



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Francisco Jamira Cabral, brasileiro, Retirador de RG, n.º 2.453.652, do CPF 145.540.555-34, residente e domiciliado na Rua Maria de Sousa Barreto, n.º 80, Município de Patos - PB

OUTORGADA: **WALDEY LEITE LEANDRO**, brasileiro, casado, ADOGADO, com inscrição na OAB-PB no. 13.958, **YURE PEREIRA GOMES**, ADOGADO, inscrito na OAB-PB sob o número 20.152, **EVELLYN CHRISTINE DE SOUSA LUCENA**, ADOGADA, inscrita na OAB-PB sob o número 21.850, **EDMAR ARAÚJO**, ADOGADO, inscrito na OAB-PB sob o número 23.270 e, todos com escritório profissional a Rua Jarbas Moura, 46, Belo Horizonte, Patos - PB.

PODERES: Por este Instrumento Particular de procuração o OUTORGANTE nomeia e constitui seu(a) bastante procurador(a), o outorgado(a), a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula ad judicium et extra, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-lo nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, podendo o dito(a) procurador(a) praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do mandato ora outorgado, tais como: Contestar, ingressar com ação que julgar conveniente e necessária, recorrer em qualquer fórum ou instância, transigir, concordar, discordar, desistir, firmar compromissos (NÃO POSSUI PODERES PARA RECEBER DINHEIRO/PECUNIA OU DAR QUITAÇÃO EM NOME DO OUTORGANTE), agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer no presente mandato, com ou sem reserva de poderes, em especial para representá-lo e defendê-lo perante QUALQUER ORGÃO DO PODER JUDICIÁRIO, EM QUALQUER ORGÃO ADMINISTRATIVO COMO INSS, SEGURADORA, IBGE, DPVAT, LÍDER(DPVAT), BPREV, DNOCS, movido a favor do outorgante, do qual a mesma se compromete a levar as testemunhas para os atos processuais independentemente de intimações (nos termos do §2, do art. 455, do NCPC).

Patos, 28 de Setembro de 20 18.

Francisco Jamira Cabral

Outorgante

ISENTO DE RECONHECIMENTO DE FIRMA, FACE A LEI No. 8.952/94, QUE DA NOVA REDAÇÃO AO ART. 38 DO CPC.

Dr. Waldey Leite Leandro.

Rua Jarbas Moura, 46, Belo Horizonte, Patos - Pb.

Fone: (83) 8808-3805

E-MAIL e MSN: waldeyleite@hotmail.com





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
17ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE **PIANCÓ**



Atendimento

Data: 13/10/2017

Hora: 14h:50min

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº821/2017

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO/MOTO**

Data e local do fato: **02/10/2017, BR 361, Catingueira sentido Olho D'água** hora:

aproximadamente às 05:17hs

Sob a responsabilidade do Del. Pol. **JOSÉ PEREIRA DE SOUZA.**

Notificante: FRANCISCO FERREIRA CABRAL, alcunha "**NEGO CHICO**", Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: Patos-PB, nascido em 25/11/1960 com 56 anos, documento: RG Nº 2.453.652 SSP-BA e CPF 175.540.555-34, filho(a) de José Vandick Cabral e de Jesumira Ferreira Cabral, endereço: Rua Maria de Sousa Barreto, Bairro da Maternidade nº 80, Patos-PB, referência: Próximo ao Bar da Cajarana

Vítima: O NOTIFICANTE ACIMA QUALIFICADO, alcunha " ", Nacionalidade: **, naturalidade: **, idade: **, nascido em / / , cor/raça: *****, Estado Civil: *****, Profissão: **, Escolaridade: *****, documento: **, filiação: e de , endereço: *****, referência: .

HISTORICO DO FATO


O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: QUE o notificante vinha conduzindo uma MOTO HONDA CG 160 TITAN EX/ COR VERMELHA/ ANO MOD 2017.2017/ PLACA QFE 4502-PB/ Nº DE CHASSI 2C2KC2210HR014415, licenciada no em nome do próprio notificante, pela BR 361 saindo da cidade de Catingueira no sentido de Olho D'água, que em dado momento do percurso um animal tipo JUMENTO, atravessou em sua mão de direção, vindo o notificante a cair no rodovia, causando diversos ferimentos; QUE terceiros que vinha logo atrás na pista acionaram o socorro através do SAMU192. QUE o notificante foi encaminhado para o Hospital Regional Wecenslau Lopes em Piancó (CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR EM ANEXO), onde foi medicado e ficou em observação. Por essa razão o senhor FRANCISCO FERREIRA CABRAL, comparece a esta delegacia de policia para prestar o referido Boletim e solicitar a presente certidão para tomar as providencias que o caso requer . Nada mais a consignar.

Francisco Ferreira Cabral
Notificante / Testemunha Arrogada


UBIRATAN FLORENTINO ALVES
Agente de Polícia Civil
Matrícula: 168.368-3



MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**

Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

175.540.555-34

Nome

FRANCISCO FERREIRA CABRAL

Nascimento

25/11/1960

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

JBS

José Bráulio de Souza | 1º Ofício do Notário - Registro das Imoveis
LUA DANIELA MONTENEGRO BENTO DE OLIVEIRA REINIGIO
LUA MARIA MONTEIRO BENTO DE OLIVEIRA CUNHA

CERTIFICADO DE REGISTRO Nº 007-2017-008963-000000000000

Articulado à presente copia, reproducao fiel do original que se foi apresentado. Em testemunho da verdade.

Fianco-PB 13/10/2017 14:16:35

FILIPPE MONTENEGRO BENTO DE SOUZA REINIGIO - TABELAO REGISTRATO

DIGIT [2017-005793] EML: R\$ 2,31 FAPENAS: 0,27 FEPO: R\$ 0,00

SELO DIGITAL: AFK75983-SOMA

Confirma a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

OFICIO

13/10/2017 14:16:35

JOSE BRAULIO DE SOUZA

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:52:36 do dia 26/01/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



Roberta Rodrigues Alcantara Gonçalves
Téc. de Enfermagem
COREN/PB 001 163.759

8.00 am. Peruv. Peruv. v. tr.
Maurit. cf. Abt, CATS ECL 19.
Isane Sorein. Ave de Fe in. de.
CD, Martin Cassane C. L. 419005

8.10.17

① paciente última de paciente
recebeu medicado e sob os
evidências de que a equipe

Hoquiam

maternal patterns:

lurea 2010 7,5

gases, RVP I

just my len 3.0

Stronger 30 mg

Medicine's advertisement

1 Amp. Terminal 60 mag + 100 ml St. Cl. 09.45

Família: ~~Mrs. Soares Pereira~~
Tel: 008 Enfermagem
COREN: 001.005.829

Personal invite the plan to
entire or minutes first
on 035, open central
Liberal.
02.10.17
T. 10.10.17
10.10.17
COHEN 10.10.17

DR JOSE WILLIAM F FIGUEROA
CMA 9708-PB
Mexico



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise de seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 175.540.555-34 CPF da Vítima: 175.540.555-34 Nome completo da vítima: Francisco Ferreira Cabral

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Francisco Ferreira Cabral</u>		CPF titular da conta <u>175.540.555-34</u>	Profissão <u>Moto-Taxi</u>
Endereço <u>Rua Maria de Souza Barreto</u>		Número <u>80</u>	Complemento
Bairro <u>Maternidade</u>	Cidade <u>Patos</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>58.700-000</u>
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1563 D/V 6 CONTA NRO. 1009745 D/V 2
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome _____ NRO _____
AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Patos - PB, 17 de Novembro de 2017
Local e Data

Francisco Ferreira Cabral
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PAPP.001 V001/2017

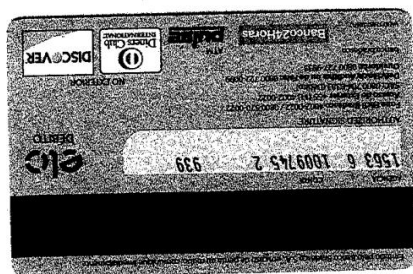


Assinado eletronicamente por: WALDEY LEITE LEANDRO - 12/04/2018 13:16:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18041213101838100000013246505>

Número do documento: 18041213101838100000013246505

Num. 13565676 - Pág. 1





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima Fernando Ferreira Cabral CPF da Vítima 175.540.535-39 Data do Acidente 02.10.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2017
Local e Data

Waldéy Leite Leandro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR

Data	ID Ocorrência	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base Hs	Hora de Chegada no Local Hs
02.10.17	46		02		05:09	05:17

Solicitante:

Paciente / Usuário	Idade	Sexo	Telefone
Francisco Ferreira Cabral	60	M	
Local da Ocorrência	Bairro	Médico Regulador	
BR-361		por bous	
Quantidade de Vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input checked="" type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de Três:			
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:			
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:			
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> At. no Local e Liberado <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o Atendimento			
Destino (Unidade Hospitalar)			
Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)			
Dr. Pierre Antonio			

Natureza da ocorrência

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
<p>CAUSAS EXTERNAS</p> <p>Acidente de Trânsito</p> <p>Acidente automobilístico:</p> <p>Acidente motociclístico</p> <p>Atropelamento por:</p> <p>Colisão carro x moto</p> <p>Capotamento</p> <p>Outro:</p>	<p>Hospital de</p> <p>Responsável</p> <p>Hospital de</p> <p>Responsável</p> <p>Quais?</p>

1 - DADOS VITAIS

P.A.: — X — FC: 106 FR: — TEMP: — HGT: — SpO2 - S/O2: 96 SpO2 C/O2: —

EXAME CLÍNICO (SISTOMAS, QUEIXAS) / ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA.

Paciente vítima de acidente motociclístico, consciente, orientado, com

TE SNU CLAMADA, CORTES CLÍNICOS DE SITUAÇÃO DE RISCO E

USO, CASCARÃO POR TODO CORPO, EM PEITO IMOBILIZADO E LIGADO DOS PEI-

LUÍTES. APÓS MP DO PEITO AVP COM TUBO 20 + SRL + TUBO 40mg + AD (CV).

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: E ENCAMINHADO AO HRP.

Diagnóstico de Enfermagem:

Intervenções: Atenção aos SSVV, 140 mmHg / Adm. de med. contínuas.

Evolução do Enfermeiro:

Paciente vítima de acidente motociclístico, consciente, orientado, apresen-

tando encorreações em HHSS e MHI, corte contínuo com indicação de

nutrição na região frontal e lateral, por peito imobilizado, di. mpxza

e curativo compressivo, A/P com SRL e conduzido ao HRP.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

Garza A/P com SRL, imobilização, curativo e condução ao HRP.

Assinatura do Médico Regulador

2 - VIA AÉREA:
☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:
☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:
☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:
☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilico

3 - CIRCULAÇÃO:
☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS:
☒ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO:
☒ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO:
☒ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheilo ☐ Ausente

3.4 - E. C. G.:
☐ Normal ☐ Alterado ☒ Não Realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☒ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: _____

Nível de Consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonde vesical
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaringea	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Desfibrilação/ Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Cricotireostomia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input checked="" type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input checked="" type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)
gases, compressas, equipe manuseio, jaleco, SRL

PERTENCES DA VÍTIMA
☐ Não
☐ Sim
 Objetos: _____

JBS José Bráulio de Souza | 1º Ofício de Notas - Registro de Imóveis
 LUIZA DANIELA MONTENEGRO BENTO DE SOUZA RÊGO
 LUIZA DANIELA MONTENEGRO BENTO DE SOUZA RÊGO
 TOMEI EXPEDIENTE - TOMEI EXPEDIENTE - TOMEI EXPEDIENTE
 Autentico a presente cópia, reproduzida fiel do original que se foi
 apresentado. Em testemunho da verdade.
 PIANCO-PB 13/10/2017 14:16:36
 FILIPE MONTENEGRO BENTO DE SOUZA RÊGO - TABELÃO SUBSTITUTO
 [2017-005181] ENLAPB 2,31 FAPENERS 0,27 FEPVRS
 SELLO DIGITAL: AFX75586-UUVZ
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Assinatura com Carimbo do Recebedor

ENTREGUES a /Local: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: A. Souza Matrícula: _____
 TEC. ENFERMAGEM: SENORA CUNHA COREN: 722259
 ENFERMEIRO (A): Francisca COREN: 33476
 MÉDICO (A): _____ CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento
 NOME: _____ RG / CPF: _____
 ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____
 TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____



Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO FERREIRA CABRAL

Nº Sinistro: 3180000016

Vítima: FRANCISCO FERREIRA CABRAL

Data do Acidente: 02/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180000016**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **02/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00473/00474 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 12390405



**SUS**

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANACÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES

CÓDIGO DA UNIDADE: 5673 CNPJ: 08.778.268/0031-86

ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPIÑO FILHO, 302 BAIRRO: OURO VELHO CEP: 58765-000

MUNICÍPIO: PIANCÓ ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE

NOME: *Picreana Sampaio Chalh* IDADE:PROFISSÃO: *logista* DOCUMENTO:ENDEREÇO: *Quilata Araripe* BAIRRO: CEP:MUNICÍPIO: *Jaboatão* ESTADO: *Paraíba* UF: *25*CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: CNS: *120.744.525.530.0000*DATA DO NASCIMENTO: *25/11/1960* DATA DO ATENDIMENTO: *02/10/17*CARÁTER DO ATENDIMENTO: RAÇA/COR: SEXO: *M*

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

*Rx de antebrazo D**0121014101011916**Rx de antebrazo F**0121014101011313**Rx de pulso D.**0121014101011313**0121014101011313**0121014101011313*

CID - 10

PROFISSIONAL

CBO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

225125

ASSINATURA DO PACIENTE

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE PATOS – 7ª VARA MISTA

Processo nº 0801798-65.2018.8.15.0251

DESPACHO

Vistos, etc.

1. Ao analisar a inicial e os documentos constantes dos autos, verifico que a parte Autora exerce profissão, mas não informa seus rendimentos. A fim de verificar a situação de hipossuficiência econômica alegada pela parte Autora, conforme faculta o art. 99, §2º do CPC/2015, determino a juntada 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), **juntando, em qualquer caso, os comprovantes de seus rendimentos de trabalho e/ou aposentadoria e CTPS**, informando seus eventuais gastos, caso existam, podendo o(a) Autor(a) fazer as manifestações que achar pertinentes. Prazo: 15 dias.

2. Caso a parte não se manifeste acerca da providência acima, 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.

Diligências necessárias.

Patos, data eletrônica.

Bruno Medrado dos Santos

Juiz de Direito



AO R. JUÍZO DA 7ª VARA DA COMARCA DE PATOS, PB

AUTOS: 0801798-65.2018.8.15.0251

FRANCISCO FERREIRA CABRAL, já devidamente qualificados nos autos do processo em epígrafe vem através de seu procurador, à presença de Vossa Excelência **INFORMAR**.

1 – MM. Juiz a parte autora vem que não declara imposto de renda, uma vez que, a soma de seus rendimentos mensais não excedem o limite anual legal.

2 – Informa ainda que atualmente encontra-se sem renda comprovada tendo como única fonte de renda e de sustento para sua família a proviniência de seu trabalho autônomo na condição de moto-taxi.

3 – Desta forma a parte autora vem ratificar o seu pedido para que lhe seja concedido os benefícios da justiça gratuita.

4 – MM. Juiz a parte autora requer a juntada de documentos.



Nestes Termos,
Pede Deferimento.

Patos, 02 de outubro de 2018

WALDEY LEITE LEANDRO

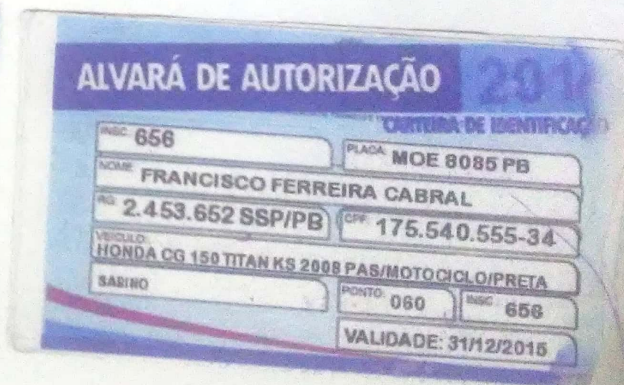
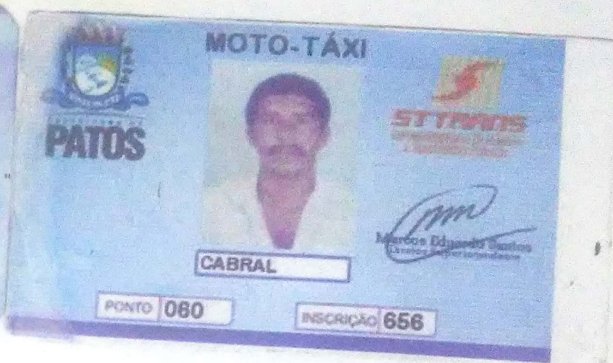
OAB-PB 13.958

EDMAR DE

ARAUJO FERREIRA

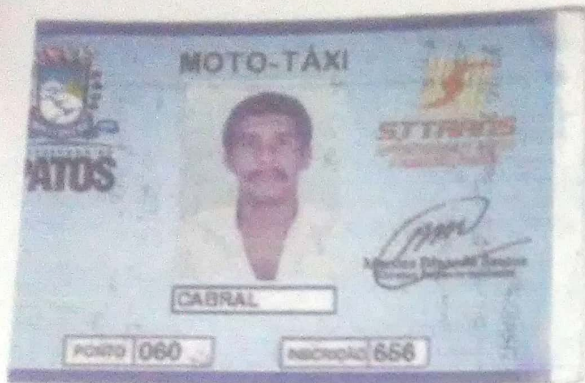
OAB-PB 23.270





Scanned by CamScanner





Boleto de Cobrança

<http://etickcobranca.kinghost.net/boletoSttransPatos.php?b=NDM...>

STTRANS PATOS PB - COM REGISTRO
- 07.408.825/0001-99

Recibo do Sacado

Cedente STTRANS PATOS PB - COM REGISTRO - 07.408.825/0001-99			Agência/Código Cedente 0151-1/00034248-3	Vencimento 15/06/2018
Sacado FRANCISCO FERREIRA CABRAL			Número do Documento 0000004386	Nosso Número 29871810000013089
Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor	(-) Valor do Documento 181,30	(-) Desconto
			(-) Outros Acréscimos	(=) Valor Cobrado
Demonstrativo: VALOR REFERENTE A TAXA DE FISCALIZAÇÃO DE TRANSPORTE DE PASSAGEIROS MAIS JUROS- ALVARÁ 2017/2018 - VENCIMENTO DO ALVARÁ EM 31/12/2018, CNH: 01324859165 - PLACA: OFE-4502/PB (MOTO-TÁXI 2 ANOS). ALVARÁ RETIDO. PARCELA: 1/1				

Scanned by CamScanner





PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE PATOS – 7ª VARA MISTA

PROCESSO: 0801798-65.2018.8.15.0251

DECISÃO

Vistos, etc.

A fim de verificar a situação de alegada hipossuficiência econômica do Autor, conforme faculta do art. 99, §2º do CPC/2015, este Juízo determinou a sua comprovação.

A análise dos documentos juntados deve ser feita de maneira global. Verifica-se que o Autor NÃO CUMPRIU O DESPACHO DE ID 16463150, já que não juntou os documentos determinados. Salienta-se que este magistrado destacou em negrito e sublinhado os documentos mais importantes. A parte se limitou a alegar que não declara IRPF e comprovar que é mototaxista, não ficando claro para este julgador os seus ganhos, que pode ser de 500 reais, 2000 reais ou mesmo nada, já que todos esses valores se enquadram como isentos. Era fácil a parte juntar seu próprio comprovante de rendimentos, mas não o fez.

Por todas essas considerações e não ficando demonstrada a incapacidade de pagamento das custas pela parte Autora, **INDEFIRO** o pedido de Gratuidade de Justiça formulado, nos termos do art. 99, §2º, CPC/2015.

Determino à parte autora o recolhimento das custas processuais no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de extinção do processo com o cancelamento da distribuição da presente ação (art. 290, CPC/2015).

P.I.

PATOS, 26 de agosto de 2019



Bruno Medrado dos Santos

Juiz de Direito



AO R. JUIZO DA 7ª VARA MISTA DA COMARCA DE PATOS-PB.

Proc.: **0801798-65.2018.8.15.0251**

FRANCISCO FERREIRA CABRAL, já devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe vem através de seu procurador, à presença de Vossa Excelência **INFORMAR**:

MM Juiz, o advogado patrono vem por meio deste, informar que não conseguiu contato com o autor, tendo em vista, que os números de contatos deixados pelo mesmo se encontram “fora de área” ou “não existentes”.

Há de se falar também que houve tentativa de contato com o autor por meio de seus familiares, quando estes informaram que o autor estava em um sítio e que não possui mais telefone celular.

Diante do exposto, requer que a parte autora seja intimada pessoalmente da r. decisão contida no ID 24366382 dos autos.

Nestes Termos,

Pede Deferimento.



Patos-PB, 23 de Setembro de 2019.

WALDEY LEITE LEANDRO

OAB-PB 13.958

JOSÉ MATHEUS OLIVEIRA DIAS

ESTAGIÁRIO



AO R. JUIZO DA 7ª VARA MISTA DA COMARCA DE PATOS-PB.

Proc.: **0801798-65.2018.8.15.0251**

FRANCISCO FERREIRA CABRAL, já devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe vem através de seu procurador, à presença de Vossa Excelência **INFORMAR e REQUERER:**

MM Juiz, há de se informar que somente hoje, a parte autora se dirigiu até o escritório do seu patrono em busca de informações sobre o seu processo, quando lhe fora informado sobre o pagamento das custas processuais.

Este informou que não possui condições financeiras de arcar com as custas da presente demanda, tendo em vista, que trabalha de moto táxi e que sua renda varia entre 200 à 400 reais por mês.

Diante do exposto, tendo em vista a parte autora ser pessoa muito humilde, semi-analfabeta, e claramente a hipossuficiente entre as partes, requer-se que Vossa Excelência reconsidere a r. decisão e conceda a justiça gratuita ao requerente nos termos da lei.



Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Patos-PB, 25 de Setembro de 2019.

WALDEY LEITE LEANDRO

OAB-PB 13.958

JOSÉ MATHEUS OLIVEIRA DIAS

ESTAGIÁRIO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

FRANCISCO FERREIRA CABRAL

RG: 2453652 SSP BA

CPF: 175.540.555-34 DATA NASCIMENTO: 25/11/1960

FUNÇÃO: JOSE VANDICK CABRAL
 JESUMIRA FERREIRA CABRAL

PERMISSÃO: [] ACB: [] CENSO: AB

Nº REGISTRO: 01324859165 VALIDADE: 18/08/2019 1ª EMISSÃO: 28/12/1998

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do titular

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: PATOS, PB DATA EMISSÃO: 21/08/2014

Assinatura do emissor 42054100111
 78028667247

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - PB (PATÓIA)

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 971552066

PROIBIDO PLASTIFICAR 971552066

MOTO-TÁXI

PATOS
 PREFEITURA DE
 NOVO JEITO DE GOVERNAR

STTRANS
 SUPERINTENDÊNCIA DE TRÂNSITO E TRANSPORTE PÚBLICO

FRANCISCO

INScrição 656

AVARÁ DE AUTORIZAÇÃO 2019
CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

INSC.: 656 PLACA: OFE-4502/PB

NOME: FRANCISCO FERREIRA CABRAL

RG: 2.453.652 SSP/PB CPF: 175.540.555-34

VEICULO: HONDA/CG 160 TITAN EX 2017

PAB/MOTOCICLE VERMELHA PONTO: 060 INSC.: []

CHAVE SISTEMA: 147 - SABINO





DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **FRANCISCO FERREIRA CABRAL**, brasileiro, casado, moto-taxista, portador do RG nº 245.365-2 e do CPF nº 175.540.555-34, residente e domiciliado à Rua Maria de Sousa Barreto, nº 80, Patos-PB, **DECLARO**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, tendo em vista, **que a minha renda atinge ao máximo R\$ 400,00 (Quatrocentos reais) oriunda da minha atividade de moto-taxi**, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Patos-PB, 25 de Setembro de 2019.

FRANCISCO FERREIRA CABRAL

Dr. Waldey Leite Leandro
Rua Jarbas Moura, 46, Belo Horizonte, Patos – Pb.
Fone: (83) 8808-3805
E-MAIL: waldey@ideaoadvogados.com

Scanned by CamScanner







PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE PATOS – 7ª VARA MISTA

Processo nº 0801798-65.2018.8.15.0251

AUTOR: FRANCISCO FERREIRA CABRAL

REU: 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 apazada 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, 2 de julho de 2020



Bruno Medrado dos Santos

Juiz de Direito

