

PROCURAÇÃO

Outorgante: **RODOLFO LINHARES DA SILVA**, brasileiro, união estável, agricultor, inscrito no RG sob nº 3.808.119 - SSDS/PB e CPF nº120.445.884-71, residente e domiciliado no Sítio Mimoso, s/n, Zona Rural da cidade de Paulista – Paraíba.

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

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

PAULISTA - PB, em 02 de fevereiro de 2018.

Rodolfo Linhares da Silva

RODOLFO LINHARES DA SILVA



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, **RODOLFO LINHARES DA SILVA**, brasileiro, união estável, agricultor, inscrito no RG sob nº 3.808.119 - SSDS/PB e CPF nº120.445.884-71, residente e domiciliado no Sítio Mimoso, s/n, Zona Rural da cidade de Paulista – Paraíba, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos do Artigo 98 e seguintes do CPC e da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.

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

Por ser verdade, firmo o presente.

PAULISTA - PB, em 02 de fevereiro de 2018.

Rodolfo Linhares da Silva.

RODOLFO LINHARES DA SILVA





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
120.445.884-71

Nome
RODOLFO LINHARES DA SILVA

Nascimento
08/02/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL
3.808.119

NOME
RODOLFO LINHARES DA SILVA

DATA DE
EXPEDIÇÃO
05/11/2009

FLACÃO
JOSÉ ROBERTO GOMES DA SILVA

NATURAIDADE
NAUBA LINHARES DA SILVA

POBAL-PB

DOC ORIGEM
NASC.N.30671 FLS.289 LIV.A.28

DATA DE NASCIMENTO
08/02/1993

CARTORIO POBAL PB

CPF
JOSÉ PEREIRA - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

TELEFONE: 7116 DE 230083

CÓDIGO DE CONTROLE
9E71.8F81.28B1.E4A8

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 10:29:34 do dia 21/04/2015 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



CARMEM LUCIA PEREIRA DA SILVA
STP MINOSO, S/N - AREA RURAL
MIMOSO DO SUL - CE: 68900000 (AO: 237)

energisa

Emissão: 23/11/2017 Referência: Nov/2017 ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Subclasse: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO (230, Km 25 - Distrito Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 53071-880
Roteiro: 15 - 243 - 091 - 3950 Nº medidor: 00009283223 CNF: 006.065.165/0001-40 Insc. Est.: 19.015.822-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001.022.374
Cód. para Dist. Automático: 00014026927

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Nov/2017	23/11/2017	21/12/2017	6160290479 TSC. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1452592-7

Canal de contato

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL -
CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO -
A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELEITORES QUE AINDA
NÃO FEZEM O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO PARA QUE
PROCUREM O CARTÓRIO ELEITORAL OU POSTO DE ATENDI-
MENTO MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 20/11/2017,
PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO, COMPROVANTE
DE RESIDÊNCIA DOS ÚLTIMOS 3 MESES E TÍTULO ELEITORAL,
SE HOUVER. EM CASO DE DÚVIDAS, CONSULTAR O SITE:
WWW.TRE-PB.JUS.BR OU LIGAR PARA O FONE 3512-1381.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura							
24/10/17	11582	23/11/17	11778	1	214	30				
Demonstrativo										
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos Totais (R\$)	Valor Base Calc. ICMS (R\$)	Alq. ICMS (%) Base Calc. PIS (R\$) PIS (R\$) (1,25%) (R\$) (12,18%)	Dofm (R\$)				
0801	Consumo em kWh	214,026	0,374000	80,05	0,00	0,00	80,05	1,07	4,20	
0801	Adic. B. Vermelha			13,75	0,00	0,00	0,00	13,75	0,14	0,85
0810	Subsídio			34,30	0,00	0,00	0,00	34,30	0,45	2,10
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0804	JUROS DE MORA 08/2017			1,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2017			3,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2017			1,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2017			1,83	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2017			0,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2017			0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio			-31,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CCL Código de Classificação do Item				TOTAL	93,07	0,00	0,00	125,10	1,88	7,35

Média últimos meses (kWh) 197 **VENCIMENTO 30/11/2017** **TOTAL A PAGAR R\$ 99,07**

Histórico de Consumo (kWh)

225 | 218 | 210 | 180 | 178 | 230 | 215 | 227 | 180 | 176 | 165 | 175
Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16 Nov/16

RESERVADO AO FISCO

e66c.5191.6d8a.b75b.5cb7.67ab.e1b4.0f7c.

Indicadores de Qualidade 9/2017 - São Paulo

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIOMENSAL	11,30	5,34	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	22,61		
DIC ANUAL	45,22		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
PIC MENSAL	7,74	1,00	
PIC TRIMESTRAL	15,48		LIMITE SUPERIOR 231
PIC ANUAL	30,96		
IMC	8,19	5,34	
DICI	16,00		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia (PIS)	25,21	25,48
Consumo de Energia	42,26	42,68
Serviço de Transmissão	4,48	4,52
Impostos e Encargos	6,09	6,15
Impostos Diretos e Encargos	15,02	15,17
Outros Serviços	6,00	6,00
Total	99,07	100,00

Valor do BUST (Ref. 9/2017) R\$ 39,49

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima mencionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 09/12/2017. Conforme Resolução 414 da ANEEL, O pagamento antes dessa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as parcelas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere essa mensagem.
Fatura sujeita a inclusão em ônus de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
Subvenção DEC 7.981/13 R\$ 91,75
Izento ICMS

Faturas em atraso

Out/17 91,20

energisa PARAIBA
Roteiro: 15 - 243 - 901 - 3950
Matrícula: 1452592-2017-11-6

VENCIMENTO 30/11/2017 **TOTAL A PAGAR R\$ 99,07**

83610000000-6 99070054000-0 14525922017-9 11600243019-1



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
E AUTOMOTORES OLIVIA FERREIRA, OU POR SUA CARGA, APESSOAS
E TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT



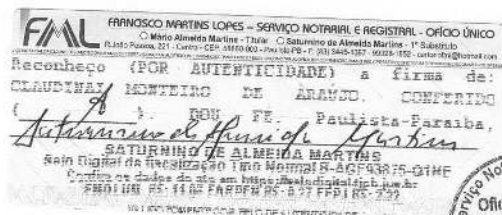
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CLAUDINAI MONTEIRO DE ARAUJO,
RG nº 003.304.049, data de expedição 06/13/2010, Órgão SSP/PB,
portador do CPF nº 700.030.374-36, com Domicílio na
cidade de Paulista, no Estado de Paraíba, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Mimoso,
nº 514, complemento, ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima RODOLFO LIMAES DA SILVA,
cujo o condutor era RODOLFO LIMAES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Ano: 2008
Modelo: CG TITAN 150 RS
Placa: MOT 21741 PB
Chassi: 9C2KC08108R165745
Data do acidente: 25/10/2017

Local e data: Paulista - PB, 02 de Janeiro de 2018

x Claudinai Monteiro de Araujo
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



Consulte a Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
selo digital nº ACF-93875-61NE





GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL Nº 1280/2017

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data do fato: **25/10/17** hora: **07h:00min**

Notificante: RODOLFO LINHARES DA SILVA, alcunha "**RODOLFO**",
Nacionalidade: brasileiro, solteiro, agricultor, naturalidade:
Pombal/PB, nascido em 08/02/93, documento: RG nº 3.808.119
SSDS/PB, CPF nº 120.445.884-71, filho(a) de José Roberto Gomes da
Silva e de Nauba Linhares da Silva, endereço: Sítio Mimoso, Zona
Rural de Paulista/PB, referência: TEL. (83)9-9912 5571.

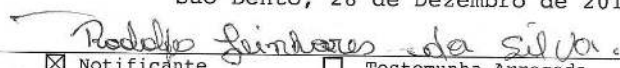
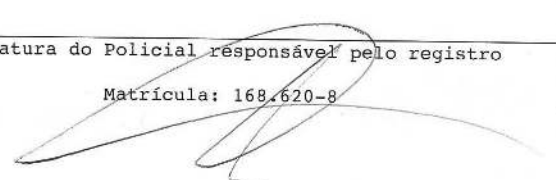
Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): **Homero Perazzo Filho**

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

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: QUE O NOTICIANTE INFORMA
QUE NA DATA 25/10/17 POR VOLTA DAS 07h:00min O MESMO VINHA
CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA MODELO HONDA CG 150 TITAN KS, FAB/MOD
2008/2008, COR AZUL, CHASSI 9C2KC08108R165745, RENAVAM 0019227077-
0, REGISTRADO EM NOME DE CLAUDINAI MONTEIRO DE ARAÚJO, QUANDO NAS
IMEDIAÇÕES DO SÍTIO MIMOSO EM UMA ESTRADA VICINAL O NOTICIANTE
PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E SE COLIDIU CONTRA UMA
CERCA DE UMA PROPRIEDADE; QUE O NOTICIANTE DESMAIOU E FOI
SOCORRIDO PELO SAMU DA CIDADE DE PAULISTA/PB. Nada mais a
consignar.

São Bento, 28 de Dezembro de 2017. Às 09:00 horas.

	
☒ Notificante	☐ Testemunha Arrogada
Assinatura do Policial responsável pelo registro	
Matrícula: 168.620-8	
	

POLÍCIA CIVIL





- IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA: 20/07/2018		HORA: 08:37		PACIENTE: <u>Roberto Gonçalves deoliveira</u>		IDADE: <u>47M</u>		SEXO: <u>M</u>	
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>St. Annes</u>				BAIRRO: <u>—</u>		MÉDICO REGULADOR: <u>Dr. João Neto</u>			
TRANSFERÊNCIA DE: <u>DESTINO:</u>				APOIO LOCAL: <u>PM</u>		RESGATE/BOMBEIROS: <u>0</u>		PRF: <u>0</u>	
OUTRO: <u>—</u>				OUTRO: <u>—</u>		OUTRO: <u>—</u>		OUTRO: <u>—</u>	
QTA: () NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL () RECUSOU ATENDIMENTO () SOCORRIDO PELO BOMBEIRO () LOCAL NÃO ENCONTRADO									
() ÓBITO NO LOCAL () ÓBITO NO TRANSPORTE () CANCELADO () OUTRO: <u>—</u>									
MOTIVO DA INTERNAÇÃO: <u>Queda de moto</u>									
EXAME					ESTADO INICIAL				
PELE: <u>X</u> PALIDO () CÍANÓTICO () ICTÉRICO <u>X</u> SUDOREICO () CORADA () UNIDA () FRIA () PERAGOSA					CRÍTICO () GRAVE () MODERADO () LEVE () INSTÁVEL () ESTÁVEL				
VIAS AERES: <u>X</u> NORMAL () BRADIPNEIA () TAQUIPNEIA () APNEIA () DISPNEIA () RESPIR. RUIDOSA () OBSTRUÇÃO () HEMOPTISE () TOSSE PRODUTIVA () VENT. ASSIST. () ESPONTE () VENT. ASSIST. () AUSC. PULM.: () MV () RA () CREPITOS () SIBILES () RONCOS					SINAIS VITAIS E PARÂMETROS EVOLUTIVOS				
CÁRDIO: () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BCNF () BCNF () PRECORDIALSUS () NORMOTENSO () HIPOTENSO () HIPERTENSO () PCR () EDEMA LOCAL: <u>X</u> ENCH. CAP.: <u>> 25</u> () < 25 () CHOCQUE: () HIPOV () ANAFIL () SÉPTICO () CARDIOG					HORA: <u>7:50</u>				
DÍGES: <u>X</u> NORM () EPIGASTRALGIA () IND () MENATÉMESE					PA mmHg: <u>240x100</u>				
ABDO: <u>X</u> NORM () DISTENDIDO () DOLOROSO-LOCAL					FR lpm: <u>—</u>				
NEUR: <u>X</u> CONSCIENTE () ORIENTADO () COMEUSO () DESORIENTANDO () MIDRIASE () MOSE () ANISOC () ISOCORICA () DEFICIT MOTOR () DEFICIT SENSITIVO () CONVULSÃO					FC bpm: <u>83</u>				
GINEC: () TRABALHO DE PARTO () ABORTAMENTO () TOR PÉLVICA () METRORRAGIA () NASCIM. () BOLSA ROTA () CONTRAÇÕES/MIN: <u>0</u> () NORMOFO () HIPOFON					SPO ₂ %: <u>88%</u>				
QUEI: <u>X</u> CAS () PESC () TANT () TPO5 () PERI () MSD () MSE () MID () MIE					T ₃₄ °C: <u>36.5</u>				
					HOT mg/dl: <u>130</u>				
					ECG: <u>—</u>				
					APGAR: <u>—</u>				
PROCEDIMENTOS REALIZADOS									
OXIGÊNIO: <u>2</u> litros () CAT. NASAL () NR () SVM () ASPIRAÇÃO DE VIA/A () ELEVAÇÃO DE DECUBITO () CAN. OROFARÍNGEA () NL () CT () 3AG () SVD () ANABOCATH NL <u>16</u> LOCAL: <u>MSD</u>									
CURATIVO: () COMPR. () SIMPLES () TORNIQUETE () IMOBILIZAÇÃO-LOCAL: <u>ASE</u> () KED () COLLAR CERV. TAM: <u>6</u>									
OUTROS: <u>PARA EXAME DE LA + ad par de colarinho lateral</u>									
ANTECEDENTES: () DIABETES () HAS () CARDIOPATIA () TABACOISTA () ETILISTA () ALERGIA: <u>Não alergia a med</u>									
MEDICAMENTOS EM USO: <u>não usa (STE)</u>									
QUEDAS: <u>Deu no MSE + direito</u>									

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: ☒ Ansiedade { Capacidade adaptativa intracraniana diminuída } ☒ Comunicação verbal prejudicada { Confusão aguda } ☒ Desrealização prejudicada { Débito cardíaco diminuído } ☒ Destruturas ineficazes de vias aéreas { ☒ Disfunção autonômica } ☒ Dor aguda { ☒ Hipertensão } ☒ Hipotermia { ☒ Integridade da pele prejudicada } ☒ Integridade tissular prejudicada { ☒ Medo { ☒ Intolerância à atividade } ☒ Risco de aspiração prejudicada { ☒ Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz } ☒ Risco de perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz { ☒ Risco de perfusão tissular gastrointestinal ineficaz } ☒ Risco de perfusão tissular renal ineficaz { ☒ Termorregulação ineficaz } ☒ Troca de gases prejudicada { ☒ Ventilação espontânea prejudicada { Volume de líquidos deficientes } Volume de líquidos excessivos { ☒ Náusea } ☒ Retenção urinária { ☒ Interação emocional prejudicada } ☒ Incontinência intestinal { ☒ Eliminação urinária prejudicada } ☒ Constipação

☒ Outros: Dor no MSE + anemia + náuseas + cefaleia

Intervenções: Realizado Protocolo de Imobilização de APH com
colar cervical + tranque rígido + colar latiss + kit
avulsão.

Monitorização das SSOD

Administrativni deo + medicinski deo
Medicinski deo + administrativni deo

Implementações de assist. inovadora de enfermagem:

[illegible]

TERAPÊUTICA INSTITUCIONAL		MSE - Unidade 330			
REPOSIÇÃO VOLEMICA	VOLUME	MEDICAÇÕES	POSOLOGIA	VIA DE ADM	HORÁRIO
SOLUÇÃO RINGER LACTATO	500 mL				
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%					
SOLUÇÃO GLICOSADA 0,5%					
OUTRO					

140x100, HGT. 112. PL. SS. SPK. 88%. Em contacto com o solo por 1 m e total
de 1 m de altura, sem ramos laterais. Frutificação em forma de frutos
em 10 A + 10 C. Ocasionalmente, há frutificação em 10 A + 10 C.



Wanda Maria Trigueiro
Enfermeiro - 100493 - Enf.
ENFERMEIRO: Wanda Maria Trigueiro EQUIPE
COREN: 156 883 REC. ENFER.
LOCAL DE DESTINO: HR Pombal / PB RESPONSÁVEL: Dr. Carlos Alberto Farias
FUNÇÃO: Medico

TERMO DE RECUSA

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELO SAMU / PAULISTA - PB, NESTA OPORTUNIDADE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____

RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____

TESTEMUNHA 02: _____

PERTENCES DO PACIENTE

DESCRIÇÃO: _____

NOME DO RECEPTOR: _____

FUNÇÃO: _____

ASSINATURA DO RECEPTOR: _____



trauma (victim is high)

2.45 Rit. curaç. do arco curvado máxima de acidente de trânsito com
PA = 110 x 10. 467 = 136 mg/dl. SP, = 99. FC = 71 bpm. Orientado e colabora
representando história de consumo de drogas ilícitas, foi encaminhado para Dr. Felipe Barbo
para investigação neurológica, RX e seguimento especial de transp.
sem alteração de um EEG.

14.00. et transf. para Campus grande com 1 SA/SAHU, 20 em ECE.

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

☐	01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
☐	02 - PRIMEIRA CONSULTA;
☐	03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
☐	04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐	05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
☐	06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐	07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
☐	08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐	09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

☐	1 - PRESCRIÇÃO	☐	OBSERVAÇÃO	☐	RESIDÊNCIA	☐	INTERNAÇÃO
☐	2 - APLICADA	☐	OUTRO HOSPITAL	☐	ÓBITO	☐	OUTROS

	RESIDÊNCIA		INTERNAÇÃO
	ÓBITO		OUTROS

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
0304060049	22	51	45	

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

OU POLEGAR DIREITO

1 Clodimara Pereira de Araújo

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital Regional de Pombal

Senador "RUI CARNEIRO"

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

Nome: _____

Encaminhamento

*Atividade física - Linfomas -
A Sinais, 25 anos, citiano
de origem de modo, polipneumonia
consecutiva, em tratamento, em curso.*

*TC: - fraturas fraturas - fraturas
fraturas de fraturas
de fraturas de fraturas
de fraturas de fraturas
de fraturas de fraturas.*

*- fraturas de fraturas de fraturas
fraturas de fraturas de fraturas*

Data: _____

Médico

"Tudo posso naquele que me fortalece"



- fêmeas *Volumilia* spp
Chironomus *Vibrio*
- *Hemibrycon* *axelrothi*
Na alba *corvix* *mae*
crucina *fronto-lateral*
cyanea *11* *est. 11*
a *corvix* *11* *4m*, *Malena*
fulva *cont. 11* *corvix*
mae
- *Hemibrycon* *axelrothi*
mae *pro a* *mae*, *pro a* *mae*
corvix *mae*

Soluto *mae* *mae*
mae *mae* *mae*

Drº Felipe Rocha
Médico
CRM-PB 8009



Ficha de Acolhimento

Nome:	Rodolfo Lanhães da Silva		
End:	Sítio Ninozo		
Data de Nascimento:	08-02-1993	Documento de Identificação:	Pavlista PB
Queixa:	A. note	Data do Atend.:	25.10.17
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	17:00
Documento:			

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:			
Pressão arterial:			
Dosagem de HGT:			
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca	Frequência cardíaca:	
		Temperatura axilar:	
		Mucosas:	() Normocorada () Pálida

MOD. 110

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

Assinatura e carimbo do profissional

Data da internação: 25/10/2017 Hora: 17:08:31

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE RODOLFO LINHARES DA SILVA				1530670	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO 08/02/1993		9 - SEXO Masc ☒ F Fem ☐ B	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO 83	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) SÍTIO MIMOSO, 0, ZONA RURAL					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Paulista		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 251090		15 - UF PB	
				16 - CEP 58860000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Vitima de queda de mob com TCE s/ distúrbios, s/ afecção					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TCE					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) TC de crânio. HED laminar, s/ ocupação					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL TCE		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TCE				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA NCL		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	
				29 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 132537998900008	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ALEXANDRE MAGNO DA NOBREGA MARINHO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 25/10/2017		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			





25/10/2017

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1530668 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 25/10/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Daniela Dos Santos Lima
PACIENTE: RODOLFO LINHARES DA CE: 58860000 Nascimento: 08/02/1993

SILVA
Endereço: SÍTIO MIMOSO

Cidade: Paulista

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil: União Estável

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

Sexo: M

Idade: 024

RG:

CPF:

Data de

Atendimento: 25/10/2017

Hora: 17:02:01

CRM:

Telefone:

Bairro: ZONA RURAL

Nº: 0

Profissão:

CNS: 36363636363333

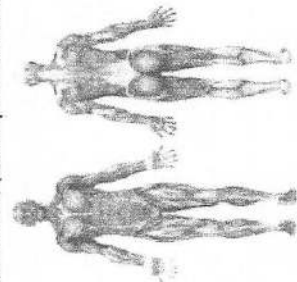
CONVÊNIO: SUS

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Ausência
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalramento
9. Entesmo subcutâneo
10. Emagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inguatamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Peritese
32. Peritese
33. Quelmadura
34. Rinoorragia
35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

ACIDENTE DE MOTO (TCS)

DIGNOSTICO / CID:

http://10.1.1.148/projetobtc/pje/urgencia.php?contar=1530668

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO -

OS CLÍNICOS

Visto de trauma em nota de
Cirurgia - trauma em nota de
Cirurgia - trauma em nota de
Cirurgia - trauma em nota de
Cirurgia - trauma em nota de

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPLAS () Fotoreagentes () Isocóricas () Anisocóricas

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NEN. / / às : Dia / /

Especialista: / / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Exame físico, anamnese	
2		
3	Exame físico, anamnese	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Horácio Gadelma
Cirurgia Geral
CRM 1730

25/10/2017

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HITCG-Panel Administrativo

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

() Centro cirúrgico
() Internação (setor) ALTO HOSPITALAR
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () A reavaliação
() Decisão Médica
() Óbito

Tarcisio Oliveira A. Lacerda
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

IDADE

CBO

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

<http://10.1.1.148/projeto/hitcg/imprescindencia.php?contar=1530668>





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Data da Operação		Enf.	Leito
Operador		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar		Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

[illegible]

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



01	Kanakion amp.	015	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
01	Lasix amp. 400mg/20ml		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrothinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
02	Plasil amp. 75mg/10ml	03	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
02	Prolamina. Cefazolin		Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda	02	SF para limpeza
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PROTESE
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica	02	Flu Steemann 2.5mm
01	Xilocaína 27.5/10		Sonda Uretral nº		
03	Nurocain 0.5/10		Sterydrem ml		
			Tornelrinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
02	Agulha desc. 25x7 40x12		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Latese		
	Agulha desc. 3 x 4,5	03	8 Velxodes		
	Agulha p/ raque nº	00	830 ver		
015	Álcool de Enfermagem				
02	Álcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon 15				
02	Ataduras de Gessada 15				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS

- | | |
|-----------------------|---------------------------|
| () Oxímetro de Pulso | () Foco Auxiliar central |
| () Serra | () Eletrocardiômetro |
| () Desfibrilador | () Oxímetro |
| () Foco Frontal | () Cardiomonitor |
| () Fonte de Luz | () Perfurador Elétrico |

Manoel GULANIE
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-PB 32857

MOD 066





Paciente: RODOLFO LINHARES DA SILVA
Nº do Paciente: 17000080293
Data de Nascimento: 08/02/1993
Solicitante: Dra. Camila Pires Feitosa
Data do Exame: 25/10/2017
Nº do Exame:
Procedência: Paciente Interno
Sexo: M
Convênio:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO

INDICAÇÃO CLÍNICA:

TCE Grave.

TÉCNICA:

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

RESULTADO:

Fratura fronto-parietal esquerda, com afundamento de fragmentos parietais posteriores e alargamento da sutura sagital (topografia do seio venoso).

Fratura parietal lateral esquerda.

Hematoma extra-axial na alta convexidade craniana fronto-parietal esquerda, com espessura de cerca de 1,4 cm, apagando sulcos corticais correspondentes.

Focos hemorrágicos no parênquima parietal posterior esquerdo.

Hematomas intraparenquimatosos basofrontais, por provável contragolpe.

Redução volumétrica das cavidades ventriculares supratentoriais.

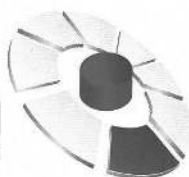
Apagamento difuso dos sulcos corticais.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

Cerebelo anatômico.

Rua Cel. Carneiro, 368 - Centro (Ao lado da Prefeitura)
Fone: (83) 3431.2020 • 99989.0097 • Pombal-PB





CONCLUSÃO:

Fratura fronto-parietal esquerda, com afundamento de fragmentos parietais posteriores e alargamento da sutura sagital (topografia do seio venoso).

Fratura parietal lateral esquerda.

Hematoma extra-axial na alta convexidade craniana fronto-parietal esquerda, com espessura de cerca de 1,4 cm, apagando sulcos corticais correspondentes.

Focos hemorrágicos no parênquima parietal posterior esquerdo.

Hematomas intraparenquimatosos basofrontais, por provável contragolpe.

Sinais de hipertensão intracraniana.

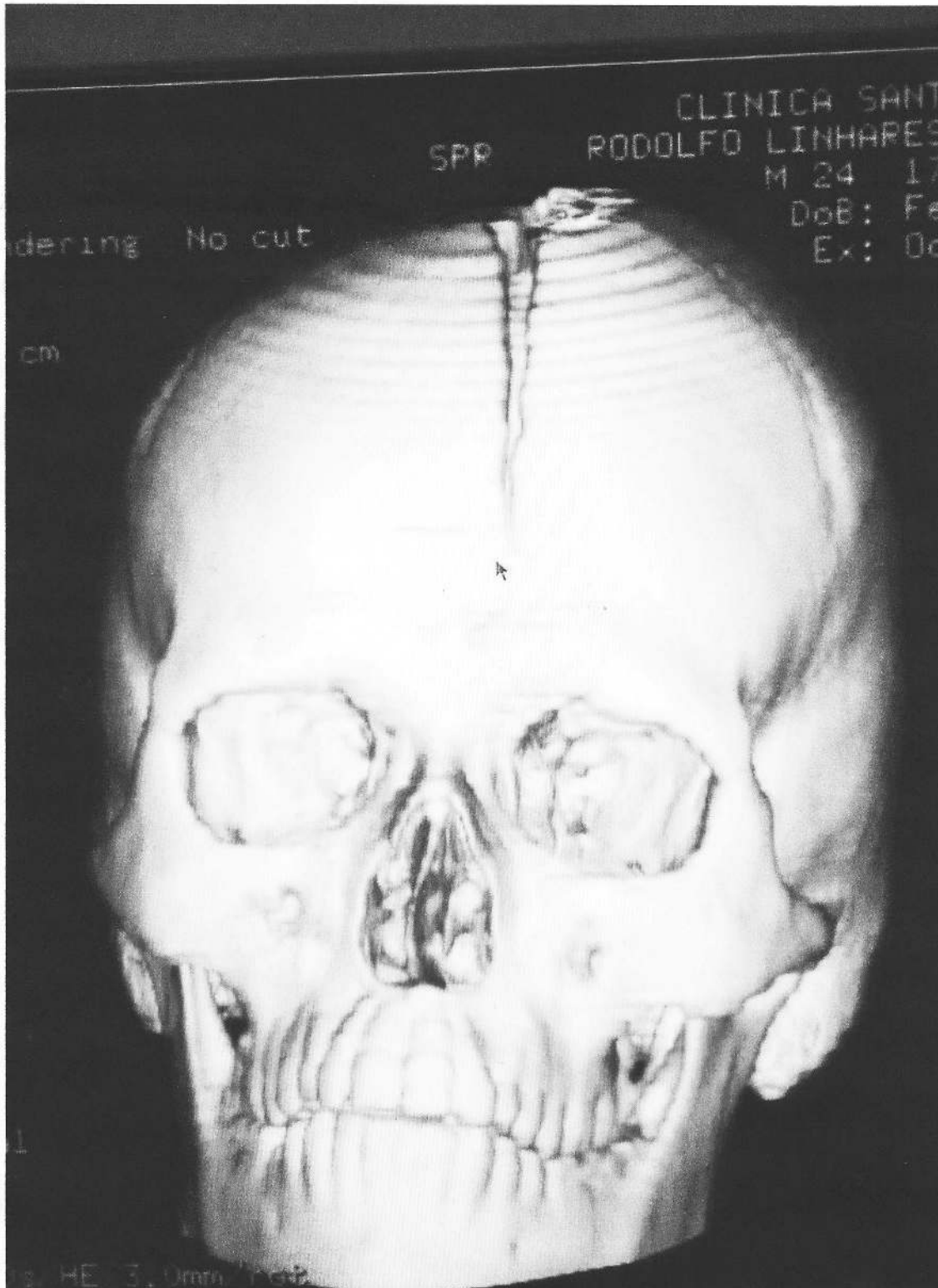
Raquel Tavares

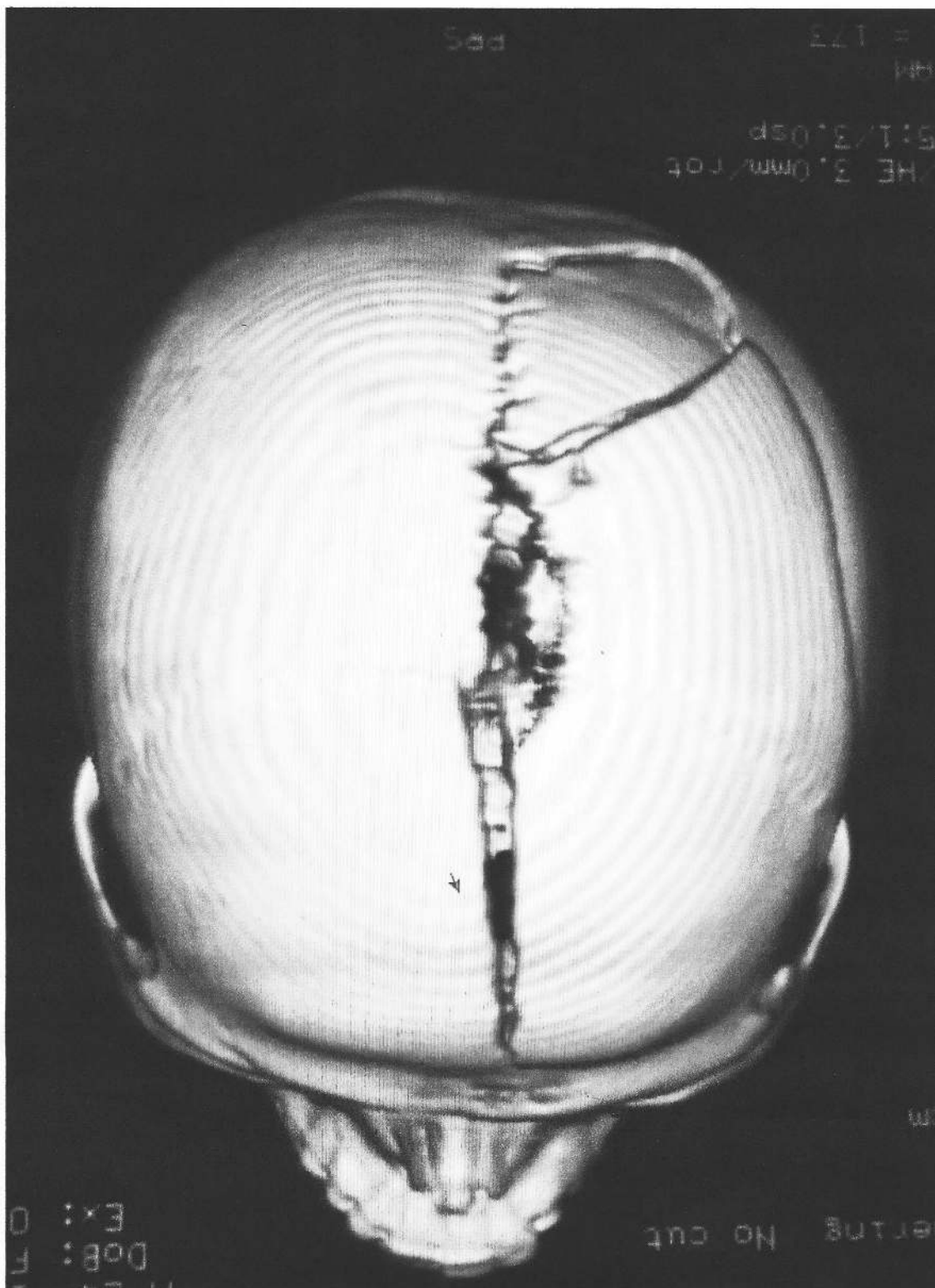
Assinado Eletronicamente por: Dra Raquel Tavares CRM 52-78160-6 RJ
| Médico-radiologista RQE 26853-RJ através de Telelaudo Tecnologia Médica
Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 25/10/2017
10:50:11 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Rua Cel. Carneiro, 368 - Centro (Ao lado da Prefeitura)
Fone: (83) 3431.2020 • 99989.0097 • Pombal-PB







Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Paciente: RÓDOLFO LINHARES DA SILVA
Nº do Paciente: 18000080293
Data de Nascimento: 08/02/1993
Solicitante: Dr. Geraldo Arnaud de A. Júnior
Data do Exame: 27/02/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Avaliação de TCE prévio.

TÉCNICA:

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

RESULTADO:

Fratura frontoparietal alta, com diástase da sutura sagital.

Pequenas áreas de encefalomalácia parietoccipital e no giro inferior do lobo frontal à esquerda de aspecto cicatricial.

O restante do parênquima cerebral apresenta forma, posição, dimensões e densidade usuais.

Sulcos entre os giros corticais, cissuras de Sylvius, sistema ventricular supratentorial e cisternas da base de aspecto usual para a faixa etária.

Estruturas da linha média centradas.

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

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

CONCLUSÃO:

Fratura frontoparietal alta, com diástase da sutura sagital.

Pequenas áreas de encefalomalácia parietoccipital e no giro inferior do lobo frontal à esquerda de aspecto cicatricial.

Assinado Eletronicamente por: Dr Bernardo Ganino Valladares CRM 919721-RJ | Médico-radiologista RQE 26237-RJ através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 27/02/2018 08:41:39 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/odontista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/odontista para quaisquer esclarecimentos necessários.





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 do 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: 120.445.884-71 CPF da vítima: 120.445.884-71 Nome completo da vítima: RODOLFO LINHARES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: RODOLFO LINHARES DA SILVA CPF titular da conta: 120.445.884-71 Profissão: AGRICULTOR
Endereço: SÍTIO MIMOSO Número: SIN Complemento: -
Bairro: ZONA RURAL Cidade: PAULISTA Estado: PB CEP: 58.860-000
Email: T.EWERTON@HOTMAIL.COM Telefone (DDD): (83) 94900 0530

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 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÍ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 2104 D/V: 10074 D/V: 7
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: NERO
Nome: _____
AGÊNCIA: _____ D/V: _____ 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.

PAULISTA - PB, 02 de JANEIRO de 2018
Local e Data

x Rodolfo Linhares da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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 interdita 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 RODOLFO LINHARES DA SILVA CPF da Vítima 120.445.884-71 Data do Acidente 25/10/2017

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.

PAVISTA - PB, 02 de JANEIRO de 2018.

Local e Data

Rodolfo Linhares da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PAVISTA 10/01/2017





AUTO-ATENDIMENTO - POMBAL

DATA: 03/01/2018

HORA: 11:20:31

TERMINAL: 07321791

CONTROLE: 073217910345

2ª VIA

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA
DE VALORES - TEV

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 0732 / POMBAL

CONTA : 013.00.030.050-2

NOME : TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIR

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 4917 / SAO BENTO DA PARAIBA

CONTA : 013.00.010.074-7

NOME : RODOLFO LINHARES DA SILVA

VALOR

DATA DE EFETIVAÇÃO : 03/01/2018

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



SINISTRO 3180034979 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RODOLFO LINHARES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO RODOLFO LINHARES DA SILVA

CPF/CNPJ: 12044588471

Posição em 07-03-2018 09:32:43

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

08/03/2018	R\$ 8.437,50	R\$ 0,00	R\$ 8.437,50
------------	--------------	----------	--------------





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Paulista

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800073-94.2018.8.15.1171

DESPACHO

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 arts. 8º e 139, II, ambos do CPC, **deixo de designar a incontinenti audiência** de conciliação do art. 334 do CPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do CPC.

3. **CITE-SE/INTIME-SE** a parte requerida, por carta com AR ou outro meio idôneo, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), cientificando-a, ainda, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais arbitro desde já no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), a ser pago em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba.

4. Por economia processual, no prazo de defesa a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico, se for o caso.

5. Apresentada contestação, a parte autora deve ser intimada para que se manifeste **no prazo de 15 (quinze) dias** (arts. 350 e 351, ambos do CPC), podendo, no mesmo prazo, apresentar seus quesitos a serem respondidos pela perícia, indicar assistente técnico, se for o caso.

6. Após, renove-se a conclusão.

Cumpra-se com os expedientes e diligências necessárias.

PAULISTA, 2 de agosto de 2018.

Natan Figueredo Oliveira

Juiz(a) de Direito

