



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
82135 92	08/06/2017 21:47	<u>1 PROURAÇÃO</u>	Procuração
82135 94	08/06/2017 21:47	<u>2 QUALIFICACAO CIVIL</u>	Documento de Identificação
82135 97	08/06/2017 21:47	<u>3 COMPROVANTE DE RESIDENCIA</u>	Outros Documentos
82136 01	08/06/2017 21:47	<u>4 DOC DO VEICULO</u>	Documento de Comprovação
82136 05	08/06/2017 21:47	<u>5 DOCUMENTO COMPLEMENTAR</u>	Documento de Comprovação
82136 07	08/06/2017 21:47	<u>6 PRONTUARIO MEDICO</u>	Documento de Comprovação
82136 09	08/06/2017 21:47	<u>7 PRONTUARIO MEDICO 1</u>	Documento de Comprovação
82136 12	08/06/2017 21:47	<u>8 EXTRATO DE PAGAMENTO</u>	Documento de Comprovação
82136 14	08/06/2017 21:47	<u>DECLARAÇÃO DE ISENTO DE IMPOSTO DE RENDA</u>	Documento de Comprovação
91638 48	15/08/2017 10:59	<u>Despacho</u>	Despacho
92648 59	18/08/2017 12:07	<u>Expediente</u>	Expediente
19536 031	28/02/2019 11:35	<u>Certidão</u>	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.

Talis Saldanha da Silva



Leandro
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 - JOSÉ AMÉRICO
RJACHO DOS CAVALOS/PB CEP 58870-091(AG 245)

Classe/Subcls. RESIDENCIAL / BAIXA RENDA, MONOFÁSICO
Rotero: 14 - 248 - 405 - 6580
Nº medidor: 00009361021

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 25 - Cesta Referencial - João Pessoa/PB - CEP 59071-080
CNPJ 09.035.123/0001-40 - Insc Est 16.016.822-0
Referência: Abr/2015
Emissão: 24/04/2015
Nota Fiscal/Carta de Energia Eletrica nº 1000.590.955
Código para Débito Automático: 00005418393

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

2654 fccj 3442 281e 132f 2b4a ca85 9ef1d

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

Faturas em atraso	Cálculo de consumo					
	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias	
	Data	Lectura	Data	Lectura		
FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 18/04/2015 PAGAS OBIGADO!						
	24/03/15	6409	24/04/ 5	6517		
Demonstrativo						
	Descrição	Quantidade		Preço	Valor (R\$)	
	Consumo - Até 30kWh-BR	30		0,13082	3,92	
	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70		0,22427	15,89	
	Consumo - 101 a 220kWh-BR	8		0,30640	2,49	
	Adic. B - Vencimento				3,20	
IMPOSTOS E ENCARGOS						
	IR				0,61	
	COFINS				2,21	
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA						
	ICMS (Base de Cálculo R\$ 69,97 (Alíquota 27,00%))				18,62	

Histórico de Consumo
(kWh)

Mari's 103
Fev/15 118
Jan/15 135
Dez/14 103
Nov/14 126
Out/14 124
Set/14 141
Ago/14 112
Jul/14 121
Jun/14 148
Mar/14 126
Azn/14 119

VENCIMENTO

04/05/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 58,06

Média dos usos/meses:

123 kWh

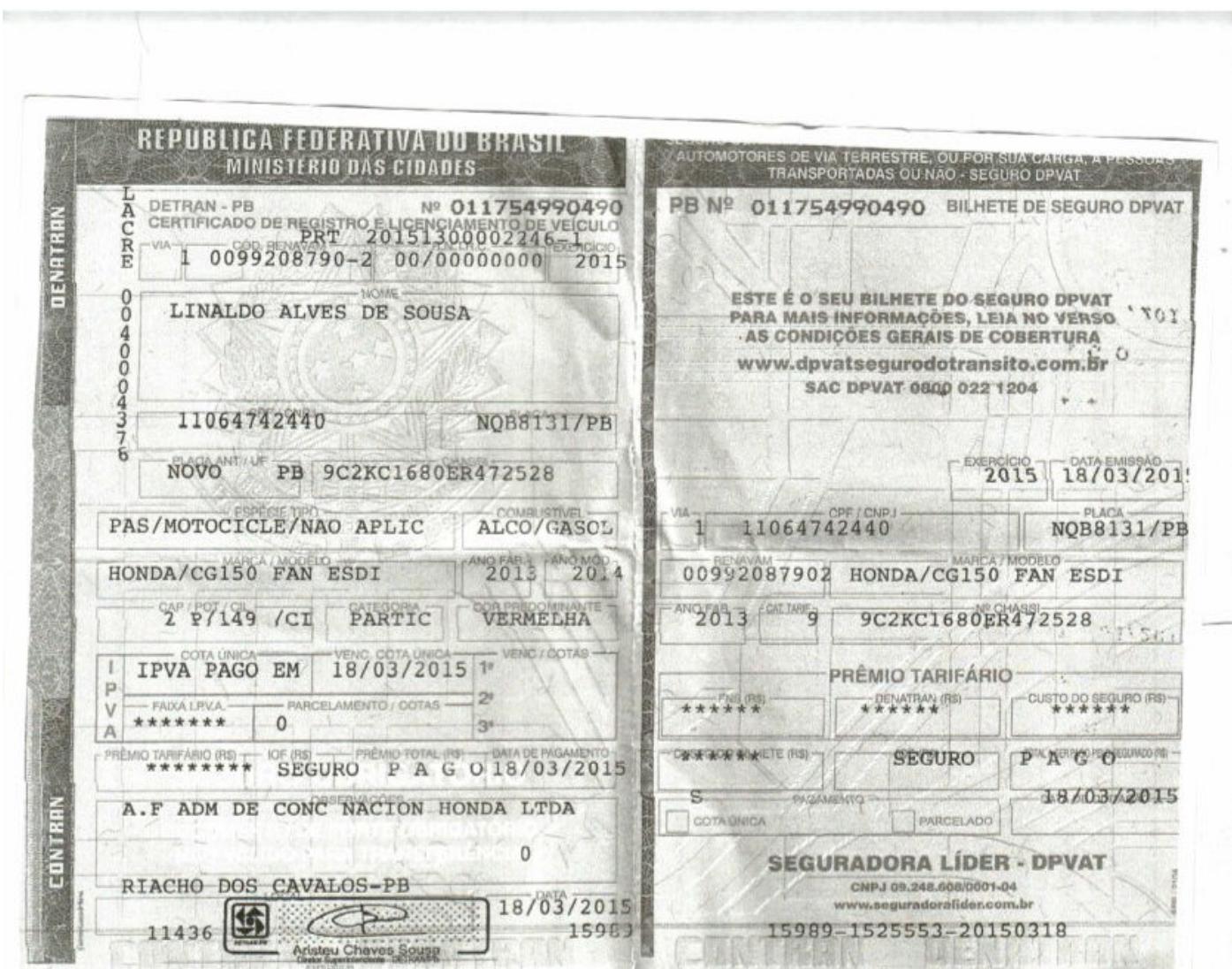
Indicadores de Qualidade 2/2015 - Cidade de Rocha

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminativa	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	7,30	0,00	Serviços de Dist. da EnergisaPB	10,10	17,40
DIG TRIMESTRAL	14,50	NOMINAL	Comunicação de Energia	12,37	21,31
DIG ANUAL	29,00		Encargos de Transmissão	0,85	1,48
PC MENSAL	3,80	0,00	Encargos Setoriais	2,28	3,99
PC TRIMESTRAL	7,72	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	32,48	55,94
PC ANUAL	14,46	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DMG	4,14	0,00	Total	58,06	100,00
DICRI	12,22	LIMITE SUPERIOR			

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição
(Rel 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 t/P 1.868-Efeito médio 3,82%



GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
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
Mat. 180924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

BELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Name: _____

Leito:

SINAIS VITAIS

GOVERNO DA PARAÍBA		ESTADO DA PARAÍBA	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	SUS
		Endereço Prestadora do Atendimento			
		CNPJ:			
		Nº: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS			
		Unidade: RUA CASTELO BRANCO, 349 Bairro: BARAUÁ			
		Município: CATOLÉ DO RODRIGO Estado: PB			
		Paciente			
		Nome: RAFAELA SABEDOR DA SILVA Idade: 23			
		Sexo: M Telefone: (83) 91033235			
		Endereço: Rua das Rosas, 35, Centro, São Gonçalo da Mata, RN			
		CPF: 319.322.709-2 CNS: 3193227092354382			
		Data do Atendimento: 27/03/2012			
		Exames/Cor:			
		() Branca () 2 - Pequi () 3 - Pardo () 4 - Amarela () 5 - Indígena () 69 - Sem Informação			
		Anamnese e exame Físico (Sumário)			
		1 - Alergias () 2 - Tumores () 3 - Lesões () 4 - Sintomas			
		5 - Exames e exame Físico (Sumário)			
		6 - Exames realizados na unidade (Tipos):			
		7 - Resultados			

Caracter do Atendimento		Natureza da Consulta	Medicação	Diagnóstico	CD - 10
() 01 - Eletrônico () 02 - Urgência - 03 - Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa - 04 - Acidente no trajeto para o trabalho - 05 - Outros tipos de atendimento		() Consulta simples Consultas com medicamento Consultas com observações Consultas Ortopédicas () Procedimentos de Urgência	() Prescrição () Apontamento	() Observação () Informação () Recomendação () Outros	
		Encaminhamento			
		1 - () Observação () Odonto () Outro Hospital () Recomendação () Outros			
		Serviços Realizados: Código / Procedimento			
		1 - 0301060029			
		2 -			
		3 -			
		Assinatura do Profissional (ou Assessor) / - Carimbo			
		Dra. RAFAELA SABEDOR DA SILVA - MÉDICO - CRM - 749			
		CNS	CRG	CBQ	Horas
		Assinatura do Paciente / Acompanhante ou Responsável			
		Assinatura do Revisor Técnico - Corrimbo			
		Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo			

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Name: _____

Leito:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Name:

Leite;

SINAIS VITAIS



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

Endereço do Atendimento

Código da Unidade: 2592460 CNPJ:
Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS OK
Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 349 Bairro: BATALHA
Município: CATUÉ DO ROCHA Estado: PARAÍBA UF: PB

Endereço do Atendimento

Nome: Tânia Cavalcante de Oliveira Sexo: M Idade: 27
Nome Social: Documento: 003.0903337
Profissão: Funcionária Telefone: (83) 3515-3700
Endereço: Rua das Flores Salgadaria das Américas
Mun.: Alcobaça CEP: 84730-001 UF: PI
Município: Alcobaça Sigla: PI CEP: 84730-001 UF: PI
Código IBGE Município: 2703020 CMS: 8473000888 UF: PI
Data de Nascimento: 27/03/1992 Data do Aferimento: 27/03/2015

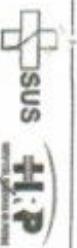
Raça / Cor: Preta Anamnese e exame Físico (Sumário):
1. Histórico: Tensão arterial alta
2. Exames: Hb 12.5 g/dL
3. Exames: Hb 12.5 g/dL

Exames realizados na unidade (Tipos):

1. Hemograma
2. Coagulograma
3. Bioquímica

Resultados:

Caráter do Atendimento	Natureza da Consulta	Assinatura do Paciente / Acompanhante ou Responsável	Assinatura do Pediatria
<input type="checkbox"/> 01 - Eleito	<input type="checkbox"/> Consulta simples	<u>Jéssica dos Santos</u>	<u>CRM</u>
<input type="checkbox"/> 02 - Urgência	<input type="checkbox"/> Consulta com medicamento		
<input type="checkbox"/> 03 - Acidente no local de trabalho ou a serviço do empregador	<input type="checkbox"/> Consulta com observação		
<input type="checkbox"/> 04 - Acidente no trajeto para o trabalho	<input type="checkbox"/> Consulta Ortopédica		
<input type="checkbox"/> 05 - Outros tipos de acidente de trabalho	<input type="checkbox"/> Procedimento de Urgência		
<input type="checkbox"/> 06 - Outras tipos de lesões e encaminhamento por questões aquém da sua			



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ID.

HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

CNPJ: 08.776.628/0023/76

CNE: 2605473

LÉGICO: RUA HORACIO NOBREGA, SIN
CIDADE: PATOS

ESTADO: PARAIBA
UF: 25

CARÁTER DO ATENDIMENTO
01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
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

Paciente: TALIS SALDANHA DA SILVA
Nascimento: 29/2/1992 Idade: 23
Profissão: CARPinteiro
Endereço: CASTELO BRANCO
Barro: CENTRO
Cidade: CATOLE DO ROCHA - PB - 58884-030 - 2504306
CNS: 898-0500-88414282
CPF: 9952015 2053 40
Data / Hora: 09/02/2015 20:53:40

Num.: SAN
Fone: (83)994-0770

Sexo: M

Identidade:
Reg. Nasc.:
Recepção(a): Ingrid
Ficha Número: 61407

36561

TEMP:

36.6

DIAGNÓSTICO

*DR. SANTO BRUNO S. BASTOS
União da Vitória - PB
CID-10*

CID-10

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO			
	1. PRESCRITA	2. APLICADA	OBSERVAÇÃO	OUTRO HOSPITAL

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	2	0	1	0	0	7	2
2 -										
3 -										

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns

CBO

SAVIO BRUNO BARROS - 5615 - 111-1111-1111

Ass. Paciente / Acompanhante ou Responsável
Prolongar DireitoAss. Revisor Técnico - carimbo
Ass. Revisor Administrativo - cb

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Rx Antibi + L (AP10)

RESULTADOS

Exame Rx Antibi + L
Exame Rx Antibi + L



HOSPITAL REGIONAL DEP 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 N.: S/N
Endereço: CASTELO BRANCO
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: CARPINTERO

Responsável: *Dr. Joaquim da C. Feijó*

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

Paciente vítima de acidente automobilístico, apresentando dor e deformidade em antebraço (R). Apresenta dor em hemartínia (R).

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

Dor à palpação + deformidade no antebraço (R)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx Tórax

Rx (AP) Antebraço (R)

Diagnóstico: Entorpecimento do nervo do antebraço (R)

Motivo da Alta: _____

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em. _____ / _____ / _____

Recepção: Ingrid

		HOSPITAL REGIONAL "DEP.JANDUHY CARNEIRO" PATOS - PARAÍBA		Nº Prontuário
Nome do Paciente: <i>Tales Góes Souza</i>				
Data da Cirurgia <i>19/07/15</i>	Enf.	Leito		
Cirurgião <i>Dr. Sávio Brum</i>	1º Auxiliar			
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador		
Anestesista	Tipo de Anestesia			
Diagnóstico Pré-Operatório <i>R5 infecção de cistiloco</i>				
Type de Cirurgia <i>Laringo - Dr. Brum</i>				
Diagnóstico Pós-Operatório				
Relatório Imediato do Patologista				
Exame Radiológico no Ato				
Acidente Durante a Cirurgia <i>Nenhum</i>				
<h3 style="text-align: center;">DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA</h3> <p>Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) incisão na CO sob anestesia 2) exposição + cirurgia 3) operação de laringo 4) fechamento da ferida com suturas de absorvíveis 5) operação do bolo de fe 6) antibiótico 				
RELATÓRIO DE CIRURGIA				

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Talis Saldanha da Silveira			SECRETAZIA DA SAÚDE SECRETARIA DE SAÚDE
SEXO:	MASCULINO	DATA DE Nascimento: 30/05/1981	
EDADE:	33 ANOS	PROFISSÃO:	
TIPO DE LIMPEZA: UNI FOL		ORIGEM:	
EXPLICAÇÃO: ESTADO NUTRITIVO E BLOQUEIO: VÍTEO BRONQUIAL PR MARCARE		DATA DO CONSULTA:	
10/05/15		00:08:55	08:45:20

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	Fl. de Infusão 500 ml	1	Esgoto p/ vaso de sangue Sifão
1	Lâmina de Infusão	1	Luxas Est. p/ Procedimentos
1	Aparecção de Sangue	1	Lâmina de Biópsia
1	Monitor Cardio Respirador	1	Sonda de Foley
1	Fl. de Urina	1	Coletor de Urina
X	Tubo de Sutura	1	Seringa 1 ml
X	Fl. de Infusão 500 ml	1	Seringa 1 ml
X	Fl. de Infusão 1 litro	1	Seringa 5 ml
X	Fl. de Infusão 500 ml	1	Seringa 10 ml
		1	Seringa 20 ml
		1	Eletrôdes des
1	Fl. de Infusão 500 ml	1	Atadura de Crepon 72 cm
		1	Atadura de Crepon 20 cm
		1	Atadura Descartável 10 cm
		1	Sonda Urinária
		1	Sonda Nasogástrica
		1	Fita adesiva
		1	Dreno Périton
		1	Dreno Suturado
		1	Dreno de Túbera
		1	Espuma
		1	Xilocaina Gel
		1	Alcool 70%
		1	PVPI flocos
		1	Cápsula
		1	Agulhas e fio
		1	Agulha de Orlupe 10
		1	Cédula
		1	Vascong Fidose
		1	Ajulha descartável
		1	Pastilha de Formal
		1	Fio Cromado 2-0 c/ agulha
		1	Fio Cromado 2-0 c/ agulha
		1	Fio Cromado 1-0 c/ agulha
		1	Fio Cromado 2-0 c/ agulha
		1	Fio Cromado 2-0 c/ agulha
		1	Cat-gut simples 0-0 c/ agulha
		1	Cat-gut simples 0-0 c/ agulha
		1	Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
		1	Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
		1	Cat-gut 2-0 p/ amigdala feminina
		1	Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
		1	Polycol 0 c/ agulha
		1	Polycol 2-0 c/ agulha
		1	Polycol 3-0 c/ agulha
		1	Prolene 2-0 c/ agulha
		1	Nylon 2-0 c/ ag

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Medo medo

O trancador falou.
Que fizera seu trabalho.
Pessoas que ficaram
despreparadas
e outras com solidões
e pessoas desabilitadas
que se preparam para
o pior desfecho possivel.

Assinado em 03/02/16

Dr. Antônio Bezerra de Britto
MEDICO - ORTOPEDISTA
CONESELHEIRO CRF-PB
00000000000000000000000000000000

 <p>GOVERNO DA PARAÍBA</p>		ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAMÁ DE VASCONCELOS SUS	
Código do Unidade: 2592460 CNPJ: _____ Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAMÁ DE VASCONCELOS Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 349 Bairro: BATALHA Município: CATOLÉ DO RODA UF: PB UF: PB			
Endereço: Estrada Presidente do Atendimento Nome: JOANA BASTOS DE SÁLES Serviço: 160 Idade: 23 Nome Socio: JOANA BASTOS DE SÁLES Sexo: F Profissão: Professora Religião: Católica Demografia: 1233 010337 Endereço: Rua 15 de Novembro, 35 Bairro: Centro Mãe: MARIA DESCONHECIDA Município: CATOLÉ DO RODA Município: CATOLÉ DO RODA UF: PB Código IBGE Município: 29135102 CNS: 31135102 Data de Nascimento: 29/03/1992 Data do Atendimento: 29/03/2015			
Raça / Cor: Poder Sexo: Feminino Anamnese e exame Físico (Guanádo): ✓ 1 - Branca ✓ 2 - Preta ✓ 3 - Parda ✓ 4 - Amarela ✓ 5 - Indigena ✓ 59 - Sem Informação			
Poder: Poder Diagnóstico: Diagnóstico			
CID - 10: Medicação: ✓ 1 - Glucosidase ✓ 2 - Insulina ✓ 3 - Metformina Prescrição: ✓ 1 - Prescrição ✓ 2 - Internação ✓ 3 - Residência			
Exames realizados na unidade (Tipos): ✓ 1 - Exames de sangue ✓ 2 - Exames de urina ✓ 3 - Exames de excreta			
Resultados: ✓ 1 - Resultado de exame de sangue ✓ 2 - Resultado de exame de urina ✓ 3 - Resultado de exame de excreta			

Caráter do Atendimento: ✓ 1 - Eleito ✓ 2 - Oficial ✓ 3 - Admitem no local de trabalho ou a serviço da empresa ✓ 4 - Admite no trajeto para o trabalho ✓ 5 - Outros tipos de acidente de trabalho ✓ 6 - Outros tipos de lesão e envenenamento por agentes químicos definidos		Natureza da Consulta: <input type="checkbox"/> Consulta simples <input type="checkbox"/> Consulta com medicamento <input type="checkbox"/> Consulta com observação <input type="checkbox"/> Consulta Ortopédica <input type="checkbox"/> Preconceito de Idioma	
Assinatura do Paciente / Acompanhante / Dono Responsável: <i>Júlio César de Souza</i> <i>Assinatura do Revisor Técnico</i> <i>Assinatura do Revisor Administrativo</i>		Do Pólegor Diretório: ✓ 1 - 030111506620	
CNS: <i>3113510249</i>		CRM: <i>3113510249</i>	
Assinatura do Pólegor Diretório: <i>Júlio César de Souza</i>		Assinatura do Revisor Administrativo: <i>Assinatura do Revisor Administrativo</i>	



**GOVERNO
DA PARÁBA**

ESTADO DA PARÁBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Emissão Prestadora do Atendimento

Código da Unidade: 2592469

CNPJ:
Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MATA DE VASCONCELOS

OK

Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 349

Estado: PARÁ/PA

UF: PB

Município: CATÓLE DO RODA

Parte

Serv.: 001 Data: 20/07/2017

Nome: JOAQUIM MAXIMINO DA SILVA

Nome Socio: JOAQUIM MAXIMINO DA SILVA

Profissão: Trabalhador

Endereço: RUA SÃO JOSÉ, 35

Documento: 3203 0000332

Município: CATÓLE DO RODA

Bairro: BONFIM

UF: PB

Município: CATÓLE DO RODA

IBGE Município: 35103152

CNS: 3510315282

Data de Nascimento: 20/07/1972

Data de Atendimento:

Nome: JOAQUIM MAXIMINO DA SILVA

Nome Socio: JOAQUIM MAXIMINO DA SILVA

Profissão: Trabalhador

Endereço: RUA SÃO JOSÉ, 35

Documento: 3203 0000332

Município: CATÓLE DO RODA

Bairro: BONFIM

UF: PB

Município: CATÓLE DO RODA

IBGE Município: 35103152

CNS: 3510315282

Data de Nascimento: 20/07/1972

Data de Atendimento:

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

Raca / Cor

Anamnese e exame Físico (Sumário)

Exames realizados na unidade (Tipos):

Resultados:

Prescrição

Aplicação

Serviços Realizados / Clínica / Procedimento

1 - C30 1 13 11 12 9

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

88 -

89 -

90 -

91 -

92 -

93 -

94 -

95 -

96 -

97 -

98 -

99 -

00 -

01 -

02 -

03 -

04 -

05 -

06 -

07 -

08 -

09 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

88 -

89 -

90 -

91 -

92 -

93 -

94 -

95 -

96 -

97 -

98 -

99 -

00 -

01 -

02 -

03 -

04 -

05 -

06 -

07 -

08 -

09 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

SUS		HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO		CNPJ 08 778 628 002/076		CNEIS 2605473		MATERIAIS - MÉDICAMENTOS E OUTROS	
ID:	CIDADE:	NOME:	ESTADO:	UF:	SEXO:	NUM. S/N:	FONE:	01 - ELETIVO	02 - URGENCIA
REC:	CIDADE:	RUA HORACIO NOBREGA, SIN	ESTADO:	PARAIBA	UF:	25		03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA	04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)									
PACIENTE: TALIS SALDANHA DA SILVA									
Paciente:	Idade:	Car. Parda	Profissao:	CARPINTEIRO	Endereco:	CASTELO BRANCO	CENTRO	CATOLE DO ROCHA - PB	Identidade:
Nascimento:	29/2/1992	Num. S/N:	Reg. Nasc.:	898-0500-8841-4282	Reg. Nasc.:	Recepção:	Ingred	36581	Ficha Número:
Bairro:	Cidade:	Car. Nasc.:	Reg. Nasc.:	898-0500-8841-4282	Reg. Nasc.:	Reg. Nasc.:	Reg. Nasc.:	1	2
CNS:	CPF:	Data / Hora:	PA:	TEMP:	PA:	TEMP:	PA:	1	2
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)									
1 - Atendido no hospital e liberado									
2 - Atendido no hospital e levado para o hospital									
3 - Atendido no hospital e liberado									
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)									
Rx Antibiotico e IAP (0)									
Rx Tranaz									
RESULTADOS									
Exame de sangue normal									
Fazendo exames de sangue									
Medico / Cm / Cns	SAvio BRUNO BARROS - 56115 - 1111-1111-1111	CBO							
ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo	ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - cā							
Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos	Polgar Direito								
ENCAMINHAMENTO	1 - PRESCRITA	2 - APLICADA	OBSEVAÇÃO	OUTRO HOSPITAL	RESIDÊNCIA	CARTO	INTERNAÇÃO	OUTROS	
SERVICOS REALIZADOS CÓDIGO / PROCEDIMENTO CID-10									
1 - 	2 - 	3 - 	4 - 	5 - 	6 - 	7 - 	8 - 	9 - 	



()

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

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

A A A



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

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

PAGUE SEGURO

[Como Pagar](#) ([/Pages/Pague-Seguro.aspx](#))
[Consulta a Pagamentos Efetuados](#) ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx](#))
[Informações Gerais](#) ([/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](#))

DECLARAÇÃO DE ISENTO DE IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA

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 FÍSICA.

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.

Talis Saldanha da Silva.



**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