02/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000043

Conta: 000000160070-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =

R\$ 2.531,25

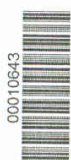
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01285/01286 - carta_15R - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Carta nº: 13139392

A/C: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180012987
Vítima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 02/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000004982

Conta: 0000015082-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01527/01528 - carta_15R - INVALIDEZ





PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE PATOS – 7ª VARA MISTA

Processo nº 0805488-05.2018.8.15.0251

DESPACHO

Vistos, etc.

1. Ao analisar a inicial e os documentos constantes dos autos, verifico que a parte Autora não informa sua renda mensal. A fim de verificar a situação de hipossuficiência econômica alegada pela parte Autora, conforme faculta o art. 99, §2º do CPC/2015, e observado o disposto na Portaria Conjunta nº 02/2018 TJPB/CGJ, determino a juntada: **1) das declarações de Imposto de Renda prestadas a Receita Federal nos últimos 3 (três) anos** (caso seja empresário – em qualquer nível – juntar IRPJ ou similar). Não possuindo, traga aos autos declaração ou comprovação de que não declara o imposto de renda (IRPF e/ou IRPJ); **2) o último comprovante de seus rendimentos de trabalho e/ou aposentadoria** (contracheque); **3) CTPS** (inclusive a parte do contrato de trabalho); **4) Extrato dos últimos 3 meses da conta corrente onde auferir seus rendimentos**, **5) Guia das custas** (art. 1º, §3º da Portaria Conjunta nº 02/2018 TJPB/CGJ). Pode a parte requerente informar e comprovar seus eventuais gastos, caso existam. Prazo: 15 dias.
2. No mesmo prazo, deverá justificar quem é a pessoa que consta o nome no comprovante de residência, já que estranha a demanda, ou juntar comprovante em nome do autor, nos termos do art. 320, CPC, já que se trata de documento essencial a demanda, sob as penas do art. 321, §único, CPC.
3. Caso qualquer dos documentos acima não possa ser apresentado, deve a parte requerente informar e comprovar, de modo fundamentado, a impossibilidade de sua apresentação, sob pena de indeferimento do pedido. Caso não possua qualquer comprovante de rendimento formal, deve declarar, sob as penas legais, sua renda.
4. Caso a parte não se manifeste acerca da providência determinada no item 1, intime-se novamente, desta vez para regularizar o prosseguimento do feito, em 15 (quinze dias) dias, providenciando o recolhimento das custas processuais, sob pena de extinção e cancelamento da distribuição.

Diligências necessárias.

Patos, 31 de maio de 2019.

Bruno Medrado dos Santos
Juiz de Direito



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA
DE PATOS – ESTADO DA PARAÍBA.**

Processo nº: 0805488-05.2018.8.15.0251

JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO, já qualificada nos autos em evidência, na **AÇÃO DE RETIFICAÇÃO DE CERTIDÃO DE ÓBITO**, vem a presença de Vossa Excelência, com suporte no art. 321 do Código de Processo Civil, apresentar **PETIÇÃO COMPROVAÇÃO DA JUSTIÇA GRATUITA**, decorrência do despacho retro, motivo qual revela as considerações abaixo.

DA HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Conforme disposto no **art. 98 do CPC**, declara a parte autora não possuir atualmente recursos financeiros suficientes para demandar em juízo sem o comprometimento de sua subsistência e de sua família, razão pela qual faz jus aos benefícios da Assistência Judiciária Gratuita.

Acontece que, no despacho retro **ID. 21623718**, Vossa Excelência instou a autora, juntar aos autos documentos que comprovem que o mesmo preenche os requisitos da gratuidade da justiça.

Ocorre que, o **Sr. JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO**, trabalha como agricultor, e como qualquer **cidadão assalariado**, encontra-se com despesas familiares a pagar, **não possuindo renda que lhe auferir boas condições financeiras**, logo, o requerente não tem como suportar os ônus do processo sem prejuízo do próprio sustento familiar.

Desta forma a fim de sanar o solicitado por este juízo, junta aos autos: **Carteira de Trabalho**, assinada pela última vez em 2013, **Cartão do Bolsa Família o qual sua família é beneficiária**, **Extrato de Conta**, **Cartão do SUS**, fora os inúmeros gastos necessários para manter o lar.

O salário mensal que recebe é pouco para a sua subsistência e de sua família, esclarece o Sr. Joselito, que **não sobra nada do pouco dinheiro que ganha, e sim, que lhe falta rendimentos, para que possa dar uma melhor vida a sua família**.

Nesse diapasão, e em conformidade com a **Lei nº 7.115/1983** o autor requer também, a juntada da **DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA DE PESSOA FÍSICA**, conforme regulamento da Receita Federal do Brasil.

Inconteste que demonstrado total **carência econômica**, o autor se encontra impedida de arcar com as despesas processuais desta demanda, cujo, a **Guia de Custas** ficaria no valor de **R\$ 619,96 (seiscentos e dezenove e noventa e seis centavos)**, **anexo**.

Resta claro, que no caso em tela, **não se vislumbra qualquer indício de boa situação financeira da parte autora**.

Assim, ante o exposto, reforçamos a informação de que o autor não tem condições de arcar com as custas do processo, requerendo assim, a **PROCEDÊNCIA** da presente, com a **concessão dos benefícios da gratuidade judicial**, e o prosseguimento do feito.

Nestes termos,
Pede Deferimento.

Patos/PB, 16 de julho de 2019.

ARTHUR ALVES DE MEDEIROS
OAB/PB 25.763





DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Eu, Josélio Soares do Nascimento,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
agricultor, nascido(a) em 02/03/1977, inscrito(a) no CPF
sob o nº 022.043.024-96 e RG nº 209.6607, residente na
Capitão Pedro Azeite, 526,
Bairro Centro na cidade de
Passagem, Estado PB, CEP 58734-000. DECLARO,
para os devidos fins, que sou **ISENTO** de **DECLARAÇÃO ANUAL DE IMPOSTO DE**
RENDA PESSOA FÍSICA - IRPF, conforme regulamento da Receita Federal do
Brasil.

No ano anterior não obtive rendimentos provindos de trabalho assalariado,
proventos de aposentadorias, pensões, aluguéis ou atividade rural, suficientes para
declarar IRPF nesse ano, e não me enquadro nos demais casos que obrigam a
entrega da Declaração Anual de Imposto de Renda Pessoa Física.

Assumo a responsabilidade de informar, imediatamente à Vossa Excelência, junto
ao processo nº 080 5488-05.2018.815.0251 que tramita perante
7ª VC da Comarca de Patos - PB, na **AÇÃO**
de Cobrança do Seguro DAVAT,
a alteração dessa situação, apresentando a documentação comprobatória.

Sob as penas das Leis Civil e Penal, DECLARO que as afirmações acima são a
expressão da verdade pelo que me comprometo criminalmente, sabendo que
declaração falsa é crime (art. 299 do Código Penal).

Patos/PB 10 de julho de 2019.

X Josélio Soares do Nascimento

Declarante



CAIXA Loterias CAIXA

177-481981612-7

26/JUN/2019

HORA DF 09:22:28

LOT. 13.023222-0
LOCALIDADE: PASSAGEM
AG. VINCULADA: 0043

TERM 057192

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

4982.00015082-0

NOME: JOSELITO SOARES DO NASCIM

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE

SALDO

06/06

90,33 C

08/06

1,55 C

10/06

10,22 C

RESUMO EM 25/06

SALDO

102,10

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

0,00

SALDO DISPONIVEL

102,10 C

SALDO TOTAL

102,10 C

177-481981612-7

1ª VIA

CAIXA Loterias CAIXA





PROGRAMA

Bolsa Família

RAILDA VITORIA GOMES

16683219320 01

Ouvidoria da CAIXA - Reclamações, sugestões e elogios: 0800 725 7474

Ligue Grátis: 0800 707 2003 ou 0800 726 0101

O portador deste cartão assume o compromisso de cumprir as obrigações do programa ou perderá o direito aos benefícios. Este cartão é pessoal. Em caso de perda ou roubo ligue 0800 726 0101.

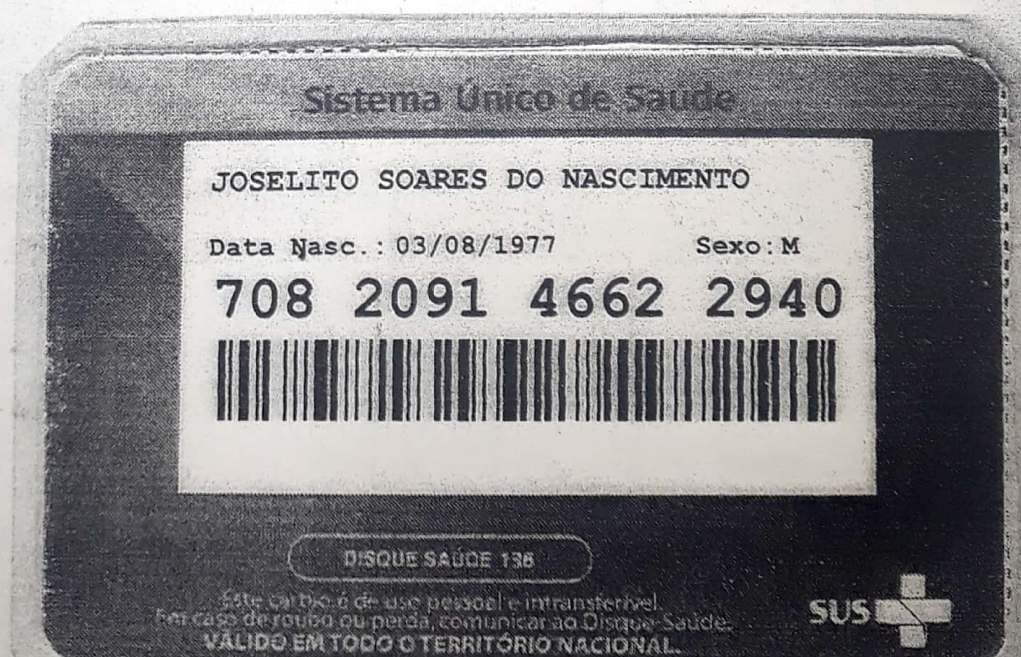


CAIXA
www.caixa.gov.br

Ministério do Desenvolvimento
Social e Combate à Fome

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



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 89596
Série 00018-PR2

Série QQ

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Yarelito Soares de Azevedo
 Loc. Nascimento PB Data 03/08/77
 Loc. Nascimento Amatim Brejo dos Carneiros
 Filiação Clayton Carlos Farias de Azevedo
 Doc. Nº RG: 20966072149-SSP/PB-13-03-02

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 15/06/2009 SRTE 21000 Percece-82

Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome.....

Doc.....

Nome.....

Doc.....

Nome.....

Doc.....

Est. Civil.....

Doc.....

Est. Civil.....

Doc.....

Nascimento.....

Doc.....



CEI 13.031.257/0001-52
CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: CONSTRUTORA CEI LTDA.

CNPJ/MF: Rua Flor... 2025

Rua: Bodoc... P. 709-000

Município: Cam... PB

Esp. do estabelecimento:

Cargo: CARPinteiro

CBO nº:

Data admissão: 06 de maio de 2012

Registro nº: 302 Fls./Ficha: 302

Remuneração especificada: R\$ 3.980,00

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

CONSTRUTORA CEI LTDA.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

Data saída: 15 de abril de 2014

CONSTRUTORA CEI LTDA.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

2º

Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: 11.449.373/0001-83

CNPJ/MF: ADALBERTO FERREIRA DA SILVA

Rua: Rua Costa do Mar... Est.

Município: Município... Est.

Esp. do estabelecimento: Esp. do estabelecimento...

Cargo: pedreiro

CBO nº: 315210

Data admissão: 01 de fevereiro de 2012

Registro nº: Fls./Ficha: 60

Remuneração especificada: (R\$ 4.200,00) Nat.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

ADALBERTO FERREIRA DA SILVA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

Data saída: 06 de maio de 2012

ADALBERTO FERREIRA DA SILVA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

2º

Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: J M LOPES CONSTRUCAO EIRELI ME

CNPJ: 13.838.190/0001-62

RUA FREI DAMIAO DE BOZANNO

Nº.: SN

Município: PASSAGEM/PB

Esp. do Estab.: Obras de alvenaria

Cargo: PEDREIRO

CBO nº: 715210

Admissão: 01 de Novembro de 2.013

Registro nº: 140-0062 Fls./Ficha: 62

Remuneração especif.: R\$ 1.010,00 P/M

(HUM MIL E DEZ REAIS)

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

J M LOPES CONSTRUCAO EIRELI ME

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

Data saída: 31 de maio de 2014

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

2º

Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador:

CNPJ/MF:

Rua: Nº:

Município: Est.

Esp. do estabelecimento:

Cargo:

CBO nº:

Data admissão: de de

Registro nº: Fls./Ficha:

Remuneração especificada:

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

2º

Data saída: de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

2º

Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
 CNPJ/MF.....
 Rua..... Nº.....
 Município..... Est.....
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo.....

CBO nº.....
 Data admissão..... de..... de.....
 Registro nº..... Fls./Ficha.....
 Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª..... 2ª.....
 Data saída..... de..... de.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª..... 2ª.....
 Com. Dispensa CD nº.....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
 CNPJ/MF.....
 Rua..... Nº.....
 Município..... Est.....
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo.....

CBO nº.....
 Data admissão..... de..... de.....
 Registro nº..... Fls./Ficha.....
 Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª..... 2ª.....
 Data saída..... de..... de.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª..... 2ª.....
 Com. Dispensa CD nº.....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
 CNPJ/MF.....
 Rua..... Nº.....
 Município..... Est.....
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo.....

CBO nº.....
 Data admissão..... de..... de.....
 Registro nº..... Fls./Ficha.....
 Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª..... 2ª.....
 Data saída..... de..... de.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª..... 2ª.....
 Com. Dispensa CD nº.....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
 CNPJ/MF.....
 Rua..... Nº.....
 Município..... Est.....
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo.....

CBO nº.....
 Data admissão..... de..... de.....
 Registro nº..... Fls./Ficha.....
 Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª..... 2ª.....
 Data saída..... de..... de.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª..... 2ª.....
 Com. Dispensa CD nº.....





**PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE PATOS – 7ª VARA MISTA**

Processo nº 0805488-05.2018.8.15.0251

AUTOR: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Vistos, etc.

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 art. 8º cc. 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, deste Diploma.

3. **Cite-se** a parte requerida, por carta com AR, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 335 do CPC, sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC). Voltando o AR negativo, cite-se por oficial de justiça, uma vez recolhidas as custas respectivas, se for o caso, inclusive intimando-se para tanto, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de indeferimento da inicial.

4. Apresentada contestação, a parte autora deve ser **intimada** para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias, conforme os arts. 350 e 351 do NCPC, podendo, inclusive, corrigir eventual irregularidade ou vício sanável no prazo de 30 (trinta) dias, nos termos do art. 352 do NCPC.

Cumpra-se. Intimações e Diligências necessárias.

Patos, 5 de novembro de 2019

**Bruno Medrado dos Santos
Juiz de Direito**

