



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DAMIÃO CLOVES DA SILVA, brasileiro, casado, carpinteiro, portador da Cédula de Identidade nº 36.039.009-2, SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o nº 020.050.634-01, residente e domiciliado na Rua Vereador Antônio Gonçalves, s/n, Centro, Nova Olinda/PB, CEP: 58.798-000, através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56 com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

PODERES: a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “ad judicia et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

Itaporanga/PB, 24/02/2019

X Damíão Cloves da Silva

OUTORGANTE

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com



DECLARAÇÃO

Eu, **DAMIÃO CLOVES DA SILVA**, brasileiro, casado, carpinteiro, portador da Cédula de Identidade nº 36.039.009-2, SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o nº 020.050.634-01, residente e domiciliado na Rua Vereador Antônio Gonçalves, s/n, Centro, Nova Olinda/PB, CEP: 58.798-000, **DECLARO** que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Itaporanga/PB, 14/Fevereiro/2019.

*Damião Cloves da Silva
Declarante





Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO - 30/08/2019 13:40:11
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19083013401062600000023247699
Número do documento: 19083013401062600000023247699

Num. 24000849 - Pág. 1

DAMIAO CLOVES DA SILVA

RUA VERACO/ANTONIO GONÇALVES SIN-CENTRO
NOVA OLINDA / PB CEP: 58769000 (AG. 154)

Emissao: 11/07/2018 Referencia Ju / 2018

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Classe/Succs: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br200 Km25 - Cntr Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 50071-680

Roteiro 4 - 158 - 430 - 3798 N° medidor: 00008875687

CNPJ:09.096.165/0001-40 - Ins Est: 16/01822-0



Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°002.250.659
Cód. para Dib. Automático: 00018022194

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2018	11/07/2018	10/08/2018	200.506.340-1 Int. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1802219-4

Canal de contato

- MENSAGEM TARIFA SOCIAL - ATÉ 30/06/2018
Seu benefício foi cancelado porque sua família não atualizou os
dados no cadastro único. Para mais informações, fique para o
MDS - 0800 707 2003 - Motivo: Revisão cadastral 2018

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura	
11/06/18	1629	11/07/18	1627	
Demonstrativo				
Quantidade Tarifa/uf Valor Base Calc. A/R Juros/RJ Base Calc. F/R(\$) Cofre/R\$				
Tributos Total/R\$ ICMS/R\$ ICMS P/Cooper/R\$ (1,9845%)/4,9665%				
0801 Consumo em kWh	166.000	0,739000	116,77 116,77 27 81,52 116,77 1,28 6,69	
0801 Adic. B Vermelha		11,82	11,80 27 8,19 11,80 0,13 0,58	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIB ILUM PÚBLICA	8,32	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00	
0804 JUROS DE MORA 08/2018	0,39	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00	
0805 MULTA 08/2018	1,87	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00	
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018	0,50	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00	



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 30/08/2019 13:40:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19083013401167600000023247702>
Número do documento: 19083013401167600000023247702

Num. 24000852 - Pág. 1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 302 / 2018.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 18 / março / 2018 HORAS: 20h00

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL. POL. RENATO ANDERSON DE OLIVEIRA

Notificante/Vítima:

Damião Cloves da Silva, brasileiro, natural de Nova Olinda/PB, Casado, Carpinteiro, nascido no dia 26/DEZ/1975, filho de Cloves José da Silva e Rita Chagas da Silva, RG 36.039.009-2 / SSP/SP e CPF 020.050.634-01, residente na R. Vereador Antonio Gonçalves s/n centro Nova Olinda -PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após identificado (a) das penalidades cometidas ao Art. 299 do CPC, declarou o Seguinte:

Que no dia 18/março/2018, por volta das 20h, circulava pela ruas de Nova Olinda, conduzindo a moto Honda/cg 160 titan ex, cor vermelha, ano 2016/17, placa QFT1285/PB e chassi 9C2KC2210HR006345, em nome de DAMIÃO VENCESLAU DA SILVA e ao passar pela Rua Av. Epitácio Pessoa (centro), em uma lombada perdeu o controle da moto, vindo a cair no calçamento, sendo então socorrido por familiares para o Hospital da cidade de Piancó/PB.

ITAPORANGA/PB, 11 DE maio DE 2018.

+ Damião Cloves da Silva
NOTIFICANTE/VÍTIMA

ESCRIVÃO PLANTONISTA:

Flávio Henrique
CSC POLÍCIA MUNICIPAL DE ITAPORANGA
CHEFE DE CARABINERIA

SINISTRO 3180384546 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DAMIAO CLOVES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO DAMIAO CLOVES DA SILVA

CPF/CNPJ: 02005063401

Posição em 16-01-2019 15:41:40

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

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

01/10/2018	R\$ 2.025,00	R\$ 0,00	R\$ 2.025,00
------------	--------------	----------	--------------

« »



GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL

WENCESLAU LOPES

Piancó -PB

CNPJ: 08.778.268/0031-86

FICHA DE ATENDIMENTO

NOME:	Samuel Oliveira da Silva		REGISTRO:
DATA:	11.03.18		HORA:
SEXO:	M		IDADE: 42
QUEIXA PRINCIPAL: Trauma, edema e dor em MUS			
HISTÓRIA BREVE: Acidente motocicleta			
OBSERVAÇÃO OBJETIVA:			

DADOS VITAIS:	PA:	T:	SPO ² :	PULSO:	DOR:
	120x80				



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

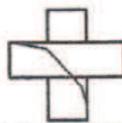
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHA	AMARELA	VERDE	AZUL
----------	---------	-------	------

DROGAS: ALERGIAS:	∅
DOENÇAS PREEXISTENTES:	—
CONDUTA INICIAL:	consulte médico
REAVALIAÇÃO:	HORA:
NOME DO ENFERMEIRO:	Enraan





**SUS**

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANACÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-E)

Lusivaldo Quetroz de Lima
Técnico Radiologia
CRTR 02432T

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES

CÓDIGO DA UNIDADE: 5673 **CNPJ:** 08.778.268/0031-86

ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPINO FILHO, 302 **BAIRRO:** OURO VELHO **CEP:** 58765-000

MUNICÍPIO: PIANCÓ **ESTADO:** PARAÍBA **UF:** PB

PACIENTE

NOME: Damíos Clávis de Sá **IDADE:** 42a

PROFISSÃO: **DOCUMENTO:**

ENDEREÇO: **BAIRRO:** **CEP:**

MUNICÍPIO: **ESTADO:** **UF:**

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: **CNS:**

DATA DO NASCIMENTO: **DATA DO ATENDIMENTO:** 18/08/08

CARÁTER DO ATENDIMENTO: **RAÇA/COR:** **SEXO:** M

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Rio das mós

020404104100194 (3)

CID - 10

PROFISSIONAL

CBO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

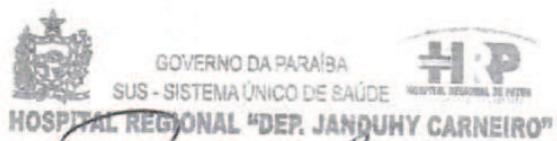
10/08/2019
Medico
CRM-PB 9810

225125

ASSINATURA DO PACIENTE

OU POLEGAR DIREITO





HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

1º Tumor ósseo.

2º Tumor ósseo — opca

Tumor ósseo (201126)

3º Tumor (F) — opca

Tumor ósseo opca
o almoço

Dr. Gualberto Mendes de S. Filho
Otorrinolaringologista
Patoa - PB 7519

20103118.

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patoa - PB.





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO



Sistema
Único
de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr.(a) Paula Cláudia da Silva, portador(a) da identidade RG. _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S63.1, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 (Trinta) dias, a partir desta data.

Patos-PB, 20/03/19

Dr. Gaudencio Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1º VIA-PACIENTE 2º VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.268/0001-60
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA



**HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO**

RUA HORACIO NOBREGA, S/N'

PATOS PARAIBA

(83)3423-2741

Cód. Intern. 29328

Prontuário: 85092
Ócorrência: DOR NA MAO
Classif. Risco: VERDE
Origem: PROPRIA RESIDENCIA
Transporte: VEICULO PROPRIO

Data/Hora 20/3/2018 08:29:42

Servidor do Dr.:

Paciente DAMIAO CLOVES DA SILVA

Reg: N Enc: N
Idade: 42 Gênero: HOMEM CIS

Filiação

Filiação I: RITA CHAGAS DA SILVA
Filiação II: CLOVES JOSE DA SILVA

Endereço

Cidade: NOVA OLINDA - PB - 58798-000 - 2510204
Endereço: VEREADOR ANTONIO GONCALVES
Bairro: CENTRO
Naturalidade: NOVA OLINDA - PB
Fone: (83)9969-9304

N.:

Documentos

CNS: 702-1007-0939-2591
Identidade: 360390092 SSP=PB
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 26/12/1975
Cor: BRANCA
Estado Civil: CASADO(A)
Profissão: ENCARREGADO DE OBRA

Responsável:

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

Recente rebuca de mama em
mao (DIREITA)

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

Var + doloroso no 4º dedo e 4º dedo

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Função interdigital no dedo 4º e 5º CID:

DADOS DA SAÍDA

Motivo: Alta Curado Alta Melhorado Alta a pedido Transfência Evasão Óbito
Dr. Haroldo Magalhães de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519

Médico/CRM

Norma

Letra ilegível não é legal (CEM Cap. 3, Art 11)



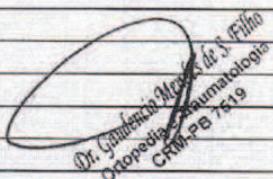


GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



EVOLUÇÃO CLÍNICA ENFERMARIA

PACIENTE: Flávia Lopes LEITO: _____
REG.: _____





RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome:	Jaunio Ferreira da Silva		Nº prontuário
Data da Cirurgia	Enf.	Leito	
20/03/18		1º Auxiliar	
Cirurgião	Dr. Janduhy Ferreira		
Anestesista	Dr. Jair		
Diagnóstico Pré-Operatório	Lesão no infarto sacro do 4º anel 4º anel 9º anel 9º anel		
Tipo de Cirurgia	Ressecção		
Diagnóstico Pós Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Cirurgia			

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras

Incisão em 90º sobre aartica / Auscultação + tempo
ausculta / Relevo inchaço + fricção percutânea
e ferida aberta / Cirurgia +

Dr. Janduhy Ferreira da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <i>Damian Cláudia da Silva</i>					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
DT.	LEITO	CONVÉNIO <i>SUS</i>	IDADE <i>42</i>	REGISTRO <i>85092</i>	
CIRURGIA <i>TTS Cervicais do lado esquerdo</i>			CIRURGÃO <i>Dr. Sanducia</i>		
ANESTESIA <i>la nox (S)</i>			ANESTESISTA <i>Dr. Tainá</i>		
INSTRUMENTADORA <i>Silvana</i>		DATA <i>25/03/18</i>		INÍCIO <i>10:05</i>	FIM
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO					

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
2	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
2	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
2	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
2	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocaín	1	Atadura de Crepom 10cm
1	Halotano <i>Propenol</i>		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
X	Xilocaina a 2%	1	Espadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar	2	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	2	PVPI Tintura
	Dimorf	2	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narvan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaseline Estéril
	Diazepam	1	Aguilha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19g <i>esp. diaclorase</i>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		





Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Vara Única da Comarca de Santana dos Garrotes

Fórum Desembargador Mário Moacyr Porto – Rua Severino Teotônio, s/n

Santana dos Garrotes/PB – CEP 58.795-000 – Fone(Fax) (83) 3485-1030

Processo: 0800425-48.2019.8.15.1161

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: DAMIAO CLOVES DA SILVA

Advogado do(a) AUTOR: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - PE25252

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DECISÃO

Vistos.

DEFIRO a gratuidade da justiça à parte autora.

Diante da improvável autocomposição nesta fase preliminar, deixo de designar audiência de conciliação.

1) CITE-SE a parte ré para contestar no prazo legal, sob pena de revelia. Deverá com a contestação juntar os documentos que instruíram o procedimento administrativo, apresentar quesitos e recolher os honorários periciais.

2) Com a contestação, INTIME-SE a parte autora para impugnar a contestação no prazo de 15 dias úteis.

3) NOMEIO a médica perita Rosana Bezerra Duarte de Paiva, CRM/PB n.4183, cadastrada no TJPB/Convênio, e **FIXO** honorários no valor de R\$200,00 (duzentos reais) a serem pagos pela parte ré (Convênio n.015/2014).

4) OFICIE-SE a médica perita para realizar perícia, em conjunto com outros processos, na parte interditanda, devendo ser designada data com prazo mínimo de 30 (trinta) dias, diante da necessidade de intimação da parte a ser periciada e as providências de seu deslocamento (art. 156, §5º do CPC/2015).



Conste o prazo de 15 (quinze) dias para encaminhar o relatório da perícia, a contar da sua realização. Anexem-se ao ofício os quesitos do Juízo e das partes.

Os quesitos do Juízo são os estabelecidos no Convênio.

5) Com a data da perícia, **INTIME-SE** pessoalmente a parte autora para realizá-la levando todos os exames, notas fiscais de remédios, atestados, documentos pessoais etc.

6) Com a entrega do laudo, **INTIMEM-SE** as partes.

7) Por fim, **FAÇA-SE** conclusão para Sentença.

Santana dos Garrotes/PB, data da assinatura digital.

Joscileide Ferreira de Lira

Juíza de Direito em Substituição

Portaria Gapre nº 1.995/2019

(assinado mediante certificado digital)



Assinado eletronicamente por: JOSCILEIDE FERREIRA DE LIRA - 24/09/2019 07:57:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092407573593000000023735690>
Número do documento: 19092407573593000000023735690

Num. 24517726 - Pág. 2