



PROCURAÇÃO AD - JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: JOSÉ JOACILDO DE LIMA, brasileiro, casado, agente funerário, nascido em 18/09/1992, de RG: 3726110, SSSD-PB e CPF: 101.871.094-94, NIT: 161.78792.22-1, residente e domiciliado na Rua Macilon Cavalcante, nº 588, bairro São Paulo, município de Catolé do Rocha-PB, CEP: 58.884-000, Tel: (83) 9 9813-1146 / 9 9606-3639 (Esposa), e-mail: limajoacildo@gmail.com

OUTORGADOS: BEL. HILDEBRANDO DINIZ ARAÚJO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-PB nº 4.593, o BEL. HILDEBRANDO DINIZ ARAÚJO JÚNIOR, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-PB nº 17.617, e o BEL. DIÉGO MARTINS DINIZ, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-PB nº 19.185, com endereço profissional na Rua Barão do Rio Branco, nº 763, bairro Centro, município de Catolé do Rocha-PB, CEP: 58.884-000.

PODERES: para, usando dos poderes da cláusula "Ad-judicia et extra", ora conferidos para o foro em geral, bem como para representar o outorgante em qualquer instância judicial, extrajudicial ou administrativa, podendo, para tanto, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito, retificar, ratificar, receber coisas, receber e dar quitação, receber alvará de valores, documentos, firmar compromissos, apresentar defesas ou reclamações, interpor e acompanhar recursos, em todos os seus atos e instâncias, podendo agirem juntos ou separadamente, inclusive, substabelecer com ou sem reservas de iguais poderes, de tudo dando à outorgante por firme, bom e valioso. Ainda os poderes especiais para receber valores referentes ao processo, seja a título de Alvará, RPV ou Precatório.

Pede deferimento.

Catolé do Rocha- PB-PB, 27 de agosto de 2020.



JOSÉ JOACILDO DE LIMA

Rua Barão do Rio Branco, nº 763, bairro Centro, município de Catolé do Rocha-PB

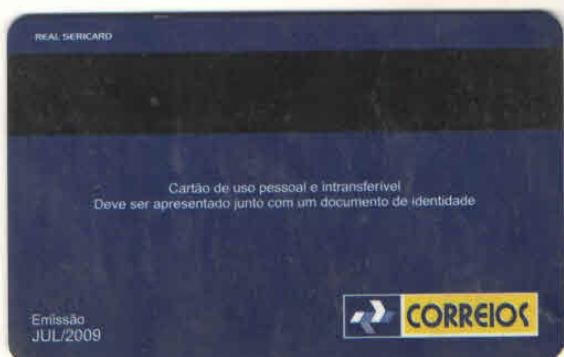
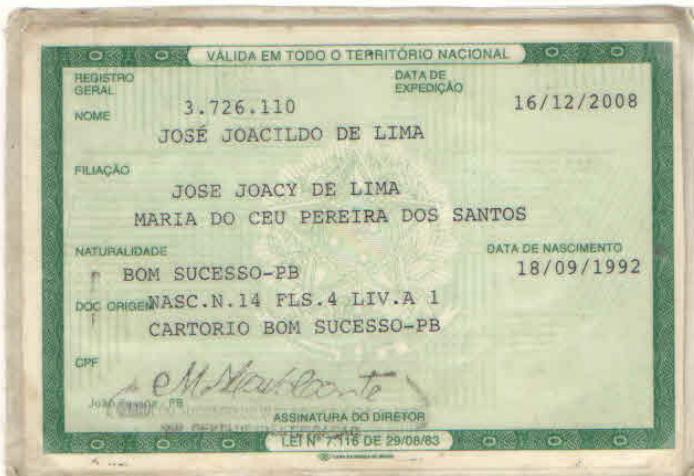
Telefone: (83) 3441-1936, e-mail: h2advocaciadiniz@gmail.com





Assinado eletronicamente por: HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO - 10/09/2020 09:19:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009194487800000032653512>
Número do documento: 20091009194487800000032653512

Num. 34139612 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO - 10/09/2020 09:19:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009194487800000032653512>
Número do documento: 20091009194487800000032653512

Num. 34139612 - Pág. 2

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

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

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, 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 "curiosos" concorram

para o agravamento de sua lesão.

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

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um

acidente, amanhã será tarde demais.

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

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus

mestres e chefe.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você

trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pe-

la desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e

avisos sobre prevenção de acidentes.

Os antéis, 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.

Habilite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use

equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de

combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode

comer 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



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SEDH
PB
TISIN



Número 21.578 Série 00033-PB

zoni gloria de bima
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome José Joaquim de Lima
Loc. Nasc. Bom Sucesso Est. PB Data 18/09/1992
Filiação José Joacy de Lima
Maria do Ceu Pereira dos Santos
Doc. N° CNAs 0014 - Fis. 04 - LIV. A1 - VALT. SERRINHA - B. SUCESSO PB

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 11/09/2008 DRT SETH-C.DO ROCHA PG

Jefferson de Oliveira Palva
Mat. 835-0

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

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

6

Doc.	Doc.
Est. Civil	Est. Civil
Doc.	Doc.
Nascimento	None



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador YAMILLY SUASSUNA DINIZ
 CNPJ/MF 05.255.117/0001-30
 Rua Pq. S. Lucas N° 73
 Municipio C. do Rechô Est. PB
 Esp. do Estabelecimento
 Cargo Entregador
 CBO nº 783225
 Data admissão 02 de januário de 2012
 Registro nº Fls. /Ficha
 Remuneração especificada R\$ 622,00 (Seus
reais e vinte e dois reais).
 x 05.255.117/0001-30 :
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
PCB. Pref. José Sergio
 1^a Centro - CEP: 58240-000
 Data saída 17 de setembro de 2018
 x YAMILLY SUASSUNA DINIZ
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1^a 2^o
 Com. Dispensa CD N°

CONTRATO DE TRABALHO


E. Guedes de Araújo-ME
CNPJ. 12.770.006/0001-27

Ass. do empregador ou a rogo c/test

1^a 2^b

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test

2°

Com. Dispensa CD Nº _____



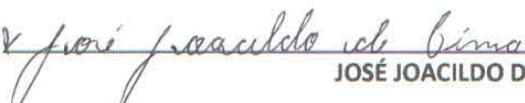
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

JOSÉ JOACILDO DE LIMA, brasileiro, casado, agente funerário, nascido em 18/09/1992, de RG: 3726110, SSSD-PB e CPF: 101.871.094-94, NIT: 161.78792.22-1, residente e domiciliado na Rua Macilon Cavalcante, nº 588, bairro São Paulo, município de Catolé do Rocha-PB, CEP: 58.884-000, Tel: (83) 9 9813-1146 / 9 9606-3639 (Esposa), e-mail: limajoacildo@gmail.com **DECLARA** para os devidos fins de direito que sua **situação econômica não permite arcar com as despesas processuais**, sejam estas em sede de 1º ou 2º graus, sem prejuízo de seu próprio sustento e possível demissão de colaboradores.

Assim, requer a concessão dos auspícios da Justiça Gratuita na forma da Lei 1.060 de 05/02/1950, garantida na Constituição Federal vigente, por ser da mais pura e lídima JUSTIÇA.

Pede deferimento.

Catolé do Rocha- PB-PB, 27 de agosto de 2020.



José Joacildo de Lima



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DENATRAN

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	EXERCÍCIO	Nº 015456360849	
1 0086903529-0	20190000533862-2	00/00000000 2019	
NOME JOSE JOACY DE LUNA			
CPF / CNPJ	PLACA		
40031802320	MOU8829/PB		
PLACA ANT. / UF	CHASSI		
NOVO PB	9C2KD03106R001048		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/NXR150 Bros ESD	2005	2005	
CAP / POT / OIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/149 /CI	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS	
I	00/00/0000	1 ^o	
P		2 ^o	
V		3 ^o	
A	0		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	*****	13/11/2019
SEGURADO PAGO OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATÓRIO NAO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAL	DATA		
CATOLE DO ROCHA-PB	29/11/2019		
31623		19763	

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

PB Nº 015456360849 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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 29/11/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1 40031802320	RENAVAM	MARCA / MODELO
00869035290	HONDA/NXR150 Bros ESD	NP CHASSI

ANO FAB.	CAT. TARIF.	
2005	9	9C2KD03106R001048

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****

SEGURADO	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	13/11/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

ABF/2019

19763-0843005-20191129



Assinado eletronicamente por: HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO - 10/09/2020 09:19:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009194529600000032653516>

Número do documento: 20091009194529600000032653516

Num. 34139616 - Pág. 1

FRANCINEIDE GUEDES BEZERRA
RUA MACILOM CAVALCANTE, 569 - LOT SAO PAULO
CAÇOLE DO ROCHA / PB CEP: 58884900 (AG. 245)



CPF/CNPJ/RANI: 101.119.554-24

Grupo: CONVENTIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES-MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFASICO
Rotativo: 2- 245 - 130 - 5345 NP Medidor: 00008871827

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1707008-7

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00017070087

VALOR DA FATURA
R\$ 76,42

VENCIMENTO
13/07/2020

REFERÊNCIA
Jul / 2020

CONSUMO
89kWh
2,78 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRITIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Base Cálculo	Aliq	ICMS	ICMS Base Cálculo	PIS/COFINS	COFINS (R\$)	
				(R\$)		(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	
0801	Consumo em kWh	89	0,788610	70,18	70,18	26	17,54	70,18	0,73	3,36
0807	ENCARGOS SOBRE SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			7,48	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0999	BÔNUS ITAPIUPE 10438/2002 12/2019			-1,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

RESERVADO AO FISCO
2015.beca.72b9.e421.9cff.f94a.bf02.b43e.



COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	19,37	24,55
Comprado de Energia	23,77	30,80
Serviço de Transmissão	2,34	3,88
Encargos Setaora	2,37	3,70
Impostos Diretos e Encargos	29,12	37,48
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	77,37	100,00

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 5/2020) R\$31,52

* Faturamento é a Média/Mínima

INDICADORES DE QUALIDADE

[REFERÊNCIA 05/2020 - Cenário Custo-B-Rocha]

META	MENSAL	APURADO	TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (%)
Hora que o cliente ficou sem energia - DIC	8,15	0,00	12,92	24,80	NOMINAL 220
Vezes que o cliente ficou sem energia - FIC	3,38	0,00	8,72	13,45	CONTRATADA
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC	3,83				LIMITE INFERIOR 202
Duração da Interrupção Individual em dia útil - DICRI	12,22				LIMITE SUPERIOR 231

ATENÇÃO

- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa ON e WhatsApp (63) 99135-5540

ENERGISA PARAÍBA

E



Assinado eletronicamente por: HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO - 10/09/2020 09:19:45
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009194529600000032653516
Número do documento: 20091009194529600000032653516

Num. 34139616 - Pág. 2

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Joacildo de Lima, portador da carteira de identidade nº 3726550 e inscrito no CPF/MF sob o nº 101.373.094-94, residente e domiciliado na Rua Macilson Paiva Barreto, nº 588, Cidade Catolé do Rocha, Estado Paraíba, 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:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

José Joacildo de Lima
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Catolé do Rocha - PB, 15 de julho de 2020

Local e data



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 046548.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 046548.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaína Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 17:12 min do dia 14/07/2020, na Delegacia Online, **JOSÉ JOACILDO DE LIMA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Agente Funerário, natural de Bom Sucesso, nascido(a) em 18/09/1992, idade 27, estado civil Casado (a), de cor Branca, filho(a) de MARIA DO CÉU PEREIRA DOS SANTOS e JOSÉ JOACY DE LIMA, CPF 101.871.094-94, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Macilon Cavalcante, nº 588, bairro São Paulo, na cidade de Catolé do Rocha/PB. CEP: 58884000, telefone(s) (83) 99813-1146, registrou o seguinte:

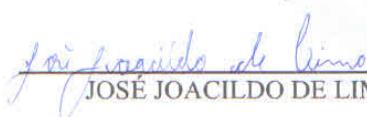
Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 08/07/2020 16:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Outro; Local do Fato: Rua Benjamim Constant, Tabajara, Catolé do Rocha/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que sofreu um acidente de moto no dia 08/07/2020 por volta das 16 horas da tarde; que um carro a sua frente fez uma manobra brusca à esquerda sem sinalizar; que acabou se chocando com a lateral do carro; que foi jogado ao chão; que ficou em gritos com dores; que transeuntes chamaram o SAMU que fez o resgate; que foi levado para o Hospital Regional de Catolé do Rocha; que lá foram feitos os primeiros procedimentos; que após o Raio X foi identificada uma fratura da clavícula direita; que foi medicado, foi imobilizado o braço e ficou em observação; que estava de capacete e possui CNH AB; que a moto é em nome de seu Pai e está regular; que na hora do acidente estava indo comprar uma peça de um carro funerário a mando de seu empregador; que não conhece o motorista do veículo, pois não o viu mais após ser levado pelo SAMU.

Sendo o que havia a constar, cientificado 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.



JOSE JOACILDO DE LIMA

C131D6BD14A0500239295A8A2A3ADBC2

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **JOSÉ JOACILDO DE LIMA**, RG: **3.726.110 SSP/PB**, Residente e domiciliado na Rua Macilon Cavalcante - nº 588 - Loteamento: São Paulo – Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Eduardo Jorge V. de Araújo - CRM/12094, no dia 08 de julho de 2020. Deu entrada na Urgência e Emergência, trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto. Foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida ficando em observação.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Bruno R. Cunhano da Silva
Diretor Administrativo
H.R.C.R.
Mat. 188.655-0

Thaiz Clea de Oliveira Medeiros

Diretor Geral

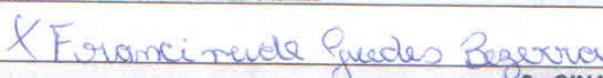
Mat. 188.655-0

Catolé do Rocha – PB, 13 de julho de 2020.



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PRONTO SOCORRO

43

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA	HORA	NÚMERO DO ATENDIMENTO
JAQUIRIA DE O. LIMA		08/07/2020	16:51:01	114171
1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME		NASCIMENTO	IDADE	SEXO
JOSE JOACILDO DE LIMA		18/09/1992	27	M
CPF	RG	CARTÃO SUS		
10187109494				
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	NATURALIDADE		
CASADO(A)		BOM SUCESSO - PB		
NOME DA MÃE		NOME DO PAI		
MARIA DO CEU PEREIRA				
ENDERECO		NÚMERO	BAIRRO	
RUA MACILON CAVALCANTE		588	SAO PAULO	
CIDADE		TELEFONE		
CATOLE DO ROCHA - PB - 58884-000 - 2504306		(83)9606-3639		
FORMA DE CHEGADA AO ATENDIMENTO				
<input type="radio"/> ESPONTÂNEA	<input type="radio"/> CORPO DE BOMBEIRO	<input type="radio"/> POLÍCIA MILITAR		
<input type="radio"/> AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO	<input checked="" type="radio"/> SAMU	<input type="radio"/> OUTRO		
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL				
				

2 - SINAIS VITAIS					
PA:	FC:	FR:	TEMP AXILAR	SpO2	GLICEMIA
130x90 mmHg	89 bpm	irpm	C	99 %	mg/dl

3 - ACOLHIMENTO COM CLASIFICAÇÃO DE RISCO														
				ESCORE DE GLASGOW		ESCORE DE DOR								
<input type="radio"/> VERMELHO	<input type="radio"/> AMARELO	<input type="radio"/> VERDE	<input type="radio"/> AZUL	AO	RV	RM	AP	TOTAL	1	2	3	4	5	
									6	7	8	9	10	
QUEIXA PRINCIPAL				HISTÓRIA BREVE										
ALERGIAS				COMORBIDADES										
OBS. OBJETIVA														
REAVALIAÇÃO	HORA	REAVALIAÇÃO	HORA	REAVALIAÇÃO	HORA	ENFERMEIRO PLANTONISTA / COREN								

4 - ANAMNESE / EXAMES FÍSICOS						
<p>Paciente vítima de acidente de moto, dan enteada no serviço queixando-se de dores em ombro direito, apresenta leves escoriações pós trauma.</p>						
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>trauma</i>						
5 - SERVIÇOS REALIZADO (FATURAMENTO)						
0 3 0 1 0 6 0 0 2 9				1:	2:	3:

CÓDIGO DA UNIDADE: 2592480 - CNPJ: 08.778.268/040-77 - RUA CASTELO BRANCO, 348, BATALHÃO CATOLÉ DO ROCHA-PB - (83)3441-2280
 HOSPITAL REGIONAL DE CATOLÉ DO ROCHA - DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS - GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - CATOLÉ DO ROCHA - PB



6 - EXAMES SOLICITADOS

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA+PLAQUETAS | <input type="checkbox"/> TGO + TGP | <input type="checkbox"/> PCR |
| <input type="checkbox"/> UREIA + CREATINA | <input type="checkbox"/> CKMB + CPK | <input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA |
| <input type="checkbox"/> GLICEMIA | <input type="checkbox"/> TROPONINA | <input checked="" type="checkbox"/> RAIO X: deambulante D e E |
| <input type="checkbox"/> AMILASE | <input type="checkbox"/> EAS | <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA: _____ |
| <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ | | |

7 - PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SUTURA-TOTAL _____ | <input type="checkbox"/> SONDE VESICAL-TOTAL _____ | <input type="checkbox"/> RET CORP ESTRA-TOTAL _____ |
| <input type="checkbox"/> SNG/SNE-TOTAL _____ | <input type="checkbox"/> LAVAG GÁSTRICA-TOTAL _____ | <input type="checkbox"/> DRENAG ABCESSO-TOTAL _____ |
| <input type="checkbox"/> PARACENTESE-TOTAL _____ | <input type="checkbox"/> NEBUL/INALAÇÃO-TOTAL _____ | <input type="checkbox"/> CURATIVO SIMPLES-TOTAL _____ |
| <input type="checkbox"/> OUTROS DESCRIÇÃO: _____ | | |

8 - ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> INTERNAMENTO-SETOR: _____ | <input type="checkbox"/> ESPECIALID. MÉDICA: _____ |
|--|--|

9 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

① Dexametasona + AD EV (01) ampola 17:10
 ② tramal 100mg + 100ml SFO,g.i. EV.17:10Y

Dr. Eduardo Jorge V. de Araújo
 M.º 1044-0000

MÉDICO PLANTONISTA / CRM

10 - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA / CARIMBO
08/07/20	17:10	Pat. der. qd. troço traseiro pelo SAEV-7-11 magia velvete/acetato de linho que hachem d e drenamento(D). Vx molto agitado/pior caga pto. metade com 24h d. d. d. d. d. Agua se en drenos.	DR. EDUARDO JORGE V. DE ARAÚJO
08/07/20	19:00	Pat. velho bem queixa pto. liberado -	DR. EDUARDO JORGE V. DE ARAÚJO ENFERMEIRO CORPO/PB: 426308

11 - ACOMPANHAMENTO DE SINAIS VITais

DATA	HORA	TEMP.	PULSO	RESP.	P.A.	HGT	ASSINATURA/CARIMBO

12 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE

MOTIVO SAÍDA	REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA
<input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA	UNIDADE DE
<input type="checkbox"/> EVASÃO	DESTINO: _____
<input type="checkbox"/> RECUSA DO TRATAMENTO	CIDADE: _____
<input type="checkbox"/> ÓBITO	DATA ____/____/____ HORA: ____:





Estado da Paraíba
Secretaria Estadual da Saúde
Hospital Reg. Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Catolé do Rocha - PB



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de Direito, que

José Joaquim do Lira

encontra-se com

CID 542.0, necessitando ausentar-se de suas atividades profissionais, por um período de

45 (quarenta e cinco dias)

, a partir desta data.

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

08/01/20
Médico - CRM - Carimbro

San'Ana Gráfica - 9 9921 8644





Estado da Paraíba
Secretaria Estadual da Saúde
Hospital Reg. Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Catolé do Rocha - PB



Sr.(a)

José Teixeira

RECEITUÁRIO

Fix clavícula

1º conservador

Retorno

23/07/20

P. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

_____ / _____ / _____ _____
Médico - CRM - Carimbo

SANTANA GRÁFICA - FONE: (83) 89612-4293





Estado da Paraíba
Secretaria Estadual da Saúde
Hospital Reg. Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Catalé do Rocha - PB



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: _____
CRM: _____ UF: _____
ENDERECO COMPLETO: _____ CIDADE: _____ UF: _____
TELEFONE: _____

Paciente: *Sorá S. de Lima*
Endereço: *Al. das Rosas, 100, Bairro - PB.*
Prescrição: *Uso Aplicativo*
- Tramadol, 50 mg - 63 c.c.
1500 mg de dia, 2000 mg de noite.

Data: *09/09/2020*

Dr. Eduardo Jorge V. de Araújo
CRM/PB: 12094

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME COMPLETO: _____
IDENT.: _____ ÓRG. EMISSOR: _____
END.: _____
CIDADE: _____ UF: _____
TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: _____ / _____ / 20 _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA-PACIENTE





FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USBOZ

16'20

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 08/07/2020	OCORRÊNCIA N° 0038	PACIENTE / USUÁRIO Jené Jocelma de Lima	IDADE 27	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA Rua Beira Mar Constanti		BAIRRO Centro	MÉDICO REGULADOR Tomazza	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE/PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTROS:				

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIATRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRCR RESPONSÁVEL: Dr. Edilson Jorge V. de Araújo FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE

APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES

OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Suspeita de fratura de Clavícula D. + Escorregão
Reves

DADOS VITAIS

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30irpm <30irpm / PULSO RADICAL: Presente Ausente / PAS: >90mm Hg <90mm Hg

P.A: 130 x 90 FC: 92 FR: 18 TEMP: - °C- GLICEMIA: 99 mg/dl - E. Com a: 15 SpO2s/O2: 98% SpO2c/O2: -

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VVA | <input type="checkbox"/> Perfusion Tissular Cardiopulmonar ineficaz |
| <input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída | <input type="checkbox"/> Disreflexia Autônoma | <input type="checkbox"/> Perfusion Tissular Gastrintestinal ineficaz |
| <input type="checkbox"/> Comunicação Verbal Prejudicada | <input checked="" type="checkbox"/> Dor Aguda | <input type="checkbox"/> Perfusion Tissular Renal ineficaz |
| <input type="checkbox"/> Confusão Aguda | <input type="checkbox"/> Hipertermia | <input type="checkbox"/> Termorregulação Ineficaz |
| <input type="checkbox"/> Deambulação Prejudicada | <input type="checkbox"/> Hipotermia | <input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada |
| <input type="checkbox"/> Débito Cardíaca Diminuído | <input type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada | <input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada |
| <input type="checkbox"/> Náusea | <input type="checkbox"/> Integridade Tissular Prejudicada | <input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Deficientes |
| <input type="checkbox"/> Constipação | <input type="checkbox"/> Medo | <input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos |
| <input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal | <input type="checkbox"/> Intolerância a Atividade | <input type="checkbox"/> Retenção Urinária |
| <input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada | <input type="checkbox"/> Mucosa Oral Prejudicada | <input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Perturbada |
| <input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz | <input type="checkbox"/> Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz | <input type="checkbox"/> Interação Social Prejudicada |
| <input type="checkbox"/> Outros | | |

INTERVENÇÕES

SSUV + AUD com SRL + Terapêutica Medicamentosa (Dipenoxilato + AAS) + Injetável Regional

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente conservando, orientado, vítima de colisão moto x contra, com suspeita de fratura de Clavícula D. Ao chegar no local a vítima já estava sentada e foi levada retirada o capacete. Dejado intervenções por negociação médica e encaminhado ao HRCR.



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

01 Saco Ruminal Intubado 01 ABD

01 Jogo 20

02 Atoduras

01 Equipo

01 Depurina

E.C.G

NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

AGITAÇÃO SONOLÊNCIA COMA CONVULSÃO OTORRAGIA RIGIDEZ MIDRÍASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO HEMORRAGIA VAGINAL NORMAL _____ SEMANAS TRABALHO DE PARTO

OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

- DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS
- VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL- "AMBU")
- MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA
- CRICOTIREIDOSTOMIA
- CÂNULA OROFARINGEA
- INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL
- CONTROLE DE HEMORRAGIA
- OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

01 SPC

01 Depurina + ABD GU

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

- LIBERADO APÓS ATENDIMENTO RECUSA O ATENDIMENTO ÓBITO NO LOCAL ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
- ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

- DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVAÇÃO DE CABEÇEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): Mirael Ribeiro de Lima COREN: 366 353 MAT.: COREN AB

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT.: _____

CONDUTOR: Triago COREN: _____ MAT.: _____



Fisioterapia em domicílio

Dr. Tales Mário S. Sousa
CREFI/TO 1 150422-F

(83) 9655-0062 / 8858-1871

Nome: José Facílio de Lima
Endereço: R. Marilau Cavalcante 1588 / Set. S. P.

Quant.	Data	Valor R\$
01	10/08/2020	30,00
01	13/08	30,00
01	16/08	30,00
01	19/08	30,00
01	22/08	30,00
01	25/08	30,00
01	28/08	30,00
01	31/08	30,00
01	03/09	30,00
01	06/09	30,00
01	09/09	30,00
01	12/09	30,00
5	5	5
		TOTAL R\$ 360,00

Assinatura Tales Mário dos Santos Sousa



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200251756

Vítima: JOSE JOACILDO DE LIMA

Data do Acidente: 08/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JOSE JOACILDO DE LIMA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15956691

Pag. 01029/01030 - carta_07 - INVALIDEZ



00040515



Assinado eletronicamente por: HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO - 10/09/2020 09:19:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009194707100000032654032>
Número do documento: 20091009194707100000032654032

Num. 34139632 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

3ª VARA MISTA DA COMARCA DE CATOLÉ DO ROCHA

Fórum Des. João Sérgio Maia, Av. Deputado Américo Maia, s/n, João Serafim, Catolé do Rocha/PB, CEP 58.884-000 - Tel: (83)3441-1450 / Fax: (83)3441-1277

E-mail: cat-vmis03@tjpj.pj.br WhatsApp: 55 83 99145-0310

NÚMERO DO PROCESSO: 0802873-13.2020.8.15.0141

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO: [Acidente de Trânsito]

PARTE PROMOVENTE:

AUTOR: JOSE JOACILDO DE LIMA

Advogados do(a) AUTOR: HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO JUNIOR - PB17617,
DIEGO MARTINS DINIZ - PB19185, HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO - PB4593

PARTE PROMOVIDA:

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

ADVOGADOS - OAB:

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro os benefícios da justiça gratuita.

Considerando que a promovida reiteradamente não celebra acordos no bojo de processos judiciais, exceto em casos especiais, entendo ser desnecessária a designação de audiência de conciliação no presente caso, devendo a parte ré ser citada para já apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias.

Seguindo a orientação contida da Recomendação 01/2015 do CNJ, a qual pode ser aplicada analogicamente ao caso em testilha, determino, desde já, seja designado perito oficial (médico) para realizar perícia médica no autor, a fim de comprovar as sequelas físicas oriundas do acidente automobilístico mencionado na exordial.

Faculto ao autor juntar, no prazo da contestação, quesitos para serem encaminhados ao perito, bem como indicar assistente técnico.

Outrossim, intime-se a requerida para efetuar o pagamento, em conta judicial vinculada a este processo, dos honorários periciais, arbitrados em R\$ 200,00 (duzentos reais), segundo cláusula 1.3 do Convênio 015/2014 TJPB.

Cite-se a promovida para apresentar contestação em 15 (quinze) dias, apresentando seus quesitos, caso queira.

Com o depósito do valor dos honorários, oficie-se à Secretaria de Saúde para indicar médico ortopedista para realizar a perícia, o qual já fica automaticamente nomeado pelo Juízo, encaminhando-lhe os quesitos do Juízo, quais sejam: 1) Qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado e os respectivos CIDs? 2) Existe relação de causa entre o acidente de trânsito noticiado na petição inicial e a(s) lesão(ões) apresenta(s)? 3) Houve debilidade permanente do membro, sentido ou função? 4) A debilidade é de caráter temporário ou definitivo? Qual o grau, em percentagem (de 0% a 100%), da debilidade apresentada?

Com a designação da data da perícia pelo médico nomeado, intime-se a parte promovente para comparecer ao local designado pelo médico para a realização da perícia, munido, preferencialmente, de seus documentos pessoais e toda e qualquer documentação pertinente à demanda.

Com a entrega do laudo, falem as partes em 10 (dez) dias, informando se têm interesse em conciliar.

E, finalmente, entregue o laudo, oficie-se ao Banco do Brasil para que transfira o numerário depositado na conta judicial para a conta bancária indicada pelo perito.

Após o cumprimento de todos os itens acima mencionados, conclusos.

Diligências necessárias.

Cumpra-se.

CATOLÉ DO ROCHA, 10 de setembro de 2020.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

RENATO LEVI DANTAS JALES

Juiz de Direito