

## PROCURAÇÃO

Outorgante: **ANTÔNIO VALTER FERREIRA DE LIMA**, brasileiro, união estável, agricultor, portador do RG nº 4.157.318 SSDS/PB e inscrito no CPF sob o nº.705.257.874-37, residente e domiciliado no Sítio Queimado, s/n, Zona rural na Cidade de Paulista - Paraíba, CEP: 58.860-000.

Outorgados: **BEL. TARCÍSIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 19.975, Seccional da Paraíba e a **BELA. ALINE RODRIGUES GOMES OLIVEIRA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 20.768, Seccional da Paraíba, ambos com endereço profissional na Rua Domingos de Medeiros, nº 115, Empresarial Thaíla Vitória, Centro, CEP: 58.840.000, Pombal, Estado da Paraíba.

**PODERES:** Por este instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** confere aos **OUTORGADOS** os mais amplos e ilimitados para o foro em geral, perante qualquer juízo, instância, tribunal, ou fora deles, propor quaisquer ações, defendê-lo nas que lhe forem propostas, representação igualmente válida perante autoridades administrativas e policiais, podendo promover quaisquer medidas preliminares, preventivas ou assecuratórias de seus direitos e interesses, inclusive os da cláusula “ad judícia” e outros, por mais especiais que sejam, para confessar, desistir, fazer acordos, prestar compromisso de inventariante, receber e dar quitação, receber e levantar alvará judicial ou guia de retirada, requerer falências, impetrar mandado de segurança, levantar depósito de qualquer natureza, transigir, praticar, enfim, todos os atos em direito admitidos e que julgar necessário ao bom e fiel desempenho na defesa dos interesses do(a) outorgante, independentemente, da ordem de colocação dos nomes, conjunta ou separadamente, podendo também substabelecer no todo ou em parte, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, inclusive para representá-lo junto a autarquias públicas federais, estaduais e municipais, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

**PAULISTA - PB, em 27 de setembro de 2019.**

Antônio Valter Ferreira De Lima.

**ANTÔNIO VALTER FERREIRA DE LIMA**



### **DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA**

Eu, **ANTÔNIO VALTER FERREIRA DE LIMA**, brasileiro, união estável, agricultor, portador do RG nº 4.157.318 SSDS/PB e inscrito no CPF sob o nº.705.257.874-37, residente e domiciliado no Sítio Queimado, s/n, Zona rural na Cidade de Paulista - Paraíba, CEP: 58.860-000, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos do Artigo 98 e seguintes do CPC e da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

**PAULISTA - PB**, em 27 de setembro de 2019.

Antônio Valter Ferreira de Lima.

**ANTÔNIO VALTER FERREIRA DE LIMA**







Endereço da Unidade Consumidora:  
GERALDO ALVES DE FARIAS  
SIT QUEIMADO, S/N - 58860000 - CEP: 58860000  
ÁREA RURAL  
PAULISTA (AG: 237)

Classe/Subcl.: RUR MTC B2-1199/RURAL-IRRIGANTE  
Roteiro: 015 - 0242 - 771 - 0560  
Nº do Medidor: 00008559950  
MATRÍCULA: 0001447834-2019-07-4  
DOM. ENT.:

LIGAÇÃO: TRIFÁSICO  
DOM. BANC.:  
CNPJ/CPF: 586.148.424-49



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica  
Nº: 028.773.799

Atendimento ao Cliente ENERGISA  
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta

0800 083 0196 ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

SEGUNDA VIA

Emissão: 25/07/2019

Identificador para Débito Automático: 0001447834-1

CONTA REFERENTE A

APRESENTAÇÃO

DATA PREVISTA DA  
PRÓXIMA LEITURA

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

Julho/2019

30/07/2019

23/08/2019

5/1447834-1

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa s/ Tributos	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS(R\$)	Aliq. ICMS	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS/COFINS (R\$)	PIS (R\$) (1,0845%)	COFINS(R\$) (4,9955%)
0601	Consumo em kWh	1,440,000			613,65	0,00	0	0,00	613,65	6,65	30,85
0601	Consumo em kWh Reservado	487,000	0,400240	0,426140	56,03	0,00	0	0,00	56,03	0,61	2,80
0601	Adic. B. Amarela		0,108060	0,115040	20,77	0,00	0	0,00	20,77	0,22	1,04
0610	Subsídio				508,15	0,00	0	0,00	508,15	5,51	25,38
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0906	Devolução Subsídio				-477,26	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2019				1,23						
0805	MULTA 08/2019				36,94						

CCI: Código de Classificação do Item

Total: 759,51 0,00 0,00 1.198,60 12,99 59,87

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DISTRIBUIÇÃO ENERGISA/PB	224,18	29,51
COMPRA DE ENERGIA	336,43	44,30
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	34,89	4,59
ENCARGOS SETORIAIS	52,98	6,98
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	111,03	14,62
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	759,51	100,00

- Valor Encargo Uso Sist. Distr. (Ref 05/2019): R\$ 376,52

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

07/08/2019

R\$ 759,51

Reservado ao Fisco

1f29.59fa.44a3.97a1.5e3d.b2a6.a3ba.6642

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

RECIBO DO PAGADOR

BANCO DO BRASIL S A | 001-9 | 00190.00009 02624.912008 04501.149175 8 79740000075951

LOCAL DE PAGAMENTO

PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S A

VENCIMENTO

07/08/2019

BENEFICIÁRIO

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

CNPJ

09.095.183/0001-40

AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO

ENDEREÇO

BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

NOSSO NÚMERO

26249120004501149

DATA DO DOCUMENTO

25/07/2019

Nº DO DOCUMENTO

1447834-2019-07-4

ESPÉCIE DOC

DS

ACEITE

N

DATA DO PROCESSAMENTO

25/07/2019

(=) VALOR DO DOCUMENTO

759,51

USO DO BANCO

CARTEIRA

17

ESPECIE

R\$

QUANTIDADE

VALOR

(-) DESCONTOS/ABATIMENTOS

INSTRUÇÕES

(-) OUTRAS DEDUÇÕES

(+) MORA/MULTA

(+) OUTROS ACRÉSCIMOS

(=) VALOR COBRADO

OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS  
NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA.

TÍTULO SUJEITO A PROTESTO A PARTIR DO DÉCIMO DIA CORRIDO APÓS O VENCIMENTO

NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.

PAGADOR

GERALDO ALVES DE FARIAS

SIT QUEIMADO, S/N - 58860000

SACADOR/AVALISTA

CPF/CNPJ

586.148.424-49

PAULISTA (AG: 237)

CÓD. DE BAIXA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA - 08/10/2019 16:21:55

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910081621521450000024307849

Número do documento: 1910081621521450000024307849

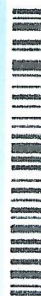
Num. 25127835 - Pág. 2





<b>REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>	
DETTRAN - PB Nº 012506870906	
LA CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA	COD. RENAVAM 201609000007687666CICLO
1	0019170897-6 00/00000000 2016
NOME MARIA DAS GRACAS R LEANDRO	
CPF / CNPJ	PLACA NQH9670/PB
05062854482	
PLACA ANT / UF	CHASSI
NOVO PB 9C2JC4110AR531310	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	COMBUSTIVEL GASOLINA
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS	ANO FAB. 2009
CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI	COR PREDOMINANTE PRETA
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA
1º IPVA PAGO EM 07/10/2016	1º
2º FAIXA IPVA. PARCELAMENTO / COTAS	2º
3º	3º
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0	PRÊMIO TOTAL (R\$) 0
DATA DE PAGAMENTO 07/10/2016	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO	
OBSERVAÇÕES	
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA 0	
POMBAL - PB - LOCAL	DATA 07/10/2016
14311	15466

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NAO - SEGURO DPVAT		
PB Nº 012506870906 BILHETE DE SEGURO DPVAT		
2016		
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT		
05062854482 INFORMAÇÕES, LEIA NQH9670/PB		
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		
www.dpvatsegurodotransito.com.br		
SAC DPVAT 0800 022 1204		
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	05062854482	NQH9670/PB
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00191708976	HONDA/CG 125 FAN KS	
ANO FAB. 2009	CAT. IRRF. 9	Nº CHASSI
		9C2JC4110AR531310
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$) *****	DENATRAM (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	DE (R\$) SEGURO	TOTAL A SER PAGO PELA SEGURO (R\$) P A G O
DATA DE QUITAÇÃO 07/10/2016		
PARCELADO		
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		
CNPJ 09.248.609/0001-04		
www.seguradoralider.com.br		
15466-1001063-20161007		





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Graças Rodrigues Leandro,  
RG nº 242.5328, data de expedição 09/05/1997, Órgão SSM PB,  
portador do CPF nº 050.628.544-82, com Domicílio na  
cidade de Paulista, no Estado de Pernambuco, onde  
resido na - (Rua/Avenida/Estrada) Sítio JARDIM,  
nº 5/N, complemento, ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que  
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Antônio Walter Ferreira de Lima  
cujo o condutor era Antônio Walter Ferreira de Lima.

Veículo: motocicleta  
Ano: 2009/2010  
Modelo: Honda /CG 125 Fan Ks  
Placa: NQH 9670/PB  
Chassi: 9C2JC4110AR531310  
Data do acidente: 22/06/19

Local e data: Paulista - PB, 20 de setembro de 2019.



X Maria das Graças Rodrigues Leandro  
Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

Not: JOANA D'ARCELIA DE QUEIROGA  
Sub: ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA  
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: MARIA DAS GRACAS  
RODRIGUES LEANDRO.  
Em testemunho da verdade. Dou  
fé. POMBAL-Paraíba, um de agosto de dois mil e dezenove  
SN1025A  
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-ANY53084-XE2S  
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
EMOLUM R\$ 11,89 FAREN R\$ 0,29 FEPJ R\$ 0,00  
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



2º TABELIONATO DE REGISTRO  
DE TÍTULOS/DOCUMENTOS/  
NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB  
André Luiz E. de Queiroga  
Tabelião Substituto







**BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL Nº 0668/2019**

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **22/06/19** hora: **19h:00min**

Notificante: **ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA**, alcunha "**NEGO**",  
Nacionalidade: brasileiro, união estável, agricultor,  
naturalidade: Pombal/PB, nascido em 06/09/1993, documento: RG nº  
4.157.318 SSDS/PB, CPF nº 705.257.874-37, filho(a) de Valdenor  
Ferreira de Lima e de Luzia Vieira de Lima, endereço: Sítio  
Queimados, Zona Rural de Paulista/PB, referência: telefone para  
contato 83-9 9905 8067.

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): **ROBERTO FONSECA BARROS**

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: ,  
naturalidade: , idade: \*\*, nascido em  
/ / , cor/raça: \*\*\*\*\*, Estado Civil: \*\*\*\*\*,  
Profissão: , Escolaridade: \*\*\*\*\*, documento: ,  
filiação: e de  
, endereço: \*\*\*\*\* , referência: . Tel/Cel:( ) ;

**HISTORICO DO FATO**

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: O noticiante relata que na data 22/06/19 por volta das 19h:00min estava dirigindo uma motocicleta modelo Honda CG 125 Fan KS, cor preta, placa NQH 9670/PB, chassi 9C2JC4110AR531310, renavam 0019170897-6, registrada em nome de Maria das Graças R Leandro, quando nas imediações da CAGEPA no município de Paulista/PB uma motocicleta em sentido contrario atingiu a motocicleta do noticiante; Que o noticiante caiu na via pública e foi socorrido para o Hospital local. Nada mais a consignar.

São Bento-PB, 24 de Julho de 2019. Às 15:20 horas.

<u>Antonio Valter Ferreira de Lima</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Notificante	<input type="checkbox"/> Testemunha Arrogada
Assinatura do Policial responsável pelo registro	
Matrícula: 168.620-8	
<div>POLEGAR DIREITO</div>	





data com tudo com termo supran, + reconhecido com data e hora e @ + reconhecido

<b>HOSPITAL E MATERNIDADE EMERENTINA DANTAS</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PAULISTA - PB</b> <b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>		CNPJ: 08.945.727/0001-53 Ficha Número: 62655	
CNPES: 2613530	HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS	UF: 25	
ENDEREÇO: VIGOLVINO CALIXTO, SN 58.860-000	PAULISTA	ESTADO: PARAIBA	
<b>Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)</b>			
Paciente: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA			
Mae: LUZIA VIEIRA DE LIMA			
Nascimento: 06/09/1993	Idade: 25	Cor: PARDA	Sexo: M
Profissao: AGRICULTOR(A)			
Endereco: RUA LEANDRO GOMES DE BARROS			
Bairro: CENTRO			
Cidade: PAULISTA - PB - 58860-000 - 2510907			
CNS: 704-2017-4658-6569	Identidade: 4157318		
CPF: 22/06/2019 18:29:10	Reg. Nasc.: 4968		
	Recepcionista: NAILDA DANTAS		
<b>MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME</b> Paciente c/ t.c. leve, o ps. tranquilo de modo que o paciente cedeu ao mi- croscópio e cedeu a um eletro- cardiograma. Obs: Paciente se encontra em uso de medicação.			
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
<b>Caracterização Atendimento</b>			
<b>NATUREZA DA CONSULTA</b>		<b>TIPO DE ATENDIMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Consulta simples	<input type="checkbox"/> Urgência/Emergência (com Proc.)		
<input type="checkbox"/> Consulta com medicamento	<input type="checkbox"/> Primeira consulta		
<input type="checkbox"/> Consulta com observação	<input type="checkbox"/> Consulta Subsequente		
<input type="checkbox"/> Consulta ortopédica	<input type="checkbox"/> Urg/Emerg. c/ referência p/ outra unidade		
<input type="checkbox"/> Consulta c/ referência p/ outra unidade	<input type="checkbox"/> Consulta c/ referência p/ outra unidade		
<b>MEDICAÇÃO</b>		<b>ENCAMINHAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Prescrita	<input type="checkbox"/> P/ Observação	<input type="checkbox"/> P/ outro Hospital	
<input type="checkbox"/> Aplicada	<input type="checkbox"/> P/ Residência	<input type="checkbox"/> Internação	
	<input type="checkbox"/> P/ Amb. SUS	<input type="checkbox"/> Óbito	
		<input type="checkbox"/> Outros	
<b>Serviços Realizados</b>			
Procedimento	CBO	IDADE	
REALIZADOS NA UNIDADE	SOLICITADOS		
<b>MATERIAIS E MEDICAMENTOS</b>			
1- SPQ 974.500			
2- Triptano + AD (ca)			
3- Exame eletrocardiograma + AD (ca)			
4- Suporte de vida			
5- Naloxona + AD (ca)			
6- Ser 7.10000, EVI			
7- Exame de urina			
<b>Assinatura do(s) Profissional(s) Assistente(s) - Carimbo</b>			
<b>Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável</b>			
<b>Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo</b>			
<b>Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo</b>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA  
(HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS)  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1-IDENTIFICAÇÃO

NOME: Antônio Valter Ferreira de Lima IDADE: 254 SEXO: (X) MASC ( ) FEM  
ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: 22 / 06 / 19 HORA: \_\_\_\_\_

2 - MOTIVO DE INTERNAÇÃO:

( ) Clínico ( ) Cirúrgico DIH: \_\_\_\_\_

3 - EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:  corte contuso em lábio superior / colisão moto x moto /  
ESTADO GERAL: (X) Estável ( ) Regular ( ) Comprometido ( ) Grave ( ) Melhorado alucido  
SISTEMA NEUROLÓGICO:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Orientado ( ) Algo Orientado ( ) Desorientado ( ) Comatoso ( ) Torporoso ( ) Sedado  
ASPECTO EMOCIONAL: ( ) Comunicativo ( ) Cooperativo ( ) Apático ( ) Calmo ( ) Ansioso ( ) Deprimido (X) Agressivo  
PADRÃO DE SONO E REPOUSO: ( ) Satisfatório ( ) Insônia ( ) Uso de Medicação \_\_\_\_\_

Prejudicado  
DOR: ( ) Não (X) Sim Local: oral / lábio superior  
MOVIMENTAÇÃO: ( ) Acamado (X) Deambula ( ) Deambula com Auxílio  
DÉFICIT MOTOR: ( ) Não ( ) Sim, especificar \_\_\_\_\_

SISTEMA TEGUMENTAR:

HIGIENE: Preservada: ( ) Sim ( ) Não  
HIDRATAÇÃO: ( ) Hidratado ( ) Desidratado ( ) Anasarca ( ) Edema Local: \_\_\_\_\_  
COLORAÇÃO DA PELE: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérico ( ) Cianótico ( ) Cianose Central ( ) Cianose de Extremidades ( ) Hiperemia  
CONDIÇÃO DA PELE: ( ) Hematoma ( ) Equimoses ( ) Celulite ( ) Lesões, local e descrição: \_\_\_\_\_  
ÚLCERA POR PRESSÃO: (X) Não ( ) Sim

ESTÁGIO	I	II	III	IV
DESCRIÇÃO	Eritema em pele íntegra, acomete apenas epiderme	Lesão da epiderme/derme. Podendo ou não ter infecção.	Lesão do tec. Subcutâneo, presença ou não de necrose, exudato, infecção.	Perda externa da pele, destruição e necrose, lesão de músculo ou osso.
LOCAL				

SISTEMA RESPIRATÓRIO:

PADRÃO RESPIRATÓRIO: FR: \_\_\_\_\_ irpm (X) Eupnéico ( ) Dispneico ( ) Taquipnéico ( ) Outros \_\_\_\_\_  
Tosse, se sim especificar \_\_\_\_\_  
SUPORTE VENTILATÓRIO: ( ) NBZ ( ) Cateter de O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ L/min ( ) Traqueostomia ( ) Dreno Tórax ( ) Máscara de Venturi ( ) Máscara com Reservatório.

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: 120 x 80 mmHg (X) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico  
PULSO: ( ) Cheio ( ) Filiforme PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( ) Preservada ( ) Diminuída  
ACESSO VENOSO: ( ) AVC (X) AVP ( ) Outros \_\_\_\_\_ Venoclise

SISTEMA GASTROINTESTINAL:

NUTRIÇÃO: (X) Nutrido ( ) Obeso ( ) Emagrecido ( ) Caquético  
ALIMENTAÇÃO: (X) Oral ( ) Zero ( ) SNG/SNE, dias \_\_\_\_\_ ( ) Gastrostomia ( ) Ileostomia ( ) Jejunostomia  
META: ( ) Livre ( ) Líquida ( ) Branda ( ) Pastosa ( ) Hipossódica ( ) DM ( ) Outros \_\_\_\_\_  
ACEITAÇÃO: (X) Satisfatória ( ) Pouca aceitação ( ) Recusa  
BDOMEN: (X) Flácido ( ) Plano ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Ascítico ( ) Escavado ( ) Gravidico ( ) Doloroso \_\_\_\_\_  
IRHA: ( ) IRHA+ ( ) IRHA ausentes ( ) Meteorismos  
ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: (X) Presentes nas últimas 24h ( ) Constipação \_\_\_\_\_ dias ( ) Sólidas ( ) Pastosas ( ) Líquidas, n° de isódios \_\_\_\_\_  
( ) Colostomia ( ) Melena ( ) Outros \_\_\_\_\_

STEMA GENITURINÁRIO:

URSE: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) SVD, dias \_\_\_\_\_ ( ) Irrigação ( ) Cistotomia ( ) Uso de Fraldas  
PECTO: (X) LÍMPIDO ( ) Concentrado ( ) Colúrico ( ) Piúrico ( ) Hemático ( ) Outros \_\_\_\_\_  
LUME: (X) Normal ( ) Poliúria ( ) Polaciúria ( ) Oligúria ( ) Anúria ( ) Nictúria





Chamada 594728

02.15h Paciente apresenta vômito e cefaleia.  
06.00h. Paciente apresenta vômito e cefaleia, sono e repouso preservado. Segue aos cuidados da equipe.

Chamada 594728.

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM - INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM - INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

ASSINATURA	Outorno	Outorno	Outorno
OUTROS			
DRENO			
DIURESE			
HGT/MG/dL			
P.A/mmHg	120 x 80	130 x 80	
R/IRPM			
PULSO/BPM			
TEMP °C			
HORA	18:30h.	08:15h.	

## CONTROLE DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

Enfermeiro/COREN

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

Enfermeiro/COREN

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

Paciente vítima de colúria muito e muito, deu entrada na unidade hospitalar para o tratamento. Apresenta sono e repouso preservado. Segue aos cuidados da equipe.





PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA  
(HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS)  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1-IDENTIFICAÇÃO

NOME: Antonio Valler Ferreira de Lima IDADE: 25 SEXO: ☒ MASC ( ) FEM  
ENFERMARIA: 01 LEITO: 01 DATA: 23/06/19 HORA: \_\_\_\_\_

2 - MOTIVO DE INTERNAÇÃO: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico DIH: \_\_\_\_\_

3 - EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_

ESTADO GERAL: ☒ Estável ( ) Regular ( ) Comprometido ( ) Grave ( ) Melhorado

SISTEMA NEUROLÓGICO: \_\_\_\_\_

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Consciente ( ) Inconsciente ☒ Orientado ( ) Algo Orientado ( ) Desorientado ( ) Comatoso ( ) Torporoso ( ) Sedado  
ASPECTO EMOCIONAL: ( ) Comunicativo ( ) Cooperativo ( ) Apático ( ) Calmo ( ) Ansioso ( ) Deprimido ( ) Agressivo  
PADRÃO DE SONO E REPOUSO: ( ) Satisfatório ( ) Insônia ( ) Uso de Medicação \_\_\_\_\_  
Prejudicado \_\_\_\_\_

DOR: ( ) Não ☒ Sim Local: \_\_\_\_\_

MOVIMENTAÇÃO: ( ) Acamado ☒ Deambula ( ) Deambula com Auxílio

DÉFICIT MOTOR: ( ) Não ( ) Sim, especificar \_\_\_\_\_

SISTEMA TEGUMENTAR:

HIGIENE: Preservada: ☒ Sim ( ) Não

HIDRATAÇÃO: ( ) Hidratado ( ) Desidratado ( ) Anasarca ( ) Edema Local: \_\_\_\_\_

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ Normocorado ( ) Hipocorado ( ) Ictérico ( ) Cianótico ( ) Cianose Central ( ) Cianose de Extremidades ( ) Hiperemia

CONDIÇÃO DA PELE: ( ) Hematoma ( ) Equimoses ( ) Celulite ( ) Lesões, local e descrição: \_\_\_\_\_

ÚLCERA POR PRESSÃO: ☒ Não ( ) Sim

ESTAGIO	I	II	III	IV
DESCRIÇÃO	Eritema em pele íntegra, acomete apenas epiderme	Lesão da epiderme/derme. Podendo ou não ter infecção.	Lesão do tec. Subcutâneo, presença ou não de necrose, exudato, infecção.	Perda externa da pele, destruição e necrose, lesão de músculo ou osso.
LOCAL				

SISTEMA RESPIRATÓRIO:

PADRÃO RESPIRATÓRIO: FR: \_\_\_\_\_ lpm ( ) Eupnéico ( ) Dispnéico ( ) Taquipnéico ( ) Outros \_\_\_\_\_

Tosse, se sim especificar \_\_\_\_\_

SUPORTE VENTILATÓRIO: ( ) NBZ ( ) Cateter de O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ l/min ( ) Traqueostomia ( ) Dreno Tórax ( ) Máscara de Venturi ( ) Máscara com Reservatório.

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg ( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico

PULSO: ( ) Cheio ( ) Filiforme PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( ) Preservada ( ) Diminuída

ACESSO VENOSO: ( ) AVC ☒ AVP \_\_\_\_\_ ( ) Outros \_\_\_\_\_ Venoclise

SISTEMA GASTROINTESTINAL:

NUTRIÇÃO: ☒ Nutrido ( ) Obeso ( ) Emagrecido ( ) Caquético

ALIMENTAÇÃO: ☒ Oral ( ) Zero ( ) SNG/SNE, dias \_\_\_\_\_ ( ) Gastrostomia ( ) Ileostomia ( ) Jejunostomia

DIETA: ☒ Livre ( ) Líquida ( ) Branda ( ) Pastosa ( ) Hipossódica ( ) DM ( ) Outros \_\_\_\_\_

ACEITAÇÃO: ☒ Satisfatória ( ) Pouca aceitação ( ) Recusa

ABDOMEN: ( ) Flácido ☒ Plano ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Ascítico ( ) Escavado ( ) Gravidico ( ) Doloroso \_\_\_\_\_

( ) RHA+ ( ) RHA- ( ) RHA ausentes ( ) Meteorismos

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: ( ) Presentes nas Últimas 24h ( ) Constipação \_\_\_\_\_ dias ( ) Solidas ( ) Pastosas ( ) Líquidas, n° de episódios \_\_\_\_\_ ( ) Colostomia ( ) Melena ( ) Outros \_\_\_\_\_

SISTEMA GENITURINÁRIO:

DIURESE: ☒ Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) SVD, dias \_\_\_\_\_ ( ) Irrigação ( ) Cistotomia ( ) Uso de Fraldas

ASPECTO: ☒ LÍMPIDO ( ) Concentrado ( ) Colúrico ( ) Piúrico ( ) Hemático ( ) Outros \_\_\_\_\_

VOLUME: ☒ Normal ( ) Poliúria ( ) Polaciúria ( ) Oligúria ( ) Anúria ( ) Nictúria



# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

Paciente se ausentou para realizar TC de Crânio em Pombal em seguida transferido para o hospital de trauma em Campina Grande.

Paloma Valéria A. Monteiro

Enfermeira  
COREN 550-810

Enfermeiro/COREN

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

Enfermeiro/COREN

# CONTROLE DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

HORA	10:00	12:00				
TEMP °C	36.5 °C	36.5 °C				
PULSO/BPM	78	73				
R/IRPM	98	88				
P.A/mmHg	140x90	140x80				
HGT/MG/dL	171	174				
DIURESE						
DRENO						
OUTROS						
ASSINATURA	Eckinetelvis	Epulda				

# RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

Paciente se ausentou para realizar TC de Crânio em Pombal em seguida transferido para o hospital de trauma em Campina Grande.

1291.406 M<sup>te</sup> Das Graças

Téc. de Enfermagem/COREN

# RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

Téc. de Enfermagem/COREN







GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

## Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

### Encaminhamento

paciente vítima de traumatismo crânio  
realizou TC de crânio, que evidenciou  
hematoma intracraniano. Foi regulado  
vaga e neurocirurgia e o serviço de  
trauma de Carolina Grande - PB. e ser submetido  
à cirurgia.

Glasgow 14 e pupilas isocóricas e  
fotorregentes

( certo )

73 / 06 / 19

DATA

Alan Allisson F. dos Santos  
Médico Neurologista  
CRM-PB 5. CRM-PB 11250

Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

"Tudo posso naquele que me fortalece"





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E 16 ALMA DORMITÓRIO MARIA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mdkinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/06/2019

Paciente: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA Idade: 025 N° ATEND: 1927274

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO  
DATA: 23/06/2019 HORA : 18:30:19

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO  
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

#### SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES (SIM (X) NÃO HAS (SIM (X) NÃO  
DEF. MOTORA (SIM (X) NÃO

ALERGIAS : NEGA

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL : BOM

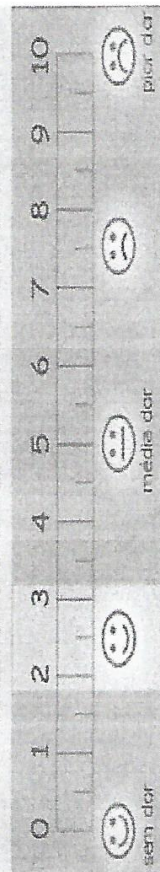
AValiação Neurológica

( ) CONVULSÃO ( ) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO  
( ) DESORIENTADO ( ) AGITADO ( ) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO  
( ) IRRITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

#### SINTOMAS REFERIDOS

( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA  
( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA (X) DOR ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SÍBILOS ( ) TOSSE

#### Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :  
VERMELHO

#### CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU POMBAL

ENFERMEIRO COREN  
acolhimento

Handwritten signature in blue ink.





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1927274 CLASS. DE RISCO: VERMELHO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07  
Atendente: acolhimento  
Nascimento: 06/09/1993

PACIENTE: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA  
CEP: 58840000

Endereço: POMBAL  
Sexo: M  
Telefone: \_\_\_\_\_

Cidade: Pombal  
Idade: 025  
Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_  
Nº: 0

Responsável: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Solteiro(a)  
Data de Atendimento: 23/06/2019  
CNS: 95742512

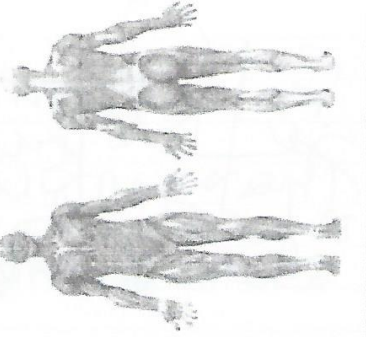
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 18:28:44  
CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente no lado)

1. Abrasão 19. Fratura óssea fechada  
2. Amputação 20. Fratura óssea aberta  
3. Avulsão 21. Hematoma  
4. Contusão 22. Injuriamento Venoso  
5. Crepitação 23. Laceração  
6. Dor 24. Lesão tendinária  
7. Edema 25. Luxação  
8. Empalhamento 26. Mordedura  
9. Enfiamento subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal  
10. Esmagamento 28. Objeto Encaixado  
11. Equimose 29. Otorragia  
12. F. Arma branca 30. Paralisia  
13. F. Arma de fogo 31. Paresia  
14. F. Cortante 32. Parastesia  
15. F. Cortante 33. Queimadura  
16. F. Corto-contuso 34. Rinite  
17. F. Perfuro-contuso 35. Sinais de Isquemia  
18. F. Perfuro-cortante 36.



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = \_\_\_\_\_ % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Admissão já com dx de ADO SCL-  
sem a deriva

ALERGIA: Cuscom 12, 150.

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS: - Insimo 50. - [assinatura]

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_  
HGT: \_\_\_\_\_ SaO2: \_\_\_\_\_

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:  
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias:  
( ) Tomografia Computadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_  
Dia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Especialista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_  
Dia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

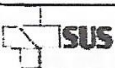
MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Data da internação: 23/06/2019 Hora: 18:57:47

 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA		1927287	
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	
	06/09/1993	Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
		DDI 83 N° DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
POMBAL, 0, CENTRO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓDIGO MUNICIPAL	15 - UF
Pombal		251210	PB
		16 - CEP	58840000
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
<p><i>Resumo</i>  <i>Inteno com sonolência e desorientação</i>  <i>baseiam 12, isso (Hem 1).</i></p>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
<i>Risco de morte</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
<i>Hem</i>			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
<i>R90</i>			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	02		980016288958722
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
JOSE RAMALHO DA SILVA NET		23/06/2019	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRANSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - Nº DO BILHETE	
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			





23/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.

Data: 23/06/2019

NOME: Jose Ramalho Da Silva Neto



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 146437

DATA DA CIRURGIA: 31/12/1969

Número do Atendimento: 1927287 Clín: CENTRO CIRURGICO / Enf: URPA / Lei: 5

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

Data da Internação: 23/06/2019

Atendimento: 1927287

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório: 0403010276 TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

Cirurgia: URGENCIA

Data da Cirurgia:

Equipe:

Cirurgião: JOSE RAMALHO DA SILVA NET

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: LAÍS LIRA

Anestesista:

Tipo de anestesia: GERAL

Relatório Imediato do Patologista: XXX

Exame Radiológico no Ato: XXX

Acidente Durante Operação: NDN

Descrição da Operação: 1. DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL

2. TRICOTOMIA E ANTISSEPSSIA

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

4. INCISÃO LINEAR à DIREITA, TEMPORO FRONTAL

5. CRANIOTOMIA TEMPORAL

6. DREANAGEM HEDA

7. REVISÃO DA HEMOSTASIA DURAL (COAGULAÇÃO DA ARTÉRIA MENÍNGEA MÉDIA)

8. SUSPENSÃO DURAL.

9. CRANIOPLASTIA (FIO PROLENE 2.0)

10. DRENO SUBGALEAL

11; SÍNTESE POR PLANOS.

12. CURATIVO

*Jose Ramalho da Silva Neto*  
Neurocirurgia  
CRM - 22098

Data 23/06/2019

Assinatura/Carimbo  
Jose Ramalho Da Silva Neto



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Arturo Velloz Perreia de Lugo</u>			IDADE: <u>61 anos</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u></u>
DATA: <u>23/06/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESIA				APLICADA	ÀS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LIQUIDOS					MANUTENÇÃO <u>Óxido nítrico</u> <u>Desmodulantes</u> <u>Neurolépticos</u> <u>Propofol</u>		
CÓDIGOS					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
PARO O LEITO					Com cânula: _____ Paro o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____		
POSICÃO							
AGENTES							
TÉCNICA							
OPERAÇÃO							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRFB





# Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Paciente: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA  
Data de Nascimento: 06/09/1993  
Data do Exame: 23/06/2019

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO

### INDICAÇÃO CLÍNICA:

Avaliação após trauma.

### TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

### RESULTADO:

Volumoso hematoma epidural em região temporal à direita com espessura de 2,2 cm, com obliteração de sulcos corticais adjacentes

Focos de hematoma parenquimatoso em região temporal e fronto-basal posterior à esquerda.

Redução na amplitude do sistema ventricular lateral à direita, com desvio da linha média para a esquerda em 0,4 cm

Não há evidências de lesões focais detectáveis ao método na fossa posterior.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

### CONCLUSÃO:

Volumoso hematoma epidural em região temporal à direita com espessura de 2,2 cm, com obliteração de sulcos corticais adjacentes

Focos de hematoma parenquimatoso em região temporal e fronto-basal posterior à esquerda.

Redução na amplitude do sistema ventricular lateral à direita, com desvio da linha média para a esquerda em 0,4 cm.

OBS-Nível líquido nas cavidades paranasais, podendo corresponder a hemossinus.

*Clélia Ribeiro Pinheiro Heluy*

Assinado Eletronicamente por: Dra. Clélia Ribeiro Pinheiro Heluy CRM 3322-MA  
| Médico-radiologista CRM 3322-MA | RQE 813-MA CRM ES-1964-55 em Laudo  
Radiológico Criado em 23/06/2019 14:45:08 GMT -3 (Brasília Time)

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097  
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237  
Unidade 3: Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	705.257.874-37	Antônio Walter Ferreira de Lima	
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>			
Nome completo:	CPF:		
Antônio Walter Ferreira de Lima	705.257.874-37		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Agricultor	Sítio Queimados	S/n	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Zona rural	Paulista	PB	58.860-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
t.euerton@hotmail.com	(83) 99900-0530		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**REDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0732	CONTA: 44887	9
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Imposição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, Paulista - PB, 20 de setembro de 2019	TESTEMUNHAS
	Nome: Antônio Walter Ferreira de Lima	1ª   Nome: _____
	CPF: 705.257.874-37	CPF: _____
		Assinatura
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª   Nome: _____
	X Antônio Walter Ferreira de Lima	CPF: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura
	Assinatura do Procurador (se houver)	

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018







AUTO-ATENDIMENTO - ag.pombal

DATA: 08/07/2018  
TERMINAL: 07321001

HORA: 15:04:24  
CONTROLE: 073210010512

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0732 013.00044887-9  
NOME: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA  
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 83 9905-8067

NÚMERO DO ENVELOPE: 4032210267

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



## SINISTRO 3190547993 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

**Previdência** S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

**CPF/CNPJ:** 70525787437

### Posição em 04-10-2019 09:01:49

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
07/10/2019	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00







PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
ESTADO DA PARAÍBA

Vara Única de São Bento  
Rua Álvaro Silva, S/N, Centro, SÃO BENTO - PB - CEP: 58865-000

**ATO ORDINATÓRIO (ART. 349, CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAIS - CGJPB)**

**Nº DO PROCESSO: 0800582-88.2019.8.15.1171**

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**AUTOR: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA**

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

De acordo com as prescrições do art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, e nos termos das Resoluções do Tribunal Pleno ns. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 e 30/2019, **INTIMO** as partes, por seus advogados, quanto a conclusão do procedimento de redistribuição dos presentes autos, prazo de 05 (cinco) dias, para os fins previstos nos arts. 3º e 4º, conforme o caso, dos referidos normativos legais.

SÃO BENTO, 31 de outubro de 2019.

ROSETANIA FERNANDES LUCIO  
Técnico Judiciário





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA COMARCA DE SÃO BENTO** Fórum Gov. João Agripino

Filho Praça Álvaro Dias, 65, Centro, São Bento - PB. CEP 58.865-000 Tel.: (0\*\*83) 3444-1225

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

PROCESSO Nº 0800582-88.2019.8.15.1171

AUTOR: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

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

### DESPACHO

Cuida-se de pedido de concessão de assistência judiciária gratuita formulado pela parte autora, ao argumento de que não possui condições de arcar com as custas processuais e honorários sem prejuízo próprio e de sua família.

O art. 5º, LXXIV, da Constituição Federal, dispõe "o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos".

Embora para a concessão da gratuidade não se exija o estado de miséria absoluta, é necessária a comprovação da impossibilidade de arcar com as custas e despesas do processo sem prejuízo de seu sustento próprio ou de sua família.

A declaração de pobreza, por sua vez, estabelece mera presunção relativa da hipossuficiência, que pode ser afastada diante de outros elementos que sirvam para indicar a capacidade financeira.

A propósito do tema, eis a orientação do STJ, firmada já sob a égide do CPC/2015:

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CUMPRIMENTO DE SENTENÇA, FORMULADO PELA UNIÃO, CONTRA PENSIONISTA DE SERVIDOR PÚBLICO. ALEGADA VIOLAÇÃO AO ART. 1.022 DO CPC/2015. INEXISTÊNCIA DE VÍCIOS, NO ACÓRDÃO RECORRIDO. INCONFORMISMO. REQUERIMENTO DE JUSTIÇA GRATUITA INDEFERIDO, NA ORIGEM, COM BASE NOS FATOS E PROVAS DOS AUTOS. REEXAME, NESTA CORTE. IMPOSSIBILIDADE. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. PRECEDENTES DO STJ. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO. I. (...). II. Na origem, trata-se de Agravo de Instrumento, interposto por pensionista de servidor público federal, contra decisão que - nos autos de Cumprimento de Sentença, formulado contra a UNIÃO - indeferira a concessão dos benefícios da assistência judiciária à ora agravante, já na vigência do CPC/2015, ao entendimento de que "a presunção de veracidade da declaração de hipossuficiência não é absoluta, devendo ser sopesada com as demais provas existentes nos autos, podendo o juiz exigir a comprovação da situação de miserabilidade para analisar o pleito de assistência judiciária gratuita". III. Não há falar, na hipótese, em violação ao art. 1.022 do CPC/2015, porquanto a prestação jurisdicional foi dada na medida da pretensão deduzida, de vez que os votos condutores do acórdão recorrido e do acórdão proferido em sede de Embargos de Declaração apreciaram fundamentadamente, de modo coerente e completo, as questões necessárias à solução da controvérsia, dando-lhes, contudo, solução jurídica diversa da pretendida. IV. Ainda sob a égide do CPC/73, "este Superior Tribunal posiciona-se no sentido de que a declaração de pobreza, com o intuito de obtenção dos





benefícios da justiça gratuita, goza de presunção relativa, admitindo-se prova em contrário (AgRg no AREsp 259.304/PR, Relator Ministro Herman Benjamin, Segunda Turma, DJe 31/05/2013)" (STJ, AgInt no AREsp 870.424/SP, Rel. Ministro SÉRGIO KUKINA, PRIMEIRA TURMA, DJe de 08/06/2016). V. Na forma da jurisprudência do STJ, "o magistrado pode indeferir ou revogar o benefício, havendo fundadas razões acerca da condição econômico-financeira da parte ou, ainda, determinar que esta comprove tal condição, haja vista a declaração de hipossuficiência de rendas deter presunção relativa de veracidade, admitindo prova em sentido contrário" (STJ, AgRg no AREsp 363.687/RS, Rel. Ministro HERMAN BENJAMIN, SEGUNDA TURMA, DJe de 01/07/2015). VI. Outrossim, "embora seja certo que o Novo CPC estabelece, em seu art. 99, que o pedido de reconhecimento do direito personalíssimo à gratuidade de justiça pode ser formulado na petição inicial, na contestação, na petição para ingresso de terceiro no processo ou em recurso - estabelecendo uma presunção de veracidade e de boa-fé por parte do requerente -, acolhe, no parágrafo 2º, a jurisprudência consolidada do STJ, no sentido de que o juiz pode indeferir a benesse, de ofício, contanto que, antes de indeferir o pedido, propicie à parte requerente a comprovação do preenchimento dos pressupostos legais. Ademais, o CPC/2015 não revogou o art. 5º, caput, da Lei 1.060/1950, que prevê que o juiz deve indeferir, de ofício, o pedido de gratuidade justiça, caso tenha fundadas razões" (STJ, REsp 1.584.130/RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, DJe de 17/08/2016). VII. Tendo o Tribunal de origem, soberano na apreciação de fatos e provas, mantido a decisão de 1º Grau, que indeferira o pedido de assistência judiciária, haja vista que as provas e circunstâncias da causa são incompatíveis com a alegada necessidade do benefício, revela-se inviável o reexame de tal conclusão, ante o óbice contido na Súmula 7/STJ. A propósito: STJ, AgInt no AREsp 871.303/MS, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, DJe de 21/06/2016. VIII. Agravo interno improvido. (AgInt no AREsp 1104835/RS, Rel. Ministra ASSUETE MAGALHÃES, SEGUNDA TURMA, julgado em 27/02/2018, DJe 09/03/2018)

Ademais, verifica-se que a parte requerente pleiteia a gratuidade sem sequer indicar o valor das despesas e das custas. Somente com a apuração do valor é que se saberá se há ou não capacidade para o pagamento sem prejuízo de seu sustento e de sua família. Saliente-se que é possível simular a importância a ser recolhida por meio de ferramenta disponibilizada por esta Corte em seu sítio eletrônico.

É importante ressaltar, por fim, que o art. 98, § 5º, autoriza o deferimento da gratuidade de forma parcial, o que, também, dependerá da demonstração da situação econômica da parte autora.

ANTE O EXPOSTO, com fundamento no § 2º do art. 99 do CPC:

1 – determino a intimação da parte que requer a gratuidade para, em quinze dias e sob pena de indeferimento do benefício, apresentar documentos capazes de comprovar sua hipossuficiência.

2 – Deverá a parte, necessariamente, apresentar simulação do valor das custas e das despesas, que pode ser realizada a partir do seguinte endereço eletrônico:

<<https://app.tjpb.jus.br/custasonline/paginas/custas/previas/custasprevias.jsf>>.

3 – Sem prejuízo de outros documentos que reputar convenientes, a parte poderá demonstrar sua hipossuficiência econômica por meio dos seguintes documentos:

a. cópia dos extratos bancários de contas de titularidade da parte autora dos últimos três meses e de eventual cônjuge;

b. cópia dos extratos de cartão de crédito da parte autora dos últimos três meses e de eventual



cônjuge;

c. cópia das últimas folhas da carteira do trabalho, ou comprovante de renda mensal, e de eventual cônjuge;

d. cópia da última declaração do imposto de renda da parte autora apresentada à Secretaria da Receita Federal;

e. cópia dos balancetes dos últimos três meses da parte autora, caso seja pessoa jurídica;

f. cópia da inscrição como trabalhador rural junto ao sindicato correspondente, caso se autodeclare agricultor.

4 – A parte poderá, ainda, no mesmo prazo, recolher as custas judiciais e despesas processuais. Intime-se. Após o decurso do prazo assinalado, com ou sem a justificação, certifique a serventia o fato e retornem os autos conclusos para decisão.

Nos termos do Art. 108 do Código de Normas Judicial, da Douta Corregedoria de Justiça da Paraíba, confiro a esta decisão força de mandado/ofício para as procedências necessárias ao seu fiel cumprimento.

Providências necessárias. Cumpra-se.

São Bento - PB, na data da assinatura eletrônica.

JOSÉ NORMANDO FERNANDES

**Juiz de Direito** em substituição

Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, da Lei 11.419/2006.





**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE SÃO BENTO – ESTADO DA PARAÍBA.**

Autos n.º: **0800582-88.2019.8.15.1171**

**ANTÔNIO VALTER FERREIRA DE LIMA**, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, por intermédio de seu advogado infra-assinado, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, tempestivamente, atendendo ao despacho (ID nº 26229671), apresentar simulação do valor das custas e das despesas e JUNTAR Extrato Bancário dos últimos meses, ficha do sindicato dos trabalhadores rurais, CTPS sem registro de emprego da parte autora conforme documentos anexados aos autos, comprovando a inexistência de renda por parte da autora e por conseguinte, **REQUERENDO os BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA.**



Nesses Termos,


Pede Deferimento.



Paulista – Paraíba, 20 de novembro de 2019.

**TARCÍSIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA**  
**ADVOGADO OAB/PB 19.975**



 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			<b>Número do boleto:</b> 088.8.19.00830/01
			<b>Data de emissão:</b> 20/11/2019
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Sao Bento	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 30/11/2019
<b>Número da guia:</b> 088.2019.600830 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,63
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 506,30 <b>Promovente:</b> Antônio Valter Ferreira de Lima - Taxa Judiciária: R\$ 151,87 - Taxa bancária: R\$ 1,35 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT S/A			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 659,52
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866500000066 595209283182 520191130084 881900830012 			<b>Valor final:</b> R\$ 659,52

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			<b>Número do boleto:</b> 088.8.19.00830/01
			<b>Data de emissão:</b> 20/11/2019
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Sao Bento	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 30/11/2019
<b>Número da guia:</b> 088.2019.600830 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,63
<b>Promovente:</b> Antônio Valter Ferreira de Lima <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT S/A			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
<b>Detalhamento:</b>			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 659,52
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
			<b>Valor final:</b> R\$ 659,52

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			<b>Número do boleto:</b> 088.8.19.00830/01
			<b>Data de emissão:</b> 20/11/2019
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Sao Bento	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 30/11/2019
<b>Número da guia:</b> 088.2019.600830 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,63
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 506,30 <b>Promovente:</b> Antônio Valter Ferreira de Lima - Taxa Judiciária: R\$ 151,87 - Taxa bancária: R\$ 1,35 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT S/A			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 659,52
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866500000066 595209283182 520191130084 881900830012 			<b>Valor final:</b> R\$ 659,52







Poder Judiciário do Estado da Paraíba  
Tribunal de Justiça  
Sistema de Custas Online

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 088.2019.600830

**Data Vencimento:** 30/11/2019

**Data Emissão:** 20/11/2019

**Comarca:** Sao Bento

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

**Promovente:** Antônio Valter Ferreira de Lima

**Promovido:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT S/A

**Valor da Causa:** R\$ 10.125,00

**Despesas Processuais:** R\$ 0,00

**Custas:** R\$ 506,30

**Taxa:** R\$ 151,87

**Total da Guia:** R\$ 658,17

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

---

Servidor

**APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.**





AUTOATENDIMENTO - AG. SAO BENTO  
DATA: 20/11/2019 HORA: 10:12:25  
TERMINAL: 49171004 CONTROLE: 491710040100

AGÊNCIA: 0732 - POMBAL  
CONTA: 013.00044887-9  
CLIENTE: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

EXTRATO MOVIMENTO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA  
MESES ANTERIORES

MOVIMENTAÇÃO			
DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR			5,02C
Outubro			
01/10	000000	REM BASICA	0,00C
01/10	000000	CRED JUROS	0,02C
07/10	000001	CRED TED	3,375,00C
08/10	081427	SAQUE LOT	740,98D
09/10	090831	SAQUE LOT	339,00D
10/10	100721	SAQUE LOT	350,00D
10/10	191010	SAQUECORRESPONDENTE	1,80D
14/10	140812	SAQUE LOT	250,00D
14/10	191014	SAQUECORRESPONDENTE	1,80D
18/10	180837	SAQUE LOT	100,00D
18/10	191018	SAQUECORRESPONDENTE	1,80D
21/10	191142	SAQUE LOT	100,00D
21/10	211142	SAQUE LOT	200,00D
21/10	191021	SAQUECORRESPONDENTE	1,80D
21/10	191021	SAQUECORRESPONDENTE	1,80D
25/10	250923	SAQUE LOT	100,00D
25/10	191025	SAQUECORRESPONDENTE	1,80D
29/10	290828	SAQUE LOT	50,00D
29/10	191029	SAQUECORRESPONDENTE	1,80D
31/10	311457	SAQUE LOT	100,00D
31/10	191031	SAQUECORRESPONDENTE	1,80D
RESUMO EM 31/10			
SALDO			1.035,66C



AUTOATENDIMENTO - AG. SAO BENTO  
DATA: 20/11/2019 HORA: 10:13:33  
TERMINAL: 49171004 CONTROLE: 491710040102

AGÊNCIA: 0732 - POMBAL  
CONTA: 013.00044887-9  
CLIENTE: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

EXTRATO MOVIMENTO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA  
MESES ANTERIORES

MOVIMENTAÇÃO			
DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR			1.137,46C
Outubro			
31/10	311457	SAQUE LOT	100,00D
31/10	191031	SAQUECORRESPONDENTE	1,80D
Novembro			
01/11	000000	REM BASICA	0,00C
01/11	000000	CRED JUROS	0,02C
01/11	010931	SAQUE LOT	235,00D
04/11	041051	SAQUE LOT	300,00D
07/11	000000	REM BASICA	0,00C
07/11	000000	CRED JUROS	1,58C
07/11	071114	SAQUE LOT	500,00D
07/11	191107	SAQUECORRESPONDENTE	1,80D
RESUMO EM 19/11			
SALDO			0,46C
RESUMO DO DIA			
SALDO DISPONIVEL			0,46C
SALDO BLOQUEADO			0,00
SALDO TOTAL			0,46C





**CAIXA**  
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTOATENDIMENTO - AG. SÃO BENTO

DATA: 20/11/2019

TERMINAL: 49171004

HORA: 10:11:07

CONTROLE: 491710040098

AGÊNCIA: 0732 - POMBAL

CONTA: 013.00044887-9

CLIENTE: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

EXTRATO MOVIMENTO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA  
MESES ANTERIORES

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			5,00C
----------------	--	--	-------

Setembro

01/09	000000	REM BASICA	0,00C
01/09	000000	CRED JUROS	0,02C

RESUMO EM 30/09

SALDO			5,02C
-------	--	--	-------



# SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS DE PAULISTA - PB

FICHA DO ASSOCIADO DATA INSCRIÇÃO 25 / 07 / 2019. Nº 5.646.

Nome: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA.

FOTO  
3X4

Pai: Valdenor Ferreira de Lima.

FILIAÇÃO: Mãe: Luzia Vieira de Lima.

Endereço: SÍTIO QUEBRADO MUNICÍPIO DE PAULISTA ESTADO DA PARAÍBA.

Natural de: Bomal - (PB) Nacionalidade: Brasileiro. Estado Civil: U/Estavel.

Data de Nascimento 06 de Setembro de 1993. CPF: 705.257.874-37.

RG: 4.157.318 - (PB) Tit. de Eleitor Nº 044317431236.069. Cart. Prof. 5230823-0040. PB.

Regime de Trabalho: INDIVIDUAL ( ) ECONOMIA FAMILIAR ( ) PARCERIA RURAL ( X )

ARRENDATÁRIO: ( ) POSSEIRO ( ) MEEIRO ( ) ( )

Nome do Proprietário: GERALDO ALVES DE FARIAS - I.T.R./INCRA-Nº: 2071950081177-3.

Período de Atividade Rural: Desde - Março/2015. desenvolve atividade agrícola.

Grau de Instrução: ENSINO MEDIO ) Profissão: ( AGRICULTOR )

Nome da(o) Esposa(o): DENYSE ALVES DA SILVA.

Filhos: Sophia da Silva Ferreira/

S.T.T.R. Paulista-PB

José Gomes de Lucena  
Diretor de Administração

Assinatura do Sócio(a)

Assinatura do Presidente ou Representante

## CONTRIBUIÇÕES DO SÓCIO

MESES \ ANO	20 19	20 20	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25	20 26	20 27	20 28.
JANEIRO										
FEVEREIRO										
MARÇO										
ABRIL										
MAIO										
JUNHO										
JÚLIO										
AGOSTO										
SETEMBRO										
OUTUBRO										
NOVEMBRO										
DEZEMBRO										

BENEFÍCIO SÓCIO:

Assinatura do Associado:





Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

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

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

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

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: [WWW.MTE.GOV.BR](http://WWW.MTE.GOV.BR)

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

160.13333.53-0

5230823

0040

PB

Antônio V. Ferreira De Lima.

ASSINATURA DO TITULAR



A - CASAMENTO	D - ADOCADO	F - RECONHECIMENTO DE MATRIMÔNIO	G - DATA DE NASCIMENTO
E -			
L -			
F -			
G -			
E -			
N -			
D -			
A -			

NOME \_\_\_\_\_  
 DOCUMENTO \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA E CAMBIO DO SERVADOR \_\_\_\_\_  
 1. CLOWN

DOCUMENTO

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

ASSISTENTE SOCIALE E COORDINATORE DEL SERVIZIO \_\_\_\_\_

MODULO 1

ASSIGNATURA E CARICHI DIDATTICI

DOCUMENTO

NOME

DATA DE NASC. DE \_\_\_\_\_  
DOCUMENTO \_\_\_\_\_ PARA \_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO SEUADOR \_\_\_\_\_  
MOTIVO \_\_\_\_\_

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA  
FILIAÇÃO..... VALDEONER FERREIRA DE LIMA  
LUIZA VIEIRA DE LIMA  
NASCIMENTO..... 06/08/1963  
ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO  
NATURALIDADE..... POMBA, PB  
DOCUMENTO..... 6.14157319 10/04/2013 SSSS PB  
LEI Nº 3049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF..... 005.257.874-57  
TÍT. ELEITOR.....  
CNDL.....  
SEÇÃO.....  
LOCALIDADE DE EMISSÃO: SRTPEP - 05/09/2013  
ZONA.....

**ZONA:**

10

BR



LIVE  
Team?



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR			
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
DOADOR DE ORGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
CARTEIRAS ANTERIORES			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			

**06**

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CGC/CNPJ/CEI	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	
ESP. DO ESTABELECIMENTO	UF
CARGO	
CBO Nº	
DATA DE ADMISSÃO	DE DE DE
REGISTRO Nº	FIS. / FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
Ass. do empregador em duas testemunhas	
1ª	2ª
DATA DE SAÍDA	DE DE DE
Ass. do empregado em duas testemunhas	
1ª	2ª
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA	

**07**

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CGC/CNPJ/CEI	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	
ESP. DO ESTABELECIMENTO	UF
CARGO	
CBO Nº	
DATA DE ADMISSÃO	DE DE DE
REGISTRO Nº	FIS. / FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
Ass. do empregador em duas testemunhas	
1ª	2ª
DATA DE SAÍDA	DE DE DE
Ass. do empregado em duas testemunhas	
1ª	2ª
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA	

**08**

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CGC/CNPJ/CEI	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	
ESP. DO ESTABELECIMENTO	UF
CARGO	
CBO Nº	
DATA DE ADMISSÃO	DE DE DE
REGISTRO Nº	FIS. / FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
Ass. do empregador em duas testemunhas	
1ª	2ª
DATA DE SAÍDA	DE DE DE
Ass. do empregado em duas testemunhas	
1ª	2ª
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA	

**09**







**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**VARA ÚNICA DA COMARCA DE SÃO BENTO**

Fórum "Gov. João Agripino Filho", Rua Praça Álvaro Dias, 65, Centro, São Bento-PB, cep 58.865-000 Tel.: (83) 3444-1225

E-mail: sbe-vuni@tjpb.jus.br

NÚMERO DO PROCESSO: 0800582-88.2019.8.15.1171

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) / ASSUNTO: [Acidente de Trânsito]

PROMOVENTE: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

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

**DESPACHO**

Vistos.

**1. SOBRE A GRATUIDADE JUDICIÁRIA**

No primeiro despacho, foi determinado que se juntassem outros documentos a fim de comprovar a impossibilidade de recolhimento das custas processuais.

A parte autora trouxe aos autos cópia da CTPS, ficha do sindicato dos trabalhadores rurais e extrato de conta bancária que, juntamente com aqueles que estavam presentes quando do ajuizamento da ação, me convence da hipossuficiência alegada.

Em razão disso, DEFIRO A GRATUIDADE DA JUSTIÇA.

**2. SOBRE O ANDAMENTO PROCESSUAL**

Desde a entrada em vigor do Código de Processo Civil de 2015, o réu não mais é citado para oferecer resposta, mas para comparecer à audiência de conciliação ou de mediação (CPC, art. 334).

Todavia, é de conhecimento deste Juízo que a promovida só celebra acordos quando há perícia nos autos, de forma que se afigura desnecessária e mesmo desaconselhável, por se tratar de ato ineficiente (CF, art. 37) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (CF, art. 5º, inciso LXXVII), a designação exclusiva de audiência de conciliação, quando já se anuncia infrutífera a sua realização. Nada impede, entretanto, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como fase preliminar da própria audiência de instrução (CPC, art. 359), motivo pelo qual não vislumbro prejuízo às partes.

Diante disso, CITE-se a promovida para apresentar resposta, num prazo de 15 (quinze) dias.

2. Com a resposta, intime-se a parte autora para, querendo, impugnar a contestação, no prazo de 15 dias.

Cumpra-se, com atenção.

São Bento/PB, data do protocolo eletrônico.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, Lei nº 11.419/2006]

**JANETE OLIVEIRA FERREIRA RANGEL**  
**Juíza de Direito em substituição**





TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA  
**COMARCA DE SÃO BENTO**  
Fórum Gov. João Agripino Filho  
Praça Álvaro Silva, 65, Centro, São Bento-PB  
CEP 58.865-000 Tel.: (83) 3444-1225

## **EXPEDIENTE DE CITAÇÃO**

### **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

[Acidente de Trânsito]

**Processo nº** 0800582-88.2019.8.15.1171

**AUTOR:** ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

**REU:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do Vara Única de São Bento-PB, fica SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., por seu representante legal, devidamente **CITADA** para apresentar resposta, num prazo de 15 (quinze) dias.

São Bento-PB, 11 de maio de 2020. **JAMILLY BELIZA BEZERRA FERNANDES**  
Técnica Judiciária

