

PROCURAÇÃO "ad judicia"

Outorgante: Eu, José Lito Souza 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 309.660-7, residente na Rua Capitão Pedro Pafael, 526
Bairro Centro, na cidade de Passagem
Estado Paraíba, CEP 58739-000 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 judicia) 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
Secretaria 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 Souza de Nascimento

Outorgante



DECLARAÇÃO

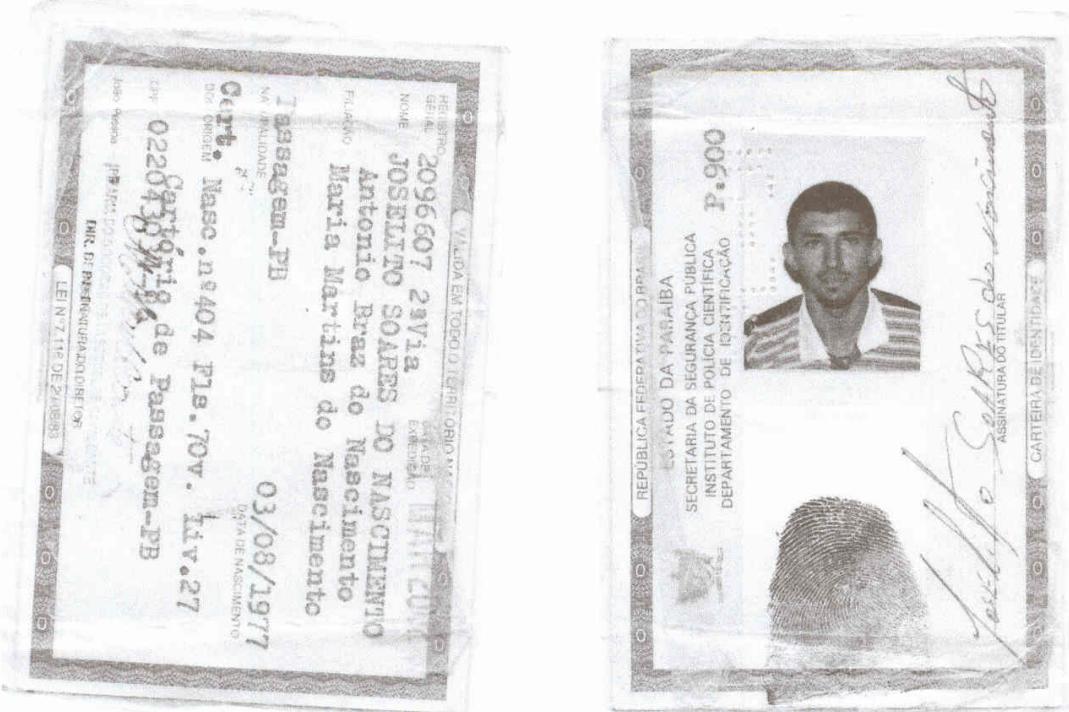
NOME Josefito Soares da Nascimento
PROFISSÃO agricultor CPF nº 022.043.034-96 RG nº 209.6607
ENDEREÇO rua Capitão Pedro Loyol, 526, Centro, Passayem
CIDADE: Passayem UF: PB
TELEFONE: _____

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 Josefito Soares do Nascimento
Declarante





Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura:
Joseleto Soares do Nascimento
JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em : 09/07/94

SERPRO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Nº de Inscrição: 022043034-96

Data do Nascimento: 03/08/77





Assinado eletronicamente por: ARTHUR ALVES DE MEDEIROS - 25/10/2018 16:48:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1810251642440910000016958870>
Número do documento: 1810251642440910000016958870

Num. 17416797 - Pág. 2

RAILDA VITÓRIA GOMES
RUA PEDRO RAPHAEL 526 -CENTRO
PASSAGEM/ PB CEP 58734001 (Aé 718)

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rodovia 1.124 - KM 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ 09.05183/0001-42 Inst. Est. 16.015.823-0
Referência Agt / 2017
Nº medidor 00001047058 Emissão: 07/08/2017
Nota Fazenda / Conta de Energia Elétrica N°000 024.979
 Código para Débito Automático: 00002588101

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

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

UC (Unidade Consumidora): 5/258810-1

Conta de consumo:

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (v. charta pelo Lei nº 10.403, de 25 de setembro de 2002).

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

Descrição:

CCN	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Calc.	Aliq. IPI	ICMS (R\$)	ICMS	Base Calc. PIS(R\$)	PIS/Cofins(R\$)	Cofins(R\$)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,210400	6,31	25	1,58	6,31	0,08	0,28	
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	37.000	1,380700	13,34	13,34	2,33	13,34	0,12	0,61	
0601	Adic. B. Amarela			0,71	0,71	0,18	0,71	0,01	0,03	
0601	Adic. B. Vermelha			0,30	0,30	0,07	0,30	0,00	0,01	
0610	Subsídio			23,35	23,35	5,84	23,35	0,23	1,04	

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0807 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	1,79	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 07/2017	0,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 07/2017	0,59	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0806 Devolução Subsídio	-1,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 30,34 44,01 11,00 44,01 0,42 1,97

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
119	14/08/2017	R\$ 30,34

Histórico de Consumo (kWh)

75	78	95	83	95	82	98	88	93	202	218	176
Jul/17	Jun/17	May/17	Apr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Sep/16	Ag/16

RESERVADO AO FISCO
16cc.84eb.33f3.6fc5.aa06.2806 72a6.2d67.

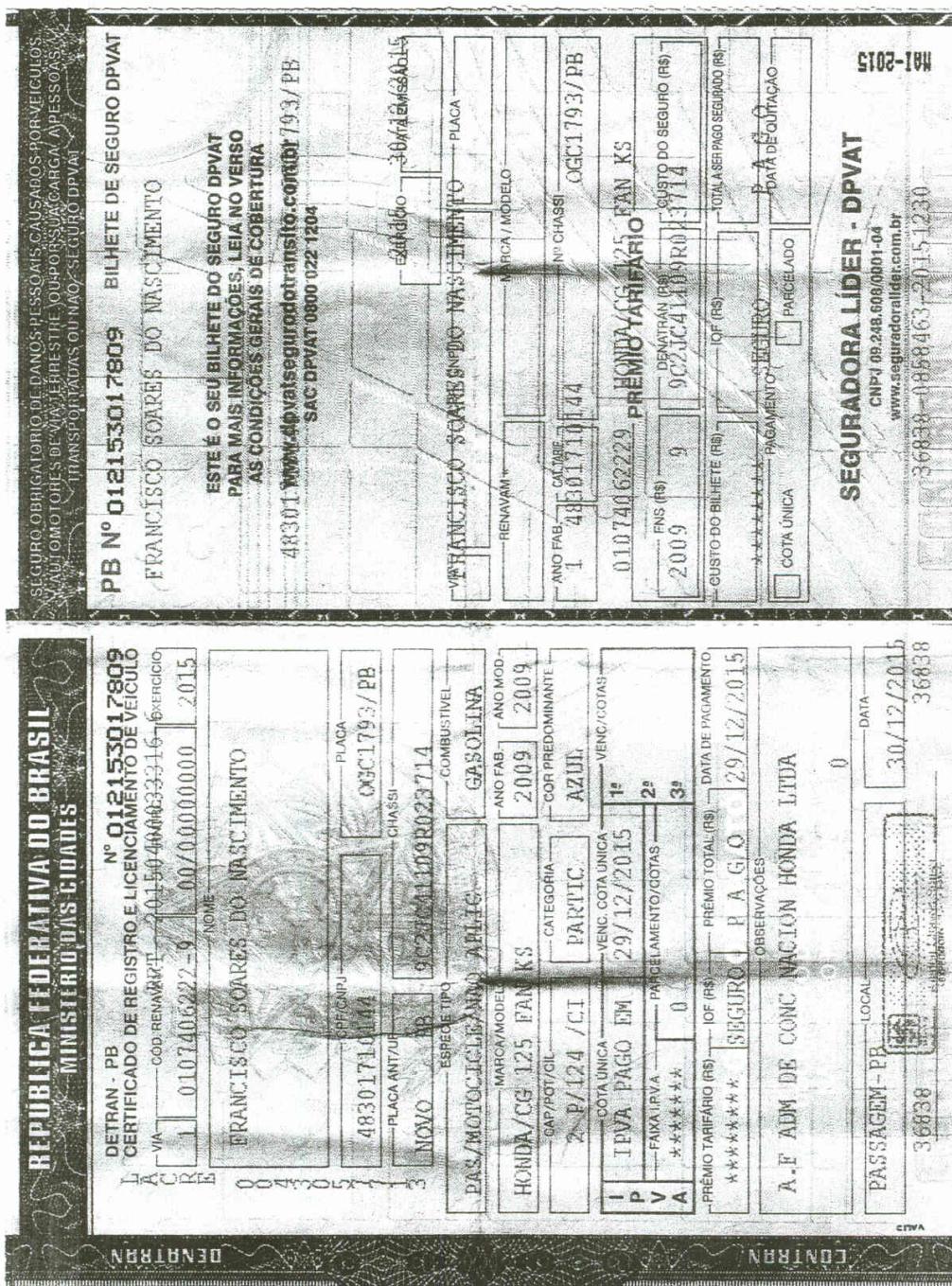
Indicadores de Qualidade R/2017-P-002

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (%)
DIC MENSAL	8,03	0,00
DIG TRIMESTRAL	12,08	NOMINAL
DICANUAL	24,12	
FIC MENSAL	3,48	0,00
FIC TRIMESTRAL	8,87	CONTRATADA
FIC ANUAL	13,85	LÍMITE INFERIOR
DNIC	3,54	0,00
DICRI	12,22	LÍMITE SUPERIOR

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	5,97	17,04
Compra de Energia	3,98	13,01
Serviço de Transmissão	0,38	1,19
Encargos Setoriais	1,87	6,18
Impostos Diretos e Encargos	15,96	52,80
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	30,34	100,00

Valor do EUSD (Ref. 6/2017) R\$3,44



Assinado eletronicamente por: ARTHUR ALVES DE MEDEIROS - 25/10/2018 16:48:47
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18102516432964800000016958907>
Número do documento: 18102516432964800000016958907

Num. 17416836 - Pág. 1

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 483.017.101-44, com
domicílio na cidade de Passejara, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Capitão Rego, nº 525,
complemento Café, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado 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 CG 125 FANTS
Ano: 2009
Placa: OGC 1793 PR
Chassi: 9G21CY1109R093714
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

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

Patos/PB 25/10/2017
Em testemunho da verdade. Dou fé.
Escrivente: CLARA GOYANE COSTA DE MEDEIROS SILVA
Selo Digital: ARZ11882-DZEC
Confira em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Email R\$9,23 ISS R\$0,28 Farpen R\$0,27 Farpj R\$1,70 MP R\$0,15



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

CERTIDÃO

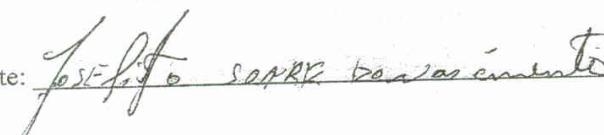
CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 5097/2017**, cujo teor passo a transcrever íntegra: Aos **VINTE E SETE (27)** dias do mês de **OUTUBRO** do ano **DOIS MIL E DEZESSET (2017)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob responsabilidade da Autoridade Policial, Bel. (a) **DANIELA ROSA QUIRINO DE SÁ PIRES NASCIMENTO**, Brasileiro (a), RG 2096607 SSP/PB, CPF 022.043.034-96, dat. de nasc. 03/08/1977, natural de Passagem/PB, Filho (a) de Antonio Braz Nascimento e de Maria Martins do Nascimento, residente na Rua Cap. Pedro 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/modelo 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.

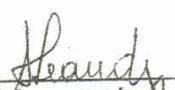
Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil 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:



Patos/PB, 27 de Outubro de 2017.


(Assinatura do Policial responsável pelo registro)

Ana M. 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 N° 01	PACIENTE USUÁRIO Josélio 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"/> STRANS <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 AGRADO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA MÉTROS
<input type="checkbox"/> ELETROCISÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F (PA.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"/> INTERNAMENTOS ANTERORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRICOS
<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)

Enurese nos membros, fortes dor, Superfície dorsal, Esquerda. Pugio frontal contusão superficial

DADOS VITAIS

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30lpm <30lpm / 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 Veral Prejudicada Confusão Aguda Deambulação Prejudicada Débito Cardíaco Diminuído Desobstrução ineficaz das VVA Disreflexia Autônoma Dor Aguda Hipertermia Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada
- Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância a Atividade Mucosa Ora! Prejudicada Padrão Respiratório Ineficaz Perfusion Tissular Ineficaz Perfusion Tissular Cardiopulmonar ineficaz Perfusion Tissular Gastrintestinal Ineficaz Perfusion 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 Intereração Social Prejudicada Eliminação Urinária Prejudicada Constipação
- Outros _____

INTERVENÇÕES

Imobilização da vítima

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

P. 40 anos, adrogação, consciente, duração 2 mês. Dura-se de terça na noite que é dia e também.



 **CLÍNICA SANTA CLARA**
CNPJ 07.527.495/0001-50
Dr. Pedro Lacerda
CRM-PB 3923 RG: 768.400 SSP-PB

FONES: (83) 3421-8523 / 9961-6669
EM FRENTE AO HOSPITAL REGIONAL

PATOS - PARAÍBA

Laudo médico

ficar em solo e dar nome
para a praça em
aproximadamente 60%. Da
maneira que ficou bem como
limpará a mobília de

2º Ponto quando em
3º. Com o resultado definitivo
deixa o Dr. Lacerda

CED: T-92.2

Relato para a senhora
faz que solicite Sair
do nome de seu ente
na hospital Regional da
Patos em vez de seu nome

do 2018 Dr. Fábio
Ortopedista Moura Spá
CRM-PB 6119

do radiólogo que é
CED 552.5) em 2º nomeado
o Autonegro a unidade com
o nome de sua família

O nome é o nome que tem
que é o nome que tem

Data: 1





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

Prontuario: 96660 Data/Hora 2/9/2017 18:00:54
Ocorrência: URGENCIA

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

Nº: 526

Documentos

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

Informações adicionais

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

Responsável:

Maria Vitória Gomes
ANAMNESE: (História da Meléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Quero se falar há 5 meses

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

Dor + Gárgas + deformidades Ponto (6)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx Rmss (6) Apo

festuras nas articulações (6)

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

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

Recepção: GILMARA





RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome:	José Luis Soares	Nº prontuário
Data da Cirurgia	11/11/17	Enf.
Cirurgião	Dr. Irônio	1º Auxiliar
Anestesista	Dr. Nuno	Dr. Diego
Diagnóstico Pré-Operatório	Fráct. MÁDIO DISTAL (E)	
Tipo de Cirurgia	Ortopédica Fráct. MÁDIO DISTAL (E)	
Diagnóstico Pós Operatório	II	
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

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

- 1) Pct DDK + pinc. NSE + Garra NSE
- 2) Arregos + arregos
- 3) Colocam coroa eferín
- 4) Incisão volar. Visibilizam fx. Reduz + fixada
- 5) Placa + parafuso
- 6) Hemostasia plástica + limpeza + sujeira para placa
- 7) Curativo + TAN
- 8) AVS com doder e mafim

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedista Traumatologista
CRM-PB 10932 TECT 15149





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>José Lito Soares</i>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <i>08/09/17</i>	Enf.	Leito
Cirurgião <i>De WAEISON</i>	1º Auxiliar <i>DR F SPG</i>	
Anestesista <i>DR PAULO</i>	Tipo de Anestesia <i>SEDATIVA</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>+ Port Rodio distal</i>		
Tipo de Cirurgia <i>ATO CURVICO</i>		
Diagnóstico Pós Operatório <i>Oncor</i>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

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

O fez em 0011 2018 09:00
O cito Assepsie + antisepsis
O sujo redutor + fixador 2 fios
O curativo
Rp higienico
foram dura

Arthur Alves de Medeiros



HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

Chilean Journal of Agricultural Research, Vol. 42, No. 4, pp. 461-468, December 2002



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Joselito Soares de Nascimento A. A. LEITO 03 CONVÉNIO SUS IDADE 40 REGISTRO 96660					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE 	
CIRURGIA Tlo cir. pat. ponto E		CIRURGÃO Francis				
ANESTESIA Bier + sedações		ANESTESISTA Renê			HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO	
INSTRUMENTADORA Valdir		DATA 11.09.17		INÍCIO 11:15		

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
X	TX. Monitor Cárdio-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		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
1	Pavulon- Propofol		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
1	Xilocaina a 2% Sem Vazo	X	Espadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVP Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan		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
	Plasili		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	Tilitil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Ablocate 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					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
Janduhy Soárez do Nascimento					
DT.	LEITO	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO	
37	J.A. 03	SUS	40	96660	
CIRURGIA	CIRURGIA				
Rod. Cunha 4.500m	Dr. Walison				
ANESTESIA	ANESTESISTA				
Adaral	Dr. Raulio				
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM		
—	09/09/17	15:30			

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soror e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scalp SFO 9-1
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda de Foley
X	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 Puído	1	Eletrodos desc.
	Necacain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		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%		Espadrado
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
	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
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Ráque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abboate 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		





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



REQUISIÇÃO DE PARECER

RX

NOME:	<i>José Lito Soares do Nascimento</i>		
DA CLÍNICA	<i>Cirurgica</i>	ENFERMARIA	<input type="text"/>
A CLÍNICA	<i>Burguer 2018</i>	LEITO	<input type="text"/>
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)		
<i>Frenula em face</i>		<i>Dr. Antônio Segundo Neto CRM 4391</i>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE		
PARECER:	<i>02/10/08 02/10/2017 Dan Valente Gaudio Melo Aos demais finalizar mma de Folia em face um peruto Cutaneo e Cole. Sintoma de epatexia Neural. D. Dr. Alves de Medeiros Dr. Alves de Medeiros Grau 2º</i>		
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA		





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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Josélio Soares

DA CLÍNICA

A CLÍNICA

C. Geral

Belo Horizonte

ENFERMARIA

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

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

Fratura em pulso

21/09/18

DATA

Sonally Sá Menezes
Cirurgião-Dentista
CRM 7184/PB
Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

(HS: fatores radicais sim @
=

CD: Tensiva @
Intervenções Hospitalares
Recomendações Gerais

02/08/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

João H. Sustânia Lautz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417





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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: José Lito Soárez do Nascimento

DA CLÍNICA Ortopedica ENFERMARIA A. dormir reb
A CLÍNICA Cardiologista LEITO 03

MOTIVO DA CONSULTA:

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

09/09/2017

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

40 ANOS

PRE-OP. FRACTURA MSE -

AMP: NDN

MED: NDN

ALERTA P: ⊖

ACU: RCR-21, GEM Sefelos

ACG: DCRJ

CONCLUSÃO: Baixo Risco

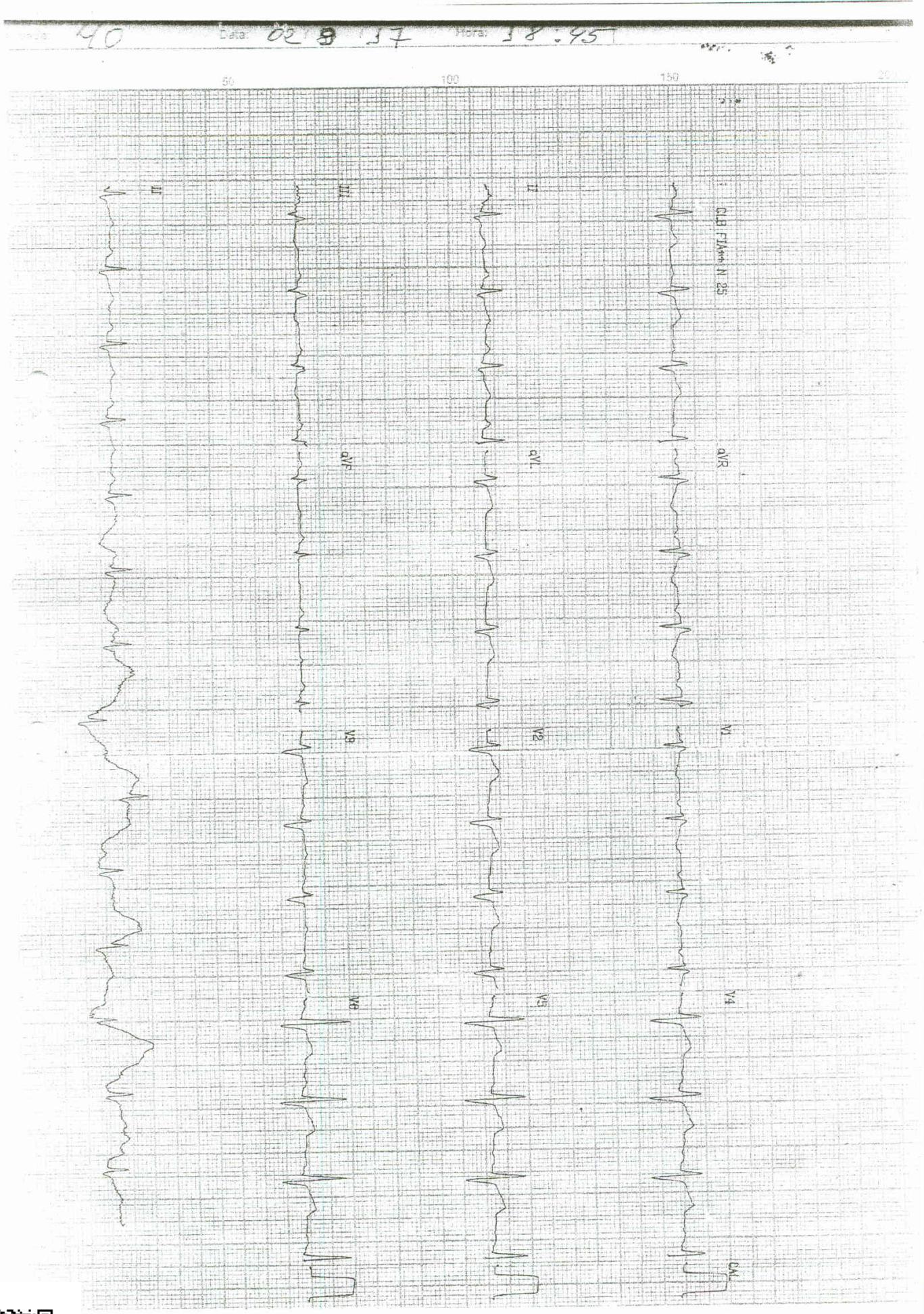
05/09/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Dr. Fabrício Nogueira Cr. 110
Cardiologista - CRM-PB 1600000016959005
CRMESP 1.640 | CRM/16959005





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

Sr.(a) _____

Encaminho

Jose Lito Soares de
Vasconcelos ao hospi-
tal Regional de Prazeres
paciente vítima de
polifusão com me-
norato de sforragia e
baixa acuidade auditiva
+ dificuldade de ampli-
fude da mandíbula.
Ao oftalmologista

12.09.17





HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
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) José Inácio Souza da Nóbrega, 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 S52.51S32.9, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 90 (Novo) dias, a partir desta data.

João H. Suassung Laurindo
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 7417

Patos-PB, 32/08/17

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



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



Patrônio consolidação com
cota 2a fase em
apoio na lombada 60% da
mão esquerda firmem como
firmagem da mobilidade

22 Junho 2018
30%. Como seguir as definições
firmar da mão esquerda
CID: T92.2

Patos 29 de Março

de 2018 Dr. Fábio de Souza Spé
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6119

pedir para os hembras
fim que possam seras
do movimento den entrela
mais hospital Regional de
Patos em vez de setor bro
a 2018 apresentando futur
de raios X total esquerda
CID 552.5) Sem é o nome da
a paciente é a menor com
osteossintese realizada
esquerda com placas e par-
fusos ativamente permane-

Data 1/1

MÉDICO - CRM 3923



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

Te: (83) 3421- 3444 -

393424242- 991186991*

Cep: 58700-070 - Patos - Pb.

AUDIOMETRIA TONAL LIMINAR

Solicitante:

Data: 27/03/2018

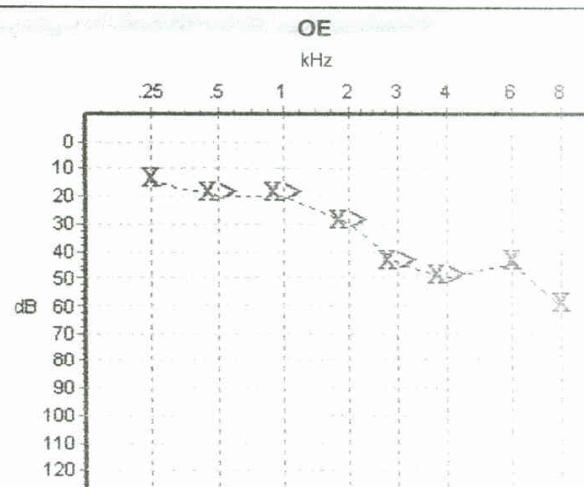
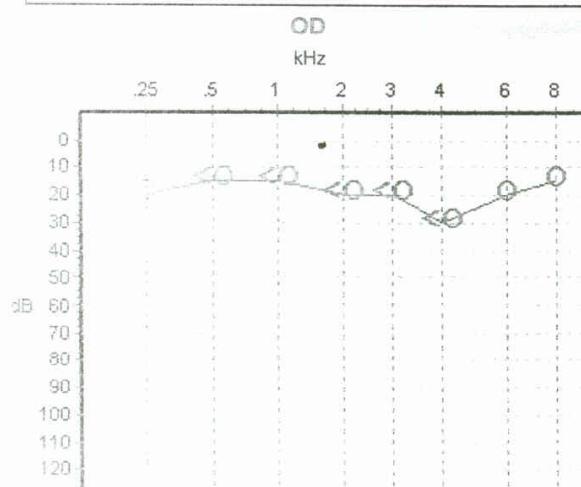
Paciente: Joselito Soares do Nascimento

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

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

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		

WEBER

kHz	.25	.50	1	2	4	
VA						
VO						

LRF

OD		dB
OE		

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



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, 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

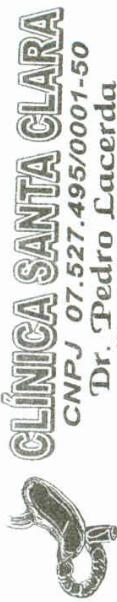
Paciente Joselito Soares do Nascimento sofreu acidente automobilístico dia 02/09/2017 e após episódio começou a apresentar vertigem, perda auditiva em ouvido esquerdo, zumbido e paralisia facial. Exame otorrinolaringológico evidenciou laceração em conduto auditivo externo de ouvido esquerdo, com membrana timpânica íntegra, além de paralisia facial à direita (House Brackmann III). Realizado audiometria cujo resultado confirmou perda auditiva neurosensorial 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: 168.400 SSP - PB

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

EM FRENTE AO HOSPITAL REGIONAL

PATOS - PARAÍBA

Patrônio com solitárias com
furada fazem
aperto na lombar 60% da
mão esquerda bem com
dor forte. La mobilidade
esquerdos é pior do que
direita. Com o tempo a dor
desenvolveu-se intensificando
CID: T92.2

Patrônio 29 de março

de 2018 Dr. Fábio de Moura Spá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6119

Patrônio para os exames
fiz que José Lito Souza
de medicina em entalha
no Hospital Regional de
Patos em 02 de setembro
de 2018 operaram com o futuro
de raios X total esquerdo
CID 552.5) Sem 2º raios
o tratamento é cirúrgico com
osteossíntese radial distal
dissecção com placas e par-
fusos. Atualmente paciente

Data 1/1/2018

MÉDICO - CRM 3923





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: $18,75\% \times 13.500,00 =$ 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



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Carta nº: 13139392

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\$ 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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE PATOS – 7^a 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 auferiu 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



Assinado eletronicamente por: BRUNO MEDRADO DOS SANTOS - 11/06/2019 11:35:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19053111030529900000021008103>
Número do documento: 19053111030529900000021008103

Num. 21623718 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 7^a 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 aufera boa 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 (seiscientos 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





Assinado eletronicamente por: ARTHUR ALVES DE MEDEIROS - 16/07/2019 21:03:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071621031584100000022086106>
Número do documento: 19071621031584100000022086106

Num. 22765737 - Pág. 2

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Eu, Josélio Soares do Nascimento, brasileiro(a), estado civil sóteiro, profissão agricultor, nascido(a) em 03/08/1947 inscrito(a) no CPF sob o nº 022.043.084-96 e RG nº 209.6607, residente na Capitão Pedro Soárez, 526, Bairro Centro, na cidade de Passagem, Estado PB, CEP 58 734-000. 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 7-VC da Comarca de Patos -PB, na AÇÃO de cobrança do Seguro DPAT, 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





177-481981612-7

26/JUN/2019

HORA DF 09:22:28

LOT. 13.023222-0

TERM 057192

LOCALIDADE: PASSAGEM

AG. VINCULADA: 0043

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 0

08/06 1,55 0

10/06 10,22 0

RESUMO EM 25/06

102,10

SALDO

177-481981612-7

1ª VIA



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ARTHUR ALVES DE MEDEIROS - 16/07/2019 21:03:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071621031711100000022086113>

Número do documento: 19071621031711100000022086113

Num. 22765744 - Pág. 1



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

Este documento é válido por 10 anos

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ARTHUR ALVES DE MEDEIROS - 16/07/2019 21:03:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071621031711100000022086113>
Número do documento: 19071621031711100000022086113

Num. 22765744 - Pág. 2



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ARTHUR ALVES DE MEDEIROS - 16/07/2019 21:03:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071621031711100000022086113>
Número do documento: 19071621031711100000022086113

Num. 22765744 - Pág. 3

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

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

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

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

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

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

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

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

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

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

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

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Parce a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

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

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

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: *José Alves de Medeiros*
Loc. Nasc.: *Itapira - SP* Est. *SP* Data. *03/08/71*
Filiação: *Neto de Antônio Ribeiro e Maria da Conceição*
...
Doc. No. RG: *2096072619* SSPB - *13-03-02*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão: *15/06/17009* SRTE *1003 Pernambuco*
Eduardo B. da Costa
Assinatura do Funcionário
Matr.: *756933*

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número: *96568* Série: *00018-PP*

X ASSINATURA DO PORTADOR

9

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:
.....

Scanned by CamScanner



REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

Registrado em / / como
..... sob
Nº Liv. Fls. Data
SRTE

Registrado em / / como
..... sob
Nº Liv. Fls. Data
SRTE Ass. do Funcionário

Registrado em / / como
sob
Nº Liv. Fls. Data
SRTE..... Ass. do Funcionário

Registrado em / / como
..... sob
Nº Liv. Fls. Data
SRTE. Ass. do Funcionário

DEPENDENTES

CARTEIRAS ANTERIORES

Número	Série	Data da Entrega
46568	00018-AB	04.06.87

12 795.570.930/0001-19
CONTRATO DE TRABALHO
 MONTREAL CONSTR. E TERRAPLENAGEM LTDA
 Empregador
 CNPJ/MF
 Jardim São Luiz - CEP 05.844-000
 Rua N°
 Município SÃO PAULO - SP Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo pedreiro
 CBO nº
 Data admissão 09 de Jan/2000 de 2008
 Registro nº 7164 Fls./Ficha 109
 Remuneração especificada 111.3.70 -
 11000,00 a 11000,00
 11000,00 a 11000,00
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 MONTREAL CONSTR. E TERRAPLENAGEM LTDA
 1º 2º
 Data saída 25 de Maio de 2008
 Ass. do empregador ou a rogo c/test. 314
 MONTREAL CONSTR. E TERRAPLENAGEM LTDA
 1º 2º
 Com Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO
CONSORCIO VIA PERMANENTE LINHA 2

CNPJ: 10.458.267/0001-80
ENDERECO: R DR RENATO PAES DE
BARROS - ITAIM BIBI
SAO PAULO - SP - 04530-001

SAO PAULO - SP
ATIV. ECONOMICA: CONSTRUCAO DE
RODOVIAS E FERROVIAS
REG. 00439 FRE

CBO: 71521 ADMISSAO: 14/10/2009

FUNCAO: PEDREIRO

REMUNERACAO: 4,31 (QUATRO REAIS E
TRINTA E UM CENTAVOS) POR HORA,
PAGOS MENSALMENTE.

Enc. Dep.º. Pessoal
1º 2º
Data saída 07 de setembro de 2010
Ass. do empreendedor a rogo c/test.
Maior G. B. G. 0052048
Enc. Dep.º. Pessoal
1º 2º
Com. Dispensa CD nº
.....



CEI 13.031.257/0001-52
CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: **CONSTRUTORA CEI LTDA.**

CNPJ/MF: Rua Floriano Peixoto, 2025
 Rua Boa Vista, N° 2.709-000
 Município: Cuitéia PB.
 Esp. do estabelecimento: CARPINTERO

Cargo: CBO nº

Data admissão: 06 de Maio de 2000
 Registro nº 302 Fls./Ficha 302

Remuneração especificada: R\$ 3.980,00
 100% NOAIS E NOVENTA E
 DEZ REAIS E Vinte e quatro reais e
 vinte centavos

CONSTRUTORA CEI LTDA.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

Data saída: 16 de Abril de 2012

CONSTRUTORA CEI LTDA.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

2º

Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: **11.449.323/0001-83**

CNPJ/MF: **ADALBERTO FERREIRA DA SILVA**

Rua: **CONSTRUÇÃO CIVIL ME** N°

Município: **Rua Costa do Marim, 20 - Fazendinha** Est.

Esp. do estabelecimento: **Núcleo Residencial CEP 14050-750**

Cargo: **Pintor** CBO nº

715210

Data admissão: 01 de Julho de 2012

Registro nº: Fls./Ficha 60

Remuneração especificada: R\$ 4.200,00

Novecentos e quarenta reais e

vinte e quatro centavos

ADALBERTO FERREIRA DA SILVA CONSTRUÇÃO CIVIL ME

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: J M LOPES CONSTRUCAO EIRELI ME
 CNPJ: 13.838.190/0001-62
 RUA FREI DAMIAO DE BOZANNO
 N°.: 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)

José M. Lopes

J M LOPES CONSTRUCAO EIRELI ME

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída: 31 de maio de 2014
José M. Lopes

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador:

CNPJ/MF:

Rua:

Município:

Esp. do estabelecimento:

Cargo:

CBO nº:

Data admissão:

Registro nº:

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..... N°.....
 Município..... Est.....
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo..... CBO nº.....
 Data admissão de
 Registro nº Fls./Ficha.....
 Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída..... de
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
 CNPJ/MF.....
 Rua..... N°.....
 Município..... Est.....
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo..... CBO nº.....
 Data admissão de
 Registro nº Fls./Ficha.....
 Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída..... de
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
 CNPJ/MF.....
 Rua..... N°.....
 Município..... Est.....
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo..... CBO nº.....
 Data admissão de
 Registro nº Fls./Ficha.....
 Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída..... de
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
 CNPJ/MF.....
 Rua..... N°.....
 Município..... Est.....
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo..... CBO nº.....
 Data admissão de
 Registro nº Fls./Ficha.....
 Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída..... de
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD nº





PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE PATOS – 7^a 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



Assinado eletronicamente por: BRUNO MEDRADO DOS SANTOS - 06/11/2019 08:43:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1911051401014870000025057833>
Número do documento: 1911051401014870000025057833

Num. 25928718 - Pág. 1