



Número: **0808357-26.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/02/2018**

Valor da causa: **R\$ 10012.5**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	MARTINHO CUNHA MELO FILHO
AUTOR	SEVERINO GERONCO DE ARAUJO
RÉU	MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12506721	09/02/2018 09:32	Proc. e declaração - Severino	Procuração
12506746	09/02/2018 09:32	Docs. pessoais - Severino	Documento de Comprovação
12506779	09/02/2018 09:32	B.O - Severino	Documento de Comprovação
12506804	09/02/2018 09:32	requerimento adm - Severino	Documento de Comprovação
12506853	09/02/2018 09:32	docs. médicos - Severino	Documento de Comprovação
13212951	23/03/2018 12:27	Despacho	Despacho

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Severino Geronco de Araújo, brasileiro, solteiro, agricultor, CPF: 021.860.084-40 e RG: 1.387.404 - SSP/PB, residente e domiciliado no Sítio Piripiri, s/n, Zona Rural - Mari - PB, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu procurador

OUTORGADO: Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, casado, ADVOGADO inscrito na OAB/PB 11086, Lilian Maria Duarte Souto, brasileira, solteira, ADVOGADA OAB/PB 11490, Wellington Nóbrega Vilar, brasileiro, casado, Advogado, OAB/PB 15024, todos estabelecidos na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66. Centro, João Pessoa - PB.

a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia e extra-judicia para, como seus advogados, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa, 20 de julho de 2017.


OUTORGANTE

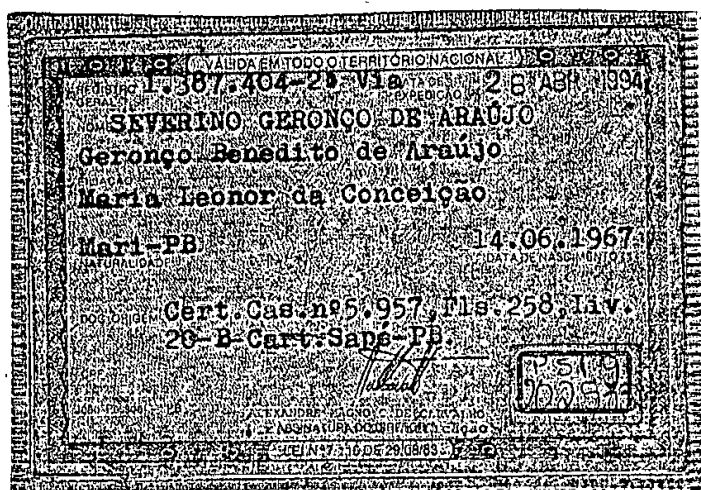
Declaração de Hipossuficiência

Eu, Severino Geronco de Araújo, brasileiro, solteiro, agricultor, CPF: 021.860.084-40 e RG: 1.387.404 - SSP/PB, residente e domiciliado no Sitio Piripiri, s/n, Zona Rural - Mari - PB, declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

João Pessoa, 20 de julho de 2017.

** Severino Geronco de Araújo*



23/02/2017

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRAZIL

Services Barra GovBr

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

(http://www.vlibras.gov.br/)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **021.860.084-40**

Nome da Pessoa Física: **SEVERINO GERONCO DE ARAUJO**

Data de Nascimento: **14/06/1967**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/06/1994**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:20:35** do dia **23/02/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **7953.BA2F.AC49.CBAD**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Aplicacoes/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

<https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublicaExibir.asp>

1/2

MARIA LEONOR DE ARAUJO
SIT PIRPERI, S/N - AREA RURAL
MARI / PB CEP: 58345000 (AG 51)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-200, Km 25 - Córrego Redondo - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Fórmula: 10 - 52 - 411 - 4750 Referência: Jun/2017
Nº medidor: 00000653997 Emissão: 19/08/2017

energisa

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ 08.056.182/0001-40 Insc. Est. 16.015.123-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 00742665
Código para Débito Automático: 00006978893

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/692849-3**

Canal de contato

Jun / 2017

Apresentação

19/08/2017

Data prevista da
próxima leitura

18/07/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

4474081442

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
17/05/17	5503	19/08/17	5514	11

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Custo de Disponibilidade			13,04
Adc. B Vermelha			0,38
PIS			0,14
COFINS			0,87
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
JUROS DE MORA 05/2017			0,08
MULTA 05/2017			0,28

**Histórico de Consumo
(kWh)**

Mar/17	8
Abr/17	21
Mai/17	45
Jun/17	36
Jul/17	42
Ago/17	38
Sep/17	37
Out/17	28
Nov/17	18
Dez/17	16
Jan/18	6
Fev/18	7

Média dos últimos meses
28

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	14,21	1,0310	0,14
COFINS	14,21	4,7420	0,87

TOTAL A PAGAR

26/06/2017

R\$ 14,58

72dd.19a9.08db.1f49.9a3e.0a9b.e00f.d2c7

Indicadores de Qualidade 4/2017-6apê

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,35	5,57
DIC TRIMESTRAL	24,71	
DIC ANUAL	48,42	
FIC MENSAL	7,82	2,00
FIC TRIMESTRAL	15,64	
FIC ANUAL	31,28	
DMC	6,70	4,05
DICRI	18,80	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	5,16	31,39
Compra de Energia	0,03	41,35
Serviço de Transmissão	0,35	2,40
Encargos Setoriais	1,88	17,75
Impostos Diretos e Encargos	1,19	0,09
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	14,58	100,00

Valor do EUSD (Ref 4/2017) R\$ 6,96



BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Livro nº 001/2017
Ocorrência nº. 143/2017

Aos OITO dias de MAIO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MARI/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MANOEL CARLOS DA SILVA NETO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevi(o) do seu cargo, aí, por volta 10h:24min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

SEVERINO GERONCIO DE ARAUJO, conhecido por BIU, Identidade nº 1387404-SSP/PB, CPF nº 021.860.084-40, nacionalidade brasileira, estado civil: divorciado, profissão: agricultor, filho(a) de Geroncio Benedito De Araujo E De Maria Leonor Da Conceição, natural de Mari/PB, nascido(a) em 14/06/1967 (49 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Piripiri, Zona Rural De Mari/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de MARI/PB, fone(s) para contato: 83.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 18 de 12 de 2016;
- 3) HORÁRIO: 19h:30min;
- 4) LOCAL: SÍTIO PIRIPIRI, ZONA RURAL DE MARI/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: POLICLINICA DA CIDADE DE MARI/PB E DEPOIS ENCAMINHADO PARA O HOSP. DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUBERTO LUCENA EM JP/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

MOTOCICLETA HONDA HONDA CG 150 FAN ESI, COR VERMELHA ANO E MODELO 2010/2010 PLACA NQC 6215/PB, CHASSÍ Nº 9C2KC1550AR095384, RENAVAL 0021498402-8, EM NOME DE SEVERINO GERONCIO DE ARAUJO.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

CLAUDIO JOSE AUGUSTO RG Nº 1.877.166 SSP/PB E CPF 084.047.614-00

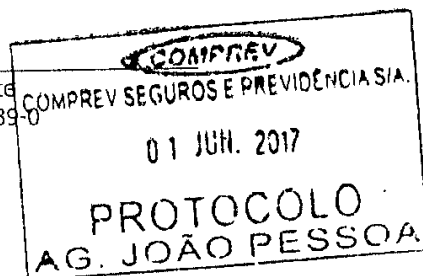
8) BREVE RESUMO DO FATO:

Que foi vítima de acidente automobilístico na data, hora e lugar acima citados; Que conduzia a motocicleta, e ao se desviar de um cachorro o mesmo caiu ao solo; Que devido a gravidade do acidente, o noticiante foi transferido para o HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUBERTO LUCENA EM JP/PB; Que foi transferido em uma ambulância pertencente a Policlínica da cidade de Mari/PB.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevi(o) que digitei.

Severino Geroncio de Araujo
SEVERINO GERONCIO DE ARAUJO
Comunicante

Escrevi(o)/Agente
Matrícula nº 157.339-0



SINISTRO 3170307916 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** SEVERINO GERONCO DE ARAUJO**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB**BENEFICIÁRIO** SEVERINO GERONCO DE ARAUJO**CPF/CNPJ:** 02186008440**Posição em 12-07-2017 09:31:19**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 3.375,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
12/07/2017	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA

PACIENTE: Severino Jerônimo de Araújo
Paciente refere que levou "tombos de olho" em dez/2016
fez exames em Franca e ficou 5 dias internado; Perdeu a
visão do OD.
RESULTADOS:

Refração com Acuidade Visual: Autorefração OD -02R -050 86 → 20/20
sem correção visual OE -050 46 → 20/20

Biomicroscopia: Discreta hiperemia conjuntival; pinguículas

Fundo de Olho: Sugestivos retinográficos simples imediatamente p/ finalizar o diagnóstico (caso de Pvd. de Vpvd)

Tonometria: 14 mm Hg no ao 810 hrs.

Distribuição de Cores Verde e Vermelho: —

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Paciente p/vpvd unilaterais e
presbiopia (vista cansada)

PRESCRIÇÃO OFTALMOLÓGICA:

Óculos = Plano ad 275 no

Local/Data:

Coluna = optave 3 x d

Assinatura/Carimbo:

Mau 24 julho 2017

Dr. Marcelo Jerônimo de Araújo
Oftalmologista
3366

FONE: (83) 3271-2673

GUARABIRA - PB

RECEITA DE ÓCULOS

Clínica de Olhos

AO CLIENTE

- Não deixe de conferir seus óculos antes de usá-los;
- Ao receber o óculos a visão deverá ficar boa, igual a obtida com o aparelho do consultório;
- Lembre-se que o grau pode estar certo, porém, mal posicionado na armação;
- Nos dez primeiros dias de uso efetivo é normal sentir tonturas, cefaleias, desmaios, etc.
- Qualquer alteração procure imediatamente o técnico na ótica;
- Se contudo, após este período ainda sentir algo, impõe-se uma revisão e esta lhe será feita sem qualquer novo ônus.

Próxima Consulta, ____ / ____ / ____

NOME: Serleirio Gomes de Moura

Data: 30/02/17

Oftalmologista

		Est.	Cil.	Eixo	DP	
LONGE	OD	1L	-	-	-	
	OE	1L	-	-	mm	
PERTO	OD	+2.75	-	-	-	
	OE	+2.75	-	-	mm	

☐ Óculos Separados
☐ Bifocal Útil
☐ Bifocal Kriptok
☐ Bifocal Panoptik
☐ Bifocal Executivo
☐ Bifocal Katral
☒ Multifocal
☐ Lentes Orgânicas
☐ Fotocromático
☐ Cor a escolher
☐ Meia Armação

OBS.: _____



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	SEVERINO GERONCO DE ARAUJO
DATA DE NASCIMENTO	14/06/67
NOME DA MÃE	MARIA LEONOR DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	99.308
BOLETIM DE ENTRADA N.º	968.452
DATA DO ATENDIMENTO	19/12/16
HORA DO ATENDIMENTO	00:59
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TCE + FRATURA TEMPORAL + FRATURA FRONTAL
CID 10	S06.9 + S02.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma na cabeça, abdomen sem queixas. Glasgow 13. Sonolento, incinsciente. TC de crânio evidenciou fraturas de osso temporal e frontal.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax AP
Tomografia computadorizada de crânio

TRATAMENTO:

Tratamento conservador.

ALTA HOSPITALAR:	23/12/16
DATA DA EMISSÃO:	27/03/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



ESTADO DA PARAÍBA
GOVERNO MUNICIPAL DE MARI
SECRETARIA DE SAÚDE



SUS
Sistema
Unidade
Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: **CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENÇÃO À SAÚDE**
CÓDIGO DO CNES: **6690688** CNPJ: **11.400.094/0001-02**
ENDEREÇO: **RUA NAPOLEÃO LAUREANO, S/N - CENTRO**
MUNICÍPIO: **MARI** ESTADO: **PB**

PACIENTE

NOME: **Serena Gerarda** SEXO: **M** IDADE: **49**
PROFISSÃO: **Professora** DOCUMENTO: **1.387.909**
ENDEREÇO: **Sítio Pádua** ESTADO: **PB**
MUNICÍPIO: **Mari**
COD. IBGE MUNICÍPIO: **5800000** CNS: **6690688**
DATA DE NASC.: **14/06/1967** DATA DO ATEND.: **18/12/16**

RAÇA / COR

() 1 - BRANCA () 2 - PRETA () 3 - PARD
() 4 - AMARELA () 5 - INDÍGENA () 6 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Obs: referir-se ao prontuário e ao
relatório de exame físico, que
estão em anexo ao formulário.*
Assinatura do médico

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. **Descontar em**
2. **20-32**
3. **49090**
4. **49090**

CARATER DO ATENDIMENTO

- () 01 - ELETIVO
(☒) 02 - URGÊNCIA
() 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
() 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
() 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

PROCEDIMENTO - Descrição:

Trauma

DIAGNÓSTICO:

Trauma

CID-10: **V00**

MEDICAÇÃO

- () PRESCRITA
(☒) APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- (☒) OBSERVAÇÃO
() INTERNAÇÃO
() ÓBITO
() RESIDÊNCIA
(☒) OUTRO HOSPITAL
() OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS; CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1. **9301060096**
2. **0301100012**
3.

ASSINATURA DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO

Assinatura do paciente / acompanhante ou responsável

CBO

CRM

ASSINATURA DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

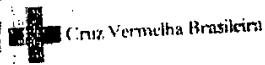
ASSINATURA DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

Laudo Médico / Resumo de Alta

BRASILERA

Nome: <u>Severino Genival de Araújo</u>			Registro: <u>968452</u>		
Idade:	Sexo:	Civ:	Ofício:	Enf:	Leitor:
Data de admissão:			Data de alta: <u>25.12.16</u>		
Diagnóstico inicial: <u>TEE</u>					
Diagnóstico final: <u>Fratura / Temporal / ①</u>					
Curso diagnóstico: <u>Fractura</u>					
Exames realizados: <u>TC crânio</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Ho. Lacerda - 02/01/17</u>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Menorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: História, evolução, terapêutica, complicações					
<u>REG. II</u>					
<u>1) DEFICIT MOTOR</u>					
Dieta: <u>líquida</u>			Orientações Pós Alta		
Repouso: relativo em casa por <u>30</u> dias. <u>30</u> dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, <u>30</u> dias e com maior em, <u>30</u> dias					
retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30</u> dias e com maior em, <u>30</u> dias					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: <u>Dipirona / Difenidramina</u>					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto					
Ao ambulatório <u>RCR</u> em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>23</u> de <u>12</u> de <u>16</u>					
Ass. Médico: CRM _____					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
01 JUL 2017
PROTOCOLO
G. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 968452



Identificação do paciente			
ID	Nome	Estado civil	Religião
1118245	SEVERINO GERONÇO DE ARAUJO	SOLTEIRO(A)	NAO INFORMADA
Data de nascimento	Idade	Pai	Sexo
14/06/1967	49 anos 5 meses 5 dias	GERONÇO BENEDITO DE ARAUJO	Masculino
Mãe	Responsável (Parentesco)	Prontuário	
MARIA LEONOR DA CONCEIÇÃO	EDUARDO DA SILVA FELIX - OUTRO PARENTE		
Escolaridade	DDD Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
	83	96080632	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
RG (IDENTIDADE)	1387404		
Local de procedência	Tipo	UF	
MARI	MUNICIPIO	PB	
E-mail	Naturalidade	CBO/R	
	MARI		
Endereço			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
68345000	MARI	PB	PIRIPIRI
Número	Complemento	Bairro	
SN		ZONA RURAL	
Admissão			
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio	
19/12/2016 00:59:51	1000004209744	SUS	
Especialidade	Clinica	Origem do paciente	
TRAUMATOLOGISTA	CLINICA TRAUMA E GERAL	RUA	
Classificação de risco	Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	URGÊNCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS
Indicadores e Transporte			
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Sim	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
AMBULANCIA			
Sinais Vitais			
PA	Pulso	Temperatura	
X			
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Dados clínicos			
TOMOGRAFIA			
TIPO ...			
DATA ...			
HORA ...			
NOME TÊC. RAD. ...			
Téc. em Radiol. ...			
CID ...			
Atendido por			
JANAINA KELLY SOUZA DA SILVA VIDAL			
Imprim			
Dr. Ricardo R. Carvalho			
Neurocirurgia			
CRM - 6628			
TOMOGRAFIA			
TIPO ...			
DATA ...			
HORA ...			
NOME TÊC. RAD. ...			
Téc. em Radiol. ...			
CID ...			



Primeiro Atendimento Médico



PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:



1000004208744 BE.: 968452
SEVERINO GERON CO DE ARAUJO
DT. NASC.: 14/06/1967

MAR: MARIA LEONOR DA CONCEIÇÃO

END.: PIRIPARI

N. SM - ZONA RURAL

MARI

PHONE: ()

CELULAR: (93) 9680632

IDADE: 48

DT. ENTRADA: 18/12/2016 09:59:51

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

EXAME PRIMÁRIO

IAS

VEIAS () Perivas () Obstruídas

SERVICAL IMOBILIZADA: () Sim () Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA () Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade

() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRO VESICULAR

() Presente e normal

HTD () Rude

() Diminuído

() Ausente

HTE () Presente e normal

() Rude

() Diminuído

() Ausente

2- RUÍDOS

() Sim

HTD Roncos

Sibilos

Estenores

() Não

HTE Roncos

Sibilos

Estenores

FR: _____ bpm SaO₂: _____ %

EXAME NEUROLÓGICO

Ilus: () Fotorreagente

() Paralisadas

() Isocóricas

() Anisocóricas

(Diferença = _____ mm)

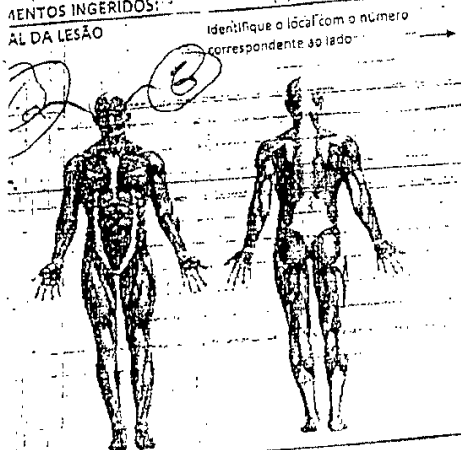
Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Esontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

F(NG).CC.001-1

ANEXO SECUNDÁRIO

☐ Não ☐ Sim:
 GIA: ☐ Não ☐ Sim:
 ICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim:
 VIZIAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim:
 OLOGIA: ☐ Não ☐ Sim:
 AENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim:
 AL DA LESÃO



Identifique o local com o número correspondente ao lado →

- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Injurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau
☐ Lavado peritoneal
☐ Gasometria arterial
☐ Tipagem sanguínea

EXAMES SOLICITADOS:
☐ Radiografias
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada

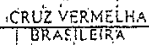
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CODIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO: Solicito parecer da _____
 DESTINO DO PACIENTE: ☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde) ☐ A reavalia ☐ Desistência
☐ Internado (setor) ☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ Família ☐ JML ☐ SVO
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs.

DATA: ____/____/____
 SAÍDA: ____ HORAS: ____
 ASSIN: _____ ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL _____

ATURA/CARIMBO

F(NG)-GG-001-1




1000004200744 BE.: 989452
SEVERINO BENCH 60 DE ARAUJO
DT, NASC.: 14/06/1967
NME: MARIA LEONOR DA CONCEI 600

END.: PIRAPI
N. SN - ZONA RURAL
MARI
FONE: ()
CELULAR: (03) 88090532
IDRDE: 48
QT. ENTRADA: 18/12/2016 00:54:51

BE/PRONT

NOME DO PACIENTE

DATA	HORA	# CT3MF4	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
19/12/16	06:50		Paciente atina de acidente motorizativo, com trauma de face. Na inspeção, apresenta, principalmente, presença respiratória, respectiva ao exame físico, realizando expiratória, acurácia, hidratação, afecção na língua, com sanguinamento ativo em face. Ao exame físico apresenta ferimento abrasivo perioral, contendo áreas necróticas, boa dentura local, além de etanol.
			CD: Ex. clínico + ALTO CT3MF.
			
			CDP 4525.

968452

NOME: SEREVINO GERONÇO DE ARAUJO

DATA: 22/12/2016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA LIVRE ATENÇÃO
2. SF 0,9% 1500ML EV 24H ~~1º 500~~ 2º 500 3º 500
3. OMEPRAZOL 40 MG + AD EV 01X AO DIA ~~06~~ V-O
4. DAPIRONA 1G EV 6/6H ~~16~~ 22 04 10
5. CETOPROFENO 100+ SF 100 EV 12/12H ~~16~~ 04
6. TRAMAL 100 + SF 100 EV 8/8H (S/N)
7. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H (S/N)
8. CAPTOPRIL 25MG VO OU SNE 8/8H SE PAD > 120
9. HGT 6/6H / PA 6/6H- ANOTAR
10. FISIOTERAPIA GLOBAL
11. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS

DIAGNÓSTICO: POLITRAUMATISMO

FRATURAS FRONTAL ORBITÁRIO D + FRATURA MAXILAR D

ECG 15

SEM INTERCORRÊNCIA

TC CRÂNIO PARA 21/12/16

CD: SUPORTE CLÍNICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

BMF

Dr. José Lopes de Sousa Filho
Neurocirurgia
CRM 6876

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

968452. B

NOME: SEREVINO GERONÇO DE ARAUJO

DATA: 21/12/2016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA LIVRE ATENÇÃO
2. SF 0,9% 1500ML EV 24H 1º 500 2º 500 3º 500
3. OMEPRAZOL 40 MG + AD EV 01X AO DIA 06
4. DIPIRONA 1G EV 6/6H 16 22 04 16
5. CETOPROFENO 100+ SF 100 EV 12/12H 16 04
6. TRAMAL 100 + SF 100 EV 8/8H (S/N)
7. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H (S/N)
8. CAPTOPRIL 25MG VO OU SNE 8/8H SE PAD > 120
9. HGT 6/6H / PA 6/6H- ANOTAR 91/109 0/1 (99)
10. FISIOTERAPIA GLOBAL
11. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS

DIAGNÓSTICO: POLITRAUMATISMO

FRATURAS FRONTAL ORBITÁRIO D + FRATURAS MAXILAR D

ECG 15

SEM INTERCORRÊNCIA

TC CRÂNIO PARA 21/12/16

ESTADO DE
VITAS
FARMACIA

968452

Coronça B

NOME: SEREVINO GERONÇO DE ARAUJO

DATA: 20/12/2016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA LIVRE *Alimento*
2. SF 0,9% 1500ML EV 24H *22 39*
3. OMEPRAZOL 40 MG + AD EV 01X AO DIA *06*
4. DÍPIRONA 1G EV 6/6H *16 22 39 10*
5. CETOPROFENO 100+ SF 100 EV 12/12H *16 04*
6. TRAMAL 100 + SF 100 EV 8/8H S/N *SN*
7. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N *SN*
8. CAPTOPRIL 25MG VO OU SNE 8/8H SE PAD > 120 *22 { PD HGT*
9. HGT 6/6H / PA 6/6H - ANOTAR *16 { PA HGT*
10. FISIOTERAPIA GLOBAL
11. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS

04 { PA
HGT

10 { PA
HGT

DIAGNÓSTICO: POLITRAUMATISMO

FRATURAS FRONTAL ORBITÁRIO D + FRATURA MAXILAR D

ECG 15

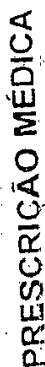
SEM INTERCORRÊNCIA

TC CRÂNIO PARA 21/12/16

Solente avaliado da BNF

[Handwritten signature]

[Large handwritten mark]



TESTS.

...A DO FARMACÊUTICO E CARIMBO

SERVIDOR DA FARMÁCIA

F(NG).APC.001-1




ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) JOSEFINO GONCALVES DE ARAUJO portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 5.06, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 30 (trinta) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 23.12.14


Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

EM VIA: PACIENTE

EM VIA: ANEXO AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1



Poder Judiciário da Paraíba
11ª Vara Cível da Capital

Vistos, etc.

1. Defiro a justiça gratuita;
2. Recebo a inicial vez que presente os requisitos previstos no art. 319 e seguintes do CPC;
3. Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, vez que se trata de ação de cobrança de DPVAT, onde a Seguradora somente concilia após realização de perícia, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF);
4. Cite-se e intime-se (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;
5. Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção);
6. Via digitalmente assinada deste *decisum* poderá servir como mandado.

Citações e intimações necessárias. Cumpra-se.