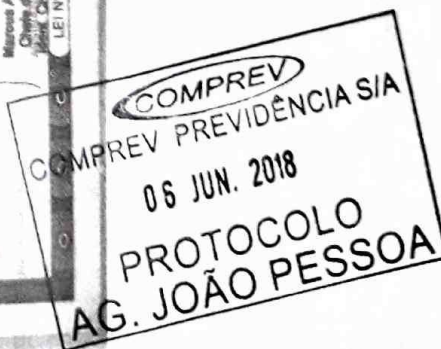


Scanned by CamScannerScanned by CamScanner

GERALDA FELIPE DOS SANTOS
RUA ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO, 266 - CENTR
SERRARIA / PB CEP 58395000 (AG 44)

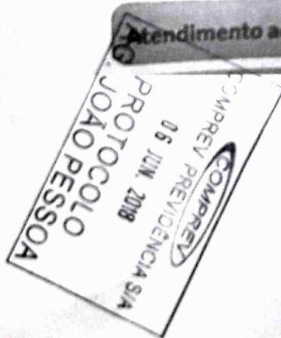


Emissao 06/03/2018 Referencia Mar/2018
Classe/Subcls RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSIC
Roteiro 1 - 46 - 500 - 1570 Nº medidor 00000811710

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA D
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - P
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc E

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétric
Cód. para Deb. Automático

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



AG. VINCULADA: 0038 CONTROLE: 8540293

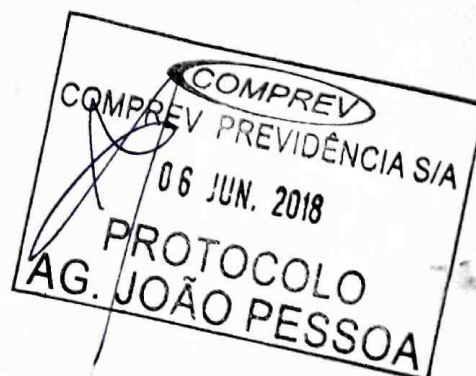
COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FÁCIL

NOME: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO
AGÊNCIA: 0038
OPERAÇÃO: 013
CONTA-DV: 000.000.054.099-3
DATA DA ABERTURA: 26/03/2018

LOTÉRIAS CAIXA

085-596760376-6

Scanned with CamScanner



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, HAMILTON JOSÉ SILVA,
RG nº 2631097, data de expedição 10/05/2010
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 04755994462, com
domicílio na cidade de SERRARIA, no Estado de
PARANÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. PEDRO GONDIM, nº 146.

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO o condutor era
MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 FITAN CSO
Ano: 2014
Placa: GF0 08261PB
Chassi: 9C2KC1650 ERO31304
Data do Acidente: 14/03/2018
Local e Data: SERRARIA, 28 DE MARÇO DE 2018

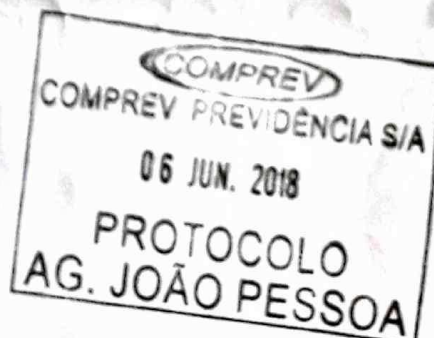

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório Notarial e Registral J. Pereira - Rua: Cônego Cardoso, 76,
Centro, Serraria-PB - Tel: 83 3275-1054 -
cartoriojosepereira@bol.com.br

Reconheço a firma como verdadeira por autenticidade de Hamilton José Silva, dou
fé. Em test. Giulio Sousa Lima da verdade. Serraria, 28/03/18. Pelo Digital nº AGP94482-3T9L.

Tabellião/Substituto



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013221830890

A CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 010.266817-4 00/00000000 2017

NOME: **HAMILTON JOSÉ SILVA**

CPF / CNPJ: 00755994462

PLACA: QFD0826/PB

PLACA ANT. / LP: NOVO

CHASSI: 9C2KC1650ER031304

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLETA/ATAFELIC

COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB. / ANO MOD.: 2014 / 2014

CAP. POT. OIL: 2 P/149 / CC

CATEGORIA: PARTIO

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 00/10/1900

VENC. COTA ÚNICA: 1º

VENC. / COTAS: 2º

FAIXA L.R.V.A.: A

PARCELAMENTO / COTAS: 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): *****

IOF (R\$): *****

PRÊMIO TOTAL (R\$): *****

DATA DE PAGAMENTO: 24/07/2017

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO

SINISTRALIDADE: 0

DATA: 24/07/2017

2280

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013221830890 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

COMPREV
06 JUN 2017
AG. JOÃO DE DEUS

VIA: 01012668174

CPF / CNPJ: 00755994462

PLACA: QFD0826/PB

RENAM: 01012668174

MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB. / CAL. TARIF.: 2014 / 9

Nº CHASSI: 9C2KC1650ER031304

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): *****

DENATRAN (R\$): *****

CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE (R\$): *****

IOF (R\$): *****

TOTAL A SER PAGO DO SEGURO (R\$): *****

PAGAMENTO: S COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO: 24/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

20079-1559442-30170724



Scanned with CamScannerScanned with CamScanner

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFD0826

2017

HAMILTON JOSE S

[Imprimir Consulta](#)

QFD0826

**PASSA / MOTOCICLET
HONDA/CG 150 TITAN
ESD**

ALCOI/GASOL

2014 2014

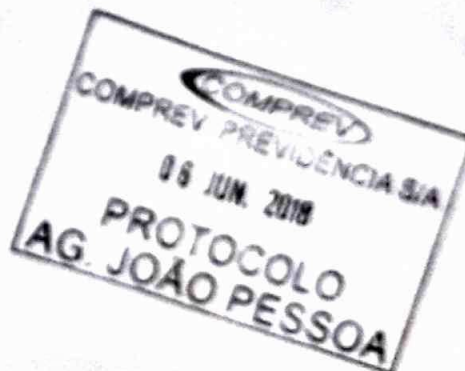
PARTICULAR VERMELHA

31/08/2018

Último Licenciamento: 2017
Proprietário: HAMILTON JOSE S
Placa: QFD0826
Combustível: ALCOI/GASOL
Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD
Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
Ano de Fabricação: 2014
Ano Modelo: 2014
Categoria: PARTICULAR
Cor Predominante: VERMELHA
Vencimento Licenciamento: 31/08/2018
Observação:
Restrição:
Financeira:
Município: SERRARIA
Situação: EM CIRCULACAO
Data da Consulta: 02/05/2018

SERRARIA

02/05/2018





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00096.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00096.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:00 horas do dia 05 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Marcelo Henrique da Costa do Nascimento**, conhecido(a) por Henrique, RG nº 4456717 SEDS. /PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Sandra Maria da Costa e Erinaldo Gomes do Nascimento, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 09/03/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Antonio Cavalcante de Carvalho, Nº 266., complemento casa., bairro Centro, tendo como ponto de referência Praça Local., na cidade de Serraria/PB, telefone(s) para contato (83) 99688-2272.

Dados do(s) Fatos:

Local: Antonio Cavalcante de Carvalho, nº 266., Casa., Praça Local., Serraria/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/03/18 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.

Objeto(s) Envolvido(s):


(1) Moto, modelo CG 150 TITAN ESD., marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor vermelha, ano 2014, chassi 9C2KC1650ER031304, renavam 0101266817

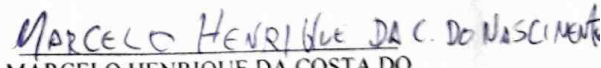
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

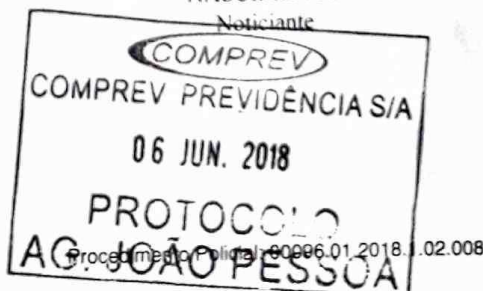
Que, se conduzia em sua moto já discriminada, embora esta cadastrada em nome de Hamilton José Silva, próximo a sua residência, quando surpreendentemente, foi alvo de colisão por parte de uma outra motocicleta de placa e condutor não identificado, o qual após a colisão, evadiu-se do local, oportunidade em que em decorrência, o notificante sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado Fratura do Condilo Esquerdo da mandíbula, pelo CID 10 S02.6, conforme Laudo Médico apresentado.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de junho de 2018.


EVALDALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia


MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO
NASCIMENTO
Notificante



Feb 14 30 Rm 02

MIRLA LARROSA FARIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Nº 591
Ativo Clube

Seguradora Líder dos
Cobertores do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

3180258590

ASL-0201316/18

Vítima: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO
NASCIMENTO

CPF: 117.940.074-74

Data do Acidente: 14/03/2018

CPF de:
Próprio

Titular do CPF: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO
NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO : 117.940.074-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 06/06/2018
Nome: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 117.940.074-74

Data do cadastramento: 06/06/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.738.064-40

MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Carta nº: 13089147

A/C: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180258590
Vítima: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 14/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000005787-8

Conta: 000009843-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =

R\$ 3.375,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01473/01474 - carta_15R - INVALIDEZ



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima MARCELO HENRIQUE DAC. DO NASCIMENTO CPF da Vítima 117.980.041-X Data do Acidente 14/03/2018

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.

JOÃO PESSOA 06 de JUNHO de 2018
Local e Data

MARCELO HENRIQUE DAC. DO NASCIMENTO
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DALI.001 V001/2017





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 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 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

CPF da Vítima

117.940.074-74

Nome completo da vítima

MARCELO HENRIQUE DA C. DO NASCIMENTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
MARCELO HENRIQUE DA C. DO NASCIMENTO	117.940.074-74	RECVSO
Endereço	Número	Complemento
RUA ANTONIO CALVALCANTE DE CARVALHO	266	CASA
Bairro	Cidade	Estado
CENTRO	SERRARIA	PB
Email	CER	CEP
	58395-000	83 94841-8296
	Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
Nº:	Nº:	Nº:	Nº:
0038	054099		
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(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 agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 06 de JUNHO de 2018

Local e Data

MARCELO HENRIQUE DA C. DO NASCIMENTO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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 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 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 9 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

CPF da Vítima

117.940.074-74

Nome completo da vítima

MARCELO HENRIQUE DA C. DO NASCIMENTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
MARCELO HENRIQUE DA C. DO NASCIMENTO		117.940.074-74		RECLUSO
Endereço		Número		Complemento
RUA ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO		266		CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
CENTRO	SERRARIA	PB	58395-000	
E-mail			Telefone (DDD)	
			83 99841-8296	

Declaro, sob as penas da lei, e para fins de prova de residência junto à 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

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 2.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (conforme para os bancos abaixo. Assinale uma opção):		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADENCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (345)		BANCO	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nº	
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
0038	054099		
(colocar dígito se existir)		(colocar 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.

João Pessoa 26 de Junho de 2010

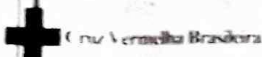
MARCELO HENRIQUE DA C. DO NASCIMENTO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

USE MACULAGEM





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Luzena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1069066



Identificação do paciente

ID 1270436	Nome MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO	Sexo Masculino
Data de nascimento 09/03/1999	Idade 19 anos 5 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe SANDRA MARIA DA COSTA	Pai ERINALDO GOMES DO NASCIMENTO	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA JOSE FELIPE - TIO (A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996208636	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4456717	Nº Cnis 898050033720489
Local de procedência SERRARIA	Tipo MUNICÍPIO	UF PB
E-mail	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R

Endereço

CEP 58394000	Município de residência SERRARIA	UF PB	Logradouro ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO
Número 266	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 14/03/2018 20:25:09	Número da pulseira 1000006290213	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos: paciente vítima acidente moto
consciente, orientado, suporta
trauma de face e MMII segue aos
exames

Diagnóstico

Atendido por
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO

Imprimir

Lucileide Viana da Silva
Enfermeira

COREN-PB 440902

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
06 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Gov. Verelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel 32165700

CNES 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO	1069066	14/03/2018 20:25:09	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
09/03/1998	19	Masculino	898050033720489
Mãe			Telefone de Contato
SANDRA MARIA DA COSTA			(83) 996208636
Endereço	Bairro	Município	UF
ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO, 264	CENTRO	SERRARIA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES	5724/PB
Data-Hora Classificação	Data-Hora Prescrição		
14/03/2018 20:25:09	19/03/2018 21:14:32		
Convênio	Nº Matrícula		Senha
SUS			

EVOLUÇÃO MEDICA

EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO: PACIENTE COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA HOJE NO HTOP

Anamnese

DIETA

DIETA: VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V. 24H DURANTE 24 HORA(S)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 H POR 7 DIA(S)

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 1 HORA(S)

Diluir

TENOXICAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 20,0 MG

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

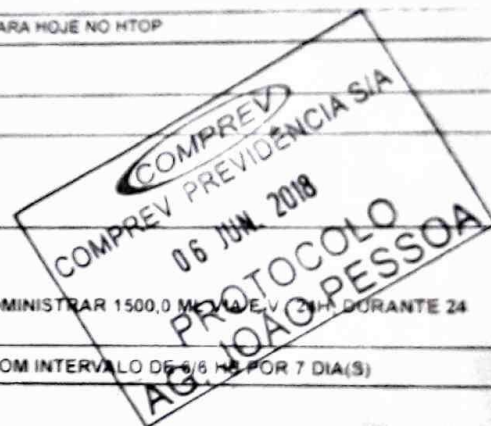
Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

CUIDADOS

CABECERA ELEVADA A 30°

SSVV + CCGG



20/06/2018

Ana Karina M. Tormes
(SULAMINUTACIAI/DEMA-DOH)
5724

19/03/2018 21:14



Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 24/08/2018 12:44:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18082412345346500000015764832

Número do documento: 18082412345346500000015764832



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO 09/03/99
NOME DA MÃE SANDRA MARIA DA COSTA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 107667
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1069066
DATA DO ATENDIMENTO 14/03/18
HORA DO ATENDIMENTO 20:25
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO CONDILO ESQUERDO DA MANDIBULA
CID 10 S02.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, COM HISTORIA DE CONTUSAO DE FACE , CRANIO,MÃO ESQ. E PÉ DIREITO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, BMF, NEUROCIRURGIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRANIO, TC DE FACE
RX MÃO ESQ., RX PÉ DIR. , RX ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA, RX COLUNA CERVICAL,
USG do abdômen total.(FAST)

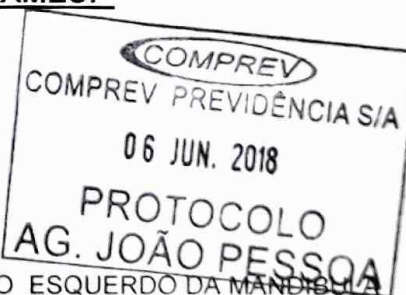
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX - FRATURA BAIXA DO CONDILO MANDIBULAR ESQ.

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BAIXA DO CONDILO ESQUERDO DA MANDIBULA

ALTA HOSPITALAR: 20/03/18
DATA DA EMISSÃO: 30/05/18



Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CRM 1873/PB

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO	BAE 1069066	Data/Hora Entrada 14/03/2018 20:25:09	Data Baixa
Data de nascimento 09/03/1999	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 898050033720489
Mãe SANDRA MARIA DA COSTA			Telefone de Contato (83) 996208636
Endereço ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO, 266	Bairro CENTRO	Município SERRARIA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO	Nº Cons. Regional 4400/PB
Data/Hora Classificação 14/03/2018 20:25:09		Data/Hora Prescrição 15/03/2018 01:20:20	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

ACIDENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ APROXIMADAMENTE 3 HORAS. NEGA ALERGIAS
MEDICAMENTOSAS E ALIMENTARES.
RELATA DESMAIO E NEGA VÔMITOS PÓS TRAUMA.

NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, VERBALIZANDO, EM
MACA COM DIURESE ESPONTÂNEA.

AO EXAME FÍSICO DE FACE OBSERVA-SE ABRASÃO EM REGIÃO FRONTAL, ACUIDADE VISUAL E
MOVIMENTAÇÃO OCULAR MANTIDA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, FCC EM FUNDO DE VESTÍBULO
MANDIBULAR ANTERIOR.

AO EXAME TOMOGRÁFICO OBSERVA-SE FRATURA EM PROCESSO ALVEOLAR EM REGIÃO DE ELEMENTOS
DENTAIS 12 E 11, FRATURA DENTO ALVEOLAR EM REGIÃO DE 32 E 42, FRATURA DE COLO DE CÔNULO
ESQUERDO E FRATURA DE CORTICAL LINGUAL DE CORPO DE MANDÍBULA DIREITA.

CD: 1- ORIENTAÇÕES;

2- SUTURA;

3- INSTALAÇÃO DE BARRA DE ERICH EM REGIÃO ANTERIOR DE MANDÍBULA DE ELEMENTO DENTAL 35 A

45;

4- ODOTOSSÍNTESE EM REGIÃO ANTERIOR DE MAXILA DE ELEMENTO DENTAL 13 A 21;

5- AGUARDA ALTA DA C.G PARA POSTERIOR CONDUTA DA CTBMF;

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

UREIA - SORO

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP)

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

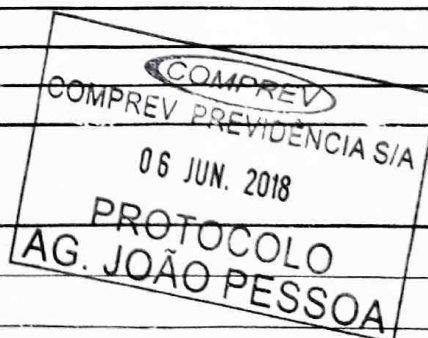
CID10

Código Descrição

S02.6 Fratura de mandíbula

Conduta

Boletim registrado por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 14/03/2018 20:26:24
Em observação



Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 24/08/2018 12:44:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18082412345346500000015764832>

Número do documento: 18082412345346500000015764832

MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

PATRICIO JOSÉ DE OLIVEIRA NETO
(CRO: 4400/PB)





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO	BAE 1069066	Data/Hora Entrada 14/03/2018 20:25:09	Data Baixa
Data de nascimento 09/03/1999	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 898050033720489
Mãe SANDRA MARIA DA COSTA			Telefone de Contato (83) 996208636
Endereço ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO, 266	Bairro CENTRO	Município SERRARIA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO ROMAO DANTAS	Nº Cons. Regional 9799/PB
Data/Hora Classificação 14/03/2018 20:25:09		Data/Hora Prescrição 14/03/2018 22:47:13	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

OR EM REGIAO DE PE DIREITO APOS COLISAO MOTO-CARRO
SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL
AC EXAME FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIAO DE DORSO DO PE DIREITO
SEM LESÃO DE TENDÕES
RX SEM SINAL DE FRATURA OU LUXAÇÃO
CD:ALTA DA ORTOPIEDIA
AOS CUIDADOS DA CIR GERAL PARA SUTURA
ORIENTADO POR PRECPECTORIA

MEDICAÇÃO

TETANOGRAMMA, ADMINISTRAR 5000,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGSM)

Conduta

Em observação

MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

PEDRO ROMAO DANTAS
(: 9799/PB)



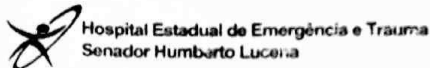
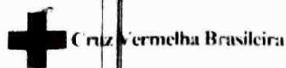
Boletim registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 14/03/2018 20:26:24



Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 24/08/2018 12:45:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18082412370524700000015764866>

Número do documento: 18082412370524700000015764866



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO	BAE 1069066	Data/Hora Entrada 14/03/2018 20:25:09	Data Baixa
Data de nascimento 09/03/1999	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 898050033720489
Mãe SANDRA MARIA DA COSTA			Telefone de Contato (83) 996208636
Endereço ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO, 266	Bairro CENTRO	Município SERRARIA	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO	UF PB
Data/Hora Classificação 14/03/2018 20:25:09		Nº Cons. Regional 4400/PB	
Convênio SUS	Nº Matricula		Data/Hora Prescrição 14/03/2018 22:28:40
		Senha	

Anamnese

ACIDENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ APROXIMADAMENTE 3 HORAS. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E ALIMENTARES. RELATA DESMAIO E NEGA VÔMITOS PÓS TRAUMA.

NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, VERBALIZANDO, EM MACA COM DIURESE ESPONTÂNEA.

AO EXAME FÍSICO DE FACE OBSERVA-SE ABRASÃO EM REGIÃO FRONTAL, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTAÇÃO OCULAR MANTIDA. LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, FCC EM FUNDO DE VESTÍBULO MANDIBULAR ANTERIOR.

AO EXAME TOMOGRÁFICO OBSERVA-SE FRATURA EM PROCESSO ALVEOLAR EM REGIÃO DE ELEMENTOS DENTAIS 12 E 11, FRATURA DENTO ALVEOLAR EM REGIÃO DE 32 E 42, FRATURA DE COLO DE CONSILIO ESQUERDO E FRATURA DE CORTICAL LINGUAL DE CORPO DE MANDÍBULA DIREITA.

CD: 1- ORIENTAÇÕES;

2- AGUARDA LIBERAÇÃO DE SALA DE SUTURA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

DIETA

DIETA ZERO VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORAS

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 HS POR DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML - D Joh

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 100,0 MG

Boletim registrado por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 14/03/2018 20:26:24



Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 24/08/2018 12:45:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18082412370524700000015764866>

Número do documento: 18082412370524700000015764866



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO		BAE 1069066	Data/Hora Entrada 14/03/2018 20:25:09	Data Baixa
Data de nascimento 09/03/1999	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 898050033720489	Telefone de Contato (83) 996208636
Mãe SANDRA MARIA DA COSTA				Prontuário
Endereço ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO, 266		Bairro CENTRO	Município SERRARIA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VINICIUS NUNES ANDRADE	Nº Cons. Regional 4661/PB
Data/Hora Classificação 14/03/2018 20:25:09			Data/Hora Prescrição 14/03/2018 20:37:37	
Convênio SUS		Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

ACIDENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO x MOTO, SOCORRIDO PELO SAMU SERRARIA, APRESENTANDO FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA EM INCISIVOS CENTRAIS INFERIORES, FERIMENTO CONTUSO EM MÃO ESQUERDA E EXTENSA LESÃO CORTO-CONTUSA, COM EXPOSIÇÃO MÚSCULO TENDÍNEA, EM PÉ DIREITO. GCS 15; CERVICAL CLINICAMENTE LIVRE. ABDOME FLÁCIDO, PLANO E INDOLOR; TÓRAX SEM QUEIXAS.

CUIDADOS

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PARECER DA NEUROCIRURGIA, CIRURGIA BUCO-MAXILO FACIAL E DA ORTOPEDIA)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA DE FACE)

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL PERFIL, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)

RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA LOCAL)

RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA LOCAL)

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITA)

CID10

Código	Descrição
S00.7	Traumatismos superficiais múltiplos da cabeça

Conduta

Em observação

MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

VINICIUS NUNES ANDRADE
(: 4661/PB)

Boletim registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 14/03/2018 20:26:24

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=238394&pesquisa=S&perform=im...> 1/1


Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 24/08/2018 12:45:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18082412370524700000015764866>

Número do documento: 18082412370524700000015764866

Num. 16173624 - Pág. 3

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 12/12H, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 1,0 AMPOLA

DEXAMETASONA 10MG/2.5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,5 ML VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

HIGIENE ORAL RIGOROSA

SSVV + CCGG

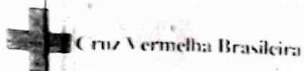
Conduta

Em observação

MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO
(CRO: 4400/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: FRANCISCO
NUNES DE ASSIS FILHO
Em: 20/03/2018 08:11:33

Paciente MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO	Boletim de Atendimento 1069066	Data/Hora Entrada 14/03/2018 20:25:09	Data/Hora Saída
Data de nascimento 09/03/1999	Idade	Sexo Masculino	CNS 898050033720489
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107667	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 20/03/2018 07:53:20)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

PACIENTE DE ALTA HOSPITALAR, APÓS TER SUBMETIDO A REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA BAIXA DO
CÔNDILO MANDIBULAR ESQUERDO.
CD: 1. ORIENTAÇÕES 2. ALTA HOSPITALAR

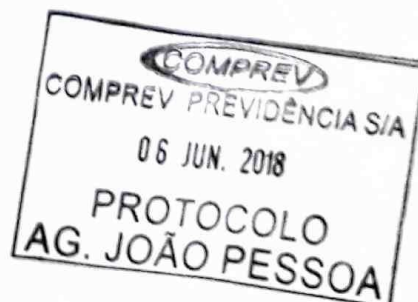
* Solicitei retorno no Htop no próximo dia 30.03.2018 .

Seção: HTOP - TRANSICAO Leito: 0004

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Número Conselho: 3267


Dr. Assis Filho
Cirurgia BMF
Implantodontista
CRO - 3267





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: ANA MARIA
SILVA DE OLIVEIRA
Em: 19/03/2018 13:54:51

Paciente MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO	Boletim de Atendimento 1069066	Data/Hora Entrada 14/03/2018 20:25:09	Data/Hora Saída
Data de nascimento 09/03/1999	Idade	Sexo Masculino	CNS 898050033720489
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107667	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (ANA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - 19/03/2018 13:54:36)

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS

PACIENTE EVOLUINDO EM EGR, NO MOMENTO SSVV MANTIDOS. SEGUE SEM QUEIXAS, AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Unidade: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0017

Profissional responsável pela informação: ANA MARIA SILVA DE OLIVEIRA

Número Conselho: 301967



<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=383463&dataInicial=19/03/2018%2013:54:36&dataFinal=19/03/2018%2013:54:36>



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HACP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HACP

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Márcio Henrique de Costa Nascimento

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒ 1Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

COMPREV

06 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Plano 4 para de Set. 2012
Plano 4 para de internação longo set. 2012
Plano 5 para de Set. 2012
Plano 2 para de internação longo set. 2012
Plano 2 para de Set. 2012

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Ana Karina M. Tormes
C. SULAMATILÓFACIA/DTM-002
3724

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

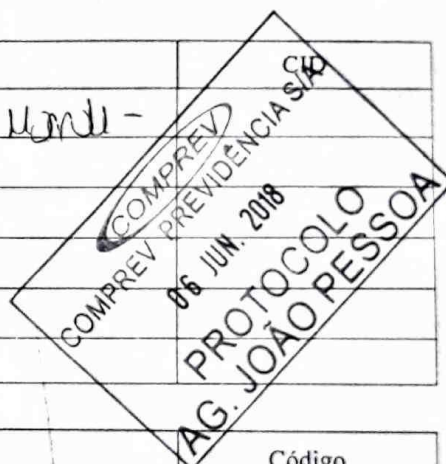
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Marcelo Henrique da Costa BE/Prontuário: 1069066
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 19/03/2018
Clínica/Setor: BMF EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Osteo Max
Cirurgião: ANA KUNIA 1º Assistente: _____
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Genl Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	
<u>Fratura Bixa do condilo Mandi-</u>	
<u>Gul (E)</u>	



Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução e Fixação de Fratura</u>	
<u>Bixa do condilo Mandibular (E)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biópsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Ana Kuning M. Tormes
CRM-AM-123456789
5724

João Pessoa, 19/03/2018

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: **Marcelo Henrique da Costa do Nascimento**
 IDADE: **19** ANOS
 CIRURGIA: **TRAUMA - TRAUMA**
 CIRURGIÃO: **DR. ARA KAHINA, DR. YELAU**
 ANESTESIA: **GENOT**
 ANESTESISTA: **DR. THEODORO**
 INSTRUMENTADOR: **DR. J. J. J.**
 DATA: **19/03/18** CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIO: **19/03/18** FIM: **19/03/18**
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	1	JELCO Nº18	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	5CC 9%	JELCO Nº20	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	0 1
CETAMINA	3EL	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORAXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	SOLUCOES	QTD.		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº11	1	FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FLUMAZENIL	PVPI TIOCARBA	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPI TIOCARBA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPR	PVPI TIOCARBA	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPR ACAINA C/ VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPR ACAINA C/ VASO	MATERIAIS	QTD.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTERIL Nº7,0	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTERIL Nº7,5	OK	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTERIL Nº8,0	OK	FIO SEDA Nº	
NTIMBULUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	LUVA ESTERIL Nº8,5	OK	FITA CARDIACA	
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MASCARA CIRURGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PROPOFOL	AGULHA RAQUI Nº25G	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO	
RAMIFENTANIL	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRURGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST ABSORVIVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT PAM	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		KIT PAM EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMET		CATETER EPIDURAL Nº18			
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAI	
EDRONA		COLET URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAI	
ETROSEMDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
ETROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR	
DOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS		PLACA	
NDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
ASIL		EQUIPO TRANSF SANGUE			
OSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
OTAMINA		ESPONJA DE PVPI		() ASPIRADOR	
NOXICAN		ESPARADRAPO		() BISTURI ELETRICO	
		GAZES		() CAPNOGRAFO	
		GAZES ALGODÃO		() CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLITICO		() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº18		() FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº20		() FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº22		() MICROSCOPIO	
		JELCO Nº24		() OXIMETRO DE PULSO	
		JELCO Nº26		() P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA	
		JELCO Nº28		() PERFURADOR ELETRICO	
		JELCO Nº30		() SERRA	
		JELCO Nº32			
		JELCO Nº34			
		JELCO Nº36			
		JELCO Nº38			
		JELCO Nº40			
		JELCO Nº42			
		JELCO Nº44			
		JELCO Nº46			
		JELCO Nº48			
		JELCO Nº50			
		JELCO Nº52			
		JELCO Nº54			
		JELCO Nº56			
		JELCO Nº58			
		JELCO Nº60			
		JELCO Nº62			
		JELCO Nº64			
		JELCO Nº66			
		JELCO Nº68			
		JELCO Nº70			
		JELCO Nº72			
		JELCO Nº74			
		JELCO Nº76			
		JELCO Nº78			
		JELCO Nº80			
		JELCO Nº82			
		JELCO Nº84			
		JELCO Nº86			
		JELCO Nº88			
		JELCO Nº90			
		JELCO Nº92			
		JELCO Nº94			
		JELCO Nº96			
		JELCO Nº98			
		JELCO Nº100			

05 JUN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA
 PERMANENTE

Circulante

HEE TSHL

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 19/05/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Amadeu Henrique D. Silva SEXO: M COR: P IDADE: 45

PRESSÃO ARTERIAL 120/80 PULSO 70 RESPIRAÇÃO 18 TEMPERATURA 36,5 PESO 75 GRUPO SANGÜÍNEO B

ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES Exames complementares feitos e negativos

AP. RESPIRATÓRIO OK AP. CIRCULATÓRIO OK

AP. DIGESTIVO OK ESTADO MENTAL Normal DROGAS EM USO Não

PRE-ANESTÉSICO Não ESTADO FÍSICO (ASA) I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Neuroma (cistão) mandíbula

CIRURGIA REALIZADA Neuroma (cistão) mandíbula

CIRURGIÃO Dr. Ruy AUXILIARES Dr. Ruy

INÍCIO DA ANESTESIA 10:30 TÉRMINO DA ANESTESIA 11:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA 1h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 10.30 QUANT. DE CH. 10.30 VALORES R\$ 10.30

ANESTESISTA Dr. Ruy CPF 10.30 CRM-PB 10.30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

AGENTES HORA 19:30 19:30 19:30

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ PLEXO ☐ BLOQ NERVOS ☐ OUTROS ☐

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA

TIPO DE ANESTESIA RAQUIDIANA



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSHI

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em BDH sob anestesia geral
- 2) Anestesia e Antisepsia dos campos operatórios
- 3) Aposição dos campos cirúrgicos
- 4) Anestesia injetável leve de sustentação (oral com água)

Incisão:

- 5) Incisão Reforçamentolabial e fixação dos flaps
- 6) Redução dos rebos fraturados (2 praxos 11mm)
- 7) Fixação da fratura alveolar de 3

Achados:

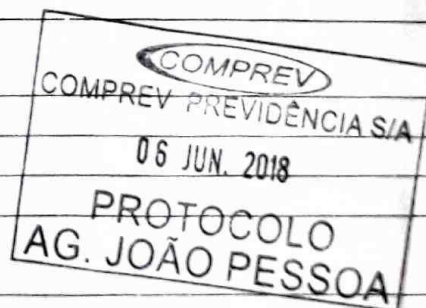
- 1 placa de 4 furos do sistema 2.0 com 4 praxos praxos de 5mm
- 1 placa de 4 furos com intermediários (compr do sistema 2.0 com 1 praxo de 5mm de

Conduta:

- emergência, 1 praxo de 5mm e 1 de 7mm
- 8) Sutura por pontos uniformes
- 9) cirurgia realizada com Intercomenda
- 10) Ao término da Anestesia Geral

Fechamento:

Observação:



Médico/CRM:

Ana Karina M. Tormes
C. BLOMANO/ACIAL/DTM-DOF
5724

João Pessoa, 19/03/2018

F(NG).ASCIR.009-1





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Serraria

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800178-76.2018.8.15.0361

DESPACHO

Vistos, etc.

Intime-se o advogado subscritor da peça inicial para juntar aos autos procuração outorgando-lhe poderes para postular em favor do autor.

Prazo de 10 dias, sob pena de extinção do processo.

Decorrido o prazo com ou sem a juntada, nova conclusão.

Cumpra-se.

SERRARIA, 4 de setembro de 2018.

Juiz(a) de Direito



Segue em anexo petição e documentos em PDF.

Att,

Ruy Rocha.



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA
VARA ÚNICA DA COMARCA DE SERRARIA – PB.**

Processo nº: 0800178-76.2018.8.15.0361

MARCELO HENRIQUE DA COSTA NASCIMENTO, já devidamente qualificado nos autos supra, por seu procurador que a esta subscreve, vem com o devido respeito à presença de V. Exa., em obediência ao despacho retro de *Id nº 16381786*, requerer a **JUNTADA DOS DOCUMENTOS** em anexo.



Termos em que,

Pede e espera deferimento.

João Pessoa-PB, 12 de Setembro de 2018.


RUY NEVES AMARAL DA ROCHA
OAB/PB 23.263


RENAN DE CARVALHO PAIVA
OAB/PB 21.393

 83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 |  renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **MARCELO HENRIQUE DA COSTA NASCIMENTO**, brasileiro, solteiro, autônomo, inscrito no CPF/MF sob número 117.940.074-74 e Registro Geral sob o N.º 4.456.717 –SEDS/PB, residente e domiciliado à Rua Antônio Cavalcante de Carvalho, nº 266, Centro, em Serraria-PB, CEP: 58395000, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

João Pessoa-PB, 10 de setembro de 2018.

Marcelo Henrique da Costa Nascimento
MARCELO HENRIQUE DA COSTA NASCIMENTO

☎ 83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

