

PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

OUTORGANTE(S):

Nome: Robson Batista Mamede.
Identidade: 3.630.923 SSDSIPB, CPF: 100.634.074-26
endereço: Rua João Odouco, nº 120, Bairro
Olento, município de Patos/PB
Tel: (83) 93835-8267

OUTORGADO(S):

OUTORGADOS: THALITA PIMENTEL DE SOUSA, brasileira, inscrita na OAB/PB sob o número 23.687, com endereço profissional na Av. Bossuet Wanderley, 916, Patos-PB. (83) 9 9651-8077 e **DEJAIR QUEIROZ DE ARAÚJO**, brasileiro, acadêmico de Direito, CPF: 041.095.504-32, com escritório localizado na Rua Titico Gomes, 405, Belo Horizonte, Patos/PB;

PODERES:

A quem confere(m) amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad iudicia", para representá-lo (la) e defender os interesses e Direitos do (a) **OUTORGANTE** (s) nas Ações e Processos em seus nomes, notadamente, na presente ação até sentença, onde se apresentar como autores, réus, assistentes, em qualquer instância judicial e ou nas extrajudiciais, podendo variar ações, recorrer, requerer e habilitar-se em seu nome e por conta, tomar vistas em outros processos, transferir, modificar e/ou extinguir direitos, desistir, transigir, efetuar e assinar acordos e cessões de crédito, renunciar, ajuizar ações, representá-lo (la) em audiência de conciliação e julgamento, dar e receber alvarás como se presente fosse, nos termos do art. 477 e 488, do CPC, bem como, praticar todos os atos inerentes ao bom desempenho do presente mandato, podendo, ainda, praticar todos os atos "ad negotia" de interesse do **OUTORGANTE** (s), agindo para tanto em conjunto ou separadamente, podendo substabelecer os poderes que lhes foram outorgados especialmente, na pessoa de outro profissional, com ou sem reservas, tudo com o fim de levar a bom termo seus interesses, em especial para representar o outorgante no requerimento do seguro DPVAT. E dando tudo por bom, firme e valioso firma a presente procuração.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA:

Declararam para fins de Direito, sob as penas da Lei nº. 1.060/50, que não possui condições de arcar com as custas processuais, sem comprometer o próprio sustento e de sua família.

AUTORIZAÇÃO:

Custas e despesas processuais ficam à cargo do(a) Outorgante. Válido como contrato entre as partes. Fica estipulado os honorários contratuais em 30% sob todos os valores líquidos recebidos em caso de sucesso na demanda. Os documentos foram apresentados digitalizados e não em originais, não tendo responsabilidade o outorgado sobre os documentos do outorgante.

Patos (PB), 25 de maio de 2018.

Robson Batista Mamede
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Robson Batista Mamede,

DECLARO, nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

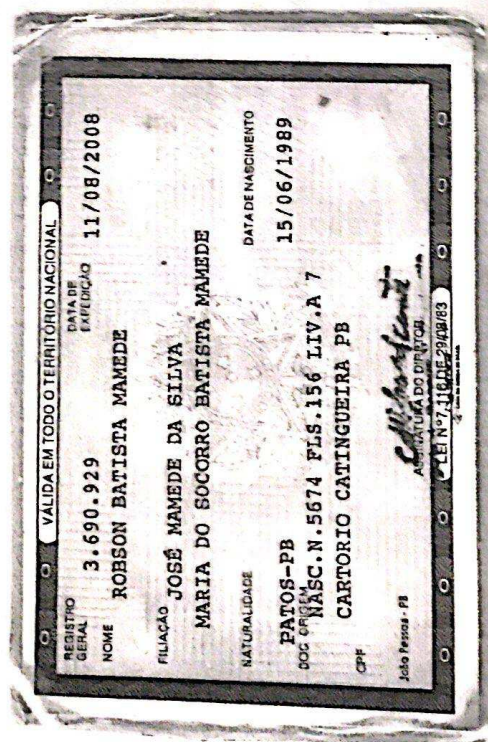
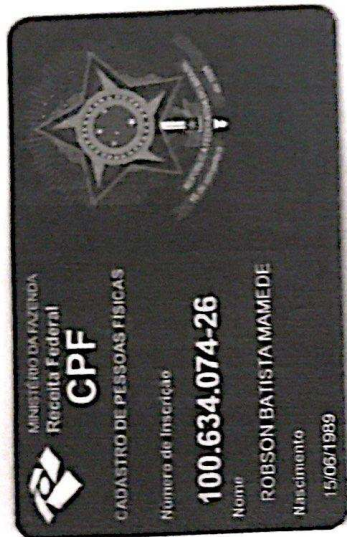
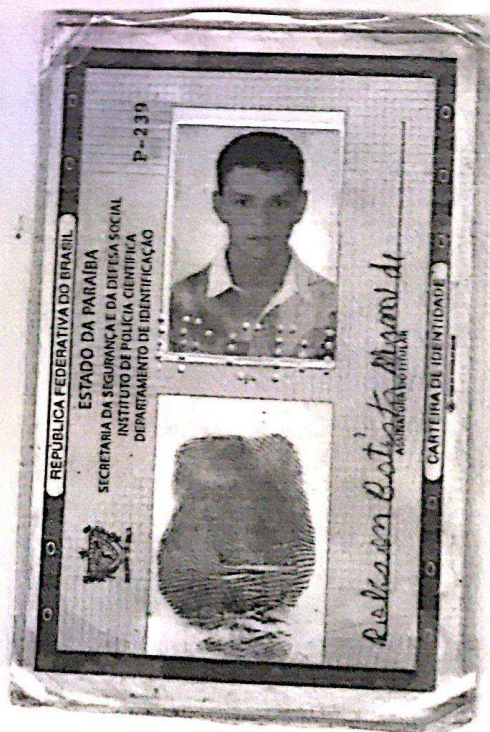
Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Patos / PB, 25 de junho de 2018.

Robson Batista Mamede



22 Uca



MARIA RIZOMAR BATISTA MEDeiros
RUA JOAO ODORICO, 128 - BARRA OLINDA
PATOS / PB CEP: 58700000 (RG: 118)



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 220, km 25 - Canto Verde - 58070-000 - PATOS / PB - CEP 58071-690
CNPJ 08.035.103/0001-40 Insc. Est. 18.015.423-4

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 8-118-225-3080 Referência: Fev/2016
Nº medidor: 00000710078 Emissão: 18/03/2016

Nota Fiscal / Contrato de Energia Elétrica Nº 000.005.746
Código para Débito Automático: 58941701285

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1476125-8

Fev / 2016

Canal de contato

Apresentação

- Redução do valor da última verba para o valor de R\$ 1,00 a cada 100 kWh consumidos. Vigente a partir de 01/02/2016

16/02/2016

Data prevista da próxima leitura

16/03/2016

CPF / CNPJ / RANI

5289186437

XSC EEL

Faturas em atraso

22/01/2016 122,56

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Letura Data Letura 1 146 12

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

15/01/16 11324 18/02/16 11673

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/16 154
Dez/15 148
Nov/15 134
Out/15 78
Set/15 40
Ago/15 38
Jul/15 38
Jun/15 58
Mai/15 94
Abr/15 61
Mar/15 82
Fev/16 88

CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA 10,35
JÚRIOS DE MORA 12/2015 1,42
MULTA 12/2015 2,12
COMP. INDICADOR DIC IMESTRAL 12/2015 -1,85
COMP. INDICADOR DIC ANUAL 12/2015 -4,22
COMPENSAÇÃO POR INDICADOR DIC 12/2015 -2,42
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2015 0,85

| | BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA | VALOR R\$ |
|--------|-----------------|----------|-----------|
| ICMS | 103,30 | 27,00 | 27,89 |
| PIS | 103,30 | 1,2000 | 1,24 |
| COFINS | 103,30 | 8,0000 | 8,10 |

VENCIMENTO 23/02/2016 TOTAL A PAGAR R\$ 114,15

Média dos últimos meses 78 kWh

RESERVADO AO FISCO

5694.80cb.b57d.b834.604d.6302.242d.68f7.

Indicadores de Qualidade 12/2015, Janela

| | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|----------------|------------------|---------|----------------------|
| DIC MENSAL | 8,00 | 7,13 | NOMINAL 220 |
| DIC TRIMESTRAL | 12,00 | | |
| DIC ANUAL | 24,12 | | |
| PIC MENSAL | 3,00 | 1,00 | CONTRATADA 202 |
| PIC TRIMESTRAL | 7,10 | | LIMITE INFERIOR 202 |
| PIC ANUAL | 14,20 | | LIMITE SUPERIOR 231 |
| DARC | 3,54 | 7,13 | |
| DICRI | 12,22 | | |

Composição do valor total da sua conta

| Distribuição | Valor (R\$) | % |
|------------------------------|-------------|--------|
| Serviços de Dist. de Energia | 22,87 | 19,25 |
| Compra de Energia | 38,28 | 30,79 |
| Serviço de Transmissão | 1,78 | 1,49 |
| Encargos Sociais | 7,17 | 6,08 |
| Impostos Diretos e Encargos | 48,31 | 41,84 |
| Outros Serviços | 0,85 | 0,55 |
| Total | 119,36 | 100,00 |

Valor de EMD (Fol. 12/2015) R\$ 32,87

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima mencionada(s) apresente(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 02/03/2016. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não altera a possibilidade de suspensão do fornecimento, a ser comunicada em ato.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº **011803940993**
CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICACÃO DE VEÍCULO

PLACA ANT./VE. Nº 0104191292-4 / 00/00000000 EXERCÍCIO 2015

MARIA RIZOMAR BATISTA MEDEIROS

06269198437 OFH7253/PB

PLACA ANT./VE. Nº NOVO PB 9C2HB0210ER448453

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC. GASOLINA

HONDA/POP100 2015 2015

CAR/POT/CL. 2 P/97 /CI. PARTIC. VERMELHA

IPVA PAGO EM 13/03/2015 1ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 PARCELAMENTO/COTAS 2ª

PREMIO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 13/03/2015 3ª

A.F. ADM DE CONC. NAC. HONDA LTDA

PATOS - PB 36838 13/03/2015 36838

OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS PORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO **PAGO** **13/03/2015**

IMPORTANTE:

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS PORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011803940993 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**
MARIA RIZOMAR BATISTA MEDEIROS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
06269198437 OFH7253/PB
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 13/03/2015
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

MARIA RIZOMAR BATISTA MEDEIROS

RENOVAM. MARCA / MODELO

1 06269198437 OFH7253/PB

01041912924 HONDA/POP100
PREMIO TARIFARIO

2015 (R\$) 9 9C2HB0210ER448453 DO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0 (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.243.608/0001-04
36838-1458467-20150313

007-2014

ATUALIZAÇÃO MECÂNICA



**ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS**

| | | |
|---------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ROBSON BATISTA MAMEDE | Nascimento 15/06/1989 | Idade: 26 Sexo: M |
| Medico: FELIPE GUEDES | Cod. Pac.: 5262 | Protocolo: 11076 |
| Laboratório: INTERNO | | 08/02/2018 10:22:39 |
| Enfermaria: AMARELA | Leito 06 | |

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

Material: SANGUE
Metodo: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

| | | Masculino > 13 anos 4.4 - 6.1 milhões/mm ³ | Feminino > 13 anos 4.2 - 5.4 milhões/mm ³ |
|----------------------------|----------------------------|--|---|
| Eritrócito: | 4.680.000 /mm ³ | | |
| Hemoglobina: | 13,8 g% | 13,5 - 18,0 g% | 11,5 - 16,0 g% |
| Hematócrito: | 40,0 % | 40 - 54 % | 37 - 47 % |
| C.M.: | 87,0 u3 | 80 - 98 u3 | 80 - 98 u3 |
| H.C.M.: | 30,0 pg | 25 - 35 pg | 25 - 35 pg |
| C.H.C.M.: | 35,0 % | 31 - 36 % | 31 - 36 % |
| R.D.W.: | 13,5 % | 11,5 a 14,5 % | 11,5 a 14,5 % |
| Observação Série Vermelha: | | | |

SÉRIE BRANCA

| | | Maiores de 13 anos 4.000 a 10.000 /mm ³ |
|--------------------------|--------|---|
| Leucócitos Totais | 12.300 | |
| Mielócitos | 0 | 0 |
| Metamielócitos | 0 | 0 a 1 |
| Bastonetes | 1 | 0 a 5 |
| Segmentados | 80 | 40 a 70 |
| Eosinófilos | 2 | 0 a 5 |
| Basófilos | 0 | 0 a 1 |
| Linfócitos | | |
| Típicos | 12 | 20 a 35 |
| Atípicos | 0 | |
| Monócitos | 5 | 2 a 10 |
| Observação Série Branca: | | |

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 221.000
Valores de Referência: 150.000 a 450.000

Morfologia:
Metodo: AUTOMATIZADO

Divina Saldanha
Biotecnica
CRE 115411



GOVERNO
DA PARAÍBAGERIR
Instituto de Gestão em Saúde

Centro de Referência em Laboratório

AA 06

Paciente: ROBSON BATISTA MAMEDE
Médico Requisitante: DR. JOÃO H. SUASSUNA
Convênio: HRP

Idade: 26 ANOS
Data: 09/02/2016
Comanda: 32552

TEMPO DE PROTROMBINA / INR

Material: Sangue e Plasma

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:

T.P. Paciente.....: 15.9 seg.

T.P. Controle.....: 14 seg.

A. Enzimática.....: 65.4 %

T.P.

Valores de Referência: T.P.Paciente: 11,2 A 15,0 seg. A. Enzimática: 70 a 100%

Método: QUICK

INR:

Resultado.....: 1.33

Valores de Referência:

INR sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2

INR uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.

Dra. Ionara Emiliano Barbosa
CRBM - 4235

Todo exame laboratorial deve ser avaliado em conjunto com a clínica do paciente para conclusão diagnóstica
Este laboratório participa do Controle de Qualidade promovido pela SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas

http://www.labcenpar.com.br/swg/lab/Visualizacao.php?cod_exame=TP%20%20INR&comanda=32552&res=1&id_exame=147&impresso=0

3:08

1/1



08/02/2016

SWG Lab - Sistema Web de Gestão Laboratorial

GOVERNO
DA PARAÍBA

GERIR
Instituto de gestão em Saúde

A
06

Centro de Referência Laboratorial

Paciente: ROBSON BATISTA MAMEDE
Médico Requisitante: FELIPE GUEDES
Convênio: HRP

Idade: 26 ANOS
Data: 08/02/2016
Comanda: 32525

TEMPO DE PROTROMBINA / INR

Material: Sangue e Plasma

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:

T.P. Paciente.....: 14,4 seg.

T.P. Controle.....: 14 seg.

A. Enzimática.....: 78,6 %

Valores de Referência: T.P.Paciente: 11,2 A 15,0 seg. A. Enzimática: 70 a 100%

Método: QUICK

INR:

Resultado.....: 1,13

Valores de Referência:

INR sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2

INR uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.

Dra. Drielle Siergia Nóbrega da Silva
CRBM - 4549

Todo exame laboratorial deve ser avaliado em conjunto com a clínica do paciente para conclusão diagnóstica
Este laboratório participa do Controle de Qualidade promovido pela SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas


http://www.labcinterpilos.com.br/swglab/visualizacao.php?cod_exame=TP%20%20INR&comanda=32525&res=1&id_exame=147&impresso=0

1/1

Scanned with CamScanner

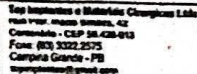


NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

| | | | | | |
|--|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|-------------------------|--|
| PACIENTE: Robson Batista Hamidi | | | | | GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDURY CARNEIRO |
| QT: 02 | LETO: 04 | CONVÊNIO: SUA | IDADE: 26 anos | REGISTRO: 61.940 | |
| CIRURGIA: Osteopatia Valiolo Lat. | | CIRURGIÃO: Dr. Fábio Spá | | | |
| ANESTESIA: Tranq. 1730 E | | ANESTESISTA: Dr. Tami | | | |
| INTERCONSULTA: Valdiu | DATA: 18-02-16 | INICIO: 16h50 | FIM: 17h15 | | |

| MATERIAL | | | |
|------------|-----------------------------------|------------|-------------------------------|
| QUANTIDADE | MATERIAL | QUANTIDADE | MATERIAL |
| 2 | TX de Instrumentador | 1 | Equipos p/ Soro e sangue |
| 1 | TX Soro de Infusão AM 500ml | 1 | Scalp Acacia 1730 |
| | TX Bomba de Infusão | 1 | Luvas Est. p/ Procedimentos |
| | TX Adesão de Sangue | | Lâmina de Bisturi |
| | TX Monitor Córdio-Respirador | | Sonda de Foley |
| | TX Coletor | | Coletor de Urina |
| 2 | TX de Diretivo | | Seringa 1 ml |
| | TX de Instalação S. Vesical | | Seringa 3 ml |
| 2 | TX Sra | 1 | Seringa 5 ml |
| | TX Sutura Elétrica | | Seringa 10 ml |
| | TX Aspirador Elétrico | | Seringa 20 ml |
| 2 | TX Oxímetro de Pulso | | Estrados desc. |
| 1 | Nesocin 1 unidade | | Atadura de Crepom 10cm |
| | Malaxador | 1 | Atadura de Crepom 20cm |
| | Alcômetro | | Atadura Gessada 10cm |
| | Quilograma | | Sonda Uretral |
| | Revólver | | Sonda Nasogástrica |
| | Comprimido | | Éter Sulfúrico |
| | Pentam 3.05mg | | Dreno Penrose |
| | Xilocaína 2.5% | | Dreno Sucção |
| | Uretral | | Dreno de Tórax |
| | Xilocaína 2% | 2 | Esparadrapo |
| | Etanol 70% | | Xilocaína Gel |
| | Ketalar | 2 | Álcool 70% |
| | Policloresina 0.5% | 2 | FVPI Tintura |
| | Dinamô | 1 | Gases |
| | Algodão 0.5ml | 2 | Algodão Hidrófilo |
| | Algodão | | Algodão Ortopédico |
| | Fluore | | Cidex |
| | Sufona | | Vaselina Estéril |
| | Diclofen | | Agulha descartável |
| 1 | Água destilada 10ml | | Pastilha de Formol |
| | Proteína | | Fio Cromado 3-0 agulha |
| | Atropina | | Fio Cromado 3-0 agulha |
| | Adrenalina | | Fio Cromado 4-0 agulha |
| | Esteril | | Fio Cromado 4-0 agulha |
| 1 | Calaforte 48g esfregado 18 | | Fio Cromado 2-0 agulha |
| | Dixal | | Fio Cromado 2-0 agulha |
| | Pastil | | Cat-gut simples 0-0 agulha |
| 1 | Sigpro | | Cat-gut simples 0-0 agulha |
| | Esparin 2000 VI | | Cat-gut simples 2-0 agulha |
| 1 | Tram | | Cat-gut simples 2-0 agulha |
| | Amoxicilina 500mg | | Cat-gut 3-0 p/ amigdalectomia |
| 1 | Agulha de Raque Descartável | | Cat-gut simples 3-0 agulha |
| 1 | Adesivo 20s 22 | | Polycot 0-0 agulha |
| | Polycot 0-0 agulha | | Polycot 2-0 agulha |
| | Polycot 2-0 agulha | | Polycot 3-0 agulha |
| | Polycot 3-0 agulha | | Prolene 2-0 agulha |
| | Prolene 0-0 agulha | 1 | Nylon 2-0 agulha |





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: H. R. de Potosí. Código: _____

Procedimento: cirurgia de Torçozelo © Cód. do Procedimento: _____

Paciente: Robson Batista Mamede

Data da Cirurgia: 18/02/16 Prontuário Nº: 61.990. Convênio: SUS.

Cirurgião: Felipe SP Coódiço: (X) Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

[illegible]

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

| ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS | | | | | | | Valor Unt. | Valor Total |
|----------------------------|------|-----|--|--|--|--|------------|-------------|
| PARAFUSO | Nº | JP | | | | | | |
| CORTICAL. 3.5mm | Qtd. | 04. | | | | | | |
| | Cód. | | | | | | | |
| PARAFUSO | Nº | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | |
| CORTICAL. 4.5mm | Cód. | | | | | | | |
| PARAFUSO | Nº | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | |
| ESPONJOSO. 4.0mm | Cód. | | | | | | | |
| PARAFUSO | Nº | | | | | | | |
| ESPONJOSO. 6.5mm | Qtd. | | | | | | | |
| ESP. R/16 CURTA | Cód. | | | | | | | |
| PARAFUSO | Nº | | | | | | | |
| ESPONJOSO. 6.5mm | Qtd. | | | | | | | |
| ESP. R/32 LONGA | Cód. | | | | | | | |
| PARAFUSO | Nº | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | |
| MALEOLAR 4.5mm | Cód. | | | | | | | |

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: _____

Faturar N.F. para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Nº do pedido: _____



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO" RATOS - PARAÍBA

| | | |
|---|-------------------------------------|----------------------|
| Nome do Paciente: ROSSON ROSITA | | Nº Prontuário: 61990 |
| Data da Cirurgia: 12/02/2016 | Enf. | Leito |
| Cirurgião: DR. FAZIO SP | 1º Auxiliar: DR. WAGNER | |
| 2º Auxiliar: | 3º Auxiliar: | Instrumentador: |
| Anestesista: DR. ROLG | Tipo de Anestesia: RAUVA ANESTÉSICA | |
| Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURAS MÚLTIPLAS DE MÔDULO MEDIAL TÓRAX ESQUERDO | | |
| Tipo de Cirurgia: OSTEOSINTÊSE DE FRATURAS DE MÔDULO MEDIAL TÓRAX ESQUERDO COM PLACAS E PARAFUSOS | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório: MÓDULO | | |
| Relatório Imediato do Patologista: NÃO | | |
| Exame Radiológico no Ato: NÃO | | |
| Acidente Durante a Cirurgia: NÃO | | |

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

| Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras |
|---|
| 1. Paciente em decúbito dorsal mesa cirúrgica |
| 2. Anestesia G. ANTISÉPTICA |
| 3. Lavagem da área cirúrgica |
| 4. Via de acesso lateral ao tórax esquerdo |
| 5. Realizada incisão G. OSTEOSINTÊSE MÓDULO MEDIAL COM PLACA 1/3 ANS G. PARAFUSO CORTICAL 3.5 mm G. ESPONJOSO |
| 6. Realizada a fixação com SE 9,0 |
| 7. Via de acesso ao MÓDULO MEDIAL TÓRAX ESQUERDO |
| 8. Realizada a fixação DO CÂRTER PRÓPRIO |
| 9. CURETAGEM DO PSEUDOMÓDULO MÓDULO MEDIAL |
| 10. Realizado CURETAGE E FIXAÇÃO MÓDULO MEDIAL COM DAI PARAFUSO ESPONJOSO POR PARAFUSOS CORTICAL 3.5 |
| 11. FERRAGEM DA PEÇA COM SE 9,0 |
| 12. SUTURA |
| 13. CURATIVO |

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Dr. Fábio de Moura Sá
CRM 61990
Ortopedia e Traumatologia





HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

PATOS - PARAÍBA.
EVOLUÇÃO CLÍNICA
ENFERMARIA

PACIENTE:

Blom Brita Mende

LEITO:

REG.:

DATA

HORA

07/02/16

Deu a tons de raem, com dor +
de pressão e leito fucul de
bomelo (E).

GF Edm e mado.
Lero kum to.

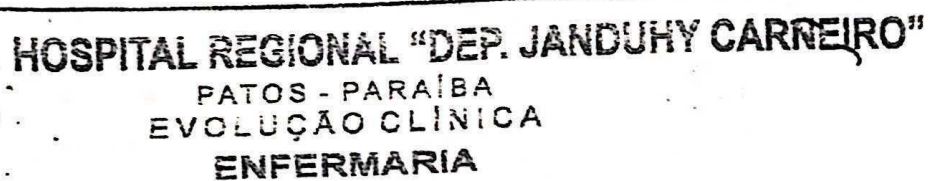
Recebeu folha bomboar do
m (E).

(R). Interam

slub pte op.

[Handwritten signature]



**PACIENTE:**

LEITO:

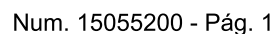
REG.:


[illegible]

João H. Sampaio Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7437



Scanned with CamScanner



|  ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL | | MATERIAIS - FARMACUTICOS E OUTROS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.268.0023/76 NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO) Paciente: ROBSON BATISTA MAMEDE Mae: MARIA DO SOCORRO BATISTA MAMEDE Nascimento: 15/6/1989 Idade: 26 Cor: PARDA Sexo: M Profissao: Endereco: ZOZIMO GURGEL Num.: Bairro: CONJUNTO BIVAR OLINTO Fone: (83)98835-8287 Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808 CNS: 165-8687-9398-0002 Identidade: 3690929 SPS CPF: Reg. Nasc.: Data / Hora: 7/2/2016 23:28:58 Recepcionista: Iara Ficha Número: 117753 | | <input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS PROCEDIMENTO Descrição <i>Suporte de Fratura</i> DIAGNÓSTICO <i>AOS com fratura da torção</i> FRATURAS: FEMUR E OMBRO L. MT CID-10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESO: PA: TEMP.: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) <i>Paciente com dor de aumento</i> <i>gasto (sic) de 18</i> <i>fraturas da face</i> | | MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> 2. APLICADA <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> OUTROS ENCAMINHAMENTO SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO <table border="1"> <tr> <td>1-</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>2-</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3-</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Dr. Edmário Gomes e Silva - Médico / Crm / Cns JOSE EDMÁRIO GOMES E SILVA - 4491 - 204-3231-1895-0568 ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSÁVEL ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo | | 1- | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 5 | 8 | 2- | | | | | | | | | | | 3- | | | | | | | | | | |
| 1- | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 5 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS) | | REVISADO <i>Dr. Edmário Gomes e Silva</i> <i>Dr. Polagor Dantas</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESULTADOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



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

Prontuario: 61990
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Data/Hora 7/2/2016 23:26:31

Servidor do Dr.:

Paciente ROBSON BATISTA MAMEDE

Idade: 26 Sexo M

Filiação

Pai: JOSE MAMEDE DA SILVA
Mãe: MARIA DO SOCORRO BATISTA MAMEDE

Endereço

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808
Endereço: ZOZIMO GURGEL
Bairro: CONJUNTO BIVAR OLINTO
Naturalidade: PATOS - PB
Fone: (83)99835-8267

N.:

Documentos

CNS: 165-8667-9398-0002
Identidade: 3690929 SSDS/PB
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 15/6/1989
Cor: PARDA
Estado Civil: UNIAO ESTAVEL
Profissão:

Responsável:

Kelly P. de Sousa Batista

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

*Hebdomada de trauma, com lesão de ligamento e lesão fratura
em tornozelo @.*

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

GF: Edema (+2/4+) + lesão fratura

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Raio X

Diagnóstico:

fratura comminada de tibia e (peroneo)

Motivo da Alta:

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

Recepcionista: Iara





| | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------------------|--|------------------------------|-----------------------|------------------------|---------------------|----------|
| DADOS DO ACIDENTE | | | | | | | | | |
| Nº BAT 022 - 2016 | | Responsável pelo Levantamento do Acidente: Sandoval Nunes Marques | | | | | Posto/Graduação: Cb | | |
| Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Cruz. Leôncio Wanderley / R. ver. Joaquim Leitão | | | | | Hora 22h00 | Bairro Centro | | Município: Patos | UF PB |
| Data/Ocorrência 07/02/2016 | Dia da Semana Domingo | CRS Vítima (QT) 01 | Natureza do Acidente Abalroamento | | Tipo de pavimento Asfalto | Condições/Via Seca | | Tempo Bom | |
| Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 (dois) | | | | Controle do tráfego no local Sinalização Horizontal Vertical - Semáforo | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------|--|--------------------------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| CONDUTOR (A) 01 | | | | | | | | | | |
| Nome Robson Batista Mamede | | | | Sexo Masculino | | Nascimento 15/06/1989 | | RG 3.620.929 SSP/PB | | |
| Endereço R. João Odorico, nº 420 – Bivar Olinto – Patos – PB | | | | | | | | | | |
| Habilitação x.x.x.x.x.x.x | | Categoria x.x.x.x | Registro CNH N.º x.x.x.x.x.x | | U.F. x.x | Ex.méd./Dia x.x.x.x.x.x.x | Data Vencimento x.x.x.x.x.x.x.x | | Usava cinto x.x.x.x.x.x | Usava Capacete Sim |
| Exame de Embriaguez Alcoólica Não foi possível | | | | | Comportamento do Condutor (a) Socorrido ao H. R. P. | | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------|-------------------|---------------|-----------------|-----------|------|
| VEICULO 01 | | | | | |
| Marca | Espécie | Placa | Categoria | Município | U.F. |
| Honda/ POP | Passa/Motocicleta | OIH 7253 | Particular | Patos | PB |
| Nome do Proprietário | | | | | |
| Maria Rizomar Batista Medeiros | | | | | |
| Seguradora | Bilhete Nº | Renavam Nº | Data da Emissão | | |
| DPVAT | 011803940993 | 01044191292-4 | 13/03/2015 | | |
| Defeitos | | | | | |
| Nada constatado | | | | | |

Condutor declarou que: trafegava pela rua Vereador Joaquim Leitão, sentido Shopping Guedes/Centro, e que chegar no cruzamento com a R. Leôncio Wanderley, de frente a Casa da Construção, viu o semáforo aberto para seguir, e deu sequência a seu trajeto, mas foi surpreendido pelo V2, que ultrapassou o sinal vermelho e o atingiu; que após o sinistro o C1 evadiu-se sem prestar socorro e o não teve como identificá-lo.

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|---|--|--|--|--|
| CONDUTOR(A) 02 | | | | | | |
| Nome X. | Sexo X.X.X.X.X.X.X.X. | Nascimento X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X. | RG X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X. | | | |
| Endereço X. | | | | | | |
| 1ª Habilitação X.X.X.X.X.X.X.X. | Categoria X.X.X.X. | Registro CNH N.º X.X.X.X.X.X.X.X. | U.F. X.X | Ex.méd./Dia X.X.X.X.X.X.X.X. | Data Vencimento X.X.X.X.X.X.X.X.X.X. | Usava cinto X.X.X.X.X.X.X.X. |
| | | | Usava Capacete X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X. | | | |
| Exame de Embriaguez Alcoólica Não foi possível | | | Comportamento do Condutor(a) Evadiu-se do local | | | |

| | | | | | |
|---|--|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Marca GM/Corsa | Espécie Passa/Automóvel | Placa MXN 1098 | Categoria Particular | Município Patos | U.F. PB |
| Nome do Proprietário Francisca dos Santos P. Medeiros | | | | | |
| Seguradora DPVAT | Bilhete Nº X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X | Renavam Nº 00893001511 | Data da Emissão 13/02/2014 | | |
| Defeitos Retirado do local | | | | | |

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº
VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou que: evadiu-se do local sem prestar socorro a vítima.

VÍTIMA 01

| | | |
|--|--|---|
| Nome Robson Batista Mamede | Sexo Masculino | Nascimento 15/06/1989 |
| Endereço R. João Odorico, nº 420 – Bivar Olinto – Patos – PB | | |
| Ferimentos | Viajava no Veículo Nº V1 | Usava Cinto/Capacete Capacete |
| Condição da Vítima Condutor | Conduzida Para Hosp. Regional de Patos | |

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: as Vias são asfaltadas e em boas condições de circulação;
Que as vias são sinalizadas, e que no momento do sinistro o Semáforo estava com luz intermitente;
Que o V1 foi retirado do local e o V2 não se encontrava, devido ao C2 ter se evadido, por isso não foi possível confeccionar o croqui;
Que o C2 evadiu-se do local sem prestar socorro à vítima;
Que não foi possível realizar o teste do etilômetro e nem apurar depoimento do C1, devido a gravidade dos ferimentos;
Que o V1 estava devidamente licenciado e foi entregue a proprietária;
Que foram acionados por esta guarnição, bem como populares e o CIOP, os serviços de urgência do SAMU e dos Bombeiros, mas que devido estarem empenhados em outras ocorrências, não puderam ir prestar os primeiros socorros, sendo assim, o C1 foi conduzido ao H. R. P. por um amigo em seu veículo popular.

Patos – PB, 11 de fevereiro de 2016.

Sandoval Nunes Marques
Sandoval Nunes Marques – CB PM
Responsável pelo Levantamento





PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE PATOS – 7ª VARA MISTA

Processo nº 0803159-20.2018.8.15.0251

DESPACHO

Vistos, etc.

1. Ao analisar a inicial e os documentos constantes dos autos, verifico que a parte Autora exerce profissão, mas não informa seus rendimentos. A fim de verificar a situação de hipossuficiência econômica alegada pela parte Autora, conforme faculta o art. 99, §2º do CPC/2015, determino a juntada das declarações de Imposto de Renda prestadas a Receita Federal nos últimos 3 (três) anos (caso seja empresário – em qualquer nível – juntar IRPJ ou similar). Não possuindo, traga aos autos declaração ou comprovação de que não declara o imposto de renda (IRPF e/ou IRPJ), **juntando, em qualquer caso, os comprovantes de seus rendimentos de trabalho e/ou aposentadoria e CTPS**, informando seus eventuais gastos, caso existam, podendo o(a) Autor(a) fazer as manifestações que achar pertinentes. Prazo: 15 dias.

2. Caso a parte não se manifeste acerca da providência acima, intime-se novamente, desta vez para regularizar o prosseguimento do feito, em 15 (quinze dias) dias, providenciando o recolhimento das custas processuais, sob pena de extinção.

Diligências necessárias.

Patos, data eletrônica.

Bruno Medrado dos Santos

Juiz de Direito





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
7ª Vara Mista de Patos

PROCESSO Nº 0803159-20.2018.8.15.0251

PROCEDIMENTO COMUM (7)
[SEGURO]

AUTOR: ROBSON BATISTA MAMEDE
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Fica a parte autora intimada do despacho retro ID do documento: 15763044

PATOS-PB, 9 de agosto de 2018.

Analista/Técnico Judiciário



AO JUÍZO DA 7ª VARA MISTA DE PATOS/PB

ROBSON BATISTA MAMEDE, vem por meio de sua advogada, requerer juntada da declaração em anexo, assim como requerer o prazo adicional de 48 horas para a juntada dos demais documentos que o despacho de ID 15763044 faz menção.

Termos em que pede deferimento

Patos/PB, 03 de setembro de 2018

THALITA PIMENTEL DE SOUSA

OAB/OB 23.687



DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Eu Robson Batista Mamede, brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão lavador de carros,
portador da cédula de identidade RG 3.690.929 SSDS/PB inscrito no
CPF sob nº 100.634.044-26, domiciliado
Rua São Odorico, nº 120, Bairro
Biun Olinto, Cidade Patos/PB,
Estado Pernambuco, Cep: 58.400-000, Tel:

DECLARO, para os devidos fins, que sou **ISENTO (A)** de
DECLARAÇÃO ANUAL DE IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA, conforme regulamento
da Receita Federal do Brasil. No ano anterior não obtive rendimentos provindos de
trabalho assalariado, proventos de aposentadorias, pensões, aluguéis ou atividade rural,
suficientes para declarar IRPF nesse ano, e não me enquadro nos demais casos que
obrigam a entrega da Declaração Anual de Imposto de Renda Pessoa Física.

Assumo a responsabilidade de informar, imediatamente à Vossa Excelência junto ao
Processo de número 0803159-20.2018.8150251 que tramita perante a
_____. Vara Cível desta comarca em **AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO
SECURITÁRIA DPVAT**, a alteração dessa situação, apresentando a documentação
comprobatória.

Sob as penas das Leis Civil e Penal, **DECLARO** que as afirmações acima são a expressão
da verdade pelo que me comprometo criminalmente, sabendo que declaração falsa é
crime (art. 299 do Código Penal).

Patos/PB, 03 de setembro de 2018.

Robson Batista Mamede

Assinatura

Scanned with CamScanner



AO JUÍZO DA 7ª VARA MISTA DE PATOS/PB

ROBSON BATISTA MAMEDE, já qualificado nos autos, vem, através de sua advogada, requerer a juntada dos documentos em anexo para fins de concessão da justiça gratuita, conforme último despacho judicial. Sendo assim, requer a juntada da cópia da CTPS e da folha de resumo do Cadastro único, que por sua vez demonstra a renda per capita familiar do requerente.

Termos em que pede deferimento

Patos/PB, 06 de setembro de 2018

THALITA PIMENTEL DE SOUSA

OAB/PB 23.687



está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo empregador os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreendida, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curtosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amaldi-seja tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predisponem a acidentes pela distração.

Leia e refina sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habite-se à trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 45984 Série 0003313



Robson Batista Moura
ASSINATURA DO PORTADOR



Name Robson Batista Menezes

Loc. Name Patoles Est. 30 Date 15 06 89

Filição José Mamerle do Carmo
Maria do Carmo Ruffato e Maria do Carmo

Lantana camara. PB

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs: $11 \cdot 3 = 33$ $12 \cdot 10 = 120$

Data Emissão: 11/05/2017 DRT: 20170000000000000000

Veronica Cavallotti
Assistente di Laboratorio

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

None

Doe

None

Doe.

Zorn

Doc.

1000

.....

000000

Zuscov

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99

1000



DEPENDENCIES

Sub

N° Liv. Pls. Data

DR1

Ass. do Funcionário

Registrado em/...../..... como

Sob

| N° | Liv. | Pls. | Data |
|-----|------|------|------|
| 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 2 | 2 | 2 |
| 3 | 3 | 3 | 3 |
| 4 | 4 | 4 | 4 |
| 5 | 5 | 5 | 5 |
| 6 | 6 | 6 | 6 |
| 7 | 7 | 7 | 7 |
| 8 | 8 | 8 | 8 |
| 9 | 9 | 9 | 9 |
| 10 | 10 | 10 | 10 |
| 11 | 11 | 11 | 11 |
| 12 | 12 | 12 | 12 |
| 13 | 13 | 13 | 13 |
| 14 | 14 | 14 | 14 |
| 15 | 15 | 15 | 15 |
| 16 | 16 | 16 | 16 |
| 17 | 17 | 17 | 17 |
| 18 | 18 | 18 | 18 |
| 19 | 19 | 19 | 19 |
| 20 | 20 | 20 | 20 |
| 21 | 21 | 21 | 21 |
| 22 | 22 | 22 | 22 |
| 23 | 23 | 23 | 23 |
| 24 | 24 | 24 | 24 |
| 25 | 25 | 25 | 25 |
| 26 | 26 | 26 | 26 |
| 27 | 27 | 27 | 27 |
| 28 | 28 | 28 | 28 |
| 29 | 29 | 29 | 29 |
| 30 | 30 | 30 | 30 |
| 31 | 31 | 31 | 31 |
| 32 | 32 | 32 | 32 |
| 33 | 33 | 33 | 33 |
| 34 | 34 | 34 | 34 |
| 35 | 35 | 35 | 35 |
| 36 | 36 | 36 | 36 |
| 37 | 37 | 37 | 37 |
| 38 | 38 | 38 | 38 |
| 39 | 39 | 39 | 39 |
| 40 | 40 | 40 | 40 |
| 41 | 41 | 41 | 41 |
| 42 | 42 | 42 | 42 |
| 43 | 43 | 43 | 43 |
| 44 | 44 | 44 | 44 |
| 45 | 45 | 45 | 45 |
| 46 | 46 | 46 | 46 |
| 47 | 47 | 47 | 47 |
| 48 | 48 | 48 | 48 |
| 49 | 49 | 49 | 49 |
| 50 | 50 | 50 | 50 |
| 51 | 51 | 51 | 51 |
| 52 | 52 | 52 | 52 |
| 53 | 53 | 53 | 53 |
| 54 | 54 | 54 | 54 |
| 55 | 55 | 55 | 55 |
| 56 | 56 | 56 | 56 |
| 57 | 57 | 57 | 57 |
| 58 | 58 | 58 | 58 |
| 59 | 59 | 59 | 59 |
| 60 | 60 | 60 | 60 |
| 61 | 61 | 61 | 61 |
| 62 | 62 | 62 | 62 |
| 63 | 63 | 63 | 63 |
| 64 | 64 | 64 | 64 |
| 65 | 65 | 65 | 65 |
| 66 | 66 | 66 | 66 |
| 67 | 67 | 67 | 67 |
| 68 | 68 | 68 | 68 |
| 69 | 69 | 69 | 69 |
| 70 | 70 | 70 | 70 |
| 71 | 71 | 71 | 71 |
| 72 | 72 | 72 | 72 |
| 73 | 73 | 73 | 73 |
| 74 | 74 | 74 | 74 |
| 75 | 75 | 75 | 75 |
| 76 | 76 | 76 | 76 |
| 77 | 77 | 77 | 77 |
| 78 | 78 | 78 | 78 |
| 79 | 79 | 79 | 79 |
| 80 | 80 | 80 | 80 |
| 81 | 81 | 81 | 81 |
| 82 | 82 | 82 | 82 |
| 83 | 83 | 83 | 83 |
| 84 | 84 | 84 | 84 |
| 85 | 85 | 85 | 85 |
| 86 | 86 | 86 | 86 |
| 87 | 87 | 87 | 87 |
| 88 | 88 | 88 | 88 |
| 89 | 89 | 89 | 89 |
| 90 | 90 | 90 | 90 |
| 91 | 91 | 91 | 91 |
| 92 | 92 | 92 | 92 |
| 93 | 93 | 93 | 93 |
| 94 | 94 | 94 | 94 |
| 95 | 95 | 95 | 95 |
| 96 | 96 | 96 | 96 |
| 97 | 97 | 97 | 97 |
| 98 | 98 | 98 | 98 |
| 99 | 99 | 99 | 99 |
| 100 | 100 | 100 | 100 |

DRI

Ass. do Funcionário

Registrado em/...../..... como

Sob

N^o Liv Fls Data

DRI

Ass. do Funcionário

Registrado em / / como

50b

| Nº | Ly. | Fls. | Data |
|-----|-----|------|------|
| 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 2 | 2 | 2 |
| 3 | 3 | 3 | 3 |
| 4 | 4 | 4 | 4 |
| 5 | 5 | 5 | 5 |
| 6 | 6 | 6 | 6 |
| 7 | 7 | 7 | 7 |
| 8 | 8 | 8 | 8 |
| 9 | 9 | 9 | 9 |
| 10 | 10 | 10 | 10 |
| 11 | 11 | 11 | 11 |
| 12 | 12 | 12 | 12 |
| 13 | 13 | 13 | 13 |
| 14 | 14 | 14 | 14 |
| 15 | 15 | 15 | 15 |
| 16 | 16 | 16 | 16 |
| 17 | 17 | 17 | 17 |
| 18 | 18 | 18 | 18 |
| 19 | 19 | 19 | 19 |
| 20 | 20 | 20 | 20 |
| 21 | 21 | 21 | 21 |
| 22 | 22 | 22 | 22 |
| 23 | 23 | 23 | 23 |
| 24 | 24 | 24 | 24 |
| 25 | 25 | 25 | 25 |
| 26 | 26 | 26 | 26 |
| 27 | 27 | 27 | 27 |
| 28 | 28 | 28 | 28 |
| 29 | 29 | 29 | 29 |
| 30 | 30 | 30 | 30 |
| 31 | 31 | 31 | 31 |
| 32 | 32 | 32 | 32 |
| 33 | 33 | 33 | 33 |
| 34 | 34 | 34 | 34 |
| 35 | 35 | 35 | 35 |
| 36 | 36 | 36 | 36 |
| 37 | 37 | 37 | 37 |
| 38 | 38 | 38 | 38 |
| 39 | 39 | 39 | 39 |
| 40 | 40 | 40 | 40 |
| 41 | 41 | 41 | 41 |
| 42 | 42 | 42 | 42 |
| 43 | 43 | 43 | 43 |
| 44 | 44 | 44 | 44 |
| 45 | 45 | 45 | 45 |
| 46 | 46 | 46 | 46 |
| 47 | 47 | 47 | 47 |
| 48 | 48 | 48 | 48 |
| 49 | 49 | 49 | 49 |
| 50 | 50 | 50 | 50 |
| 51 | 51 | 51 | 51 |
| 52 | 52 | 52 | 52 |
| 53 | 53 | 53 | 53 |
| 54 | 54 | 54 | 54 |
| 55 | 55 | 55 | 55 |
| 56 | 56 | 56 | 56 |
| 57 | 57 | 57 | 57 |
| 58 | 58 | 58 | 58 |
| 59 | 59 | 59 | 59 |
| 60 | 60 | 60 | 60 |
| 61 | 61 | 61 | 61 |
| 62 | 62 | 62 | 62 |
| 63 | 63 | 63 | 63 |
| 64 | 64 | 64 | 64 |
| 65 | 65 | 65 | 65 |
| 66 | 66 | 66 | 66 |
| 67 | 67 | 67 | 67 |
| 68 | 68 | 68 | 68 |
| 69 | 69 | 69 | 69 |
| 70 | 70 | 70 | 70 |
| 71 | 71 | 71 | 71 |
| 72 | 72 | 72 | 72 |
| 73 | 73 | 73 | 73 |
| 74 | 74 | 74 | 74 |
| 75 | 75 | 75 | 75 |
| 76 | 76 | 76 | 76 |
| 77 | 77 | 77 | 77 |
| 78 | 78 | 78 | 78 |
| 79 | 79 | 79 | 79 |
| 80 | 80 | 80 | 80 |
| 81 | 81 | 81 | 81 |
| 82 | 82 | 82 | 82 |
| 83 | 83 | 83 | 83 |
| 84 | 84 | 84 | 84 |
| 85 | 85 | 85 | 85 |
| 86 | 86 | 86 | 86 |
| 87 | 87 | 87 | 87 |
| 88 | 88 | 88 | 88 |
| 89 | 89 | 89 | 89 |
| 90 | 90 | 90 | 90 |
| 91 | 91 | 91 | 91 |
| 92 | 92 | 92 | 92 |
| 93 | 93 | 93 | 93 |
| 94 | 94 | 94 | 94 |
| 95 | 95 | 95 | 95 |
| 96 | 96 | 96 | 96 |
| 97 | 97 | 97 | 97 |
| 98 | 98 | 98 | 98 |
| 99 | 99 | 99 | 99 |
| 100 | 100 | 100 | 100 |

DK1

Ass. do Funcionário

| Nome | Est. Civil | Idade | Grav. Parentesco |
|------|------------|-------|------------------|
|------|------------|-------|------------------|

[illegible]

CARTEIRAS ANTERIORES

[illegible]

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua

Município

Esp. do Estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fís. / Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/est.

1ª 2ª

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/est.

1ª 2ª

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua

Município

Esp. do Estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fís. / Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/est.

1ª 2ª

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/est.

1ª 2ª

Com. Dispensa CD Nº



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua

Nº

Município

Est.

Esp. do Estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão

de

de

Registro nº

Fls. /Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª

2ª

Data saída

de

de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª

2ª

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua

Nº

Município

Est.

Esp. do Estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão

de

de

Registro nº

Fls. /Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª

2ª

Data saída

de

de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª

2ª

Com. Dispensa CD Nº



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua Nº

Município

Esp. do Estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fls. /Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua Nº

Município

Esp. do Estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fls. /Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª

Com. Dispensa CD Nº



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/ME

Rua

Município

Esp. do Estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão de

Registro nº Fís. /Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª

Data saída de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/ME

Rua

Município

Esp. do Estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão de

Registro nº Fís. /Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª

Data saída de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do Estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão de

Registro nº Fls. /Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/est.

1ª 2ª

Data saída de

Ass. do empregador ou a rogo c/est.

1ª 2ª

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do Estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão de

Registro nº Fls. /Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/est.

1ª 2ª

Data saída de

Ass. do empregador ou a rogo c/est.

1ª 2ª

Com. Dispensa CD Nº



FOLHA RESUMO CADASTRO ÚNICO - V7

I - INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA

1.01 Código Familiar: 337453742 1.10 Data da Entrevista: 09/04/2014
RENDIA PER CAPITA DA FAMÍLIA: 02,00

II - ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - Localidade: VILA TORMOSA 1.13 - Título:
1.12 - Tipo: ALIA 1.14 - Nome: ZODNO GURGEL
1.15 - Número: 1.16 - Complemento do Número: SN
1.17 - Complemento Adicional:
1.18 - Cep: 50731-000 1.20 - Referência para Localização: PROXIMO A OFICINA DO BARBUDO

III - COMPONENTES DA FAMÍLIA

| RESPONSÁVEL FAMILIAR | | | |
|---|---|----------------------------|------------|
| 4.02 - Nome Completo: | CRISTIANHY KELLY PEREIRA DE SOUSA BATISTA | 4.06 - Data de Nascimento: | 22/05/1990 |
| 4.03 - NIS: | 22817302442 | | |
| 4.07 - Parentesco com Responsável Familiar: | CONJUGE OU COMPANHEIRO(A) | | |
| 4.02 - Nome Completo: | ROBSON BATISTA MAMEDE | 4.06 - Data de Nascimento: | 15/06/1989 |
| 4.03 - NIS: | 18090819085 | | |
| 4.07 - Parentesco com Responsável Familiar: | FILHO(A) | | |
| 4.02 - Nome Completo: | DAVYD RENNAN PEREIRA BATISTA | 4.06 - Data de Nascimento: | 24/11/2011 |
| 4.03 - NIS: | 21298173225 | | |

Patos/PA 09/09/2018
Local e Data
Cristianhy Kelly Pereira de Sousa
Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar(RF)
Rudiane Felix de Andrade
Assinatura do Entrevistador/Responsável pelo Cadastro

Caso o RF não saiba assinar, o entrevistador registrará a expressão "A ROGO" e, a seguir, o nome do RF.
(A ROGO é a expressão jurídica utilizada para indicar que a identificação, substituindo a assinatura, foi delegada a outra pessoa)

