



Número: **0800005-85.2020.8.18.0074**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Simões**

Última distribuição : **12/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA (AUTOR) | KEMERON MENDES FIALHO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|----------|--------------------|---|-----------------|
| 78310 21 | 12/01/2020 23:21 | Petição Inicial | Petição Inicial |
| 78310 23 | 12/01/2020 23:21 | Procuração Pública | Procuração |
| 78310 24 | 12/01/2020 23:21 | Docs Pessoais DEUSDETE | Documentos |
| 78310 25 | 12/01/2020 23:21 | contrato de comodato | Documentos |
| 78310 26 | 12/01/2020 23:21 | bo | Documentos |
| 78310 27 | 12/01/2020 23:21 | bo1 | Documentos |
| 78310 28 | 12/01/2020 23:21 | docs hospital | Documentos |
| 78310 29 | 12/01/2020 23:21 | ato declaratorio | Documentos |
| 78310 30 | 12/01/2020 23:21 | declaração do proprietário do veiculo | Documentos |
| 78310 31 | 12/01/2020 23:21 | seguradora lider | Documentos |
| 78310 32 | 12/01/2020 23:21 | cartão caixa | Documentos |
| 78310 33 | 12/01/2020 23:21 | dpvat 1 | Documentos |
| 78310 34 | 12/01/2020 23:21 | dpvat 2 | Documentos |
| 78310 36 | 12/01/2020 23:21 | docs da companheira | Documentos |
| 78310 37 | 12/01/2020 23:21 | certidão filhos | Documentos |
| 78310 38 | 12/01/2020 23:21 | endereço filhos | Documentos |

Petição Inicial e Documentos.



Assinado eletronicamente por: KEMERON MENDES FIALHO - 12/01/2020 23:21:11
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011223211117300000007483260>
Número do documento: 20011223211117300000007483260

Num. 7831021 - Pág. 1

06.981.344/0001-05

Tribunal de Justiça
Comarca de Marcolândia
Cartório do Ofício Único
Av. Constituição, 19 Centro
CEP 65000-000
Marcolândia - PI



PODER JUDICIÁRIO ESTADUAL DO PIAUÍ
JUÍZO DA COMARCA DE MARCOLÂNDIA
CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO

Marcolândia - PI
Fórum Des. Nilomar da Silveira Soares

José Ribamar de Macêdo

Tabelião Público

Adriano Francisco Rodrigues

Espécie Substituta

Leila Dias

Técnica Judiciária

FONE: (89) 3439.1150

JOSÉ RIBAMAR DE MACÊDO
TABELIÃO DESIGNADO

Livro nº 008

Folhas 096

PROCURAÇÃO BASTANTE QUE FAZ: DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA à KEMERON MENDES FIALHO
na forma abaixo declarada, etc...

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração bastante virem, que no ano do nascimento de Nosso Senhor Jesus Cristo, de dois mil e dezessete, (2.017), aos vinte dias do mês de janeiro do dito ano, nesta cidade de Marcolândia, Estado do Piauí, Em Cartório do Ofício Único, perante mim, Tabeliã Substituta Desiganda, compareceu como OUTORGANTE: DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA, portador da CI N° 876.941 - SSP-PI e do CPF n° 998.835.544-00, residente e domiciliado na Rua. 05, s/n, na Vila Serrani 01, no município de Araripina, Estado de Pernambuco. Reconhecido pelo próprio de mim Tabeliã Substituta Desiganda em vista dos documentos apresentados, perante as quais por elas me foi dito que por este público instrumento, e nos termos de direito nomeia e constitui seu bastante procurador o Sr. KEMERON MENDES FIALHO, brasileiro, solteiro, advogado inscrito nos quadros da OAB/PI n° 11.244, portador do RG n° 3292800-SSP-PI e do CPF n° 022.954.873-31, residente e domiciliado na Rua. Rodão Rodrigues, nº15, centro, Francisco Santos, Estado do Piauí, a quem concede amplos poderes para em seu nome e responsabilidade representá-lo e outorgando-lhe amplos gerais e ilimitados poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no art 38 do Código de Processo Civil, para que possam assim realizar todos os atos que forem necessário ao bom fiel cumprimento deste mandato, inclusive: assinar todos os documentos necessários para requerer a indenização DPVAT referente ao sinistro de DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA, o qual foi vítima de acidente automobilístico, em data de 03 de janeiro de 2017 as margens da BR 316, no município de Marcolândia - PI, perante à Seguradora Líder de Seguros DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder(Correios e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações. Dando tudo por bom e valioso. lavrei este instrumento que sendo-lhe lido, aceita e assina. Dispensadas as testemunhas de acordo com o Art. 215 § 5º, do Código Civil (lei n° 10.406/2002), assina a rogo do Outorgante que declarou ser analfabeto e que deixou sua impressão digital á margem e folhas deste Livro, Ana Clara de Sousa Alencar, pessoas idôneas e residentes e domiciliados nesta cidade conhecidas de mim Tabeliã Substituta Desiganda, do Ofício que o fiz, o digitei, conferi, subscrevi e assino. Em público e raso. Em testº (SINAL PÚBLICO) da verdade. A Tabeliã Substituta Desiganda, do Cartório do Ofício Único a) VANESSA DE CARVALHO RODRIGUES. Marcolândia - Piauí, 20 de janeiro de 2017... aa) Deusdete Joaquim da Silva e Ana Clara de Sousa Alencar. Era o que se continha em dita procuração a seguir para aqui bem e fielmente transladada do que dou fé dato e assino. Em Testº (Assinatura) da verdade.

Marcolândia - PI, 20 de janeiro de 2.017

Vanessa de Carvalho Rodrigues
VANESSA DE CARVALHO RODRIGUES

Tabeliã Substituta Designada do Cartório do Ofício Único

Vanessa de Carvalho Rodrigues
Tabeliã Substituta Designada
Ofício Único



2^a VEA



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Cartório do Registro Civil e do Registro de Imóveis da Comarca de Fronteiras - PI

Av. 07 de Setembro S/n Centro Fronteiras - PI
DIRACY OLIVEIRA - Oficial do Registro Civil
MARTA LUCIA ARCOVERDE RAMOS CARVALHO
-Oficial Substº. Portaria. N°.03/97

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME: DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA

MATRÍCULA: 0783110155 1982 1 00040 094 0005854 44

DATA DE NASCIMENTO POR EXENSO

DIA

MÊS

ANO

DEZ DE JULHO DE MIL NOVECENTOS E SESSENTA E SETE

10

07

1.967

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

--:-

FRONTEIRAS - PI

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

LOCAL/NASCIMENTO

SEXO

FRONTEIRAS - PI

MASCULINO

FILIAÇÃO:

MANOEL CABÔCLO DA SILVA e JOVITA ISABEL DA SILVA

AVÓS

PATERNOS: JOAQUIM CABÔCLO DA SILVA e MARIA ISADORIA DA CONCEIÇÃO
MATERNOS: MANOEL FRANCISCO RODRIGUES e ISABEL JOSEFA DA CONCEIÇÃO

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXENSO

NÚMERO

DEZESETE DE SETEMBRO DE MIL NOVECENTOS E OITENTA E DOIS

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

NÃO HÁ

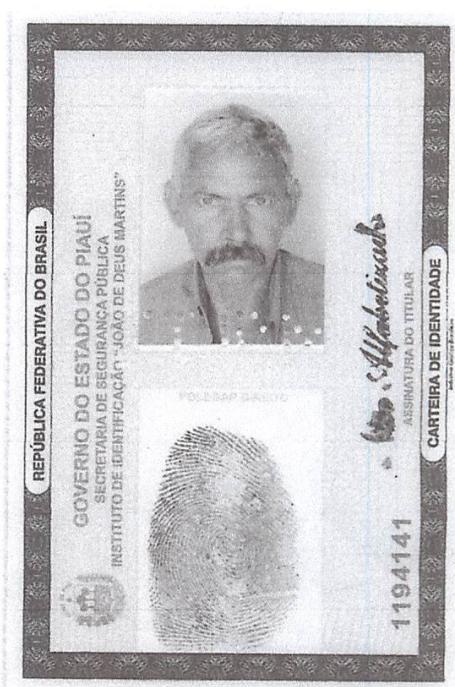
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Devo fôr
Fronteiras - PI, 08 de AGOSTO de 2.011.



Cartório do Registro Civil e do
Registro de Imóveis da
Comarca de Fronteiras - PI.

Diracy Oliveira

Oficial do Registro Civil



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

| | | | | |
|---|--------------------|--|-------------------|----------|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | REGISTRO GERAL | 876.941 | DATA DE EXPEDIÇÃO | 09/02/17 |
| GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ | NOME | DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA | | |
| SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA | FILIAÇÃO | JOVITA ISABEL DA SILVA MANOEL CABOCLO DA SILVA | | |
| INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JACO DE DEUS MARTINS" | NATURALIDADE | FRONTEIRAS - PI | | |
| | DATA DE NASCIMENTO | 10/07/1967 | | |
| | DOC. ORIGEM | CERT. NASC. 5854 L 040 F 094 | | |
| | CPF | EXP FRONTEIRAS - PI 08/08/14 998.835.544-00 das Chagas Pinheiro Martins | | |
| 1194141 | 1194141 | Perito Policial Assinatura do Delegado Classe E media | | |
| LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83 | | | | |

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

| | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------|-----------------------------|
| REPUB. FEDERATIVA DO BRASIL | TÍTULO ELEITORAL | IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA | REPUB. FEDERATIVA DO BRASIL |
| | | | |
| NOME DO ELEITOR | | POLEGAR DIREITO | |
| DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | Nº INSCRIÇÃO | D.V. | ZONA SEÇÃO |
| 10/07/1967 | 0019 3452 1503 | 084 | 0168 |
| MUNICÍPIO / UF | DATA DE EMISSÃO | | |
| ARARIPIA/PE | 28/08/2017 | | |
| JUIZ ELECTORAL | ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR | | |
| | VALIDADAMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL | | |

Ministério da Fazenda
Receita Federal
 COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
998.835.544-00

Nome
DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA

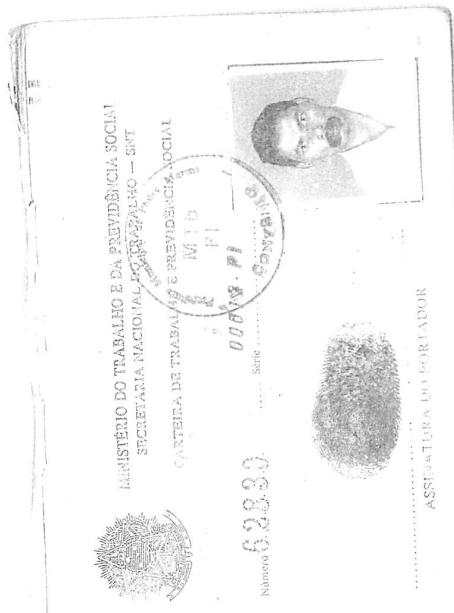
Nascimento
10/07/1967

CÓDIGO DE CONTROLE
DD29.131A.3D15.7A57



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 12:49:28 do dia 26/04/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA NACIONAL DE TRABALHO — SNT
CARTERA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Nimmo

ASSINATURA DO CORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Name Derrick Alexander Ok. S. L. S.

Loc. Naschbachstrasse 10, 1000 Wien 10
Filiale Morosch Lände 10, 1000 Wien 10
Geburts- und Taufschilde
Doc. nr. C-111111-0759, 1995, Wien 10

Chegada ao Brasil em...../...../..... Doc. Ident. n°.....

Exp. em..... /...../..... Estado.....

OBS..... Data Emissão: 03/07/2013 ERT

Assinatura do Funcionário

Non
Doc
Non
Doc
Non
Doc
Est.
Doc
Est.
Doc
Nas
Doc

e ...
e ...
e ...
Civi
Civi
cinq

10

.....

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

g

Assinado eletronicamente por: KEMERON MENDES FIALHO - 12/01/2020 23:21:12
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011223211184200000007483263>
Número do documento: 20011223211184200000007483263

Num. 7831024 - Pág. 4

CONTRATO DE COMODATO RURAL

Pelo presente instrumento de comodato rural para fins de exploração agropecuária, eu José Almeida do Nascimento CPF 20.228.483-49, Brasileiro (a), profissão Loteiro/Revisor, residente no sitio SENADOR FREIRE, município de SENACOS, estado do Piauí, proprietário rural da área denominada TERREIRA DA GAIARibe, numero do imóvel na RECEITA FEDERAL 11.631.52-18, código do imóvel no INCRA 00000000000000000000000000000000, Município de SENACOS, estado do Piauí, presto parte da área 00000000000000000000000000000000 hectares a título de comodato por tempo indeterminado a partir desta data 08/09/08, para o Sr Paulo Neto Joaquim Nº 3000-A e a Sra Antônio Almeida Silva, Brasileiros residentes no TERREIRA DA GAIARibe, município de SENACOS estado do Piauí, para juntamente com seu grupo familiar, plantar cultive e explore o que prover, cabendo ao comodatário zelar, guardar e fazer uso sobre a referida área, podendo criar animais domésticos desde que não venha causar prejuízos a terceiros.

O signatário do comodato tem direito a liberdade para operacionalizar com agentes financeiros instalados no município e ou região de solicitação de operação financeira formalizadas entre as partes.

Assina o presente contrato de comodato as partes contratantes na presença de duas testemunhas.

Simões 12 de ABRIL de 2012.

José Almeida do Nascimento
Contratante

Maria das Dores
Contratada

Antônia Maria Peris
Contratado

TESTEMUNHAS:

Maria Salete da conciliação no sítio Doc Nº _____.

Antônia das Dores Doc Nº _____.

Reconhecimento(s) firma(s) de Eu -
Dra. Verônica Fialho - Advogada
do sítio SENADOR FREIRE
Simões / PI 08/09/2012
em testemunha de Reverenda



Ueloso Vagos Se estiver
velho tem DAP.
Suaia Roldos



Assinado eletronicamente por: KEMERON MENDES FIALHO - 12/01/2020 23:21:12

<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001122321121310000007483264>

Número do documento: 2001122321121310000007483264

Num. 7831025 - Pág. 2



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLICIA CIVIL JUDICIARIA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SIMÕES/PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade: DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SIMÕES/PI Resp. pelo registro: APC Cleidenilson José de Carvalho
Data do registro: 21/02/2017 Hora do registro: 12h30min

DADOS DA OCORRÊNCIA

Número do B.O.: 99/2017, livro 01.

Ponto de Referência: BR-316, em frente ao posto fiscal
Data da ocorrência: 19/12/2016

Município: Marcolândia/PI

Município: Marcolândia / MT
Hora da ocorrência: 19:30hs

DADOS DO NOTICIANTE

Noticiante: DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA, RG: 876.941 SSP/SP, CPF: 998.835.544-00, brasileiro, natural de Fronteiras/PI, nascido aos 10/07/1967, filho de Jovita Isabel da Silva e de Manoel Caboclo da Silva, residente e domiciliado na Vila Serrânea-I, Rua 05, casa nº 142, município de Araripina/PE, ao lado da cidade de Marcolândia.

NATUREZA DO FATO:

QUEDA DE MOTOCICLISTA

VEÍCULO ENVOLVIDO

MOTOCICLETA HONDA POP100 I, ANO/MOD. 2016/2017, COR PRETA, PLACA PDG-9062/PE, CÓD. RENAVAM 1106461000, CHASSI 9C2JB0100HR503275, em nome de Edilma Oliveira Costa

NARRATIVA DO FATO

O noticiante compareceu a esta Delegacia para comunicar que no dia 19/12/2016, por volta das 19h30min, conduzia o veículo supra pela pista da BR-316; Que lembra que ao passar em frente ao posto fiscal de Marcolândia/PI, desgovernou o veículo e após isso caiu sobre a pista de rolamento da BR-316; Que após isso desacordou e somente retornou sua lucidez quando já estava no hospital Justino Luz de Picos/PI; Que lembra que em decorrência desse acidente bateu fortemente a cabeça na pista de rolamento, além de ter sofrido trauma e luxação do tornozelo do pé direito; Que enfatiza que quebrou esse tornozelo do pé direito; Que necessita do boletim de ocorrência para dar entrada no seguro DPVAT; Que apresenta para esse registro prontuário de atendimento nº 1038930 do nosocomio supra de Picos/PI. Era o que tinha a certificar.

Declaro para os devidos fins que as informações aqui prestadas são verdadeiras, estando ciente das consequências resultantes de declaração falsa, motivo pelo qual assino a presente ocorrência.

NOTICIANTE



Bel. Cleidenilson José de Carvalho
Agente de Polícia Civil
Mat. 227.218-X





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SIMÕES/PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade: DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SIMÕES/PI Resp. pelo registro: APC Cleidenilson José de Carvalho
Data do registro: 21/02/2017 Hora do registro: 12h30min

DADOS DA OCORRÊNCIA

Número do B.O.: 99/2017, livro 01.

Ponto de Referência: BR-316, em frente ao posto fiscal

Data da ocorrência: 19/12/2016

Município: Marcolândia/PI

Hora da ocorrência: 19:30hs

DADOS DO NOTICIANTE

Noticiante: DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA, RG: 876.941 SSP/SP, CPF: 998.835.544-00, brasileiro, natural de Fronteiras/PI, nascido aos 10/07/1967, filho de Jovita Isabel da Silva e de Manoel Caboclo da Silva, residente e domiciliado na Vila Serrânea-I, Rua 05, casa nº 142, município de Araripina/PE, ao lado da cidade de Marcolândia.

NATUREZA DO FATO:

QUEDA DE MOTOCICLETA

VEÍCULO ENVOLVIDO

MOTOCICLETA HONDA POP100 I, ANO/MOD. 2016/2017, COR PRETA, PLACA PDG-9062/PE, CÓD. RENAVAM 1106461000, CHASSI 9C2JB0100HR503275, em nome de Edilma Oliveira Costa.

NARRATIVA DO FATO

O noticiante compareceu a esta Delegacia para comunicar que no dia 19/12/2016, por volta das 19h30min, conduzia o veículo supra pela pista da BR-316; Que lembra que ao passar em frente ao posto fiscal de Marcolândia/PI, desgovernou o veículo e após isso caiu sobre a pista de rolamento da BR-316; Que após isso desacordou e somente retornou sua lucidez quando já estava no hospital Justino Luz de Picos/PI; Que lembra que em decorrência desse acidente bateu fortemente a cabeça na pista de rolamento, além de ter sofrido trauma e luxação do tornozelo do pé direito; Que enfatiza que quebrou esse tornozelo do pé direito; Que necessita do boletim de ocorrência para dar entrada no seguro DPVAT; Que apresenta para esse registro prontuário de atendimento nº 1038930 do nosocomio supra de Picos/PI. Era o que tinha a certificar.

Declaro para os devidos fins que as informações aqui prestadas são verdadeiras, estando ciente das consequências resultantes de declaração falsa, motivo pelo qual assino a presente ocorrência.

NOTICIANTE _____



Bel. Cleidenilson José de Carvalho
Agente de Polícia Civil
Mat. 227.218-X





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA NATENOR NEIVA,
BOMBA, PICOS/PI - 64601-391
HOSPITAL REGIONAL CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0384631

Registro: 360048

Data: 19/12/2016

Hora: 08:44:00

Funcionário: JACIRA

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 19

DEUSDENTE JOAQUIM DA SILVA

Nasc.: 10/07/1967 Idade: 49 ANOS, 5 MESES, 9 DIAS Profissão: LAVRADOR CPF: - RG: 876941 - SUS: 898003948212955
End.: SERRANA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Civil: OUTROS CEP: 64685-000
IBGE: 2205953 Cor: PARDA Mãe: MANOEL CABOCLO DA SILVA Cidade: MARCOLANDIA/PI
Telefone: () - Celular: (89) 9941-44646 Pai: JOVITA ISABEL DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL Documento: 5379 - CRISTIANA DE SOUZA LUZ SANTOS
Responsável: DEUSDENTE JOAQUIM DA SILVA - O MESMO Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 120x80

Procedimentos

19/12/2016 8:44 0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 223505
19/12/2016 9:42 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA 225125

Sem Vermelho - Emergência Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: DORES NO PE

Sintoma clínico/físico:

Traxume em PE D
Tremor e atropelamento, cyma
tendo dor e tremor no pe.

Diagnóstico provável:

NOTIFICAR?

Medicação:

Veltaren 0,5mg 2m 10/50 1064697

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

RX de perna D Realizado

RX do pe D Realizado

Ortopedia

Ortopedia - Fratura - luxação

de fraturas D

Fratura - frimelos

Intenso H

Rafael Nunes de Oliveira
Médico
CRM-P: 5531

04.08.5.079-7

W

Inservel: DEUSDENTE JOAQUIM DA SILVA

5379 - CRISTIANA DE SOUZA LUZ SANTOS





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA NATENOR NEIVA,
BOMBA, PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0384631 Registro: 360048
Data: 19/12/2016 Hora: 08:44:00
Funcionário: JACIRA Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 19

DEUSDENTE JOAQUIM DA SILVA

Nasc.: 10/07/1967 Idade: 49 ANOS, 5 MESES, 9 DIAS Profissão: LAVRADOR Civil: OUTROS CEP: 64685-000
End.: SERRANA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: MARCOLANDIA/PI
IBGE: 2205953 Cor: PARDA Mãe: MANOEL CABOCLO DA SILVA Pai: JOVITA ISABEL DA SILVA

Clinica: **CLINICA GERAL** Documento: 5379 - ADILMA DE SOUSA FERREIRA
Responsável: DEUSDENTE JOAQUIM DA SILVA - O MESMO

Procedimentos

19/12/2016 8:44 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 223505
 Sem Vermelho - Emergência Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Motivo do atendimento: DORES NO PE

QUEIXA/HISTÓRIA

GORILA VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO HA 1 DIA (SIC)

OBSERVAÇÃO

GORILA VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO HA 1 DIA (SIC)

SINAIS VITAIS

PA: 120x80 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NDN

MEDICAÇÃO USUAL

NDN



CONDUTA

AO CLINICO



Brenda Monise Silva Sousa
ENFERMEIRA
COREN-PI 492.510

Assinante: DEUSDENTE JOAQUIM DA SILVA

197473 - ADILMA DE SOUSA FERREIRA



| | |
|-------------|------------|
| Atendimento | I038930 |
| Data: | 19/12/2016 |
| Hora: | 12:12 |

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA NATENOR NEIVA, 184
PICOS/PI

| |
|--------|
| Nº AIH |
| JACIRA |

BOLETIM DE ADMISSÃO

360048 - DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA

OUTROS - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 10/07/1967 - Cor/Raça: 03-PARDA

49 ANOS,5 MESES,9 DIAS

| | | | |
|---|---|---------------------------|---------------|
| Clinica: ORTOPEDIA | Enfermaria: 14- ORTOPEDIA - F | Leito: C14/71 | Convênio: SUS |
| Escolaridade:ANALFABETO | Médico: 3424 - JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR | | |
| CPF: RG: 876941 | CNS:898003948212955 | SIS Prenatal: | |
| Endereço: SERRANA, N° 0 - CEP: 64685-000 | Bairro: ZONA RURAL | | |
| Cidade: 2205953- MARCOLANDIA/PI | Profissão: LAVRADOR | Telefone: (89) 9941-44646 | |
| Pai: JOVITA ISABEL DA SILVA | Mãe: MANOEL CABOCLO DA SILVA | | |
| Responsavel: ANTONIA MARIA DINIZ - (89) 9941-44646 - ESPOSA | | | |
| Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO | | | |
| Diagnóstico Definitivo: | | | |

Resultado



Transferido _____

História Clínica

Diagnóstico Provável

JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR





Sistema
Único de
Saúde
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE

R

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

Dr. Osvaldo Alves Costa
Médico Auditor SMS / Picos
Cartão SUS 100 590 547 830 000
CRM 011.541-1

2 - CNES
4009622
4 - CNES
4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898003948212955

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/07/1967

9 - SEXO

Masc.

X 1

Fem.

2

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
360048

10 - NOME DA MÃE

MANOEL CABOCLO DA SILVA

12 - ENDEREÇO

SERRANA, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MARCOLANDIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2205953

15 - UF

PI

16 - CEP

64685-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura em MID

Fratura luxação de tornozelo D

Fratura tibial

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Necessita cirurgia

*Rafael Nunes de Oliveira
CRM-PI: 5531*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura luxação tibial

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDARIO

23 - CAUSAS ASSOC.

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redescoberta luxação tibial

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

010805.2217

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

004.655.813-66

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

*Hospital Regional Justino Luz
Carimbo Júnior Fialho 31200*

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

M220800001

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - CODIGO

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Osvaldo Alves Costa

*Cód. 004.655.813-66
CRM-PI: 5531*

Assinatura paciente/Responsável





Saúde
Secretaria de Saúde
do Estado do Piauí



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos-PI

RELATÓRIO CIRÚRGICO

| | | | | | |
|------------------|--------------------|--|----------|------|-------|
| NOME DO PACIENTE | Bento Soares da S. | | SEXO | APT° | LEITO |
| PRONTUÁRIO | CONVÉNIO | | | | |
| | | | 15.12.16 | | |

| |
|------------------------------|
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO |
| Fratura - Lesão em Tíbia (S) |
| |
| |
| |

| | | | |
|---|---|---------------------------------------|------------------------------------|
| DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA | | | |
| DATA 15.12.16 | INÍCIO DA CIRURGIA 27h | FIM DA CIRURGIA 37:10 | |
| CIRURGIA PROPOSTA | CIRURGIA REALIZADA | | |
| Redesenjamento lesão | Tib | | |
| TIPO DE CIRURGIA REALIZADA: | <input checked="" type="checkbox"/> ELETIVA | <input type="checkbox"/> REINTERNAÇÃO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> LIMPA | <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA | <input type="checkbox"/> CONTAMINADA | <input type="checkbox"/> INFECTADA |

| |
|--|
| DESCRÍÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO |
| 1 - Socinto reb arre 2 - Redesenjamento 3 - Tela blata |
| |
| |
| |
| |

CONFIRME CONFERE COM O ORIGINAIS
Data: 15/12/2016
Hospital Regional Justino Luz Ayres Pedreira Júnior
Ondasula / Fisioterapia
Funcionário: 124 TEC011.977
CPF 036.650.473-83

| |
|-----------------|
| INTERCORRÊNCIAS |
| |
| |
| |

| | | | | | |
|----------------|---|------------------------------|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| ANTIBIOTERAPIA | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | ANATOMIA PATOLÓGICA | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM |
| QUAIS? | | | Nº DE PEÇAS: | LOCALIZAÇÃO: | |

| | | | | |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|--------------|--------------------------------------|
| MATERIAL ESPECIAL | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | SÍNTESE/TIPO | <input type="checkbox"/> ORTESE/TIPO |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|--------------|--------------------------------------|

| |
|-------------------------|
| MEDICAMENTOS UTILIZADOS |
| |
| |

| | | |
|-------------------|------------|---------|
| TIPO DE ANESTESIA | ANESTÉSICO | DURAÇÃO |
| ANESTESISTA | | CREMEB |

| | | | |
|------------|---|--------|------------|
| EOP MEDICA | 1º CIRURGIÃO Dr. Soares da S. AUXILIAR | CREMEB | ASSINATURA |
| | 2º CIRURGIÃO Dr. Soares da S. AUXILIAR | CREMEB | ASSINATURA |
| Cód. 2185 | | CREMEB | ASSINATURA |

Gratuito (8) 3422-0200





SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



| | | | | |
|--|-------------------------|-----------|---------------------|-----------|
| NOME: <i>Definide papelim da silva</i> | ALA | APTO | LEITO <i>4 - 71</i> | R. MET. |
| HD: <i>Fist laringeo tumoral</i> | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | | |
| PREScriÇÃO MÉDICA <i>Sâmanta de Souza de Moura Nutricionista CRM 16042</i> | HORÁRIO DE MEDICAÇÃO | | OBSERVAÇÕES | |
| DATA: 21/12/2016 | <i>12</i> | <i>18</i> | <i>22</i> | <i>26</i> |
| 1. DIETA LIVRE | <i>12</i> | <i>18</i> | <i>22</i> | <i>26</i> |
| 2. SF 1000 mL EV 14 GTS/MIN | <i>12</i> | <i>18</i> | <i>22</i> | <i>26</i> |
| 3. OMEPRAZOL 40 mg VO AS 06 HORAS | <i>12</i> | <i>18</i> | <i>22</i> | <i>26</i> |
| 4. DIPIRONA 3,0mL + AD EV 6/6 h | <i>12</i> | <i>18</i> | <i>22</i> | <i>26</i> |
| 5. TILATIL 20 mg EV 12/12 h | <i>12</i> | <i>18</i> | <i>22</i> | <i>26</i> |
| 6 TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h S/N | <i>12</i> | <i>18</i> | <i>22</i> | <i>26</i> |
| 7. CCGG+SSVV | <i>12</i> | <i>18</i> | <i>22</i> | <i>26</i> |
| 8- Heparina 5.000 UI/0,25mL Fazer 1 ampola 0,25mL SC 8/8h | <i>12</i> | <i>18</i> | <i>22</i> | <i>26</i> |
| <i>Flávio Maciel Br de S. Coutinho Flávio Maciel Br de S. Coutinho Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 3102</i> | | | | |





卷之三

SELECTED WORKS

سیده

卷之三



Rx H2.D



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



| NOME: | ALA | APTO | LEITO | R. MET. |
|--|-------------------------|----------------------|--|---------|
| Dra. Isagumi A. Silveira | | 14 | 71 | |
| HD: Fratura - luxos de TNZ | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | | |
| Fratura - luxos de TNZ | | HORÁRIO DE MEDICAÇÃO | OBSERVAÇÕES | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | |
| DATA: 19/12/2016 | | | | |
| 1. DIETA LIVRE | | | 12h. Pct. colmado por tbc. visínico ortopédico | |
| 2. SCALP SALINIZADO | OK | | vitamina atropelamento sic | |
| 3. OMEPRAZOL 40 mg VO ÀS 06 HORAS | OK | | sem fratura em M17 10 Raafael. End. 883 Fernandes de Sá Bezerra | |
| 4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h | OK | | 17:20 11/12/2016 COREN-PI 170259 SUBROTA - se a mao rebela | |
| 5. THLATIL 20 mg EV 12/12 h | OK | | cruze de luxos de tio meio D. Tens - operário per intercorrências tufo | |
| 6. Morfina 1G ----1 amp + 10 ml AD, fazer 2ml de 6/6h | | | fachas pronta 323327 | |
| 7. TRAMA-DOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (SN) | | | 19:00 NK verificado m 730x50 | |
| 8. CLEXANE 40 mg SC IX/DIA (migrena) | | | unha TE (1) mao 562 | |
| 9. Lufat-gotas----40 gts. vo dc 8/8h (migrena) | | | 10:00 | |
| 10. CCGG+SSVV | | | | |
| 11. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA | | | | |
| AMS, UT, CR Coagulograma: Retael Nunes de Oliveira Retael Nunes de Oliveira Obteno reto Ensinando os centros Unigis é forte polivalente. manta de luxos mento para elevarlos ATENÇÃO | | | | |

José Ayres Pacheco Ferreira
 CRM 3426 TECI 11.977
 CPF 030.650.478-83





SUS

SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos-PI

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

NOME: DEUSDÉTE JOAQUIM DA SILVAIDADE: 49PROFISSÃO: LAVRADOR

GRUPO SANGÜÍNEO: _____ RH: _____ PESO: _____

EXAME/CIRURGIA PROGRAMADA: _____

CIRURGIÃO: _____

DATA DA CIRURGIA: / / HORÁRIO: _____HOSPITALIZAÇÃO ANTERIOR: NÃO SIMTEM CONHECIMENTO SOBRE O PROCEDIMENTO? NÃO SIM _____TEM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM? NÃO SIM _____MEIO DE TRANSPORTE NA ALTA HOSPITALAR: CARRO TAXI OUTROS _____EXISTE CUIDADOR PARA ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO? NÃO SIM _____**ESTADO EMOCIONAL:**

CALMO ANSIOSO AGITADO DEPRESSIVO OUTROS _____

HABITOS DE VIDA:

INGESTÃO DE ÁLCOL: NÃO SIM SOCIAL HABITUAL

TABAGISMO: NÃO SIM QUANTIDADE / DIA MASCAVA

USO DE DROGAS: NÃO SIM EXERCÍCIOS FÍSICOS: NÃO SIM _____

SONO E REPOUSO:

NORMAL IRREGULAR INSÔNIA USO DE MEDICAÇÃO: NÃO SIM _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

DIABETES PNEUMOPATIA HIPERTENSÃO CARDIOPATIA NEOPLASIA _____
 SEM HISTÓRICO OUTROS _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

CARDIOPATIA NÃO SIM _____ HEPATOPATIA NÃO SIM _____

COLUNA NÃO SIM _____ HIPERTENSÃO NÃO SIM _____

DIABETES MELLITUS NÃO SIM _____ NEFROPATIA NÃO SIM _____

S.T. HEMATOLOGICOS NÃO SIM _____ NEOPLASIA NÃO SIM _____

IMUNOLÓGICOS NÃO SIM _____ NEUROLÓGICO NÃO SIM _____

GASTRO-INTESTINAL NÃO SIM _____ PNEUMOPATIA NÃO SIM _____

OUTROS _____

ALERGIAS:

MEDICAMENTOSA: NÃO SIM _____ SOLUÇÕES TÓPICAS: NÃO SIM _____

ALIMENTAR: NÃO SIM _____ LÁTEX: NÃO SIM _____

FITAS ADESIVAS: NÃO SIM _____ OUTROS: NÃO SIM _____

MANIFESTAÇÕES ALERGICAS:

EDEMA DE GLOTE ERUPÇÃO CUTÂNEA ANAFILAXIA EDEMA FACIAL PRURIDO

OUTROS _____

ANTECEDENTES CIRÚRGICOS:

NÃO SIM QUAIS? _____

INTERCORRÊNCIAS? NÃO SIM QUAIS? _____

AVALIAÇÃO DA DOR:

| TEMPO | LOCAL | INTENSIDADE | | | | | CARACTERÍSTICA | | | PROGRESSÃO | | |
|-------|--|-------------|-------|-------|-------|-------------|----------------|-----------|--------|------------|-------|------|
| | | SEM DOR | LEVE | MÉDIA | FORTE | RISPORTÁVEL | EM PONTADA | EM CÓLICA | PESADA | MELHOR | IGUAL | PIOR |
| 0-30' | <input type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> _____ | 0 | 1 2 3 | 4 5 6 | 7 8 9 | 10 | | | | | | |

COD. INHO-021



Assinado eletronicamente por: KEMERON MENDES FIALHO - 12/01/2020 23:21:13

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001122321127340000007483267

Número do documento: 2001122321127340000007483267

Num. 7831028 - Pág. 9



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos-PI

FICHA DE SALA

| | | | | | | |
|---------------------------|--------|------|-------|------------------------|-------------------------------------|---------------|
| NOME DO PACIENTE | | | | DATA 19/12/16 | PRONTUÁRIO 360048 | LEITO |
| Densdite Leopim da Silva | | | | | | |
| PROCEDIMENTO Redutor | | | | SALA | | |
| MATERIAL DE CONSUMO | QUANT. | UND. | TOTAL | APARELHAGEM | | |
| SERINGA 1 ML 3 ML | | | | ARCO CIRÚRGICO | <input type="checkbox"/> | |
| SERINGA 5 ML/ 10 ML | 01 | | | BOMBA DE INFUSÃO | <input type="checkbox"/> | |
| SERINGA 20 ML | | | | ASPIRADOR | <input type="checkbox"/> | |
| KIT ACESSO CENTRAL | | | | AUTOCLAVE | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| SONDA DE ASPIRAÇÃO | | | | INSTRUMENTAL CIRÚRGICO | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| AGULHA 40X12 | | | | ULTRASSON | <input type="checkbox"/> | |
| ALOCAÇÃO 01 20 | 02 | | | STIMUPLEX | <input type="checkbox"/> | |
| ÁGUA DESTILADA | | | | USO DA SALA | | |
| PVPI | | | | INÍCIO 11:00 | TÉRMINO 17:11 | DURAÇÃO 81 |
| SONDA VESICAL | | | | OPERAÇÃO | | |
| COLETOR DE URINA | | | | CIRURGIÃO | | |
| ESCOVA COM DEGERMANTE | | | | AUXILIAR | | |
| ATADURA COM CREPOM 20 cm | 06 | | | ANESTESISTA | | |
| ATADURA GESSADA 20 cm | 03 | | | TIPO DE ANESTESIA | | |
| ATROPINA | | | | INSTRUMENTADOR | | |
| KETALAR | | | | OCORRÊNCIAS | | |
| DIMORF | 01 | | | | | |
| NEOCAÍNA PESADA 0,5% | 01 | | | | | |
| LIDOCAYNA | | | | | | |
| PROPOFOL | | | | | | |
| MIDAZOLAN | | | | | | |
| DIAZEPAN | | | | | | |
| TIOPENTAL | | | | | | |
| EFORTEL | | | | | | |
| DIPIRONA | | | | | | |
| CEFAZOLINA | | | | | | |
| FENTANIL | | | | | | |
| FLUMAZENIL | | | | | | |
| PLATE | | | | | | |
| VITAMINA K | | | | | | |
| VITAMINA A | | | | | | |
| OCTOCINA | | | | | | |
| METHERRGIN | | | | | | |
| CAT-GUT SIMPLES | | | | | | |
| CAT-CUT CROMADO | | | | | | |
| FIO DE ALGODÃO | | | | | | |
| NYLON | | | | | | |
| VYCRIL | | | | | | |
| PROLENE | | | | | | |
| CLAMP UMBILICAL | | | | | | |
| PULSEIRA RN | | | | | | |
| GAZE | | | | | | |
| ESPARADRAPO 2 cm | 92 | | | | | |
| LÂMINA DE BISTURI | | | | | | |
| LUVA ESTÉRIL 7,5 | 01 | | | | | |
| LUVA DE PROCEDIMENTO 100% | 03 | | | | | |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% | | | | | | |
| SORO GLICOSADO 5% | | | | | | |
| MANITOL | | | | | | |
| RINGER LACTADO | | | | | | |
| JELCO | | | | | | |
| TUBO OROTRAQUEAL | | | | | | |
| AGULHA STIMUPLEX | | | | | | |
| EQUIPO | | | | | | |
| AGULHA DE RAQUE | | | | | | |
| TENOXICAM | | | | | | |

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 11/12/16
Funcionário

José Ayres Pedreira Júnior
Ortopedia / Traumatologia
CRM 3424 - TECOT 11.977
CPF 036.650.474-83

MÉDICO:

ENFERMEIRA(O):

TÉC. ENFER.: *funcionário*

Coren - PE 1059352

GRAFICA BRITO (BR) 3422-0200





Saúde
Secretaria de Saúde
do Estado do Piauí



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos-PI

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--------------|------------------|-------------|----------|------------|--|
| SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUS | | NOME | | | | | |
| Data | P. Material | Pulso | Respiração | Temperatura | Peso | Altura | |
| Exame de Sangue | Gr. Sanguíneo | Hamatimetria | Hemoglobina | Hemacocito | Glicemia | Dos. Uréia | |
| Exames de Urina | | | | | | | |
| Digestivo | | | | | | | |
| Respiração | | | Asma | Bronquite | | | |
| Sistema Respiratório | | | Sistema Urinário | | | | |
| Sistema Digestivo | | | Corticoides | Ataradicos | | | |
| Estado | | | | | | Outros | |
| Diagnóstico Pré-Operatório | | | | | | Risco | |
| Pré-Medicação (Agentes e Doses) | | | | | | Efeitos | |
| Agente Anestésicas | Oxigênio 1 2 3 | | | | | | Total e Doses |
| Líquidos | Soluto 500 400 Sangue 300 200 outros 100 | | | | | | |
| Temperatura | 260 240 220 200 180 160 140 130 120 100 80 60 40 10 | | | | | | Sequência 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 |
| Pulso | 30 36 34 32 30 | | | | | | |
| Início e Fim Anestesia | | | | | | | |
| Início e Fim Operação | | | | | | | |
| Respiração | | | | | | | |
| Símbolos | | | | | | | Duração 30 |
| Técnicas: | | | | | | | Incidente - Acidente |
| Operações: | <i>Doença de Lúpus</i> | | | | | | |
| Cirurgiões: | <i>Nelson Mendes Fialho</i> | | | | | | |
| Anestesias: | <i>MJL</i> | | | | | | |
| Particularidade: | | | | | | | Condições pós-oper. Imediatas |

GRÁFICA BRITO • 89 3422-0200 / COD 1134



Assinado eletronicamente por: KEMERON MENDES FIALHO - 12/01/2020 23:21:13
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001122321127340000007483267>
 Número do documento: 2001122321127340000007483267

Num. 7831028 - Pág. 11



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR – CPI
4º BATALHÃO POLICIAL MILITAR



GPM DE MARCOLÂNDIA/PI - GPM

Rua Cicero Raimundo Nonato, s/nº, B.Novo Milênio - fone (89) 9407-0004

ATO DECLARATÓRIO

EU, DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA, brasileiro, companheiro, lavrador, nascido em 10/07/1967, RG nº 876.941/SSP-PI, CPF nº 998.835.544-00, residente e domiciliado na Rua 05, s/n, na Vila Serrani 01, no município de Araripina-PE, na divisa do Pernambuco com o Piauí, **DECLARO** para os devidos fins de fato e de direito que no dia 19 de Dezembro de 2016, sofri acidente automobilístico, por volta das 20h:00min, com lesão corporal, nas margens da Br-316, no Município de Marcolândia-PI, vindo a ser socorrido por guarnição da Polícia Militar do Estado do Piauí, comandada pelo **TENENTE FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA**, comandante do GPM de Marcolândia-PI, que me conduziram até o Hospital Regional de Picos-PI. Era o que tinha a declarar.

X Não alfabeticas

DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA

X

FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA- TEN PM

Matrícula nº 14.459-2

Marcolândia-PI, 15 de Janeiro de 2017.



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edilma Oliveira Costa,
RG nº _____, data de expedição ____ / ____ / ____,
Órgão _____, portador do CPF nº 045.359.133-74 com
domicílio na cidade de Araripina, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Freytes, nº 5102,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Dendite Joaquim da Silva cujo o condutor era
Dendite Joaquim da Silva.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda Pop
Ano: 2016 (Fabricação) / 2017 (Modelo)
Placa: 80G - 2062
Chassi: 9C2JBD100HRS03275
Data do Acidente: 32/12/2016
Local e Data: Sintra, 02 de outubro de 2018

Edilma Oliveira Costa
Assinatura do Declarante

02/09/2018: Raelli Brênto dos Santos Pótoro
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço por Autenticidade a(s)
Firma(s) de Edilma Oliveira Costa
Marco Lândia - PI 06/09/2018
em testemunho da verdade
Suely Pereira Dias

Reconheço por Autenticidade a(s)
Firma(s) de Raelli Brênto dos Santos Pótoro
Marco Lândia - PI 06/09/2018
em testemunho da verdade
Suely Pereira Dias

Suely Pereira Dias
Tabeliã Substituta Designada
Ofício Único



CARTÓRIO DO
Município de
Belo Horizonte
Cidade Belo
Horizonte
Belo Horizonte
MG - 31260-000

Número da Carta
Número do
Processo
Número do
Protocolo
PONE (02) 34

Recado de toto a Vossa Exceléncia
Bento (02) 34

Recado de toto a Vossa Exceléncia
Bento (02) 34







Assinado eletronicamente por: KEMERON MENDES FIALHO - 12/01/2020 23:21:14
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011223211394600000007483271>
Número do documento: 20011223211394600000007483271

Num. 7831032 - Pág. 1



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, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190278426

Vítima: DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA

Data do Acidente: 19/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEMERON MENDES FIALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00101/00102 - carta_03 - INVALIDEZ



00050051

Carta nº 14249820



Assinado eletronicamente por: KEMERON MENDES FIALHO - 12/01/2020 23:21:14
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011223211411600000007483272>
Número do documento: 20011223211411600000007483272

Num. 7831033 - Pág. 1



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, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190278426 Vítima: DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA

Data do Acidente: 19/12/2016 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: KEMERON MENDES FIALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14249819

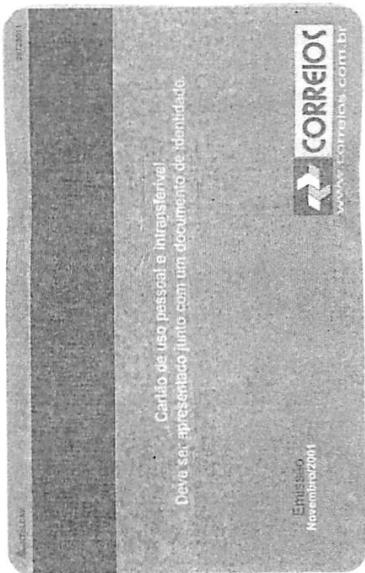


Pág. 01747/01748 - carta 01 - INVÁLIDEZ



Assinado eletronicamente por: KEMERON MENDES FIALHO - 12/01/2020 23:21:14
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011223211428500000007483273>
Número do documento: 20011223211428500000007483273

Núm. 7831034 - Pág. 1





PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONCESSÃO / MEMÓRIA DE CÁLCULO

SEQ: 038032
DATA: 26/04/2010

| NOME | | OL | NB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------|------------|---|-------|-------------|----------|-------------|--------|--|---------|--------|---------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|-------|---------|--------|---------|-------------|--------|-------------|-------|--|--|---------|--------|---------|-------------|--------|-------------|------|--|--|---------|--------|---------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|------|---------|--------|-------------|--|----------|----------|------|---------|----------|--|
| ANTONIA MARIA DINIZ | (NIT: 1688461162-7) | 16.001.060 | 152.952.252-5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>COMUNICAMOS QUE LHE FOI CONCEDIDO SALARIO-MATERNIDADE (80) 152.952.252-5 REQUERIDO EM 05/04/2010 COM RENDA MENSAL DE R\$ 465,00 CALCULADA CONFORME ABAIXO, COM INÍCIO DE VIGÊNCIA A PARTIR DE 23/10/2009.</p> <p>A PARTIR DE 18/05/2010 COMPAREÇA DIRETAMENTE À AGÊNCIA BANCÁRIA INDICADA NESTE DOCUMENTO, MUNIDO DE SUA IDENTIFICAÇÃO, PARA RECEBER SEU BENEFÍCIO. OS PAGAMENTOS POSTERIORES SERÃO EFETUADOS NO 2º DIA ÚTIL DE CADAMÉS.</p> <p>CONEIRA O SEU NOME, O ENDEREÇO IMPRESSO ABAIXO, E OS DADOS CADASTRAIS ABAIXO. EM CASO DE ERRO COMPAREÇA A UMA AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL PARA QUE SEJAM PROVIDENCIADAS AS DEVIDAS CORREÇÕES.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>CPF: 051113674-97 IDENTIDADE: 1749980 SSP PI CTPS: 0064038-00020 NASCIMENTO: 08/03/1974</p> <p>NOME DA MÃE: MARIA FRANCISCA DINIZ</p> <p>ORGÃO PAGADOR/AGÊNCIA BANCÁRIA: 442495 - BRASIL - SIMOES, PI</p> <p>RUA ARSENIO LOPES, 14</p> | | CENTRO | VALDIR MOYSÉS SIMÃO PRESIDENTE DO INSS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RENDA MENSAL INICIAL (EM: R\$) | | 465,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DISCRIMINATIVO DE CREDITOS DE ATRASADOS (VALORES EXPRESSOS EM REAL) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA: REGUL. DOCUMENTACAO 05/04/2010 INICIO PAGAMENTO 23/10/2009 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>REND.MENSAL</th> <th>124,00</th> <th>CORR.MONET.</th> <th>3,63</th> <th></th> <th>LIQUIDO</th> <th>127,63</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11/2009</td> <td>REND.MENSAL</td> <td>465,00</td> <td>13* SALARIO</td> <td>77,50</td> <td>CORR.MONET.</td> <td>13,83</td> <td>LIQUIDO</td> <td>556,33</td> </tr> <tr> <td>12/2009</td> <td>REND.MENSAL</td> <td>465,00</td> <td>CORR.MONET.</td> <td>10,69</td> <td></td> <td></td> <td>LIQUIDO</td> <td>475,69</td> </tr> <tr> <td>01/2010</td> <td>REND.MENSAL</td> <td>510,00</td> <td>CORR.MONET.</td> <td>7,19</td> <td></td> <td></td> <td>LIQUIDO</td> <td>517,19</td> </tr> <tr> <td>02/2010</td> <td>REND.MENSAL</td> <td>323,00</td> <td>13* SALARIO</td> <td>85,00</td> <td>CORR.MONET.</td> <td>2,89</td> <td>LIQUIDO</td> <td>410,89</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TOTAL BRUTO</td> <td>2.087,73</td> <td>DESCONTO</td> <td>0,00</td> <td>LIQUIDO</td> <td>2.087,73</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | REND.MENSAL | 124,00 | CORR.MONET. | 3,63 | | LIQUIDO | 127,63 | 11/2009 | REND.MENSAL | 465,00 | 13* SALARIO | 77,50 | CORR.MONET. | 13,83 | LIQUIDO | 556,33 | 12/2009 | REND.MENSAL | 465,00 | CORR.MONET. | 10,69 | | | LIQUIDO | 475,69 | 01/2010 | REND.MENSAL | 510,00 | CORR.MONET. | 7,19 | | | LIQUIDO | 517,19 | 02/2010 | REND.MENSAL | 323,00 | 13* SALARIO | 85,00 | CORR.MONET. | 2,89 | LIQUIDO | 410,89 | TOTAL BRUTO | | 2.087,73 | DESCONTO | 0,00 | LIQUIDO | 2.087,73 | |
| | REND.MENSAL | 124,00 | CORR.MONET. | 3,63 | | LIQUIDO | 127,63 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11/2009 | REND.MENSAL | 465,00 | 13* SALARIO | 77,50 | CORR.MONET. | 13,83 | LIQUIDO | 556,33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12/2009 | REND.MENSAL | 465,00 | CORR.MONET. | 10,69 | | | LIQUIDO | 475,69 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01/2010 | REND.MENSAL | 510,00 | CORR.MONET. | 7,19 | | | LIQUIDO | 517,19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02/2010 | REND.MENSAL | 323,00 | 13* SALARIO | 85,00 | CORR.MONET. | 2,89 | LIQUIDO | 410,89 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL BRUTO | | 2.087,73 | DESCONTO | 0,00 | LIQUIDO | 2.087,73 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Renda Mensal proporcional ao periodo de 23/10/2009 a 31/10/2009 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Renda Mensal proporcional ao periodo de 01/02/2010 a 19/02/2010 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dataprev

FORM: CON54A



Assinado eletronicamente por: KEMERON MENDES FIALHO - 12/01/2020 23:21:14
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011223211446700000007483275>
 Número do documento: 20011223211446700000007483275

Num. 7831036 - Pág. 2



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARÓLIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAS
JOÃO GOMES DE ANDRADE

ARARIPIA - PERNAMBUCO

Maria Jesus Alves
Oficial do Registro Civil da Câmara de
Araripe (Sede)

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO

SELO
Autenticidade
e Fiscalização



ANOREG-PE

CERTIDÃO
ABL 32761

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Maria Esmeralda Alves de Andrade
Oficial Substituta Registro Civil
Araripe - Pernambuco

ATO
CERTIFICO que as fls 70, do livro A - 54, sob o n.º de ordem, 49.188, foi
lavrado o assento do nascimento de **NATALÍCIO DINIZ SILVA**, do sexo **masculino**,
nascido (a) no dia **dezesseis de dezembro de mil novecentos e noventa e sete (18.12.1997)**
as 19:50, em Araripe - Pernambuco

| | |
|----------------|--|
| FILIAÇÃO | Dendente Joaquim da Silva e Antonia Maria Diniz |
| Avós Paternos: | Manoel Caboclo da Silva e Jovita Isabel da Silva |
| Avós Maternos: | Francisco Henrique Diniz e Maria Francisca Diniz. |

O assento foi lavrado em 25 de abril de 2004, tendo sido declarante o genitor (a), serviram de testemunhas as constantes no termo.,

Observações: D.N. nº 26786.172

O referido é verdade e dou fé.

Araripe (PE), 05 de agosto de 2004

Maria Esmalda Alves de Andrade
Maria Esmalda Alves de Andrade
Oficiala Substituta

MARIA JESUS ALVES
OFICIALA TITULAR

MARIA ESMERALDINA ALVES DE ANDRADE
OFICIALA SUBSTITUTA

R. José Caetano Mendes, CENTRO - 56.230-000 - ARARIPE - PERNAMBUCO





Maria Jesus Alves
Oficial de Registro Civil de Araripe - PE
Araripe (Sede)



CERTIDÃO
ABL 32760

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
JOÃO GOMES DE ANDRADE
ARARIPIA - PERNAMBUCO

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Maria Esmeralda Alves de Andrade
Oficiala Substituta Registro Civil
Araripe - Pernambuco

CERTIFICO que as fls 70/v, do livro A - 54, sob o n.º de ordem, 49.189, foi lavrado o assento do nascimento de DARLANIA DINIZ SILVA, do sexo *feminino*, nascido (a) no dia *quatro de janeiro de dois mil e um (04.01.2001)* as 12:05, em Araripina - Pernambuco

| | |
|----------------|--|
| FILIAÇÃO | Desdente Joaquim da Silva e Antonia Maria Diniz |
| Avós Paternos: | Manoel Caboclo da Silva e Jovita Isabel da Silva |
| Avós Maternos: | Francisco Henrique Diniz e Maria Francisca Diniz. |

O assento foi lavrado em *25 de abril de 2004*, tendo sido declarante o genitor (a), serviram de testemunhas as constantes no termo..

Observações: D.N. nº 6050274

O referido é verdade e dou fé.

Araripina (PE), 05 de agosto de 2004

Maria Esmeralda Alves de Andrade
Maria Esmeralda Alves de Andrade
Oficiala Substituta

MARIA JESUS ALVES
OFICIALA TITULAR

MARIA ESMERALDINA ALVES DE ANDRADE
OFICIALA SUBSTITUTA

R. José Quirino Alencar, CENTRO - 56.800-000 - ARARIPIA - PERNAMBUCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Registro Civil de Pessoas Naturais

João Gomes de Andrade - Araripina - Pernambuco

CERTIDÃO DE NASCIMENTO



NOME

MARIA CARLA DINIZ SILVA

MATRÍCULA

0742450155 2006 1 00057 066 0052774 17

Data de Nascimento por extenso

Trinta de novembro de dois mil e cinco.

Dia Mês Ano

30.11.2005

| Hora | Município de Nascimento e UF | Local de Nascimento | sexo |
|-------|------------------------------|------------------------------------|----------|
| 09:25 | Araripina – PE | Hospital e Maternidade Santa Maria | Feminino |

Filiação

DEUSDETE JOAQUIM DA SILVA, piauiense.
ANTONIA MARIA DINIZ, piauiense.

A vós

Manoel Caboclo da Silva e Francisco Henrique Diniz e
Jovita Isabel da Conceição. Maria Francisca Diniz.

Gêmeo

Nome e Matrícula do(s) gêmeos

Não

Nada Consta

Data do registro por extenso

Nove de maio de dois mil e seis.

Número da Declaração de Nascido Vivos

24901401

Observação /Averbações

Nada consta

Cartório de Registro Civil João Gomes de Andrade

Maria Jesus Alves – Titular

Maria Esmeraldina A de Andrade – Substituta

Araripina – Pernambuco

Rua José Gualter Alencar, SN, Centro

Fone/fax 87-3873-3643

O conteúdo da certidão é verdade. Dou fé.

Araripina – PE, 27 de maio de 2010

João Gomes de Andrade

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ALTERAÇÃO OU EMENDA INVÁLIDA ESTE DOCUMENTO.

Estado de Pernambuco

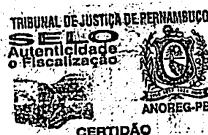




Oficial de Registro Civil da Comarca de
Araripe (Sede)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
JOÃO GOMES DE ANDRADE
ARARIPE - PERNAMBUCO



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Maria Esméraldina Alves de Andrade
Oficial Substituta Registro Civil
de Araripe - Pernambuco

GRUPO 1
CERTIFICO que as fls 70/v, do livro A - 54, sob o n.º de ordem, 49.190, foi
lavrado o assento do nascimento de **FRANCISCO DINIZ SILVA**, do sexo **masculino**,
nascido (a) no dia **vinte e três de abril de dois mil e dois (23.04.2002)** as **02:40**, em
Marcolândia - Piauí

| | |
|-----------------------|---|
| FILIAÇÃO | <i>Desidente Joaquim da Silva e Antonia Maria Diniz</i> |
| Avós Paternos: | <i>Manoel Caboclo da Silva e Joyita Isabel da Silva</i> |
| Avós Maternos: | <i>Francisco Henrique Diniz e Maria Francisca Diniz</i> |

O assento foi lavrado em **25 de abril de 2004**, tendo sido declarante o genitor (a),
serviram de testemunhas as constantes no termo.,

Observações: D.N. nº 8173300

O referido é verdade e dou fé.

Araripe (PE), 05 de agosto de 2004

Maria Esméraldina Alves de Andrade
Maria Esméraldina Alves de Andrade
Oficial Substituta

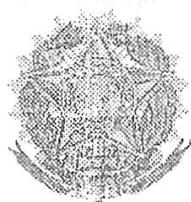
MARIA JESUS ALVES
OFICIALA TITULAR

MARIA ESMERALDINA ALVES DE ANDRADE
OFICIALA SUBSTITUTA

R. José Gualter Atencar, CENTRO - 56.280-000 - ARARIPE - PERNAMBUCO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL
ESTADO DO PIAUÍ

Comarca de Marcolândia
Município de Marcolândia
Distrito de Marcolândia
Av. Corinto Matos, 799, Centro
(89)3439-1150 CEP. 64.685-00
Maria Rosa Eurene Rodrigues de Oliveira
Oficial Designada do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 197, do livro A-03, sob Nº de Ordem 2.185 foi lavrado o assento de nascimento de CAIO HENRIQUE DINIZ DA SILVA, do sexo masculino nascido no dia vinte três de outubro do ano de dois mil e nove, (23/10/2009) às 13:00 horas em Hospital Geral de Picos na cidade de Picos - Piauí, Filho de: Deusdente Joaquim da Silva e Antonia Maria Diniz sendo os avós paternos: Manoel Caboclo da Silva e Jovita Isabel da Silva e avós maternos: Francisco Henrique Diniz e Maria Francisca Diniz.

O assento foi lavrado em 24 de novembro de 2009, tendo sido declarante os genitores e serviram de testemunhas às constantes do Termo.

Observação: sem ressalva

O referido é verdade e dou fé.

Marcolândia (PI), 24 de novembro de 2.009.
Migella Araújo Pereira Souza
Maria Rosa Eurene Rodrigues de Oliveira
Oficial do Registro Civil

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
do Judiciário
do Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registro e
Judiciais

ATO GRATUITO
AAF 27914

Assinado eletronicamente por: KEMERON MENDES FIALHO - 12/01/2020 23:21:14
http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011223211466500000007483276

Num. 7831037 - Pág. 5



Cantão do 2º Ofício de Registro

Civil de Pessoas Naturais.

REGISTRO CIVIL

| | | |
|------------------------|--------|--|
| ESTADO DE | PIAUI | Darcy de Carvalho Reis |
| COMARCA DE | SIMÕES | Romaria Rosânia Leônidas da Silva Oliveira |
| MUNICÍPIO DE | SIMÕES | José Valdir de Carvalho |
| DISTRITO DE | SIMÕES | |
| DARCY DE CARVALHO REIS | | SIMÕES |

Oficial efetiva do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 242 do livro A -23(vinte e três). sob nº de
Ordem 25.054 foi lavrado o assento do nascimento de NATALIA DINIZ DA /

SILVA :z:
do sexo feminino , nascid.a no dia quatro de dezembro de 1/
mil novecentos e noventa e quatro (04/12/1994) :z:z:z:z:z:z:z:
:z:z:z:z:z:z:z:z:z:03:00 horas em o Hospital e Maternidade San-
ta Maria, na cidade de Araripina-PE :z:z:z:z:z:z:z:z:z:z:z:
filha de Deusaete Joaquim da Silva :z:z:z:z:z:z:z:z:z:z:z:z:
e de Dona Antônia Maria Diniz :z:z:z:z:z:z:z:z:z:z:z:
Sendo avós paternos Manoel Caboclo da Silva :z:z:z:z:z:z:z:z:
e Dona Jovita Isabel da Silva :z:z:z:z:z:z:z:z:z:z:z:
e avós maternos Francisco Henrique Diniz :z:z:z:z:z:z:z:z:
e Dona Maria Francisca Diniz :z:z:z:z:z:z:z:z:z:z:z:
O assento foi lavrado em 17 de Janeiro dc 2002 tendo sido declarante
o pai da registranda :z:z:z:z:z:

e serviram de testemunhas As constantes no termo.

Observações: Sem ressalva :z:z:z:z:z:

O referido é verdade e dou fé.

Simões-PI , 17 de janeiro dc 2002

Serventia Oficializada

Darcy de Carvalho Reis

OFICIAL

Processo nº 00000000000000000000000000000000

Assunto: Ação Civil Pública - 00000000000000000000000000000000

Vara: Vara da Cidadania - 00000000000000000000000000000000

Data: 12/01/2020

Nome: KEMERON MENDES FIALHO

CPF: 000.000.000-00

RG: 000.000.000-00

MATRÍCULA: 00000000000000000000000000000000

Função: Juiz de Direito

Área: Vara da Cidadania

Setor: Vara da Cidadania

Unidade: Vara da Cidadania

Local: Vara da Cidadania

Endereço: Rua das Flores, 123 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - 20000-000

CEP: 20000-000

Telefone: (21) 9999-9999

E-mail: kmeron.mendes@tj.rj.gov.br

Site: <http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011223211493800000007483277>

Número do documento: 20011223211493800000007483277

Assinado eletronicamente por: KEMERON MENDES FIALHO - 12/01/2020 23:21:15
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011223211493800000007483277>

