

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

Francisco Helton Alves da Silva
brasileiro, estado civil solteiro profissão estudante, portadora
do CPF 013.725.924-74 e RG 4159654, residente e
domiciliado Sítio João Ferreira, Uiraúna, -PB

OUTORGADOS: A NA FLÁVIA ALVES MATIAS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB-PB sob o nº. 21.451, com endereço profissional na Rua José Rodovalho de Alencar, 331, Centro, Cajazeiras-PB, onde recebem informações e notificações.

PODERES: Nos termos do art. 105 do Código de Processo Civil, os contidos na cláusula "ad judicium et extra", para, em nome do outorgante, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, defender seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender os interesses do outorgante nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer procedência de pedido, renunciar a direito no qual se funda ação agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer está em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Cajazeiras, 24 de setembro de 2018.

Francisco Helton Alves da Silva

OUTORGANTE

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU:

Francisca Helton Alves da Silva
brasileiro, estado civil solteira, profissão estudante, portadora
do CPF 013.725.924-74 e RG 4159654, residente e
domiciliado Sítio João Ferreira, Uiraúna - PB.

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Cajazeiras, 24 de setembro de 2018.

Francisca Helton Alves da Silva



SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.159.654 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/04/2013

NOME FRANCISCO HÉLDER ALVES DA SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCO CESANILDO DA SILVA
MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

NATURALIDADE SOUSA-PB DATA DE NASCIMENTO 13/02/1998

DOC ORIGEM NASC. N. 19247 FLS. 168 - LIV. 19
CARTORIO UIRAUNA-PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
013.725.924-74

Nome
FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Nascimento
13/02/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
338B.7A69.87BE.E2D2

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:33:16 do dia 15/07/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 02

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-917
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Francisco Helder Alves da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



FRANCISCO CESANILDO DA SILVA
SIT MATO GROSSO, S/N - AREA RURAL
URAJUNA/PB CEP: 58915000 (AG: 177)

Classe/Subclasse: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br 230, Km 25 - Distrito Residencial - João Pessoa/PB - CEP: 58071-580
Roteiro: 15 - 206 - 913 - 1250 Referência: Jun / 2016 CNPJ: 08.055.183/0001-40 Insc. Est: 16.015.923-0
Nº medidor: 00008386658 Emissão: 23/06/2016 Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica Nº001 089.486
Código para Débito Automático: 00008188046

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/616806-6**

Jun / 2016

Canal de contato

Apresentação

23/06/2016

Data prevista da próxima leitura

26/07/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

41251318467
Insc. Est:

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
24/05/16	16101	23/06/16	16404	1	303	30

Faturas em atraso

01/08/2016	126,28
03/05/2016	155,72
01/04/2016	134,13

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	303	0,49272	89,89
Subsídio			38,01
PIS			1,49
COFINS			6,89
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILLUM PUBLICA			1,77
PARCELAMENTO DE DÉBITO 08/10			45,43
Devolução Subsídio			-38,01

Histórico de Consumo (kWh)

Mai/16	235
Abr/16	321
Mar/16	257
Fev/16	252
Jan/16	391
Dez/15	438
Nov/15	449
Out/15	443
Sep/15	494
Ago/15	482
Jul/15	406
Jun/15	461

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	135,08	1,1086	1,49
COFINS	135,08	5,1010	6,89

Media dos últimos meses
387 kWh

VENCIMENTO 01/07/2016 **TOTAL A PAGAR** R\$ 144,27

RESERVAÇÃO DE FÉRMEN

478e.3f7d.fb62.6fe0.f471.6419.dcf4.a6cc.

Indicadores de Qualidade 4/2016 - Uraçuna

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
		NOMINAL	CONTRATADA
DIC MENSAL	12,60	220	202
DIC TRIMESTRAL	25,52		
DIC ANUAL	51,05	231	
FIC MENSAL	7,60		
FIC TRIMESTRAL	15,54		
FIC ANUAL	31,28		
DMC	8,99		
DICRI	18,60		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	32,78	22,72
Compra de Energia	42,95	29,77
Serviço de Transmissão	2,57	1,78
Encargos Salariais	10,39	7,20
Impostos Diretos e Encargos	10,15	7,04
Outros Serviços	45,43	31,49
Total	144,27	100,00

Valor de EUSD (Ref. 4/2016) R\$ 49,80

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 08/07/2016. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere esta mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento. Subvenção DEC 7 69/13 R\$ 38,01
- Leitura confirmada
Isento ICMS

ENERGISA PARAIBA

Roteiro: 15 - 206 - 913 - 1250
Matrícula: 616806-2016-06-7

VENCIMENTO 01/07/2016 **TOTAL A PAGAR** R\$ 144,27

83670000001-8 44270054000-2 06168062016-0 06702060019-2



SINISTRO 3170118756 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev
Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

CPF/CNPJ: 01372592474

Posição em 30-09-2018 20:22:03

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
23/03/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00
22/05/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





CADASTRADO NO SISTEMA NO DIA: 28/08/2017

AIH DO MÊS DE:

[Empty box for patient name]

Nome do Paciente

FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Município de Moradia do Paciente

UIRAÚNA - PB / 58915-000 / 251690

Profissão

AGRICULTOR(A)

AIH	Prontuário	Mês de Atend.	Ano de Atend.
	1708256	AGOSTO	2017

Idade	Sexo	RG	CPF	RN	Cart Trab	PIS/PASEP	Cartão SUS	Nº do Documento
19 anos	F	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	708400722018467				

Endereço de Residência

SÍTIO QUEIMADA

Data da Internação

23/08/2017

Dia da Alta

25/08/2017

Dia(s) de Permanência

2

Atendimento SUS

x

Condições de Alta

MELHORA (12)

Procedimento

0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

CID

S82.8 FRAT DE OUTR PARTES DA PERNA

Médico Assistente - CRM - Matrícula

PALMERINDO ANTONIO TAVARES DE MENDOCA NETO - CRM 7961-PB

OBS

quarta-feira, 18 de outubro de 2017



(83) 99444-2064



**Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras**

INFORMAÇÃO

Informe para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

R.G. N.º 4.359.654/1

Nome Francisco Helder Alves da Silva

Cartão Nacional de Saúde (CNS) 71018141010721210118141617

Data Nascimento 13/02/1988 Residente à (Rua, Av.) ST. Quixote

N.º --- Bairro ---

Cidade Uiraúna UF PB Segurado ou Dependente Mãe

do Socorro G. de Silva Grau Parentesco Mãe

no qual dou fé
Cajazeiras, 23 / Agosto / 2017

Francisco Helder Alves da Silva
Paciente Responsável

[Assinatura]
Funcionário Responsável

Banco IDEAL (83) 3531-2442





ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

CLÍNICA MÉDICA

Serviço do Dr. _____ Observação N° _____
 Nome: Fin. Heloisa Alves da Silva Filho de: Fin. Leonardo
da Silva e de 4ª do Sr. Romão 9ª do Sr. ...
 Residência St. Durkabo. Uiraúna. PB Idade: _____
 Cor branca Sexo Masculino Estado Civil casado
 Naturalidade São Paulo PB Profissão Químico
 Internado em 23 de Agosto de 2017

Anamnese: (História da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Reduzido por contraindicar de tratamento
com perda autossu de Hb (E)*

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Exame Complementares: (Raios X, Laboratório)

Diagnóstico: Préda autossu de Hb (E) / 2

Gráfica IDEAL (13) 3531.2442





Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO MÉDICA

Nome: Fc: Helder da Silva

Enf.: 119

Leito: 04

DATA	HORA	
23.08.17	19:00	Paciente admitido neste setor proveniente do RC. em pós de tubuna tipica (E). Com sinais orientados, valdya, retulo as leito. veiga queixas. Apresenta colchias sem auto, nter conaças. segue os cuidados deste setor
		 ENFERMEIRA COREN-PB 197677
24.08.17	08:40	Paciente no seu 1º DIH, com EGR, ao deano: consciente, orientado, boa comunicação verbal, sono e repouso preservado hidratado, corado orionático, anitico, higienizado, apêlil. Respirando espontaneamente, normotenso, normocárdico, pp preservada. Em dieta zero até o momento, abdome plano, indola a palpavel. Eliminação intestinal ausente há 02 dias (CS) Húmeza presente. Restrito ao leito, em pós-operatório de fratura de tibia (E), com AVP em MSE. segue sem queixas. Nos cuidados da Equipe. Cread. Enf. UF (G. Rogênia Araujo Lampa
25/08/17	10:00	Paciente avalia normal, orientado, verbalizado, atulfo ao eifo, normotensivo, normocárdico, apêlil. sem queixas, acuta dieta, eliminação fisiologica presente (CS). As 09:20h recebeu alta hospitalar.





Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome Flu Helder Idade _____ Enf. _____ Leito _____

Data	Hora	A n o t a ç õ e s	Temp.	Pulso	Respiração	Pres. Art
23-08-17	19:00	SSUV — + — Paciente admitido nesse setor por reinternamento do bloco cirúrgico de tribuna para pós cirurgia bariátrica Oratório, verbal- izando e segue aos cuidados da equipe de enfermagem	36	80	20	130x80
24-08-17	08:00	SSUV — u — paciente consciente, orientado, verbalizan- do, não dormindo, acorda deitar, eliminação urinária presentes (SSC), elimina- ção intestinal aumentada com 3 dias (SSC) sem o uso de laxantes não requer cuidados no momento e segue aos cuidados da equipe de enfermagem	36,5°	78	18	120x80
24-08-17	18:00	SSUV — u — paciente consciente, orientado, verbalizan- do, não dormindo, acorda deitar, eliminação urinária presentes (SSC), elimina- ção intestinal aumentada com 3 dias (SSC) sem o uso de laxantes não requer cuidados no momento e segue aos cuidados da equipe de enfermagem	36,6°	80	20	110x60

Gráfica IDEAL (63) 3331-2442



DR. FRANCISCO CARLOS OLIVEIRA JUNIOR
MÉDICO GRADUADO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE – UFCG
MÉDICO PERÍTO NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB

RELATÓRIO MÉDICO

Trata-se do periciando Francisco Helder Alves da Silva, de 19 anos, vítima de acidente de moto no dia 14/07/2016, número do B.O.: 418/2016, ocorrido no município de Uiraúna – PB.

Apresentava na ocasião do acidente escoriações em membro inferior esquerdo, trauma cortico contuso em membro inferior esquerdo com fratura exposta de tibia esquerda.

Foi atendido no hospital regional de Cajazeiras, onde foi realizado limpeza e assepsia das escoriações, sutura das lesões passíveis de rafia, curativo, medicado e realizado exames de imagem que evidenciaram a fratura.

Ao exame, constatamos que o mesmo apresenta cicatriz em membro inferior esquerdo. Relata dor e parestesia em tornozelo esquerdo, apresentando limitação para deambular (utiliza moleta), com deformidade associada.

Do exposto, concluímos que há limitação funcional do tornozelo esquerdo em torno de 78%, com prejuízo para a deambulação, além de deformidade e dor crônica no referido membro.

Cajazeiras, dia 29/03/2017.


Médico
CRM-PB: 8790

Dr. Francisco Carlos Oliveira Junior
CRM – PB: 8790



HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS						ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Francisco Helder R. de Silva</i>				IDADE <i>19A</i>	SEXO <i>M</i>	COR
DATA <i>23/08/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL <i>120x60</i>	PULSO <i>98</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO <i>OK</i>					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO <i>OK</i>					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIA			
ESTADO VENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALEGRIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADAS ÀS	EFEITO			
AGENTE ANESTÉSICO	02					INDUÇÃO		
LIQUIDO						Satisf. <input type="checkbox"/> Excit. <input type="checkbox"/> Tos. <input type="checkbox"/>		
						Laringo Espasmo: <input type="checkbox"/> Lenta <input type="checkbox"/>		
						Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>		
						Outros: <input type="checkbox"/>		
						MANUTENÇÃO		
						<i>Cefazolin 2g CV</i>		
						ANESTESIA SATISF. Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
						Não Por Que <input type="checkbox"/>		
						DESPERTAR		
						Reflexos na SO <input type="checkbox"/>		
						Obst: <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> Excit: <input type="checkbox"/>		
						Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>		
						Outros <input type="checkbox"/>		
						Com Câmbio <input type="checkbox"/>		
						Fase o Leite: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
						CONDIÇÕES:		
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES								
ANOTAÇÕES								
AGENTES	<i>A - Profina - 0,1 B - Despropolona Depokem - 2mg C - Midazolam - 8mg</i>							
TÉCNICA	<i>Respiratório - máscara - tubo endotraqueal - 7,0</i>					CANULAS		
OPERAÇÃO	<i>Proctoscopia</i>							
CIRURGIÃO	<i>Robson</i>							
ANESTESISTAS	<i>Abraão Pereira Filho</i>							
OBSERVAÇÕES	<i>Médico - Anestesiologista</i>							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS	SRW/PB 0507					PERDAS SANGÜÍNEAS		



Hospital

Nome do Paciente *Francisco Keld de Almeida Silva* N° Prontuário

Data Operação *10/12* Enf. Leito

Operador *Dr. Fulvencio* 1° Auxiliar

2° Auxiliar 3° Auxiliar Instrumentador

Anestesista *Dr. Abrão* Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório *Perda de função (E)*

Tipo de Operação *banca fixa*

Diagnóstico Pós-Operatório *Ok*

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato *Sim*

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

*Preparação sob anestesia e realização:
limpeza, aspiração e costura de pele;
Aparição do campo cirúrgico;
incisão e fase a nível proximal + PT;
Drenagem por pleuro;
Procedimento para - fixação + fratura do osso
no do braço;
fixação e bloqueio imediato bloqueio de sub costal
to do osso por;
Sutura por pleuro;
curativos*

Dr. Palmeiro Mendonça
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 20194/2019 (CRM-PA 198)

Gráfica IDEAL (83) 3331-2442

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Not intended for official interpretation.

FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

09-14/12/2016

M 2/13/1998

1

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

- kV, - mAs

UNIQUE S200 L4.0 FB d:1.1 g:2.25 sb:4.92 eq:1 nr:0 dc:3.2 ...

Zoom 100%



Not intended for official interpretation.

FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

49-14/12/2016

M: 2/13/1998

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

-KV: -mAs

UNIQUE S200 L4.0 FB d:1.1 g:2.25 sb:4.92 eq:1 nr:0 da:3.2 ...

Zoom 100%



L
SD mm

5:56 PM
12/14/2016





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____

2 - CNES: _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS**

4 - CNES: **2 | 6 | 1 | 3 | 4 | 7 | 6**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **Francisco Heloísa da Silva**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: **1607283**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **9020161376149152111-16**

8 - DATA DE NASCIMENTO: **13-11-1978**

9 - SEXO: MASC. FEM.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Francisca Heloísa da Silva**

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **Rua ...**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **...**

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: **258690** 15 - UF: **PB** 16 - CEP: **57000-000**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **Rpt. vítima de acidente motorista exposto aos ferros (E) 614 (A)**

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: **Acervo Cirúrgico**

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **Exatidão física**

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **Fratura exposta fêmur E**

21 - CID 10 PRINCIPAL: **8622**

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **Trat. cir. fr. exp. fêmur E**

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **10910XP01000**

26 - CLÍNICA: _____

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: _____

28 - DOCUMENTO (CNS/CPF): _____

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **Dr. João Dantas Gualberto**

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **Dr. João Dantas Gualberto**

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **11/07/2016**

32 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: **CRM-4382 TE078514**

33 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: **033004382**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA: _____

37 - Nº DO BILHETE: _____

38 - SÉRIE: _____

39 - CNPJ EMPRESA: _____

40 - CNAE DA EMPRESA: _____

41 - CBOR: _____

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: _____

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: _____

45 - DOCUMENTO (CNS/CPF): _____

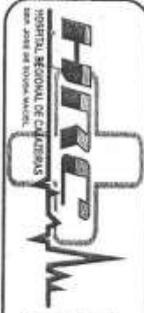
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **11/07/2016**

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **[Assinatura]**

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____





Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

197

INFORMAÇÃO

Amigão

Informe para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

Nome FELICISSA LECRINE ALVES DA SILVA N.º 159655 150003

Cartão Nacional de Saúde (CNS) 2101041319161419151210101016

Data Nascimento 13 10 1998 Residente à (Rua, Av.) _____

Cidade SÃO MTO GROSSO N.º _____ Bairro _____

Cidade VIÇOSA UF PB Segurado ou Dependente _____

19110 20 Socorro Grau Parentesco Mãe

no qual dou fé _____

Funcionário Responsável

Paciente Responsável

Gráfica IDEAL (83) 3531-2442



Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr. _____ Observação N° _____
Nome: FRANCISCO LAURDGE ALVES DA SILVA Filho de: _____
e de MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA
Residência: SÍTIO MATO GROSSO - JIRAUVA Idade: 18
Cor _____ Sexo MASCULINO Estado Civil SOLTEIRO
Naturalidade _____ Profissão: AGRICULTOR
Internado em 15 de JULHO de 16

Anamnese: (Histórico da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Rte história de acidente de usf
e fratura exposta GII (A) perna E

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Exposicao óssea + perda de substâncias

Exames Complementares: (Raios X, Laboratório)

Rx Perna E

Diagnóstico:

fratura exposta ossos perna E
GII (A)

Gratuito IDEAL (03) 3531.2442





Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome Froeneseo Helder Alves Idade Enf. 119 Leito 04

Data	Hora	Anotações	Temp.	Pulso	Respiração	Pres. Art
14/07/16	22:00	paciente admitido nesta sala da clínica cirúrgica, proveniente do bloco cirúrgico; com distúrbio respiratório na primeira E, consciente, orientado, verbalizando, em estado agitado, não apresenta queixas no momento e segue sob cuidados da equipe				
		Nayane Lima D. Pereira Enfermeira COREN-PB: 960.035				
15/7/16	08:00	Paciente em pós de fratura exposta de M.I.G., sem ECG, consciente, orientado, verbalizando, Res-tinto no leito, acuidade dos reflexos, de irradiação presentes, com dor em M.I.G. Amarelo				
			36.5	76	17	90x60
15/07/16	20:00	SSVV — x —	36.7	76	16	90x60
16/07	08:00	SSVV — — — consciente, orientado, verbalizando, deambula com auxílio	36.5	82	18	90x60
16/07/16	20:00	SSVV — — —	36.3°C			100x70
17/07/16	8:00	SSVV — — — consciente, orientado, calma, verbalizando, higienizada aci-ta admitida sem queixas gerais	35	82	16	90x60
17/07/16	19:00	SSVV — — —				

Gráfica IDEAL (83) 3531-2442



HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS				ENFERMARIA	LEITO	N° PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Francisco Meidan A. da Silva</u>			IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO				DENTES		PESCOÇO	
ESTADO VENTAL				ATARÁXICOS		CORTICÓIDES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ALEGRIA		HIPOTENSORES	
ANESTESIAS ANTERIORES				ESTADO FÍSICO		RISCO	
MEDICAMENTO PRÉ-ANESTÉSICO				APLICADAS ÀS		EFEITO	
AGENTE ANESTÉSICO	02			INDUÇÃO			
LÍQUIDO				Satisf. _____ Excit. _____ Tos. _____ Laringo Espasmo: _____ Lenta _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
CÓDIGO VP - ARTERIAL; OP - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANEST. - A: OPERAÇÃO	260			MANUTENÇÃO			
	240			Procedimento por intubação traqueal 			
	220			ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____			
	200			Não Por Que _____			
	180			DESPERTAR			
	160			Reflexos na SD _____			
	140			Obst.: _____ CO _____ Excit.: _____			
	120			Náuseas: _____ Vômitos: _____			
	100			Outros: _____			
	80			Com Cânula _____			
	60			Para o Leito: Sim _____ Não _____			
	40			CONDICÕES: _____			
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES					CÂNULAS		
ANOTAÇÕES	Clonidina 1g + Dipirone 1g + Planal Day						
AGENTES	Mac hipe 1g + Dipirone 1g + Planal Day						
TÉCNICA	Requionestermim						
OPERAÇÃO	Fratura exposta						
CIRURGIÕES	Dr. Gons						
ANESTESISTAS	Dr. Baibane						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS				PERDAS SANGÜÍNEAS			



Hospital

Nome do Paciente **F^{co} Welder Alves DA SILVA** N° Prontuário

Data Operação **14/07/16** Enf. Leito

Operador **Dr. Janio Dantas** 1° Auxiliar

2° Auxiliar 3° Auxiliar Instrumentador

Anestesista **Dr. Bastian** Tipo de Anestesia **Rospir**

Diagnóstico Pré-Operatório **Fc exposto em (A) para**

Tipo de Operação **Tort. de sequeção com para**

Diagnóstico Pós-Operatório

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

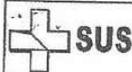
- 1) Abc sul esquerda
- 2) Anestesia anti-sepsis
- 3) Acesso de campo
- 4) Anestesia traqueal, perfuro c/ ST 29/45/100
- 5) Manobra de para fixação / grande comissura
- 6) Redução de hernia
- 7) Colocação de fitas externas c/ 02 pontos
- 8) Sutura por planos + curativos

Dr. Janio Dantas
Ortopedia
CRM 43027-0/RS
07/00/16

Gráfica IDEAL (RS) 3335-3442



Ata Declaratório



Sistema Único da Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
 2 - CNES
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
 4 - CNES

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

2 | 6 | 1 | 3 | 4 | 7 | 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
 6 - Nº DO PRONTUÁRIO
 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
 8 - DATA DE NASCIMENTO
 9 - SEXO
 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
 15 - UF
 16 - CEP

Marcos Helton da Silva

1607223

20201376149152111-16

13/01/1978

MASC. FEM.

3

Mãe: ...

DDD

Endereço: ...

Município: ... 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 25690 15 - UF: PB 16 - CEP: ...

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
 Rpt. (último de acidente motor) paciente expõe essa ferida (E) 6 II (A)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
 Ferimento aberto

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
 Exames físicos n/ó

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
 Ferimento aberto

21 - CID 10 PRINCIPAL
 22 - CID 10 SECUNDÁRIO
 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
 Trat. cir. H. ...
 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
 26 - CLÍNICA
 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
 28 - DOCUMENTO
 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA
 37 - Nº DO BILHETE
 38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA
 40 - CNAE DA EMPRESA
 41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
 () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
 45 - DOCUMENTO
 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR





PREFEITURA DE UIRAUNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
192 FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Nº SOLICITAÇÃO: _____ DATA: 19/10/2016 VIATURA: _____ USA: _____ USB: _____ CRM: _____

MEDICINA REGULADORA(DR(A): _____

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: _____ N° _____

BAIRRO: Silva medicepovo CIDADE: _____ ESTADO: BL

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

PACIENTE USUÁRIO: _____ LOCAL DE TRABALHO: VIA PÚBLICA

SEXO: MASC. FEM. SOLICITANTE: _____

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICA TRAUMÁTICA PEDIÁTRICA GINECO-OBSTÉTRICA PSIQUIÁTRICA CIRÚRGICA

APOIO NO LOCAL

CORPO DE BOMBEIROS POLÍCIA MILITAR POLÍCIA CIVIL POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

DEFESA CIVIL CPTRAN SITRANS IML OUTRO

AValiação PRIMÁRIA

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAl. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> PERÍCIAS <input type="checkbox"/> RESF. RUIZOSA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEIA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> APNEIA	<input checked="" type="checkbox"/> EXPANSIBILIDADE <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR <input type="checkbox"/> MURMÚRIOS VESICULARES <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DOMINADO <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> HIPERTIMPANISMO <input type="checkbox"/> MACICEZ	<input type="checkbox"/> PULSO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FINO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> FERRUSO <input type="checkbox"/> PRIMAL <input type="checkbox"/> REPRIMIDA <input type="checkbox"/> AGENTE	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> SONOLÊNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA

SINAIS VITAIS E DADOS COMPLEMENTARES

EVOLUÇÃO	P.A. mmHg	F.C. bpm	F.C. / bpm	Temp. °C	SaO ₂ %	GLASGOW			GLICEMIA CAPILAR mg/dl
						A.O.	R.V.	TOTAL	
INICIAL	140 x 100	77	42%	36	96	04	05	14	121
FINAL	90 x 70	78	96	36	96	05	05	14	?

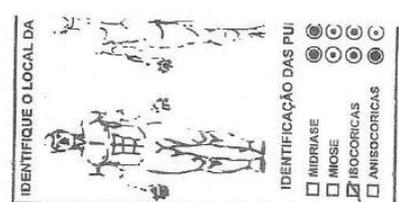
PASSAGEM DO CASO PARA BASE

SOLICITADO APOIO DA USA NÃO SIM QUAL USA _____

OBS.: SOMENTE SE O PREFIXO DA VIATURA AÇIONADA FOR USB.

AValiação SECUNDÁRIA

PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX
<input type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA <input type="checkbox"/> FRIA <input type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> ÚMIDA <input type="checkbox"/> SECA	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> HEMATOMA <input type="checkbox"/> AGUDAMENTO <input type="checkbox"/> FER. PENETRANTE	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> FER. OCULAR	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> HEMATOMA <input type="checkbox"/> DESVIO DA TRAQUEIA <input type="checkbox"/> ENFISEMA SUB-CUTÂNEO	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> TÓRAX INSTÁVEL <input type="checkbox"/> RESF. PARADOXO <input type="checkbox"/> TAMPONAMENT.
ABDOMEN	PELVE	COLUNA DORSAL	MEMBROS	
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> DISTENDIDO <input type="checkbox"/> EM TABUA <input type="checkbox"/> DOLOROSO <input type="checkbox"/> EVISCERAÇÃO	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> INSTABILIDADE	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> HEMATOMA <input type="checkbox"/> DOR	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO <input type="checkbox"/> FRATURA <input type="checkbox"/> FECHADA <input type="checkbox"/> ABERTA <input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO	



DADOS COMPLEMENTARES

GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO
 HEMORRAGIA VAGINAL
 TRABALHO DE PARTO
 0-1 CONTRAÇÃO / 10MIN.
 2-4 CONTRAÇÕES / 10MIN.
 >5 CONTRAÇÕES / 10MIN.
 SANGRAMENTO
 PERDA DO TAMPÃO MUCOSO
 BOLSA ROTA
 NASCIMENTO

HISTÓRIA PROGRESSA

DROGAS
 HAS
 PROBLEMAS RESPIRATORIOS
 MEDICAMENTOS
 OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

VENTILADOS	CIRCULATÓRIOS	RESGATE	OUTR
<input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO V.A. <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO V.A. <input type="checkbox"/> CANULA DE GUEDEL <input type="checkbox"/> OXIGENAÇÃO 1min. <input type="checkbox"/> MASCARA <input type="checkbox"/> CATETER <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MANUAL <input type="checkbox"/> OXIMETRIA <input type="checkbox"/> ENTUBAÇÃO TRAQUEAL <input type="checkbox"/> VIA ORAL <input type="checkbox"/> VIA NASAL <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA	<input checked="" type="checkbox"/> ACESSO VENOSO <input checked="" type="checkbox"/> PERIFÉRICO <input type="checkbox"/> CENTRAL <input type="checkbox"/> DISSECAÇÃO <input type="checkbox"/> INTRA-OSSEO <input type="checkbox"/> CONTROLE DE HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> MASSAGEM CARDIACA <input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO <input type="checkbox"/> MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO <input type="checkbox"/> E.C.G.	<input checked="" type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL <input type="checkbox"/> ESTABILIZADOR DE CABEÇA <input type="checkbox"/> TALAS <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> TRACÃO <input type="checkbox"/> FRANCHIA LONGA <input type="checkbox"/> MACA <input type="checkbox"/> MACA A VÁCUO <input type="checkbox"/> CADEIRA DE RODAS <input type="checkbox"/> RAPEL <input type="checkbox"/> DESENCARCERAÇÃO	<input type="checkbox"/> ORTOGIRENO <input type="checkbox"/> DRENAGEM TC <input type="checkbox"/> HEMITÓRAX <input type="checkbox"/> HEMITÓRAX <input type="checkbox"/> PUNÇÃO PL. <input type="checkbox"/> SONDAS VES <input type="checkbox"/> S.O.G. <input type="checkbox"/> S.N.G. OUTROS: _____

COO. BR - Gráfica F4 (03) 3534 1106



TRAUMA / VIOLÊNCIA	CAUSAS EXTERNAS	ACIDENTE DE TRÂNSITO	POSIÇÃO DA VÍTIMA
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> ESPAÇAMENTO <input type="checkbox"/> QUESADA <input type="checkbox"/> MESMO NÍVEL <input type="checkbox"/> ALTURA (____ mts) <input type="checkbox"/> SOTERRAMENTO <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> GRAU <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> ÁREA CORPORAL _____ % <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO <input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA <input type="checkbox"/> SUBSTÂNCIA _____ <input type="checkbox"/> ANIMAS _____ <input type="checkbox"/> OUTRAS _____	<input type="checkbox"/> CHOQUE <input type="checkbox"/> COLISÃO <input type="checkbox"/> CAROTAMENTO <input type="checkbox"/> TOMBAMENTO <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> QUEDA <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> MOTOCICLETA <input type="checkbox"/> NÃO SABE <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> MOTOCICLETA <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> CAMINHÃO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> MOTORISTA <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO DIANTEIRO <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO TRASEIRO <input type="checkbox"/> DIRETO <input type="checkbox"/> CENTRAL <input type="checkbox"/> ESQUERDO <input type="checkbox"/> SITUAÇÃO DA VÍTIMA <input type="checkbox"/> DENTRO DO VEÍCULO <input type="checkbox"/> NÃO ENCARCERADA <input type="checkbox"/> ENCARCERADA <input type="checkbox"/> ELETADA <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO <input type="checkbox"/> OUTROS _____
<input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> USO DO CAPACETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

DIAGNÓSTICOS

MATERIAL UTILIZADO

MOTIVO DO TRANSPORTE

Apoio Diagnóstico Serviço de Maior Complexidade Transferência Simples

Outro

DESTINO DO PACIENTE

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE:
 RESPONSÁVEL: Dr. Jean- Yves Farias
 FUNÇÃO: Medico Chefe de Pronto Socorro

ATENDEMENTO SEGUNDO MORTALIDADE

ÓBITO NO LOCAL SEM ATENDIMENTO APÓS ATENDIMENTO

ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE ÓBITO LOGO AO CHEGAR AO DESTINO

INTERCORRÊNCIAS NO ATENDIMENTO

RECUSOU ATENDIMENTO RECUSOU TRANSPORTE ACIDENTES DE TRABALHO

QTA / CANCELAMENTO PROBLEMA COM AMBULÂNCIA OUTRAS: _____

TERMO DE RECUSA

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento disponibilizado pelo SAMU 192 - Uiraúna-PB, ne oportunidade.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

R.G.: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico: _____ CRM: _____

Enfermeiro: Antônio Cabral COREN: _____

Téc. de Enfermagem: Luciana COREN: _____

Conduzir Socorrista: Marcilaine COREN: _____

Mat: Antônio Cabral de Almeida COREN-PB: 327650

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

Tranquilizante, Acetil de salicilato de sódio

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

paciente vitimo de queda de moto, consciente
orientado, hidratado, apresentando dor abdominal
MT e Encomendado para o hospital regional de
capoazeiro.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- Ansiedade Copiabilidade Acetilativa Incompreensão Diminuída Comunicação Verbal Prejudicada Contato Aguda Deambulação Prejudicada Dúctio
- Cefaleia Diminuída Desorientação Ineficaz dos VMA Disorientação Auditiva Dor Aguda Hipertensão Hipotensão Integridade da Pele Prejudicada
- Integridade Tissular Prejudicada Medo Ineficácia e Atividade Músculos Orel Prejudicada Perda Respiratório Ineficaz Perda Tissular
- Central Ineficaz Perda Tissular cardiopulmonar Ineficaz Perda Tissular Gastrointestinal Ineficaz Perda Tissular Renal Ineficaz Perda Tissular
- Ineficaz Tocos do Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Volume
- Reabrigo Urinária Percepção Sensorial Prejudicada Percepção Social Prejudicada Incontinência Intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Constipação
- Outros _____





CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476 CGC/CPF: 08.778.268/0020-23

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

END.: RUA TABELIAO ANTONIO HOLANDA

MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

Nome: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Raça/Cor: SEM INFORMAÇÃO

Dt. Nasc: 13/02/1998 Idade: 18 ano(s) mst(es) de idade dia(s) de idade Sexo: M

Mãe: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA Documento: RG 4.159.654 SSP/PB Nº:

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: SÍTIO MATO GROSSO

Bairro: ZONA RURAL

Município-UF - CEP - IBGE: UIRAUNA - PB - 58915000 - 251690

Telefone para contato (83) 3531-3563 / (83) 99966-1035 CNS:

Data e Hora: 14/07/2016 18:15:30

PESO: SSVV PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Vítima de acidente motorciclístico ocorrido há 02 horas com grande fratura exposta de perna esquerda. Sem outros traumas. Normotenso, euglicêmico, consciente e orientado.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

Dr. Jairo Dantas Guahberti
Ortopedia e Traumatologia
CRM 43827/7-01-6514

RECEPCIONISTA: KARLA GIOVANNA

1. Dignidade
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS
Camp + S/O 07/2500ml IV endo 08/33

01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:
Rx de perna esquerda + Au. Traumatol. -
Ortopedista.

DIAGNÓSTICO:
Fratura exposta de perna esquerda

MEDICAÇÃO:	ENCAMINHAMENTO:	CID-10:
<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> 2. APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	
	<input checked="" type="checkbox"/> RESIDENCIA	
	<input type="checkbox"/> OBITO	
	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	
	<input type="checkbox"/> OUTROS:	

1.	1031011016041916
2.	
3.	0310111010001811

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(S) ASSISTENTE(S):
Dr. Jean-Yves Farias
Médico Cirurgião Geral
CRM 23318

ASS. DO PACIENTE/COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL
ASS. DO REVISOR TÉCNICO
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

CADASTRO: 7988





ADITAMENTO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 418/2016 - DPVAT

Natureza da ocorrência: **SINISTRO DE TRANSITO**

Data do fato: **14/07/2016** hora: **15h30min**

Notificante: JÁ QUALIFICADO NO BO 418 **FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA**, 18 anos de idade, alcunha " ", Nacionalidade: BRASILEIRO, naturalidade: , nascido(a) em 13/02/1998, documento: RG 4.159.654 SSP/PB, CPF 013.725.924-74, Profissão: ESTUDANTE, filho(a) de FRANCISCO CESANILDO DA SILVA e de MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA, endereço: Sítio JOÃO FERREIRA, UIRAÚNA/PB, referência: , TELEFONE PARA CONTATO: 83 9. 9304-8818.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: DANILO CHARBEL NEWMAN MACIEL

Vítima: O(a) **NOTIFICANTE**.

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE, no dia 14/07/2016, vinha do sitio Quixaba de baixio para o sitio Mato Grosso, QUE, ao chegar em uma curva, um veículo veio em sua direção na contra mão e colidiu com o comunicante, QUE, no sinistro o mesmo teve fratura na perna esquerda, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Cajazeiras/PB, QUE, moto está HONDA/PB 100, ANO:2011, Cor Vermelha, PLACA oew-9239, CHASSI: 9c2hb0210br516064, em nome de Geraldo Pedro de Figueira, QUE diante dos fatos o notificante veio a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos do seguro DPVAT. Nada mais a consignar.



Uiraúna/PB, quarta-feira, 11 de janeiro de 2017 às 11:16

Francisco Helder Alves da Silva
NOTIFICANTE

Maxwell Francis do Nascimento Matias
Assinatura do Policial responsável pelo registro
MAXWELL FRANCIS DO N. MATIAS
MATRÍCULA: 182.196-2



DECISÃO

Genericamente, o autor aduz não ter condições de arcar com as custas processuais.

O art. 5º, LXXIV, da Constituição Federal, prescreve que "o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos".

Vale ressaltar que o Magistrado poderá conceder a gratuidade de justiça em relação a algum ou a todos os atos processuais, ou reduzir percentual de despesas processuais que o beneficiário tiver de adiantar no curso do procedimento (art.98, §5º, do CPC/2015).

O novo Código de Processo Civil determina que o magistrado poderá indeferir o pedido de gratuidade judiciária quando não houverem elementos nos autos necessários a sua concessão, devendo, antes, oportunizar a parte a comprovação do alegado em exposição fática(Art. 99, §2º, CPC).

Assim, intime-se a parte autora, por seu advogado (pje), para juntar a informação de quanto seriam as custas (sugiro que faça simulação no *site* do TJPB e gere o pdf com o resultado/boleto) e dos seus próprios ganhos/rendimentos (seja contra-cheque ou/e, se autônomo declaração de IRPF) para que este magistrado possa bem decidir quanto à gratuidade requerida, no prazo de 5(cinco) dias(Art. 218, §3º, CPC), **sob pena de cancelamento da distribuição da presente ação**, vez que considero tais documentos imprescindíveis ao ajuizamento.

Intimações necessárias.

Uiraúna/PB, data pelo sistema.

FCO. THIAGO DA S. RABELO

Juiz de Direito



Fica o advogado da autora INTIMADO para fins do despacho ID 22916214.

Uiraúna-PB, 23/09/2019

Técnica Judiciário



Procedo à juntada, em anexo, de petição em arquivo eletrônico, tipo “Portable Document Format” (.pdf)



**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA COMPETENTE
POR DISTRIBUIÇÃO DA COMARCA DE UIRAÚNA/PARAÍBA**

FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA, devidamente qualificado nos autos em epígrafe na que move em desfavor do **AÇÃO DE COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DE TRÂNSITO- DPVAT** que move em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGUROS DPVAT S/A**, igualmente qualificado, por meio de sua procuradora subscrita vem, respeitosamente, a presença de Vossa Excelência, em atenção ao r. despacho de ID nº. 22916214, expor e requerer o que segue:

I - DOS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA

A parte Autora se declarou e se declara pobre (**hipossuficiente**) na forma da Lei 1.060/50 e da Lei 7.115/83, pelo que não possui condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios.

Conforme o que dispõe a Lei da Assistência Judiciária (Lei nº 1.060/1950), considera-se necessitado aquele cuja situação econômica não lhe permita pagar as despesas judiciais ou honorários advocatícios, sem prejuízo da própria sobrevivência (e/ou de sua família):

Art. 2º. (...) Parágrafo único. Considera-se necessitado, para os fins legais, todo aquele cuja situação econômica não lhe permita pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo do sustento próprio ou da família.



Assim, para que o carente possa gozar dos benefícios da assistência judiciária, insculpidos no art. 3º da Lei nº 1.060/1950, basta apenas que afirme que não tem condições do pagamento das custas sem abalo em sua condição econômica. No mais, prescreve o art. 4º da lei em comento:

Art. 4º. A parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família.

Se for observado o NCPC, o art. 99, § 3º, este dispõe em sentido semelhante: “Presume-se verdadeira a alegação de insuficiência deduzida exclusivamente por pessoa natural”.

E ainda, de acordo com o que especifica o art. 133 da Constituição Federal, o Advogado é indispensável à administração da justiça, desempenha serviço público (*múnus público*) e não uma simples atividade de garantia de interesses particulares. Compete ao Patrono a defesa de seu “cliente” (inclusive, dos necessitados), em todos os graus.

Ademais, as custas judiciais do TJPB, se comparadas com a de outros estados, é, uma das mais altas. Podendo-se dizer que custas elevadas impedem o acesso ao judiciário (art. 5º, XXXV, CF).

Inclusive, a garantia de assistência jurídica e integral é prevista na CRFB/1988, em seu art. 5º, LXXIV. *In litteris*: “O Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos”.

O dispositivo constitucional acima citado comporta *duas garantias*: **(i)** a de assistência jurídica integral, *geralmente* realizada pela Defensoria Pública (não excluindo o Advogado particular) e, **(ii)** a gratuidade da justiça (Assistência Judiciária Gratuita – AJG).

Não custa frisar, que, o patrocínio por advogado particular, também não é óbice à concessão da justiça gratuita **(art. 99, § 4º, CPC/2015)**.

A justiça gratuita trata-se da isenção de despesas para que as pessoas necessitadas, hipossuficientes (*ainda que temporariamente sem recursos*) possam defender seus direitos na via judicial. Encontrando-se bem regulada, delineada, na Lei 1060/50 e nos arts. 98 e seguintes do NCPC.



Quer isso dizer que pessoas físicas (ou jurídicas), com insuficiência de recursos, que declarem de próprio punho que não tem meios suficientes para pagar custas, despesas com o processo e honorários de advogado, fará jus ao benefício da gratuidade judiciária. **Não se exige, pois, muitas formalidades.**

A bem de ver, **o Promovente cumpre com todos os requisitos para a concessão da benesse.** Não havendo motivo plausível para que fosse negado, de pronto, o benefício.

Com efeito, corroborando as informações prestadas, segue anexo, cópia da CTPS do autor, atestado médico e certidão do cartório de registro de imóveis.

II- DOS PEDIDOS

Ante o exposto, requer-se:

a) Seja concedido o **benefício de assistência jurídica** gratuita ao Promovente, tendo em vista que não possui condições econômicas para arcar com as custas processuais, sem prejuízo de seu próprio sustento e sua família;

Nestes termos, pede deferimento.

UIRAÚNA – PB, 17 de OUTUBRO de 2019.

ANA FLÁVIA Alves **MATIAS**
ADVOGADA
OAB PB 21.451





MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

200.43964.95-2

3604861

0050

PB

Flávia Helen Alves da Silva

ASSINATURA DO TITULAR



ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

IDENTIDADE: _____ PARA: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ DOCUMENTO: _____

NOME: _____

SUFIXO: _____

NOME: _____ DOCUMENTO: _____

NOME: _____ DOCUMENTO: _____

L E G E N D A

1 - DADOS PESSOAIS 2 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO 3 - DADOS DE VIDA CIVIL 4 - DADOS DE VIDA PROFISSIONAL

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

25116 3804061 50

FILIAÇÃO: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA
FRANCISCO CESAR LDO DA SILVA
13027088

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: SOLTA - PI

DOCUMENTO: R.O. - 419684 - 18042013 - 55DS - PI

LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 013.725.824-74

TIT. ELEITOR: _____

LOCAL DE EMISSÃO: AARR - CAJAZUMA

DATA DE EMISSÃO: 13/05/2013

Assinado eletronicamente por: ANA FLAVIA ALVES MATIAS

DATA DE ASSINATURA: 17/10/2019

Assinado eletronicamente por: ANA FLAVIA ALVES MATIAS

DATA DE ASSINATURA: 17/10/2019

03



REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

PROFISSÃO	PROF. N.	SOB. N.	LIVRES N.
ABRIGADO			
ADVOGADO			
ARQUITETO			
BIOMEDICINA			
ENFERMEIRO			
ENFERMEIRO(A)			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE PÚBLICA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE COMUNITÁRIA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE ESCOLAR			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE FAMILIAR			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE INFANTIL			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE MENTAL			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE PEDIÁTRICA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE PÚBLICA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE RURAL			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE UNIVERSITÁRIA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE VETERINÁRIA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE VISUAL			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE ZOOTÉCNICA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE COMUNITÁRIA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE ESCOLAR			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE FAMILIAR			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE INFANTIL			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE MENTAL			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE PEDIÁTRICA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE PÚBLICA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE RURAL			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE UNIVERSITÁRIA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE VETERINÁRIA			

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

PROFISSÃO	PROF. N.	SOB. N.	LIVRES N.
ABRIGADO			
ADVOGADO			
ARQUITETO			
BIOMEDICINA			
ENFERMEIRO			
ENFERMEIRO(A)			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE PÚBLICA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE COMUNITÁRIA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE ESCOLAR			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE FAMILIAR			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE INFANTIL			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE MENTAL			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE PEDIÁTRICA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE PÚBLICA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE RURAL			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE UNIVERSITÁRIA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE VETERINÁRIA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE COMUNITÁRIA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE ESCOLAR			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE FAMILIAR			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE INFANTIL			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE MENTAL			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE PEDIÁTRICA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE PÚBLICA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE RURAL			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE UNIVERSITÁRIA			
ENFERMEIRO(A) DE SAÚDE VETERINÁRIA			



CONTRATO DE TRABALHO

INDICAÇÃO:
 CÉLULA:
 NOME: UF:
 MUNICÍPIO:
 UF DO ESTABELECIMENTO:
 CBO: CBO N:
 PALETO: DE: IV:
 NOME:
 ENDEREÇO:
 Nº:
 DATA:
 LOCAL:
 DATA DE ASSINATURA:
 LOCAL DE ASSINATURA:
 Nº:
 DATA:
 LOCAL:

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO: DIABETE: SIM NÃO
 HISTERECTOMIA: SIM NÃO
 ALERGIAS: SIM NÃO
 DOADOR DE ÓRGÃOS (Doc. nº 171) de 12 de julho de 1976: SIM NÃO
 Nº:
 NOME:
 Nº:
 Nº:
 Nº:
 Nº:

07

08



CARTORIO MOUSINHO NONATO

CNPJ/MF 09.318.619/0001-13
Uiraúna - PB - 1 OFÍCIO - Serventia Extrajudicial
JOÃO NONATO FERNANDES NETO
Tabellão e Registrador

CLAUDIO MARCIO FERNANDES
Substituto

Escrituras, Procurações, Protestos, Registros de títulos e documentos ...

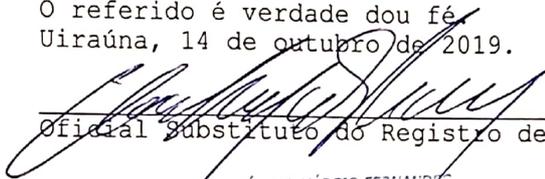
CLAUDIO MARCIO FERNANDES
OFICIAL SUBSTITUTO
CPF: 992.783.324-53

Rua Francisco Leão Veloso, 176, centro - Uiraúna - Paraíba - Fone: 83 3534-2688 / 83 3534-2688 E-MAIL cartoriouirauana@hotmail.com

Eu, CLAUDIO MARCIO FERNANDES, Oficial Substituto do Registro de Imóveis deste Registro de Imóveis desta cidade de Uiraúna, Estado do Paraíba, por nomeação legal na forma da lei, etc...

CERTIFICO, autorizado por lei e a requerimento verbal de pessoa interessada e para que produza seus devidos e legais efeitos, que dando buscas nos livros de registro de imóveis a cargo desta serventia, verifiquei não figurar como adquirente FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA, CPF 013.725.924-74.

O referido é verdade dou fé
Uiraúna, 14 de outubro de 2019.



Oficial Substituto do Registro de Imóveis

CLAUDIO MARCIO FERNANDES
OFICIAL SUBSTITUTO
CPF: 992.783.324-53

CARTÓRIO MOUSINHO NONATO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Rua Fco. Leão Veloso, 176 - Centro
CEP: 58.915-000 - Uiraúna - PB
Fone: (83) 3534.2688

Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba
SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO
Tipo Normal B
CERTIDÃO NEGATIVA DE
AJC07403-IA6K
Confira os dados do ato em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emolumentos R\$: 29,72
FARPEM R\$: 1,37 FEPJ R\$: 0,00

Scanned by CamScanner



EM BRANCO

Scanned by CamScanner





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Uiraúna

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800413-07.2019.8.15.0491

DESPACHO

1- Defiro os benefícios da justiça gratuita.

2- Por outro lado, considerando que a causa admite transação, por envolver direitos disponíveis, CITE-SE o requerido e INTIMEM-SE as partes para comparecerem a audiência de conciliação, para a possibilidade de autocomposição da lide, nos termos do art. 334, caput, do CPC, de acordo com pauta. Não havendo a autocomposição na audiência, o réu poderá oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data da prevista no art. 335, do CPC, sob pena de revelia.

3 – ressalte-se que o não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência designada é considerada ato atentatório a dignidade da justiça e será cominada multa de 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, nos termos do art. 334, §8º do CPC.

4 – As partes devem estar acompanhadas de seus advogados ou Defensor Público. Intime-se o autor por seu advogado, enquanto o réu por carta, com aviso de recebimento.

5– ESTE DESPACHO/DECISÃO SERVE COMO MANDADO.

CUMPRA-SE.

Uiraúna, data pelo sistema.

Fco. Thiago da S. Rabelo

JUIZ DE DIREITO





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

4ª Vara Mista de Sousa

Processo nº 0800413-07.2019.8.15.0491

DESPACHO

O Processo foi redistribuído para esta Unidade, em razão da desinstalação da Comarca de Uiraúna.

Observo, nesta oportunidade, que o feito não foi cadastrado perante o Juizado Especial Cível, porém, o despacho foi designando audiência, sem apreciação da Justiça gratuita.

Assim, CHAMO O FEITO À ORDEM, para tornar nula a última decisão, prosseguindo o feito nos termos do NCPC.

1. Diante da declaração da parte autora de que não possui condições de custear as despesas do processo e, ainda, pela ausência de elementos que infirmem tal declaração, **defiro a gratuidade da justiça**, sem prejuízo de sua impugnação, na forma do art. 100, do CPC.

2. Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e arts. 8º e 139, II, ambos do CPC, **deixo de designar a incontinenti audiência** de conciliação do art. 334 do CPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do CPC.

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

4. Por economia processual, no prazo de defesa a parte ré deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.



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

6. **NOMEIO** o **Dra. CLÁUDIA SARMENTO GADELHA** (médica, com endereço na Rua Coronel André Avelino, n 10, Sousa/PB, email cgadel@hotmail.com, telefone 83-99108-0787), cujos dados estão disponíveis na escrivania, para a realização do exame pericial, na forma do art. 465 do CPC independentemente de compromisso, em virtude do referido perito já ter realizado, nesta Unidade Judiciária, várias perícias similares a ora designada.

7. Após os prazos dos itens 3 e 5, comunique-se o perito acerca da sua nomeação, por e-mail, requisitando desde já, data e horário para realização de perícia no Fórum de Malta/PB. Com a informação intímem-se as partes para, no dia e hora indicados, comparecerem ao local de realização da perícia médica.

8. Cientifique-se o perito, informando-lhe de que deverá responder aos quesitos apresentados pelas partes, além dos seguintes quesitos do Juízo: a) O autor é portador de invalidez permanente ou lesão lhe cause debilidade? b) Em que consiste tal invalidez? As lesões comprometem as funções de que membros? c) A invalidez é permanente? Total ou parcial? Completa ou incompleta? d) Sendo a invalidez permanente parcial incompleta, as sequelas são de repercussão intensa, média, leve ou residual? e) Qual o grau de debilidade provocada pelas lesões identificadas, levando em consideração a tabela anexa à Lei nº 6.194/74? f) as lesões identificadas no autor são compatíveis com sequelas de acidente de trânsito como o narrado na inicial?

9. Após a apresentação do laudo pericial, intímem-se as partes para se manifestar no prazo comum de 05 (cinco) dias.

10. Adotem-se as providências necessárias ao pagamento do perito, depois de apresentado o laudo, expedindo o competente alvará ou transferindo-se os honorários periciais para conta bancária de titularidade do *expert*.

11. Em seguida, venham os autos conclusos.

Cumpra-se com os expedientes e diligências necessárias.

Sousa-PB, 23 de setembro de 2020.

Agilio Tomaz Marques

Juiz de Direito

(assinatura eletrônica)





PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
ESTADO DA PARAÍBA

4ª Vara Mista de Sousa

Rua Francisco Vieira da Costa, S/N, Raquel Gadelha, SOUSA - PB - CEP: 58804-725

ATO ORDINATÓRIO (ART. 349, CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAIS - CGJPB)

Nº DO PROCESSO: 0800413-07.2019.8.15.0491

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

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

De acordo com as prescrições do art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, e nos termos das Resoluções do Tribunal Pleno ns. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30/2019 e 03, 08, 09, 15, 21, 22, 23, 24, 25/2020 **INTIMO** as partes, por seus advogados, quanto a conclusão do procedimento de redistribuição dos presentes autos, prazo de 05 (cinco) dias, para os fins previstos nos arts. 3º e 4º, conforme o caso, dos referidos normativos legais.

SOUSA, 26 de setembro de 2020.

DALIVA LOPES ALVES
Analista Judiciário