

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-235

GERALDO DUTRA DA SILVA
RESERVA AUTUAL

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2.911.384 - 2ª VIA
15/08/2017
DATA DE EXPIRAÇÃO

INALDO LACERDA DUTRA

INALDO DUTRA DA SILVA
POMBAL-PB
NATURALIDADE
DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº 17.781 - LIVA-16 - FLS 215-V - CARTÓRIO POMBAL-PB
063.738.134-36
CPF

16/10/1984
DATA DE NASCIMENTO

20060316364976200000029986130
NÚMERO DO DOCUMENTO

CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
39600130
REFERÊNCIA
FEV/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

GERALDO DUTRA DA SILVA
RUA TEODOSIO OLIVEIRA LEDO, 991 - NOVA VIDA POMBAL
PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
U2.001.685.0211.000	000	1	0	0	0	

Hidrómetro Data de Instalação Localização Situação Água Situação Esgoto

V16N136549 11/08/2016 EXT. LIGADO POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
438	454	16	29	18/03/2020

HIST. CONS. / ANDR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 POR 65/2017 MS.

DATA	CONSUMO	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JAN/2020	22	PARAMETROS		
DEZ/2019	17	TURBIDEZ	0	0
NOV/2019	16	CLORO	0	0
OUT/2019	17	COL. TERNOT	0	0
SET/2019	13	COR	0	0
AGO/2019	15	COL. TOTAIS	0	0
MEDIA(M)	16	DADOS REFERENTES A: DEZ/2019		

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2020 HORA DA IMPRESSÃO: 10:27:15

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	6 M3	29,34
ESGOTO		
ACRESCIMOS MES(ES) ANT. 12/2019		1,44
JUROS DE MORA 12/2019		0,28

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,22 PIS E COFINS LET 12 741/12

VENCIMENTO: 26/02/2020 Total a Pagar: R\$ 68,07



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PB Nº 015455255480 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO RPT 20190000241038-9			
VIA	COD. RENAVAM	RDTA.D.	EXERCÍCIO
1	0059444697-0	00/00000000	2013
NOME ELIBERTO LACERDA DUTRA			
CPF / CNPJ		PLACA	
04098531437		OGF1307/PB	
PLACA ANT. / UE		CHASSI	
NOVO PB		9C2KD0550ER203835	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
HONDA/NXR150 BROS ES		2013 / 2014	
CAP. / POT. / CIL.		CATEGORIA	
2 P/149 / CI		PARTIC	
COR PREDOMINANTE		PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
00/00/0000		1ª	
FAIXA I.P.V.A.		PARCELAMENTO / COTAS	
*****		3ª	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
*****		*****	
PRÊMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
*****		27/09/2019	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
LOCAL		DATA	
41521		27/09/2019	
DETRAN - PB Nº 015455255480 BILHETE DE SEGURO DPVAT ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO
1	04098531437	OGF1307/PB	2019
DATA EMISSÃO	27/09/2019		
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO
1	04098531437	OGF1307/PB	2019
DATA EMISSÃO	27/09/2019		
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO
1	04098531437	OGF1307/PB	2019
DATA EMISSÃO	27/09/2019		
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGADO PELO SEGURADO (R\$)	
*****	*****	*****	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
COTA ÚNICA		PARCELADO	
27/09/2019		27/09/2019	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.249.608/0001-04			
142114-1519296-20190927 41521 14214			





**SAMU
192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL

SECRETARIA DE SAÚDE



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: 05304

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA: 16-02-2020	OCORRÊNCIA Nº: 0031	PACIENTE/USUÁRIO: Ferdinando Lucinda Dutra	IDADE: 36	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Prof. Osáias Bandeira		BAIRRO: Corvalhada	MÉDICO REGULADOR: Rorivom	
DESTINO DO PACIENTE: HRP		RESPONSÁVEL: João Melo Fragosa	FUNÇÃO: Médico	
MOTIVO DO TRANSPORTE:				
<input type="checkbox"/> APOIO DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTRO:				
TRANSPORTE SECUNDÁRIO:				
LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____				
APOIO LOCAL <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> BOMBEIROS <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
OCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO				
<input type="checkbox"/> ATENDIMENTO NO QTH <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> RECUSA O ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL <input type="checkbox"/> ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE <input type="checkbox"/> FIM DO LOCAL				

*TIPO DE AGRAVO:			
<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DOENÇAS
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIOVASCULAR
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> CIRURGIAS	<input type="checkbox"/> DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> F.A.F.	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS):

Alcoolemia; fratura em M.I.D. (exposta)

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO ☒ <30 rpm ☐ >30 rpm PULSO RADIAL: ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE
 P.A.: 100 x 80 FC: 92 FR: _____ TEMP: _____ PC - HGT: _____ SpO2: 96

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

SSVV; imobilização; curativo; ACP

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de queda de moto, encontrado em decúbito dorsal, alcoolizado, consciente, algo desorientado. Apresentando fratura exposta em M.I.D. feito protocolo de trauma e

transporte para o HRP. antes





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 015222.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 015222.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:34 min do dia 20/04/2020, na Delegacia Online, **GEDINALDO LACERDA DUTRA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão MECANICO, natural de Pombal, nascido(a) em 16/10/1984, idade 35, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de MARIA DO CARMO LACERDA DUTRA e GERALDO DUTRA DA SILVA, CPF 063.738.134-36, residente e domiciliado(a) no(a) RUA TEODÓSIO OLIVEIRA LEDO, nº 991, bairro NOVA VIDA, na cidade de Pombal/PB. CEP: 58840000, telefone(s) 83999367717, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 16/02/2020 15:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Outro; Local do Fato: RUA PROF. ORACIO BANDEIRA, CARVALHADAS, Pombal/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

AFIRMA O COMUNICANTE QUE NA DATA, LOCAL E HORÁRIO ACIMA DESCRITO FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, ONDE CONDUZIA UMA MOTO NA RUA PROFESSOR ORACIO BANDEIRA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR AO SOLO, RESULTANDO EM UMA FRATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA.

A MOTOCICLETA É LICENCIADA EM NOME DE ELIBERTO LACERDA DUTRA, HONDA/NXR150 BROS ES, PLACA OGF1307/PB, CHASSI Nº 9C2KD0550ER203835, ANO DE FABRICAÇÃO 2013, COR PRETA.

APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL, ONDE FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NADA MAIS A CONSTAR.

x GEDINALDO LACERDA DUTRA

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3213-9053. E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 015222.01.2020.0.00.704

1/2



Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

x Gedinaldo do Sacramento Dutra 939B216EDCFF380791A11C4BA111E0BD
GEDINALDO LACERDA DUTRA Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3213-9053. E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	063.738.134 - 36	Gedinaldo Wacenda Dutra
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Gedinaldo Wacenda Dutra	063.738.134 - 36	
Profissão:	Endereço:	Número:
Mecânico	Rua Teodoro Oliveira Rodo	991
Bairro:	Cidade:	Estado:
Nova Vida	Pombal	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
J. ewerton@hotmail.com	58 840-000	(83) 99900-0530

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0732	CONTA: 62641
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Pombal - PB, 19 de maio de 2020	TESTEMUNHAS
	Nome: Gedinaldo Wacenda Dutra	1ª Nome: _____
	CPF: 063.738.134 - 36	CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2ª Nome: _____
		CPF: _____
		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, em presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



MATERIAL UTILIZADO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÚLTIPLO DE EMERGÊNCIA - SAMU
UNIDADE DE REGULAÇÃO MÉDICA - URM

E.C.G.: ☐ NORMAL ☒ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO: ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ NORMAL

SEMANAS: _____ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

PROCEDIMENTOS: ☐ DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL ☐ CANULA OROFARÍNGEA

☐ CRICOTIREIDOSTOMIA ☐ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA ☐ VENTILAÇÃO INVASIVA ☐ OXIGÊNIO CATÉTER ÓCULOS

☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☒ CURATIVO

☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ CONTRA CÁSTRICA ☐ Sonda Vesical ☐ ASPIRAÇÃO V.A.

☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ TALAS ☐ COLAR CERVICAL ☒ IMOBILIZAÇÃO PRANCHA RÍGIDA ☐ SEDACÃO

☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS: ORL 500 ml

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS (MÉDICO):

POSICÃO DE TRANSPORTE:

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ SUPINO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVACÃO DE CABECEIRA

TERMO DE RECUSA:

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A) Marcia Silene COREN: 202.692 MAT: _____

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Belânia COREN: _____ MAT: _____

CONDUZIR SOCORRISTA: Flávio Santos MAT: _____



 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
--	---	--

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO		2 - CNES 2592568
--	--	---------------------

Identificação do Paciente 3 - NOME DO PACIENTE GEDINALDO LACERDA DULTRA		4 - PRONTUÁRIO 41251
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 127-5070-2490-0032	6 - DATA DE NASCIMENTO 16/10/1984	7 - SEXO F
8 - RACA / COR BRANCA		9 - NOME NA MÃE MARIA DO CARMO L OLIVEIRA
10 - TELEFONE 34312149		11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO RUA TEODOSIO DE OLIVEIRA LEDO N.:		13 - BAIRRO CENTRO
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Shedra com Tumor em MTT</i>	

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Atualizado</i>	
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Resposta ex. fixo + 2x</i>	
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Tumor MTT</i>	22 - CID 10 PRINC. C82.3
23 - CID 10 SEC. W19	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Distectomia</i>		26 - COD PROCEDIMENTO 0608050225
27 - CLÍNICA	28 - CARATÉR INTERNAÇÃO () CNS () CPF	29 - DOCUMENTO 30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE
ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>[Assinatura]</i>		32 - DATA SOLIC. 18/02/2020
33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO) <i>[Assinatura]</i>		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 () ACIDENTE TRÂNSITO	37 - CNPJ SEGURADORA	38 - Nº BILHETE	39 - SÉRIE
35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40 - CNPJ EMPRESA	41 - CNAE EMPRESA	42 - CBOR
36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO	
44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF	47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL
48 - DATA AUTORIZAÇÃO / /	49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR 19	





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 16/02/2020 16:03:38

Idade: 0430
Corrência: INTERNAMENTO

Medicador do Dr.:

Paciente: GEDINALDO LACERDA DULTRA

Idade: 35 Sexo F

Filiação:

Pai:
Mãe: MARIA DO CARMO L OLIVEIRA

Endereço:

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101
Endereço: RUA TEODOSIO DE OLIVEIRA LEDO N.:
Bairro: CENTRO
Naturalidade: POMBAL - PB
Fone:

Documentos:

INS: 127-5070-2490-0032
Identidade:
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais:

Nascimento: 16/10/1984
Cor: BRANCA
Estado Civil: N.INF.
Profissão: MECANICO

Responsável:

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

*Enfermeira de moto
sem fone no pulso @*

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

*Dor + edema +
de proximidade*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Raio X

Diagnóstico:

IX ossos da perna

Motivo da Alta:

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

Recepcionista: FATIMA





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

HOSPITAL
NOME DO PACIENTE *Bedirwells Lacerda Dutra* Nº PRONTUÁRIO
DATA DA OPERAÇÃO *18-02-20* ENF. LEITO
OPERADOR *Dr. S. S. S. S.* 1º AUXILIAR
AUXILIAR 3º AUXILIAR INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA
AGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO *Fuiz de desbrida dos ossos de pernas (D)*

PO DE OPERAÇÃO

Tto cirúrgico

AGNOSTICO PÓS- OPERATORIO

O mesmo -

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO

CIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

*Paciente em DDA 905 anestesiado
Barotomente com furos de smach -
Autossépie + Aposição de campo cirúrgico
Incisão anterior + Drenagem por plasma
Redução anatómica
Furos com placas DCP 7 furos + parafusos externos
Lig. P. 23
Suturas
Ligadura*



FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	HA Pontal		Enfermaria	Leito	N° Prontuário	
		Nome	Cedinaldo Lourenço Duho		Idade	35	Sexo	M
Pressão Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura			
Tipo de Sanguíneo	Hemátias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicerina	Uréia	Outros		
Urina								
Ap. Respiratório					Asma		Bronquite	
Ap. Circulatório					Eletrocardiograma			
Ap. Digestivo					Ap. Urinário			
Estado Mental					Alergia		Hipotensões	
Diagnósticos Pré-Operatório					Estado Físico		Risco	
Anestesias Anteriores								
Medicação Pré-Anestésica				Aplicado às		Efeito		
AGENTES ANESTÉSICOS	02							
LÍQUIDO								
CÓDIGO P.V. ARTERIA PULSO RESPIRAÇÃO Vz - ANESTESIA: OPERAÇÃO	260	100% 100% 100% 100%						
	240	100% 100% 100% 100%						
	220	100% 100% 100% 100%						
	180	100% 100% 100% 100%						
	160	100% 100% 100% 100%						
	140	100% 100% 100% 100%						
	120	100% 100% 100% 100%						
	100	100% 100% 100% 100%						
	80	100% 100% 100% 100%						
	60	100% 100% 100% 100%						
	40	100% 100% 100% 100%						
	20	100% 100% 100% 100%						
SÍBOLOS E ANOTAÇÕES		PCT pontado, mci. A-As punção de C4-C5 el Punção 256 LWC i furo de Bupivacaina Dose 15mg + morfina 60mg Santado - DPH						
POSICÃO		Santado - DPH						
Agentes		D Oxipetina 10g; Morfina 10g; Morfina						
Técnica		Miquionista						
Operação		HA Linhas de Punção de A-As						
Cirurgiões		Sesion						
Anestesiistas		Dr. Martins Formiga						
Observações		PCT ciente e tranquilo com o procedimento						
Anotar, no o, as complicações pré-operatórias e pós operatórias								

FOLHA DE ANESTESIA





HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUY CARNEIRO"

Nome: Epidinaldo Wacendon Daltro
 Filiação: _____
 Sexo: Muse. Idade: 35 Cor: Marrom
 Procedência: C. cirúrgica Data: 18 / 02 / 20
 Cirurgião: Dr. Paulo Auxiliar: _____
 Anestesista: Dr. Italo Anestesia: Raque
 Início da anestesia: 14:30 Término: 16:00 Duração: _____
 Início da intervenção: 14:30 Término: 16:00 Duração: _____

Procedimento Ortopédico- com Raque

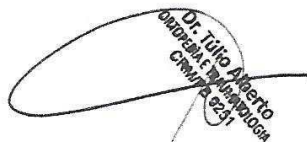
Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
Dimorf 0,2	01
Agulha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseidron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5" / 3,5" / 4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02

Assinado eletronicamente por: MICHELLE DANTAS MACHADO BARBOSA
 COREN-PB 155438

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que GERDINO LORENA
DU TNO portador do RG _____,
Foi submetido (a) à consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,
Sendo portador da infecção CID-10 5827
Em decorrência, deverá permanecer afastado (a) de suas atividades laborativas
por um período de 90 (NOVENTO) dias, a
partir desta data.

Pombal-PB, 19 de 02 de 20 20


Dr. Túlio Alberto
Médico Especialista em Infectologia
CRM 10231

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do paciente ou responsável



SINISTRO 3200184014 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GEDINALDO LACERDA DUTRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO GEDINALDO LACERDA DUTRA

CPF/CNPJ: 06373813436



Posição em 28-05-2020 09:20:08


O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/05/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 030.1.20.00360/01
			Data de emissão: 03/06/2020
Nº do Processo:	Comarca: Pombal	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/06/2020
Número da guia: 030.2020.600360 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 51,78
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 517,80 Promovente: GEDINALDO LACERDA DUTRA - Taxa Judiciária: R\$ 106,31 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT S/A			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 625,46
			Desconto total: R\$ 0,00
866300000068 254609283182 520200630033 012000360011 			Valor final: R\$ 625,46

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 030.1.20.00360/01
			Data de emissão: 03/06/2020
Nº do Processo:	Comarca: Pombal	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/06/2020
Número da guia: 030.2020.600360 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 51,78
Promovente: GEDINALDO LACERDA DUTRA Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT S/A			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Detalhamento:			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 625,46
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 625,46

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 030.1.20.00360/01
			Data de emissão: 03/06/2020
Nº do Processo:	Comarca: Pombal	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/06/2020
Número da guia: 030.2020.600360 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 51,78
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 517,80 Promovente: GEDINALDO LACERDA DUTRA - Taxa Judiciária: R\$ 106,31 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT S/A			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 625,46
			Desconto total: R\$ 0,00
866300000068 254609283182 520200630033 012000360011 			Valor final: R\$ 625,46





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 030.2020.600360

Data Vencimento: 30/06/2020

Data Emissão: 03/06/2020

Comarca: Pombal

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: GEDINALDO LACERDA DUTRA

Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT S/A

Valor da Causa: R\$ 7.087,50

Despesas Processuais: R\$ 0,00

Custas: R\$ 517,80

Taxa: R\$ 106,31

Total da Guia: R\$ 624,11

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador ALUIO ROSADO
SANDEIRA NETO
 CNPJ/MF 00.125.637/0001-04
 Rua TRAV. AGENILDO DE SOUSA Nº 790
 Município POURBAL Est. PA
 Esp. do estabelecimento COMERCIAL
 Cargo AJUDANTE
 CBO nº 843.90
 Data admissão 03 de Setembro de 2006
 Registro nº 01 Fls./Ficha 03
 Remuneração especificada R\$ 180,00
(CENTO E OITENTA REAIS)

Alui Rosado Sandeira Neto
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída 03 de Novembro de 2006
Alui Rosado Sandeira Neto
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
 CNPJ/MF
 Rua Nº
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo
 CBO nº
 Data admissão de de
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída de de
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Cedinaldo da Senda Dutra*
Loc. Nasc *Parabá* Est. *PA* Data *16/10/1984*
Filiação *Genildo Dutra da Silva*
..... *Marcos Agostinho Dutra*
Doc. Nº *GEN 1781996-16*
..... *16/10/1984*
..... *PA-16*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão *18/05/2001* DRT *Parabá-173*
..... *Vera Cleide*
..... *Wílvia de Medeiros*
Assinatura do Funcionário
..... *Vera Cleide Vieira de Medeiros*
IDENTIFICADORA



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 89.363 Série 0002513



Assinado de forma eletrônica
ASSINATURA DO PORTADOR



01/06/2020

Internet---Banking....C-AiXA



Extrato por período

Cliente: GEDINALDO LACERDA DUTRA

Conta: 0732 / 013 / 00062641-6

Data: 01/06/2020 - 16:07

Mês: Março/2020

Período: 1 - 31

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
20/03/2020	000000	REM BASICA	0,00 C	6,67 C
20/03/2020	000000	CRED JUROS	0,03 C	6,70 C

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



**Extrato por período**

Cliente: GEDINALDO LACERDA DUTRA

Conta: 0732 / 013 / 00062641-6

Data: 01/06/2020 - 16:08

Mês: Abril/2020

Período: 1 - 30

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	6,70 C
20/04/2020	000000	REM BASICA	0,00 C	6,70 C
20/04/2020	000000	CRED JUROS	0,03 C	6,73 C

Lançamentos do Dia

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
01/06/2020	011514	SAQUE ATM	1.000,00 D	1.369,26 C

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



**Extrato por período**

Cliente: GEDINALDO LACERDA DUTRA

Conta: 0732 / 013 / 00062641-6

Data: 01/06/2020 - 16:09

Mês: Maio/2020

Período: 1 - 31

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	6,73 C
20/05/2020	000000	REM BASICA	0,00 C	6,73 C
20/05/2020	000000	CRED JUROS	0,03 C	6,76 C
29/05/2020	000001	CRED TED	2.362,50 C	2.369,26 C

Lançamentos do Dia

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
01/06/2020	011514	SAQUE ATM	1.000,00 D	1.369,26 C

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104




PROCURAÇÃO

Outorgante: **GEDINALDO LACERDA DUTRA**, brasileiro, solteiro, mecânico, portador da cédula de identidade sob o nº 2.911.384 – SSDS/PB e inscrito no CPF nº 063.738.134-36, residente e domiciliado na Rua Teodósio Oliveira Ledo, nº 991, Bairro Nova Vida na cidade de Pombal– PB, CEP: 58.840-000.

Outorgados: **BEL. TARCÍSIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 19.975, Seccional da Paraíba e a **BELA. ALINE RODRIGUES GOMES OLIVEIRA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 20.768, Seccional da Paraíba, ambos com endereço profissional na Rua Domingos de Medeiros, nº 115, Empresarial Thaíla Vitória, Centro, CEP: 58.840.000, Pombal, Estado da Paraíba.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** confere aos **OUTORGADOS** os mais amplos e ilimitados para o foro em geral, perante qualquer juízo, instância, tribunal, ou fora deles, propor quaisquer ações, defendê-lo nas que lhe forem propostas, representação igualmente válida perante autoridades administrativas e policiais, podendo promover quaisquer medidas preliminares, preventivas ou assecuratórias de seus direitos e interesses, inclusive os da cláusula “ad judicia” e outros, por mais especiais que sejam, para confessar, desistir, fazer acordos, prestar compromisso de inventariante, receber e dar quitação, receber e levantar alvará judicial ou guia de retirada, requerer falências, impetrar mandado de segurança, levantar depósito de qualquer natureza, transigir, praticar, enfim, todos os atos em direito admitidos e que julgar necessário ao bom e fiel desempenho na defesa dos interesses do(a) outorgante, independentemente, da ordem de colocação dos nomes, conjunta ou separadamente, podendo também substabelecer no todo ou em parte, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, inclusive para representá-lo junto a autarquias públicas federais, estaduais e municipais, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Pombal- PB, em 29 de maio de 2020.



GEDINALDO LACERDA DUTRA



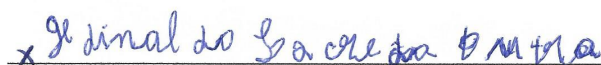
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, **GEDINALDO LACERDA DUTRA**, brasileiro, solteiro, mecânico, portador da cédula de identidade sob o nº 2.911.384 – SSDS/PB e inscrito no CPF nº 063.738.134-36, residente e domiciliado na Rua Teodósio Oliveira Ledo, nº 991, Bairro Nova Vida na cidade de Pombal- PB, CEP: 58.840-000, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos do Artigo 98 e seguintes do CPC e da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da aceção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Pombal- PB, em 29 de maio de 2020.



GEDINALDO LACERDA DUTRA



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

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 do art. 1º, inciso I, “a”, da portaria nº 01/2020 – GJ – 1ª Vara INTIMO a parte autora para fins de comprovação da alegada hipossuficiência da parte interessada, conforme faculta o art. 99, §2º do CPC/2015, e observado o disposto na Portaria Conjunta nº 02/2018 TJPB/CGJ, **para juntar, no prazo de 15 (quinze) dias**, os seguintes documentos: **1)** das declarações de Imposto de Renda prestadas a Receita Federal nos últimos 3 (três) anos (caso seja empresário – em qualquer nível – juntar IRPJ ou similar). Caso não possua, deverá trazer aos autos declaração ou comprovação de que não declara o imposto de renda (IRPF e/ou IRPJ); **2)** O último comprovante de seus rendimentos de trabalho e/ou aposentadoria (contracheque), a depender do caso; **3)** CTPS (inclusive a parte do contrato de trabalho); **4)** Extrato dos últimos 3 meses da(s) conta(s) bancária(s) de titularidade da parte autora; **5)** Documentação referente à empresa, caso tenha se autodeclarado empresário(a); **6)** Cópia da inscrição como trabalhador rural junto ao sindicato correspondente, caso tenha se autodeclarado agricultor(a); **7)** Cópia dos extratos de cartão de crédito da parte autora dos últimos três meses; **8)** Guia das custas (art. 1º, §3º da Portaria Conjunta nº 02/2018 TJPB/CGJ), caso ainda não tenha colacionado. **9)** Comprovante de ser beneficiário de benefícios destinados às famílias em situação de extrema pobreza, a exemplo do “*Bolsa Família*”. Neste ato, facultará a parte autora o direito de informar e comprovar seus eventuais gastos, caso existam, devendo, ainda, informar e comprovar, de modo fundamentado, a impossibilidade de sua apresentação, declarando a sua renda, sob pena de indeferimento do pedido;



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE POMBAL - PARAÍBA.**

Processo nº: **0800541-78.2020.8.15.0301**

GEDINALDO LACERDA DUTRA, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, por intermédio de seu advogado infra-assinado, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, tempestivamente, atendendo ao Ato Ordinatório (ID nº 31266735), JUNTAR conforme documento anexado aos autos:

Auto declaração de Isenção de Imposto de Renda exercício 2020;

Vale ressaltar que o autor já juntou cópia dos **Extratos Bancário dos últimos três meses (ID nº 31251091)**, **CTPS (ID nº 31251089)** e **Guia das Custas Processuais (ID nº 31251086)**.

Isto posto, resta comprovando a inexistência de renda por parte do autor e, por conseguinte, **REQUER** que sejam concedidos os **BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA**.

Nestes termos,

Pede e aguarda deferimento.

Pombal - PB, 08 de junho de 2020.



TARCÍSIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

Advogado - OAB/PB nº 19.975



Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF)

Eu, GEDINALDO LACERDA DUTRA, RG/CNH nº 2.911.384,
órgão expedidor: SSDS, UF: PB, CPF 063.738.134-36, endereço
RUA TEODÓSIO DE OLIVEIRA LEDO, Nº 991, BAIRRO NOVA VIDA, CEP 58840-000,
cidade de POMBAL, telefone(s) (83) 99620 8355, **DECLARO** ser
isento(a) da apresentação da Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) no(s)
exercício(s) 2019-2020 por não incorrer em nenhuma das hipóteses de
obrigatoriedade estabelecidas pelas Instruções Normativas (IN) da Receita Federal do Brasil (RFB).

Esta declaração está em conformidade com a IN RFB nº 1548/2015 e a Lei nº 7.115/83*.

Declaro ainda, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações acima prestadas.

POMBAL - PB, 04 de JUNHO de 2020.

Gedinaldo Lacerda Dutra

Assinatura

*Esclarecemos que a Receita Federal do Brasil não emite declaração de que o(a) cidadão(ã) está isento(a) de apresentar a Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (DIRPF), pois a Instrução Normativa RFB nº 1548, de 25 de fevereiro de 2015, regula que, a partir do ano de 2008, deixa de existir a Declaração Anual de Isento. Ademais, a Lei nº 7.115/83 assegura que a isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado. Mais informações podem ser obtidas na página da RFB na *internet*, no seguinte endereço eletrônico: <http://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/declaracoes-e-demonstrativos/dai-declaracao-anual-de-isento>

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. . 5º - Revogam-se as disposições em contrário.





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

1ª VARA MISTA DA COMARCA DE POMBAL

Processo: 0800541-78.2020.8.15.0301

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto: [Acidente de Trânsito]

AUTOR: GEDINALDO LACERDA DUTRA

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

DESPACHO



O contexto dos autos nos revela que a parte demandante cumpriu com o que restou determinado no ato ordinatório **id. 31266735**, vindo a colacionar a declaração de isento de imposto de renda exercício 2020. Há ainda nos autos declaração de hipossuficiência financeira (id 31251096), extratos bancários (id 31251091) em que aponta um saldo positivo de R\$ 1.369,29 e a guia de custas judiciais vê-se no encarte id 31251086, cujos valores atingem o importe de R\$ 624,11..

Nesse cenário, tenho que o(a)s autor(a)(es) se encontra assistido por advogado particular, é autônomo, exercendo a atividade laborativa de mecânico. É de se concluir que com a percepção de sua remuneração financeira, não ostenta(m) **possibilidade econômica de arcar integralmente com o pagamento das custas e despesas processuais, razão pela qual lhe CONCEDO PARCIALMENTE o benefício da gratuidade judiciária, devendo ele(a) recolher a quantia de R\$ 140,00 (cento e quarenta reais), autorizado o parcelamento em até 02 (duas) vezes, com a primeira a ser recolhida no prazo de 15 (quinze) dias a partir da intimação desta decisão (art. 98, §5º, do CPC).**

Pelo exposto, intime-se a parte autora para proceder o recolhimento das custas processuais e diligências, na forma reduzida pelo presente *Decisum*, tudo isso, **no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de cancelamento da distribuição do presente processo.**

Comprovado o pagamento da primeira parcela, cite-se com as ressalvas da lei.

Diligências necessárias.

Cumpra-se.



Pombal/PB, (data da assinatura eletrônica).


Juiz de Direito





EM ANEXO PDF.



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 030.1.20.00520/01
Nº do Processo: 0800541-78.2020.815.0301 Comarca: Pombal Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7			Data de emissão: 15/07/2020
Número da 030.2020.600520 Tipo da Custas Ocasionais de Reconvenção			Data de vencimento: 31/07/2020
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 83,11 - Taxa Judiciária: R\$ 56,88 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 51,78
Promovente GEDINALDO LACERDA DUTRA Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO Valor da causa: R\$ 7.087,50			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			Parcela: 1/1
866000000012 413309283187 520200731039 012000520010 			Valor total: R\$ 263,00
			Desconto total: R\$ 121,67
			Valor final: R\$ 141,33

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 030.1.20.00520/01
Nº do Processo: 0800541-78.2020.815.0301 Comarca: Pombal Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7			Data de emissão: 15/07/2020
Número da 030.2020.600520 Tipo de Custas Ocasionais de Reconvenção			Data de vencimento: 31/07/2020
Promovente GEDINALDO LACERDA DUTRA Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. Valor da causa: R\$ 7.087,50			UFR vigente: R\$ 51,78
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 83,11 - Taxa Judiciária: R\$ 56,88 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 263,00
			Desconto total: R\$ 121,67
			Valor final: R\$ 141,33

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 030.1.20.00520/01
Nº do Processo: 0800541-78.2020.815.0301 Comarca: Pombal Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7			Data de emissão: 15/07/2020
Número da 030.2020.600520 Tipo de Custas Ocasionais de Reconvenção			Data de vencimento: 31/07/2020
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 83,11 - Taxa Judiciária: R\$ 56,88 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 51,78
Promovente GEDINALDO LACERDA DUTRA Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO Valor da causa: R\$ 7.087,50			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			Parcela: 1/1
866000000012 413309283187 520200731039 012000520010 			Valor total: R\$ 263,00
			Desconto total: R\$ 121,67
			Valor final: R\$ 141,33



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
16/07/2020 - AUTO-ATENDIMENTO - 16.06.43
0521500521

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: TARCISIO E P OLIVEIRA
AGENCIA: 521-5 CONTA: 20.253-3
=====

Convenio	TRIBUNAL DE JUSTIÇA-PB		
Codigo de Barras	86600000001-2	41330928318-7	
	52020073103-9	01200052001-0	
Data do pagamento	16/07/2020		
Valor Total	141,33		

=====

DOCUMENTO: 071601
AUTENTICACAO SISBB:
E.A75.621.794.ED6.10B
=====

Na Promocao Ourocard Tem Premio Todo Dia voce
concorre a premios de ate R\$100 mil. Inscreva-se
em promocaoourocard.com.br. Consulte regulamento



Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Mista de Pombal
Rua José G. de Santana, 414, Centro, POMBAL - PB - CEP: 58840-000
POMBAL()

Nº do processo: 0800541-78.2020.8.15.0301
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

MANDADO DE CITAÇÃO

De ordem do MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Mista de Pombal fica a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., CITADA para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial.

POMBAL, em 26 de novembro de 2020.

De ordem, KATYANA ALENCAR MARTINS
Servidor

