



Número: **0801272-74.2017.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **08/06/2017**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	PAULO CESAR COSTA DIAS
AUTOR	TALIS SALDANHA DA SILVA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
8213592	08/06/2017 21:47	1 PROURAÇÃO	Procuração
8213594	08/06/2017 21:47	2 QUALIFICACAO CIVIL	Documento de Identificação
8213597	08/06/2017 21:47	3 COMPROVANTE DE RESIDENCIA	Outros Documentos
8213601	08/06/2017 21:47	4 DOC DO VEICULO	Documento de Comprovação
8213605	08/06/2017 21:47	5 DOCUMENTO COMPLEMENTAR	Documento de Comprovação
8213607	08/06/2017 21:47	6 PRONTUARIO MEDICO	Documento de Comprovação
8213609	08/06/2017 21:47	7 PRONTUARIO MEDICO 1	Documento de Comprovação
8213612	08/06/2017 21:47	8 EXTRATO DE PAGAMENTO	Documento de Comprovação
8213614	08/06/2017 21:47	DECLARAÇÃO DE ISENTO DE IMPOSTO DE RENDA	Documento de Comprovação
9163848	15/08/2017 10:59	Despacho	Despacho
9264859	18/08/2017 12:07	Expediente	Expediente
19536031	28/02/2019 11:35	Certidão	Certidão



Leandro & Dias
Advogados

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA” E “ET EXTRA”

OUTORGATE: TALIS SALDANHA DA SILVA, brasileiro, solteiro, carpinteiro, portador do documento RG de nº 003090337 SSP/PB e CPF de nº 095.960.934-28, residente e domiciliada na Rua Pio Suassuna, 35, Bairro José Américo, cidade de Riacho dos Cavalos, CEP 58870-000, Estado da Paraíba.

OUTORGADO: Paulo Cesar Costa Dias, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados sob nº 22.523-B, Paraíba, inscrito no CPF nº 011.671.211-85, com Escritório Profissional na Rua das Orquídeas, nº 274, Jardim Magnólia, Patos/PB, CEP: 58705-570.

Através do presente instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, conforme estabelecido no artigo 105 do Novo Código de Processo Civil

Patos - Paraíba, 05 de maio 2017.



Leandr
Advo

DECLARAÇÃO

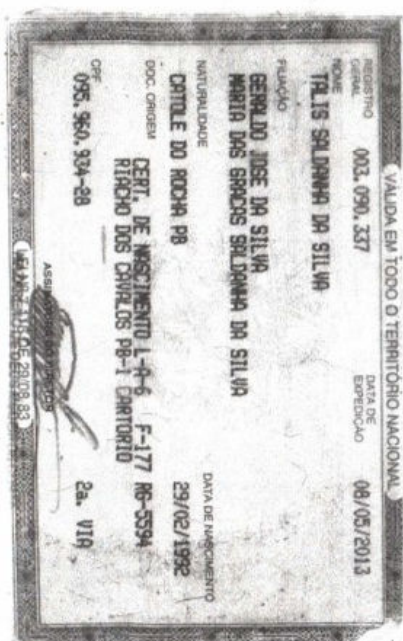
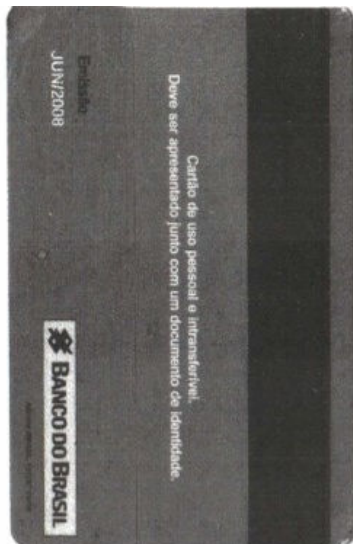
DECLARANTE; TALIS SALDANHA DA SILVA, brasileiro, solteiro, carpinteiro, portador do documento RG de nº 003090337 SSP/PB e CPF de nº 095.960.934-28, residente e domiciliada na Rua Pio Suassuna, 35, Bairro José Américo, cidade de Riacho dos Cavalos, CEP 58870-000, Estado da Paraíba.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA: Declaro nos termos da Lei nº. 7.115/83, perante este órgão judiciário, para o fim especial de obter a **GRATUIDADE DOS ATOS JUDICIAIS**, ser pessoa juridicamente pobre nos termos do § 4º do artigo 5º da lei nº 1.060/50, não podendo arcar com as despesas e encargos processuais sem prejuízo do seu sustento próprio e de sua família, em oportuno, assumo a responsabilidade por minhas afirmações tanto de pobreza como de residência, sujeitando-me às sanções civis e criminais previstas na legislação vigente em caso de falsidade do conteúdo desta declaração

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA: Declaro com base na Lei nº 7.115 de 29 de março de 1983 que resido no endereço acima identificado. Declaro ainda ser conhecedor das sanções cíveis, administrativas e criminais a que estarei sujeito caso as informações prestadas não sejam estritamente a verdade

Patos - Paraíba, 05 de maio 2017.

Talis Saldanha da Silva



MARIA DAS GRACAS SALDANHA DA SILVA
RUA PIO SUASSUNA, 25 - JOSE AMERICO
RACHO DOS CAVALOS / PB CEP 58870-000 (AG 245)

Classe/Subclasse RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFASICO
Roteiro 14 - 248 - 405 - 6580
Nº medidor 00008361031

Referência Abr/2015
Emissão: 24/04/2015

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km.25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.035.103/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica 74700-590-955
Código para Débito Automático: 00005418363

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

3854 R63 3112 281e f23f 3b4a ca65 9e1d

Conta referente a CDC (Código do Consumidor): 5/541836-3

Abr/2015

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Apresentação

24/04/2015

Data prevista da próxima leitura

22/05/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

5405050408

Cálculo de consumo

	Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
	Data	Leitura	Data	Leitura			
Faturas em atraso	24/03/15	6409	24/04/15	6517	1	108	31

FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 18/04/2015 PAGAS OBRIGADO!

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-BR	30	0,13062	3,92
Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,22427	15,69
Consumo - 101 a 220kWh-BR	8	0,33640	2,69
Adic. B Vermeiza			3,20

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,81
COPIS	2,81
CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA	10,44
ICMS (Base de Cálculo R\$ 88,97 (Alíquota 27,00%))	19,82

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/15	103
Fev/15	118
Jan/15	133
Dez/14	107
Nov/14	126
Out/14	124
Set/14	141
Ago/14	112
Jul/14	121
Jun/14	146
Ma/14	126
Abr/14	119

Média dos últimos meses
123 kWh

VENCIMENTO

04/05/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 58,06

Indicadores de Qualidade 2/2015 - Caboleiro do Rocha

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	0,00	CONTRATADA 201
DIC ANUAL	0,00	LIMITE INFERIOR 231
FIC MENSAL		LIMITE SUPERIOR
FIC TRIMESTRAL		
FIC ANUAL		
DMC		
DICRI		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia PB	10,10	17,40
Compra de Energia	12,37	21,31
Serviço de Transmissão	0,85	1,48
Encargos Setoriais	3,28	5,66
Impostos Diretos e Encargos	32,48	55,94
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	58,06	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição (R\$ 2/2015) R\$ 13,92

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 21,35.
Reajuste Extraordinário-Vigência: 03/03/2015-Res. ANEEL nº 1.858-Efeito médio 3,82%

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011754990490
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - COD. RENAVAM - PRT - 20151300002246-1
1 0099208790-2 00/00000000 2015

NOME
LINALDO ALVES DE SOUSA

CPF/CNPJ
11064742440

PLACA
NOB8131/PB

PLACA ANT./UF
NOVO PB 9C2KC1680ER472528

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP./POT./CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
IPVA PAGO EM 18/03/2015 1º

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS
***** 0 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 18/03/2015

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACIION HONDA LTDA

RIACHO DOS CAVALOS-PB

11436



Aristeu Chaves Sousa
Diretor Superintendente - DETRAN/PB

DATA
18/03/2015
15963

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011754990490 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 18/03/2015

VIA - CPF / CNPJ - PLACA
1 11064742440 NOB8131/PB

RENAVAM MARCA/MODELO
00992087902 HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2013 9 9C2KC1680ER472528

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

***** BILHETE (R\$) SEGURO P A G O

S PAGAMENTO 18/03/2015

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04
www.seguradorafiden.com.br

15989-1525553-20150318

GOVERNO
DA PARAIBA
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, TALIS SALDANHA DA SILVA, RG 003.090.337 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua: Pio Suassuna – Riacho dos Cavalos - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Sandro Adriano Sousa dos Santos – CRM 8749, no dia 09 de Maio de 2015. Deu entrada na Urgência e Emergência socorrido pelo SAMU, vítima de acidente de motocicleta, foram feitos os primeiros procedimentos e em encaminhado para o Hospital de Trauma em Campina Grande. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Catolé do Rocha – PB, 21 de Maio de 2015.

Giula Darllen F. R. Monteiro
Diretora Geral
Mot. 180924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: _____

Leito:

Nome:		DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
		09/09/16	16:32	<p>Paciente deu entrada neste setor vítima de acidente de moto, com fratura exposta do antebraço direito e fratura em art. longos do braço do pé direito.</p> <p>Paciente apresentando fratura de arco costal e fratura de quadril esquerdo.</p> <p>Paciente foi encaminhado para o Hospital de Trauma do Campina Grande.</p>	<p>Francisco Fábio de Sá Enfermeiro COREN-PB 280.838</p> <p>Francisco Fábio de Sá Enfermeiro COREN-PB 280.838</p>

SINAIS VITAIS

[illegible]

Num. 8213607 - Pág. 3

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome:

Leito:

DATA

HORA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ASSINATURA

09/09/15 16:30

Paciente em estado estável, sem alterações significativas no exame físico. Evolução satisfatória com melhora da respiração e saturação de oxigênio. Paciente em boas condições gerais, sem alterações de consciência. Paciente em boas condições de hidratação e alimentação. Paciente em boas condições de higiene pessoal e ambiente. Paciente em boas condições de sono. Paciente em boas condições de mobilidade. Paciente em boas condições de interação social. Paciente em boas condições de adaptação ao ambiente hospitalar. Paciente em boas condições de resposta terapêutica. Paciente em boas condições de evolução clínica. Paciente em boas condições de prognóstico. Paciente em boas condições de alta hospitalar.

Paulo Cesar Costa Dias
Enfermeiro
COREN-PB 250.838

Paulo Cesar Costa Dias
Enfermeiro
COREN-PB 250.838

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome:

Leito:

Nome:		DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
09/09/16:50				<p>Paciente deu entrada neste setor vítima de queda de moto, lesão frontal com um dos membros superiores apresentando edema, acintado pelo corpo e supratentorial fratura no antebraço U. Coluna da pelve SARA de Católi do Rocha.</p> <p>Paciente apresentando fratura de ambos costais e fratura de quadril esquerdo.</p> <p>Paciente foi encaminhado para o Hospital de Trauma de Campinas Grande.</p>	<p>Francisco Fábio de Sá Enfermeiro COREN-PR 280.838</p> <p>Francisco Fábio de Sá Enfermeiro COREN-PR 280.838</p>

SINAIS VITAIS

[illegible]

Medicamentos - Medicamentos e Outros Recursos		Diagnóstico		CID - 10	
1. S.E.S.I. 10001 (5)					
2. Fenofibrato 200mg (60)					
3. Dif. Nam 15 (60)					
4. Dexam 4mg (3)					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Procedimento - Descrição		Diagnóstico		CID - 10	
Fenofibrato					

Medicação		Encaminhamento	
() Prescrito	() Observação	() Óbito	() 0
() Aplicação	() Internação	() Residência	() 0

Serviços Realizados: Código / Procedimento	
1- 03011260026	
2-	
3-	

Assinatura do Médico / Assistente(s) - Carimbo		CRM	
<p>Assinatura do Médico / Assistente(s) - Carimbo</p> <p>MEDICO ESTADO DO RIO DE JANEIRO 15.10.2019</p>			

Assinatura do Paciente / Acompanhante ou Out. Responsável		Ou Polegar Direito	
<p>Assinatura do Paciente / Acompanhante ou Out. Responsável</p> <p>Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo</p>			



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

VID

CNPJ: 08.778.628/0023/78

CNES: 2605473

UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS

ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: TALIS SALDANHA DA SILVA

Nascimento: 29/2/1992

Idade: 23

Cor: PARDA

Sexo: M

Profissão: CARPINTERO

Endereço: CASTELO BRANCO

Bairro: CENTRO

Num.: S/N

Fone: (83)9994-0770

Cidade: CATOLE DO ROCHA - PB - 58894-000 - 2504306

CNS: 898-0500-8841-4282

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.: Ingrid

Data / Hora: 9/5/2015 20:53:40

Recepção: Ingrid

Ficha Número: 61407

PESO:

PA:

TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Este vítima de acidente motorista, apresentando
do dor e hematomas em antebraço e dor de dor
a região do ombro e 1 últimos dedos costais

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Rx Antebraço e (H.P.)

Rx Ombro

RESULTADOS

Exame físico do Antebraço

Exame físico do Ombro e Costais

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

At. Cir. Geral

01 - ELETIVO

CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

Dr. Santo Bruno S. Barros
Unidade: Hospital Regional de Patos

Código: 2613

Exames físicos do Antebraço

CID-10

MEDICAÇÃO

1 - PRESCRITA

OBSERVAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

RESIDÊNCIA

2 - APLICADA

OUTRO HOSPITAL

ÓBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	030104	0072
2 -		
3 -		

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Cfm / Cfs

SAVIO BRUNO BARROS - 5615 - 111-1111-1111-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direto

Ass. Revisor Técnico - carimbo

Ass. Revisor Administrativo - carimbo



HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuario: 36581

Data/Hora 9/5/2015 21:39:44

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Servidor do Dr.:

Paciente TALIS SALDANHA DA SILVA

Idade: 23 Sexo M

Filiação

Pai: GERALDO JOSE DA SILVA

Mãe: MARIA DAS DORES SALDANHA DA SILVA

Endereço

Cidade: CATOLE DO ROCHA - PB - 58884-000 - 2504306

Endereço: CASTELO BRANCO

N: S/N

Bairro: CENTRO

Naturalidade: CATOLE DO ROCHA - PB

Fone: (83)9894-0770

Documentos

CNS: 898-0500-8841-4282

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 29/2/1992

Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão: CARPINTEIRO

Responsável:

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

Paciente vítima de acidente automobilístico, apresentando dor e deformidade em Antebraço (E). Apresenta zumbido de ouvido esquerdo (E).

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

Dor à palpação e deformidade no antebraço (E)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx tórax

Rx (AP/P) Antebraço (E)

Diagnóstico:

Fratura do úmero do Antebraço

Motivo da Alta:

Resultado: () Suiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em. ____/____/____

Recepcionista: Ingrid

HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"			
PATOS - PARAÍBA			Nº Prontuário
Nome do Paciente: <i>Tales Sclabouk</i>			
Data da Cirurgia <i>19/05/15</i>	Enf.	Leito	
Cirurgião <i>Dr. Sclabouk</i>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>RS - infarto de miocárdio</i>			
Tipo de Cirurgia <i>Urgência - desobstrução</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Cirurgia <i>RS</i>			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
<i>1) incisão em O2 sob anestesia</i>
<i>2) drenagem + cateterismo</i>
<i>3) aproximação de bordas</i>
<i>4) drenagem de líquido presente no abdômen</i>
<i>5) aproximação de bordas de ferida</i>
<i>6) sutura</i>

RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Nome: <u>Tales Saldanha da Silva</u> Sexo: <u>M</u> Idade: <u>23 anos</u> RG: <u>36.581</u>		GOVERNO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL ASSUNÇÃO R. JACQUES CARDRELLI
Local: <u>Troca Limpa em Fim de Sessão</u> Procedimento: <u>Biopsia de Tireoide</u> Dr. Marciano Data: <u>10.05.15</u> Horário: <u>08h35</u> Outro: <u>08h30</u>		

MATERIAL			
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	1. Solução de Infusão	1	Equip. pr. coleta sangue
1	2. Solução de Infusão	1	Sérp.
1	3. Aplicação de Sangue	1	Luvas Est. pr. Procedimentos
1	4. Monitor Cardio-Respirador	1	Capnômetro
1	5. Sonda de Foley	1	Sonda de Foley
1	6. Sonda de Urina	1	Coletor de Urina
1	7. Sonda de Urina	1	Seringa 1 ml
1	8. Sonda de Urina	1	Seringa 3 ml
1	9. Sonda de Urina	1	Seringa 5 ml
1	10. Sonda de Urina	1	Seringa 10 ml
1	11. Sonda de Urina	1	Seringa 20 ml
1	12. Sonda de Urina	1	Eletrodo de ECG
1	13. Sonda de Urina	1	Atadura de Crepom 10cm
1	14. Sonda de Urina	1	Atadura de Crepom 20cm
1	15. Sonda de Urina	1	Atadura Gessada 10cm
1	16. Sonda de Urina	1	Sonda Uretral
1	17. Sonda de Urina	1	Sonda Nasogástrica
1	18. Sonda de Urina	1	Sonda de Urina
1	19. Sonda de Urina	1	Dreno Penetra
1	20. Sonda de Urina	1	Dreno Sucção
1	21. Sonda de Urina	1	Dreno de Torax
1	22. Sonda de Urina	1	Espandráculo
1	23. Sonda de Urina	1	Alcômetro 10%
1	24. Sonda de Urina	1	PVP 10ml
1	25. Sonda de Urina	1	Classe
1	26. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	27. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	28. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	29. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	30. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	31. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	32. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	33. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	34. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	35. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	36. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	37. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	38. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	39. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	40. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	41. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	42. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	43. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	44. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	45. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	46. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	47. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	48. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	49. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10
1	50. Sonda de Urina	1	Agulha 18 x 10

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Ata de reunião

O encontro foi realizado
na data de 03/02/16
para discutir a situação
atual da saúde pública
e a necessidade de
implementar medidas
para melhorar a
qualidade dos serviços
prestados.

Dr. Antônio Soares de Brito
MÉDICO - ORTOPEDIA
CRM 123456789

Unidade Prestadora de Atendimento

Código da Unidade: 2592460

CRP:

Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS

Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 349 Bairro: BATALHÃO

Município: CATOLÉ DO ROCHA Estado: PARAIBA UF: PB

Paciente

Nome:

Soc: 161 Idade: 23

Nome Social:

Profissão:

Teléfono:

Documento: 003.090331

Endereço:

Bairro: J. B. B. B.

Município: KECANO CEP: 5312304

Código IBGE Município:

CNS: 31908008417280

Data de Nascimento:

Data do Atendimento: 29/02/1992

Nome:

Soc: 161 Idade: 23

Nome Social:

Teléfono:

Documento: 003.090331

Endereço:

Bairro: J. B. B. B.

Município: KECANO CEP: 5312304

CNS: 31908008417280

Data de Nascimento:

Data do Atendimento: 29/02/1992

Nome:

Soc: 161 Idade: 23

Nome Social:

Teléfono:

Documento: 003.090331

Endereço:

Bairro: J. B. B. B.

Município: KECANO CEP: 5312304

CNS: 31908008417280

Data de Nascimento:

Data do Atendimento: 29/02/1992

Nome:

Soc: 161 Idade: 23

Nome Social:

Teléfono:

Documento: 003.090331

Endereço:

Bairro: J. B. B. B.

Município: KECANO CEP: 5312304

CNS: 31908008417280

Data de Nascimento:

Data do Atendimento: 29/02/1992

Nome:

Soc: 161 Idade: 23

Nome Social:

Teléfono:

Documento: 003.090331

Endereço:

Bairro: J. B. B. B.

Município: KECANO CEP: 5312304

CNS: 31908008417280

Data de Nascimento:

Data do Atendimento: 29/02/1992

Nome:

Soc: 161 Idade: 23

Nome Social:

Teléfono:

Documento: 003.090331

Endereço:

Bairro: J. B. B. B.

Município: KECANO CEP: 5312304

CNS: 31908008417280

Data de Nascimento:

Data do Atendimento: 29/02/1992

Nome:

Soc: 161 Idade: 23

Nome Social:

Teléfono:

Documento: 003.090331

Endereço:

Bairro: J. B. B. B.

Município: KECANO CEP: 5312304

CNS: 31908008417280

Data de Nascimento:

Data do Atendimento: 29/02/1992

Nome:

Soc: 161 Idade: 23

Nome Social:

Teléfono:

Documento: 003.090331

Endereço:

Bairro: J. B. B. B.

Município: KECANO CEP: 5312304

CNS: 31908008417280

Data de Nascimento:

Data do Atendimento: 29/02/1992

Motivo - Motivos e Outros Recursos

1. Sólido 100% (100%)

2. Terceira 100% (100%)

3. Primeira 100% (100%)

4. Segunda 100% (100%)

5. Terceira 100% (100%)

6. Primeira 100% (100%)

7. Segunda 100% (100%)

8. Terceira 100% (100%)

9. Primeira 100% (100%)

10. Segunda 100% (100%)

11. Terceira 100% (100%)

12. Primeira 100% (100%)

13. Segunda 100% (100%)

14. Terceira 100% (100%)

15. Primeira 100% (100%)

16. Segunda 100% (100%)

17. Terceira 100% (100%)

18. Primeira 100% (100%)

19. Segunda 100% (100%)

20. Terceira 100% (100%)

21. Primeira 100% (100%)

22. Segunda 100% (100%)

23. Terceira 100% (100%)

24. Primeira 100% (100%)

25. Segunda 100% (100%)

26. Terceira 100% (100%)

27. Primeira 100% (100%)

28. Segunda 100% (100%)

29. Terceira 100% (100%)

30. Primeira 100% (100%)

31. Segunda 100% (100%)

32. Terceira 100% (100%)

33. Primeira 100% (100%)

34. Segunda 100% (100%)

35. Terceira 100% (100%)

36. Primeira 100% (100%)

37. Segunda 100% (100%)

38. Terceira 100% (100%)

39. Primeira 100% (100%)

40. Segunda 100% (100%)

41. Terceira 100% (100%)



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MATA DE VASCONCELOS
SUS

Endereço Prestadores do Atendimento

Código da Unidade: 2592460

CNPJ:

Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MATA DE VASCONCELOS

Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 349 Bairro: BATALHÃO Estado: PARAÍBA UF: PB

Município: CATOLÉ DO ROCHA

Paciente

Nome:

Nome Social: JOÃO CARLOS DE ALMEIDA Sexo: M Idade: 23

Profissão:

Profissão: P. DE QUANTIDADE 35 Documento: 003.090334

Endereço:

Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 349 Bairro: BATALHÃO

Município:

Município: CATOLÉ DO ROCHA UF: PB

Código IBGE Município:

Código IBGE Município: 531204 CNIS: 35900008174382

Data de Nascimento:

Data de Nascimento: 29/10/1992 Data de Atendimento: 29/05/15

Raca / Cor

() 1 - Branca () 2 - Preta (X) 3 - Parda () 4 - Amarela () 5 - Indígena () 99 - Sem Informação

Anamnese e exame Físico (Sua anamnese)

Relato do paciente: Alergia a leite de vaca

Exames realizados no ambiente (Tipos):

Exames realizados no ambiente (Tipos):

Exames realizados no ambiente (Tipos):

Exames realizados no ambiente (Tipos):

Exames realizados no ambiente (Tipos):

Exames realizados no ambiente (Tipos):

Exames realizados no ambiente (Tipos):

Exames realizados no ambiente (Tipos):

Exames realizados no ambiente (Tipos):

Exames realizados no ambiente (Tipos):

Exames realizados no ambiente (Tipos):

Exames realizados no ambiente (Tipos):

Exames realizados no ambiente (Tipos):

Exames realizados no ambiente (Tipos):

Caráter do Atendimento

() 01 - Eletivo

(X) 02 - Urgência

() 03 - Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa

() 04 - Acidente no trajeto para o trabalho

() 05 - Outros tipos de acidente de trabalho

() 06 - Outros tipos de lesões e encaminhamento por agentes químicos ou físicos

Notariza de Consulta

Consulta simples

Consulta com medicamento

Consulta com observação

Consulta Ortopédica

Procedimento de Urgência

Medicamentos e Outros Recursos

1. Sólido: 100ml (10)

1. Líquido: 200ml (20)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

1. Dose: 1g (10)

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE		MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS	
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> </div> <div> CNPJ 08.778.628/0023/76 CNES 2605473 HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO END. RUA HORACIO NOBREGA, S/N ESTADO PARAIBA UF 25 CIDADE PATOS </div> </div>			
Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)			
Paciente: TALIS SALDANHA DA SILVA Sexo: M Nascimento: 29/2/1992 Idade: 23 Cor: PARD Profissão: CARPINTEIRO Endereço: CASTELO BRANCO Bairro: CENTRO Cidade: CATOLE DO ROCHA - PB - 58884-000 - 2504306 CNS: 898-0500-8841-4282 Identidade: CPF: 9/5/2015 20.53.40 Reg. Nasc.: Data / Hora: 9/5/2015 20.53.40 Recapitulante: Ingrid Ficha Número: 01407 36581		DIAGNÓSTICO Lesão por trauma em membros superiores e inferiores CID-10: S00.0X10A	
PROCEDIMENTO Descrição:			
01 - ELETIVO <input type="checkbox"/>		CARÁTER DO ATENDIMENTO	
02 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/>			
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA <input type="checkbox"/>			
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/>			
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS <input type="checkbox"/>			
MEDICAÇÃO 1 - PRESCRITA <input type="checkbox"/>		ENCAMINHAMENTO RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/>	
2 - APLICADA <input type="checkbox"/>		OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/>	
		ÓBITO <input type="checkbox"/>	
		INTERNACÃO <input type="checkbox"/>	
		OUTROS <input type="checkbox"/>	
SERVIÇOS REALIZADOS. CÓDIGO / PROCEDIMENTO			
1 -	0301	01	0002
2 -			
3 -			
Ass. dos Profissionais Assistentes - Carimbos			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS) Ex. Antebbraço e (APR) Ex. Torax Exame de Urina e Hemograma Exame de Urina e Hemograma		EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS) Ex. Antebbraço e (APR) Ex. Torax Exame de Urina e Hemograma Exame de Urina e Hemograma	
RESULTADOS Exame de Urina e Hemograma Exame de Urina e Hemograma		RESULTADOS Exame de Urina e Hemograma Exame de Urina e Hemograma	
ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo (Assinatura)		ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - ca (Assinatura)	



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3150547918 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** TALIS SALDANHA DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** MBM SEGURADORA S/A #772**BENEFICIÁRIO** TALIS SALDANHA DA SILVA**CPF/CNPJ:** 09596093428**Posição em 14-05-2017 20:30:08**

Pedido de indenização cancelado.

ACESSIBILIDADE

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

DECLARAÇÃO DE ISENTO DE IMPOSTO DE RENDA PESSOA FISICA

EU, TALIS SALDANHA DA SILVA, brasileiro, solteiro, carpinteiro, portador do documento RG de nº 003090337 SSP/PB e CPF de nº 095.960.934-28, residente e domiciliada na Rua Pio Suassuna, 35, Bairro José Américo, cidade de Riacho dos Cavalos, CEP 58870-000, Estado da Paraíba. Declaro ser isento de imposto de renda pessoa física junto a Receita Federal do Brasil pelo motivo de que nos anos anteriores não obtive, rendimentos provindo de trabalho assalariado suficiente para declarar o IRPF, nestes anos não me enquadro nos casos que obrigam a entrega DECLARAÇÃO ANUAL DE IMPOSTO DE RENDA PESSOA FISICA.

Declaro ainda que esta declaração segue em conformidade com a edição da Instrução Normativa RFB nº 864 de 25 de julho de 2008, relatando que deixou de existir a declaração Anual de Isento, a partir de 2008; também segue em conformidade com o previsto na Lei nº 7.115/83 relatando que a isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado.

Declaro ser verdade todo exposto acima.

Patos-PB, 05 de junho de 2017.





Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Mista de Catolé do Rocha

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0801272-74.2017.8.15.0141

DESPACHO

Vistos.

1. Defiro ao(à) promovente a gratuidade da justiça, em face da inexistência de fundadas razões para o indeferimento do benefício (Lei 1.060/50, art. 5º; NCPC, art. 99, §§ 2º e 3º), esclarecendo que ele compreende todos os atos do processo até decisão final do litígio, em todas as instâncias (Lei 1.060/50, art. 9º, c/c NCPC, art. 98, § 1º).

2. 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/2015, 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/2015, art. 359), motivo pelo qual não vislumbro prejuízo às partes.

Diante do exposto, cite-se a promovida para apresentar resposta, no prazo de 15 (quinze) dias.

Cumpra-se.

Catolé do Rocha/PB, data do protocolo eletrônico.

PEDRO HENRIQUE DE ARAÚJO RANGEL

Juiz de Direito Substituto

CERTIDÃO

Certifico e dou fé, que na presente data, procedi a **INTIMAÇÃO** da parte autora através de seu advogado(a) para que compareça a perícia médica designada para o dia **05/09/2017** a partir das **08:00 horas** no fórum local, munida da documentação e exames necessários.

C E R T I D ã O

Certifico que ficou designado o dia 15 de março de 2019, a partir das 12h00min, no Edifício Fórum local para realização da perícia médica na parte autora (mutirão DPVAT). Outrossim, certifico que a Seguradora Líder já está ciente do referido ato.

Nada mais. O referido é verdade, dou fé.

Catolé do Rocha, 28/02/2019.

Elane Cristina Vieira Carneiro

Técnica Judiciária

Mat. 476.953-8