



Número: **0805488-05.2018.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **25/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.593,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO (AUTOR)		ARTHUR ALVES DE MEDEIROS (ADVOGADO) ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17416 476	25/10/2018 16:49	Petição Inicial	Petição Inicial
17416 779	25/10/2018 16:49	PROTOCOLO E DECLARAÇÃO	Procuração
17416 797	25/10/2018 16:49	DOC PESSOAIS	Documento de Comprovação
17416 816	25/10/2018 16:49	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	Documento de Comprovação
17416 836	25/10/2018 16:49	DOC DO VEÍCULO	Documento de Comprovação
17416 868	25/10/2018 16:49	B.O	Documento de Comprovação
17416 902	25/10/2018 16:49	DOC MÉDICOS Parte1	Documento de Comprovação
17416 935	25/10/2018 16:49	DOC MÉDICOS Parte2	Documento de Comprovação
17416 962	25/10/2018 16:49	DOC MÉDICOS Parte3	Documento de Comprovação
17416 972	25/10/2018 16:49	DOC MÉDICOS Parte4	Documento de Comprovação
17417 018	25/10/2018 16:49	CARTA LÍDER	Documento de Comprovação
21623 718	11/06/2019 11:35	Despacho	Despacho
22765 737	16/07/2019 21:03	Petição Justiça Gratuita	Petição
22765 741	16/07/2019 21:03	DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF	Documento de Comprovação
22765 744	16/07/2019 21:03	EXTRATO BANCARIO - CARTÃO DO SUS - CTPS	Documento de Comprovação
25928 718	06/11/2019 08:43	Despacho	Despacho

JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade RG sob nº 2.096.607 SSP/PB, inscrito no CPF sob nº 022.043.034-96, domiciliado na Rua Capitão Pedro Rafael, Nº 526, Bairro Centro, na Cidade de Passagem, Estado da Paraíba, CEP: 58.734-000 vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência por seu advogado, conforme instrumento de procuração doc. anexo, com fulcro no art. 319 e ss do Código de Processo Civil, Lei 6.194/74, bem como alterações pela Lei 11.482/07 ajuizar a presente:

AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA DPVAT

com fulcro na Lei 8.441/92, que dá nova redação à Lei Federal nº 6.194/74, e nos demais dispositivos legais aplicáveis à espécie, em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, situada na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP - 20031-205, pelo que declara e passa a expor:

**PRELIMINARMENTE
DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA**

Conforme disposto no art. 98 do CPC, declara o requerente não possuir recursos financeiros suficientes atualmente para demandar em juízo sem o comprometimento de sua subsistência e de sua família, razão pela qual faz jus e requer o benefício da gratuidade de justiça, conforme poderes expressos conferidos em procuração anexa.

DA COMPETÊNCIA

A parte demandante fez a escolha deste foro, tendo em vista o domicílio do autor e com base na Súmula 540 do STJ: "Na ação de cobrança do seguro DPVAT, constitui faculdade do autor escolher entre os foros do seu domicílio, do local do acidente ou ainda do domicílio do réu".

DA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO E MEDIAÇÃO

Diante do novo artigo 319, inciso VII e artigo 334, §5º do CPC, vem a parte autora expor que não tem interesse em participar, neste primeiro momento, da audiência de conciliação e mediação antes da realização da perícia médica, pois a Lei que regulamenta o Seguro DPVAT impõe a necessidade dela para quantificar o grau da lesão e, conseqüentemente, verificar se a parte autora tem algum valor a receber ou não. Após isso, é que a Seguradora ré será capaz de ofertar possível proposta ou o MM. Juiz julgar.

Assim, com base nas explanações acima e no artigo 334, §5º do CPC, a parte autora **não** tem interesse na auto composição nesta fase do processo.

DOS FATOS

A parte demandante foi vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia **02/09/2017**, que resultaram em sequelas definitivas, com **PERDA COMPLETA DA MOBILIDADE DE UM DOS**



PUNHOS, E PERDA AUDITIVA TOTAL BILATERAL, CAUSANDO DOR INTENSA e acarretando-lhe sequelas permanentes, assim impedindo o desempenho de suas funções habitualmente exercidas, conforme documentação anexa.

No entanto, a parte requerente fez requerimento administrativo do Seguro (**SINISTRO Nº 3180012987**), recebendo o valor de **R\$ 5.906,25 (cinco mil novecentos e seis reais e vinte e cinco centavos)** mesmo comprovando que diante das lesões sofridas, em total desrespeito à legislação vigente, fazendo jus à parte autora ao recebimento da integralidade de toda a monta indenizatória, restando à parte autora o direito a receber a quantia de **R\$ 7.593,75 (sete mil quinhentos e noventa e três reais e setenta e cinco centavos)**.

Preponderante destacar que o fato do acidente ocorreu, haja vista documentação vasta juntada a esta inicial, de modo que o envolvimento em acidente de trânsito e com veículo automotor já dá direito ao requerente pleitear por tal seguro.

DO DIREITO

Sendo a parte demandante vítima de acidente de veículo automotor, atrai a aplicação da Lei nº 6.194/74 (Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não); conforme o artigo 3º, alínea “b” que dispõe:

“Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada: (Lei nº 11.482/2007)

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas .”

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (**LEI Nº 6.194/1974**).

Assim, esclarecendo novamente, a parte autora não recebeu o valor integral de pleno direito, em total desrespeito com a legislação vigente, fazendo jus ao recebimento da diferença ao valor integral da indenização, de seu direito, caso realmente exista, após perícia quantitativa obrigatória a ser realizada em Juízo conforme Súmula 474 do STJ, que segue abaixo:

“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Conforme documentos anexos, a parte demandante comprova o acidente e os danos por este causado, em consonância com o art. 5º, da Lei 6.194/74, que exige a simples prova do acidente independente da existência de culpa, conforme jurisprudências transcritas a seguir, in verbis:

SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES APELAÇÃO CÍVEL 4550/96 - Reg. 3204-1 Cod. 96.001.04550 QUARTA CÂMARA - Unânime Juiz: PAULO GUSTAVO REBELLO HORTA - Julg: 27/06/96 DPVAT. FALTA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO. LEI N. 8441/92. INCONSTITUCIONALIDADE. INOCORRENCIA. A Lei n. 8441/92 não conflita com o art. 192 da Constituição da Republica nem contraria a essência do contrato de seguro, previsto no art. 1432 do Código Civil, nos



casos em que o seguro não se acha realizado ou vencido, pois a constituição obrigatória do consórcio de seguradoras foi criado justamente para cobrir a indenização por pessoas acidentadas, independente do pagamento do prêmio. Inconstitucionalidade rejeitada. A indenização por morte em acidente de trânsito e devida, mediante simples prova do acidente, ainda que não recolhido o DPVAT. Cabe à seguradora acionada reaver do consórcio o que tiver satisfeito em face da aplicação do art. 7, da Lei n. 8441/92. (grifo nosso)

Diante do exposto, não restou alternativa senão entrar com a presente ação para receber o correspondente à diferença entre o valor recebido e o valor devido com base na Lei 6.194/74.

DO REQUERIMENTO

Assim, ante o exposto, é a presente para REQUERER à Vossa Excelência o quanto segue:

- 1) Seja citada a ré na forma do artigo 242 do NCPC, com a observação do **não interesse** na audiência de conciliação e mediação, bem como com as suas devidas observações e consequências no endereço indicado nesta peça vestibular, nas pessoas de seus representantes legais;
- 2) A **PROCEDÊNCIA** da presente, com a condenação da requerida ao pagamento da diferença no valor **R\$ 7.593,75 (sete mil quinhentos e noventa e três reais e setenta e cinco centavos)** da indenização do seguro obrigatório DPVAT, corrigidos monetariamente juros de 1% a.m. contados desde a data do acidente, conforme Súmula 54 do STJ e atualizados à data da efetiva liquidação, com fulcro no artigo 3º, alínea "a", da Lei 6.194/74 e com fulcro no art. 319 e ss do Código de Processo Civil;
- 3) Requer a inversão do ônus da prova, nos termos do art. 6º, inciso VIII do Código de Defesa do Consumidor, por ser parte hipossuficiente desta relação.
- 4) Requer que Vossa Excelência conceda os **benefícios da justiça gratuita**, considerando que a parte autora não pode arcar com as custas e demais despesas processuais.
- 5) Atesta a autenticidade dos documentos trazidos à baila a este M.M Juízo, sob responsabilidade exclusiva do advogado patrono desta ação, conforme artigo 425 do Código de Processo Civil.
- 6) Protesta e requer provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos.
- 7) Em especial e indispensável, requer que seja realizada a **PROVA PERICIAL**, para averiguar o grau das lesões da parte autora, através de perícia traumatológica.
- 8) Requer a condenação em honorários advocatícios na importância de 20% com base no artigo 85 e seguintes do NCPC.
- 9) Julgar totalmente procedentes as pretensões da parte Demandante acima pleiteadas, por ser da mais inteira JUSTIÇA.
- 10) Outrossim, requer sejam todas as intimações publicadas exclusivamente em nome dos Procuradores **ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES, inscrito na OAB/PB 17.997 e ARTHUR ALVES DE MEDEIROS inscrito na OAB/PB 25.763**, com endereço profissional constante na procuração.

Dá-se a esta o valor de **R\$ 7.593,75 (sete mil quinhentos e noventa e três reais e setenta e cinco centavos)**.

Nestes termos,
Pede Deferimento

Patos - PB, 25 de outubro de 2018.



ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES
OAB/PB 17.997

ARTHUR ALVES DE MEDEIROS
OAB/PB 25.763

QUESITOS DA PARTE AUTORA:

- 1 – A PARTE AUTORA SOFREU ALGUM (S) TIPO DE FRATURA?
- 2 – SE POSITIVO, INFORMAR SE DESTA GEROU ALGUMA DEBILIDADE PERMANENTE?
- 3 – APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO (S) MEMBRO (S) FRATURADO (S)?
- 4 – APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DOS MEMBROS AFETADOS?
- 5 – SOFREU DEBILIDADE PERMANENTE? SOFREU DEFORMIDADE PERMANENTE?
- 6 – A PARTE EXAMINADA SOFREU INCAPACIDADE PARA O TRABALHO?
- 7 – QUE O PERITO ACRESCENTE O QUE ACHAR CONVENIENTE PARA SOLUÇÃO DO LITIGIO.



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 Lapael, 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



REGISTRO
 GERAL
 Nº 2096607 2ª Via
 NOME JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
 FILIAÇÃO Antonio Braz do Nascimento
 Maria Martins do Nascimento
 PASSAGEM-PB
 Nº de Inscrição 022043034-96
 Data de Nascimento 03/08/1977
 Cert. Nascimento nº 404 Fls. 70v. 11v. 27
 LEI Nº 7.112 DE 21/06/83

P. 000
 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
 ASSINATURA DO TITULAR
 CARTEIRA DE IDENTIDADE

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
 JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

S E C R E T A R I O
 VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 Emitido em : 09/07/94

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





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



Classificação: RESIDENCIAL / BAIXA RENDIMENTO MONOFÁSICO B220, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
Rotômetro: 1174-716-2606 Referência: Ago / 2017
Número de 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 / Contas 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

Consumo		Constante		Consumo		Dias	
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq.	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS (R\$)	Coluna (R\$)
0601	Consumo até 50 kWh-BR	30,000	0,210400	6,31	6,31	0,08	0,29
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	37,000	0,330700	12,34	12,34	0,12	0,61
0601	Adic. B. Amarela			0,71	0,71	0,01	0,03
0601	Adic. B. Vermelha			0,30	0,30	0,00	0,01
0610	Subsídio			23,35	23,35	0,23	1,04

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS		Constante		Consumo		Dias	
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq.	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS (R\$)	Coluna (R\$)
0907	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			0,79	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 6/7/2017			0,19	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 07/2017			0,59	0,00	0,00	0,00
0908	Devolução Subsídio			-16,24	0,00	0,00	0,00

CC	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
148	14/08/2017	R\$ 30,34

Histórico de Consumo (kWh)											
75	78	95	83	95	92	88	88	93	202	218	178
Jul/17	Jun/17	Mar/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16	Ago/16

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

Indicadores de Qualidade - RQ217 - RQ22				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (%)		Discriminação	Valor (R\$)	%
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			Serviço de Transmissão	0,36	1,19
FIC MENSAL	3,48	0,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	1,67	5,56
FIC TRIMESTRAL	8,87		LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	15,98	52,80
FIC ANUAL	13,85		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,30	0,90
DMC	3,54			Total	30,34	100,00
DICRI	12,22			Valor do EUSD (Ref. 8/2017) R\$ 8,44		



PB Nº 012153017809		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
FRANCISCO SOARES DO NASCIMENTO			
ESTÉ O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
43301		www.dpvatsegurostransito.com.br 793/PB	
		SAC DPVAT 0800 022 1204	
RENAVAM *		MARCA / MODELO	
ANO FAB. CALABRE		Nº CHASSI	
1 43301710144		OGC1793/PB	
01074062229		PROMISSÃO DE PAGAMENTO	
FNS (R\$)	DEMATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
2009 9	9C2JC4140R013714		
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)	
*****		DATA DE EMISSÃO	
PAGAMENTO *		P.A.G.O.	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO		

MAY-2015



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: Genivaldo 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)

Enfitegas nos membros inferiores, Superior direito, Esquerdo, Região Frontal com lesões superficiais

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 encefala

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Pac. 40 anos, obeso, consciente, dor de modo leve no abdômen 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

CID: T-92.2

Ptá, 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

Serviço médico

Pedido para a duvida
 em que pedido de
 do tratamento de ortopedia
 no Hospital Regional de
 Patos em 02 de setembro
 de 2015 apresentando fatura
 de retificação da fatura de
 (CID S52.5) em 10 de setembro
 a fatura do a cargo com
 a extensão da fatura
 quando em fatura e fatura
 para a fatura de fatura

Data 1

IMPRESSO - CROD 0073



HOSPITAL REGIONAL DE JANDUÍ CARNEIRO
RUA HORACIO SOBREGA, 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:

Frestas no osso distal (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>11</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





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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Jose Lito 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 meso</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 de assepsia + antissepsia</u>
<u>3) fto redução + fixação 2 fios</u>
<u>4) curativo</u>
<u>Dr. W. A. P. S. N.</u>
<u>faixa 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	Outros
Urina					
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 Antidoto					
Medicação Pré-Anestésica		Aplicada às	Efeito		
Anestesia		INDUÇÃO			
Tipo: G600		Satisf. <input checked="" type="checkbox"/> Excl. <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/>			
Dose: 1500		Laringo Espasmo <input type="checkbox"/> Lenta <input type="checkbox"/>			
130		Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/>			
140		Outros <input type="checkbox"/>			
150		MANUTENÇÃO			
160		Bior 150			
170		Anestesia Satisf. Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
180		Não, porque? <input type="checkbox"/>			
190		DESPERTAR			
200		Reflexos na SO <input checked="" type="checkbox"/>			
210		Obstr. CO2 <input type="checkbox"/> Excit. <input type="checkbox"/>			
220		Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/>			
230		Outros <input type="checkbox"/>			
240		Com cânula			
250		para o leito sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>			
260		CONDIÇÕES			
270		Cânula			
280					
290					
300					
310					
320					
330					
340					
350					
360					
370					
380					
390					
400					
410					
420					
430					
440					
450					
460					
470					
480					
490					
500					
510					
520					
530					
540					
550					
560					
570					
580					
590					
600					
610					
620					
630					
640					
650					
660					
670					
680					
690					
700					
710					
720					
730					
740					
750					
760					
770					
780					
790					
800					
810					
820					
830					
840					
850					
860					
870					
880					
890					
900					
910					
920					
930					
940					
950					
960					
970					
980					
990					
1000					


Assinado eletronicamente por: ARTHUR ALVES DE MEDEIROS - 25/10/2018 16:48:50
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18102516452257800000016958972
Número do documento: 18102516452257800000016958972

René Trigueiro Caroca
CRM 3240 - CBO 226151
CNS 206790106740003

René Trigueiro Caroca
CRM 3240 - CBO 226151
CNS 206790106740003




NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <i>Joselito 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	1	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
	Abbocote 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 PARAÍBA 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	Scalp Foggi
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ 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
	Etodimide		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 p/ 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>Josepito 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>fratura em fêmur</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>Pont. Vulture de arite Aludado</u> <u>Ao exame físico sem sinais de fratura</u> <u>em face em punho Anterior e lateral</u> <u>Sinal de epístase Neg.</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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Joelma Soares

DA CLÍNICA
A CLÍNICA

C. Geral

Braço esquerdo

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)
2

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



REQUISIÇÃO 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

PRÉ-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

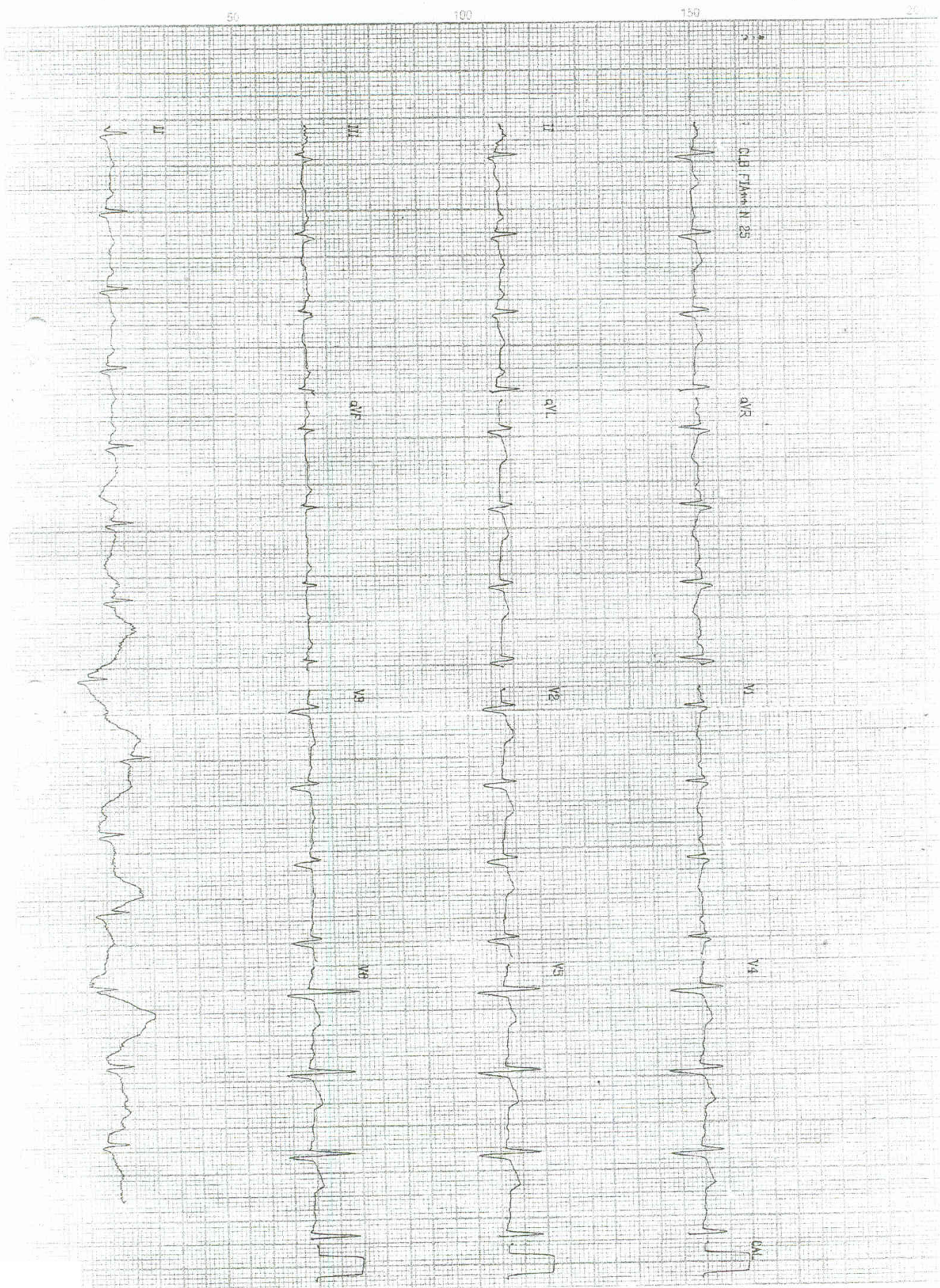
Dr. Fabrício de Medeiros
Cardiologista
CREMESP 1.040 / CRM 13.510



onda: 40

Data: 02/03/17

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-
funde 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



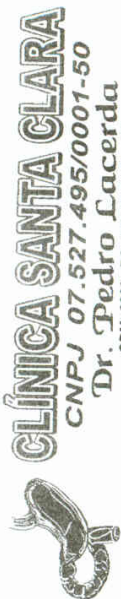


futuro consolidada com
cura da fratura em
aproximadamente 60% da
mão esquerda bem como
limitação da mobilidade
do punho esquerdo em
30% com sequelas defini-
tivas da lesão inicial

CDD: T92.2

Patos, 29 de março
de 2018

Dr. Fábio de Moura 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 em entrada
no Hospital Regional de
Patos em 02 de setembro
de 2014 apresentando fratura
do rádio distal esquerdo
(CDD 552.5) 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

(Ouvido, 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

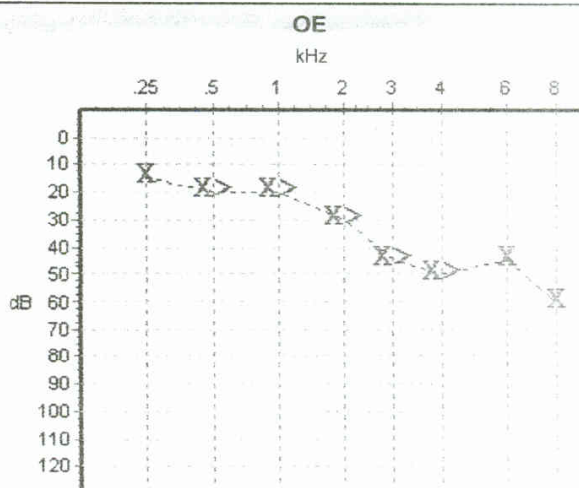
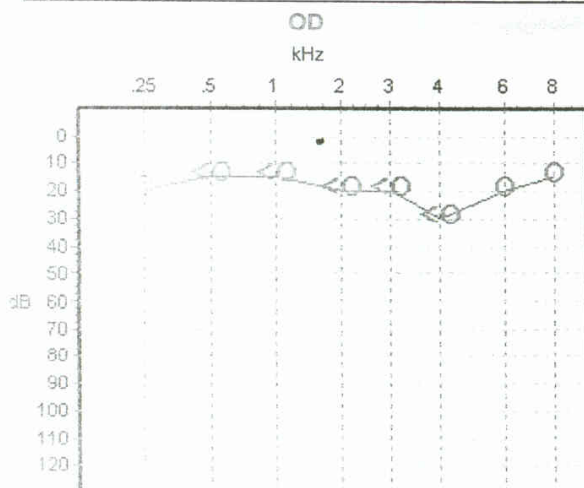
Paciente: Joselito Soares do Nascimento

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
VO		15	15	20	20	30		

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

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
VO		20	20	30	45	50		

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

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



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
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.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.

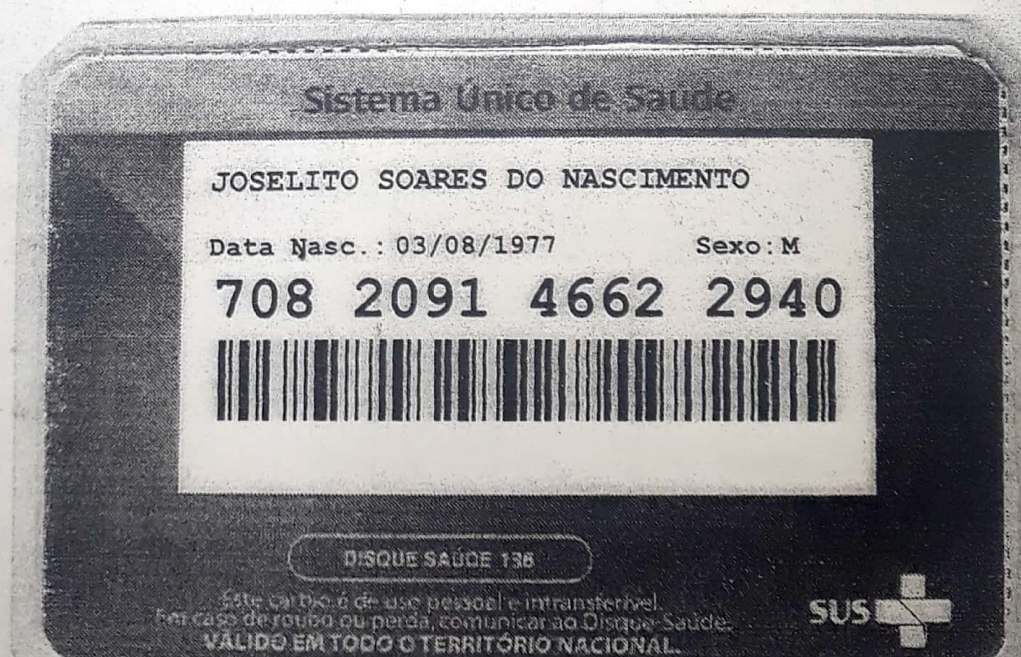


CAIXA
www.caixa.gov.br

Ministério do Desenvolvimento
Social e Combate à Fome

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



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 eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

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

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

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

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

Leia e 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.

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

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

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

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 46568 Série 00018-PR

ASSINATURA DO PORTADOR
Yoneildo Soares de Almeida

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Yoneildo Soares de Almeida*
Loc. Nasc. *Paragipem PB* Est. *PB* Data *03/08/71*
Filiação *Antônio José Soares de Almeida*
Almeida - filho de Yoneildo Soares de Almeida
Doc. Nº *RG 2.096.607-2* *SS 81/82 - 13-03-02*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em *15/06/2009* Doc. Ident. Nº *SRTE 24000000000000000000*
Exp. em *15/06/2009* Estado *Paraná*
Obs. *Elizete B. de Almeida*
Data Emissão *15/06/2009* Assinatura do Funcionário *[Assinatura]*
Nat. 7504331

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.



DEPENDENTES

[illegible]

7

CARTEIRAS ANTERIORES

Número	Série	Data da Entrega
46568	00018	PR-04-06-2

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

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

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.

1ª 2ª
Data saída 07 de dezembro de 2022

Ass. do empregador com a rogo c/test.

Com. Dispensa CD n°



CEI 13.031.257/0001-52
CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: CONSTRUTORA CEI LTDA.

CNPJ/MF: Rua Flor... 2025

Rua: Bodocó... P. 709-000

Município: Camama Grande Est. 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: CONSTRUÇÃO CIVIL ME

Município: Rua Costa do Mar... Est. SP

Esp. do estabelecimento: Núcleo Des. Vila... CEP 14050-750

Cargo: pedreiro

CBO nº: 315210

Data admissão: 01 de fevereiro de 2012

Registro nº: Fls./Ficha: 60

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

centos e quatro reais e

cinco centavos

ADALBERTO FERREIRA DA SILVA CONSTRUÇÃO CIVIL ME

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

Data saída: 06 de maio de 2012

ADALBERTO FERREIRA DA SILVA CONSTRUÇÃO CIVIL ME

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)

J M LOPES CONSTRUCAO EIRELI ME

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

Data saída: 31 de maio de 2014

J M LOPES CONSTRUCAO EIRELI ME

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**

