



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
12506 721	09/02/2018 09:32	<a href="#">Proc. e declaração - Severino</a>	Procuração
12506 746	09/02/2018 09:32	<a href="#">Docs. pessoais - Severino</a>	Documento de Comprovação
12506 779	09/02/2018 09:32	<a href="#">B.O - Severino</a>	Documento de Comprovação
12506 804	09/02/2018 09:32	<a href="#">requerimento adm - Severino</a>	Documento de Comprovação
12506 853	09/02/2018 09:32	<a href="#">docs. médicos - Severino</a>	Documento de Comprovação
13212 951	23/03/2018 12:27	<a href="#">Despacho</a>	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 Pirpiri, 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.

Severino Geronco de Araújo  
OUTORGANTE

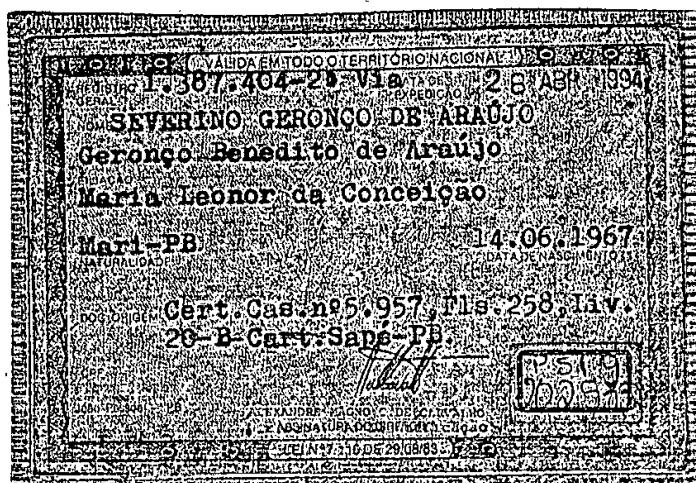
## Declaração de Hipossuficiência

Eu, Severino Geronco de Araújo, brasileiro, solteiro, agricultor, CPF: 021.860.084-40 e RG: 1.387.404 - SSP/PB, residente e domiciliado no Sítio Pirpiri, 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.





23/02/2017

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRAZIL

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Services Barra GovBr

(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

Dígito 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 PIRPIRI, 59 - AREA RURAL  
MARI / PB CEP: 58345000 (AG 51)

Classe/Subs: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B/200, Km 25 - Crédito Referência: João Pessoa / PB - CEP: 58071-080  
Rodovia 10 - 52 - 411 - 4700 Referência: Jun/2017  
NP medidor: 00000653997 Emissão: 19/08/2017

ENERGISA/PARÁ S.A. DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
CNPJ: 006 183 6001-40 - Ins. Est. 10016 122-0  
Nota Fiscal/Conta de Energia Física e MTK074266  
Código para Débito Automatizado: 00004958493

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5692849-3

Canal de contato

Jun / 2017

Apresentação

19/08/2017

Data prevista da  
próxima leitura

18/07/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

4474081442

Ins. Est:

Faturas em atraso

17/05/17

5503

19/08/17

6514

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Leitura Data Leitura 1 11 10

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 0,20

Histórico de Consumo  
(kWh)

May/17

27

Mar/17

45

Fev/17

36

Jan/17

42

Dez/16

38

Nov/16

37

Out/16

28

Set/16

18

Ago/16

16

Ju/16

6

Jun/16

7

	BASE DE CALCULO	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

R\$ 14,58

Média dos últimos meses

28

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

Indicadores de Qualidade 4/2017-Sap4

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,35	5,57
DIC TRIMESTRAL	24,71	NOMINAL
DIC ANUAL	48,42	220
FIC MENSAL	7,82	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	16,64	LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	13,16	LIMITE SUPERIOR
DIC	0,70	202
DIC	16,00	231
DIC	4,06	731

Descrição	Valor (R\$)	%
Salários de Díaz da Energia/FB	5,16	31,29
Compra de Energia	0,35	2,18
Salário de Trânsito/MS	1,88	12,76
Encargos Sociais	1,19	0,09
Imposto Direto e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços		
Total	14,58	100,00

Valor do EUSD (Ref 4/2017) R\$10,86



# GOVERNO DA PARAÍBA



## 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, escrivã(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 Conceção, natural de Mari/PB, nascido(a) em 14/06/1967 (49 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Pirpiri, 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: SITIO PIRPIRI, 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 VÉHICULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VÉHICULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VÉHICULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

### **6) DESCRIÇÃO DO(S) VÉHICULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

MOTOCICLETA HONDA HONDA CG 150 FAN ESI, COR VERMELHA ANO E MODELO 2010/2010 PLACA NQC 6215/PB, CHASSI nº 9C2KC1550AR095384, RENAVAM 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, escrivã(o) que digitei.

SEVERINO GERONCIO DE ARAUJO  
Comunicante

Escrivã(o)/Agente  
Matrícula nº 157.339-0

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.  
01 JUN. 2017

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## 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 Indenizacão	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

12/07/2017	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00
------------	--------------	----------	--------------

## AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA

**PACIENTE:** Severino Pereira de Araujo  
Paciente infere que levou "Trembo de moto" em dez/2016  
fez exames no Traumato e ficou 5 dias internado; Perdeu a  
visão do OD.  
**RESULTADOS:**

**Refração com Acuidade Visual:** Autorefração OD -021 -050 86 → 20/20  
sem correcta visual OT -050 46 → 20/20

**Biomicroscopia:** Discreta hiperemia conjuntival; pingueculas

**Fundo de Olho:** Sinais normais retinográfico sempl. fundo de olho e pl.  
finalizar o diagnóstico (ausc. de fundo de olho)

**Tonometria:** 14 mm Hg NO e OS 810 ms.

**Distribuição de Cores Verde e Vermelho:**

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:** Paciente pf visual acuadade e  
presbicia (visão cansada)

**PRESCRIÇÃO OFTALMOLÓGICA:**

Olho = Plano ad 275 AO

Olho = óptico 3 x d

**Assinatura/Carimbo:**

Flávio 24 julho 2017

Dr. Marcella M. C. G. Melo  
CRM 3366  
3366

GUARABIRA - PB

FONE: (83) 3271-2673

RECEITA DE ÓCULOS

Clínica de Olhos

AO CLIENTE

- Não deixe de conferir seus óculos antes de usá-los;
- Ao receber o óculos à 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: *Serábia Gomes de Mendes*

Data: *10/01/17*

Oftalmologista

	Esf.	Cil.	Eixo	DP
LONGE OD	<i>16</i>	—	—	—
LONGE OE	<i>16</i>	—	—	—
PERTO OD	<i>+271</i>	—	—	mm
PERTO OE	<i>+275</i>	—	—	mm

Óculos Separados  
 Ó Bifocal Útex  
 Ó Bifocal Kríptok  
 Ó Bifocal Panoplík  
 Ó Bifocal Executivo  
 Ó Bifocal Katral  
 Ó Multifocal  
 Ó Lentes Orgânicas  
 Ó Fotocromático  
 Ó Cor a escolher  
 Ó 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 PESSOALS

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, inciñsciente. 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

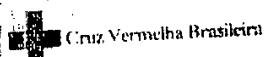
Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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



## Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: <i>Severino Ferreira de Araújo</i>		Registro: <i>960452</i>		
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf:	Lado:
Data da admissão:		Data da alta: <i>23.12.16</i>		
Diagnóstico inicial:		<i>TET</i>		
Diagnóstico final:		<i>Fratura / Tendão / D</i>		
Curso diagnóstico:		<i>Fractura</i>		
Procedimentos:		<i>TC</i>		
Cirurgia realizada - data e equipe:		<i>H0</i>		
Terapêutica medicamentosa:				
Anatomia patológica:				
Infecção: sim ( ) não ( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )				
Resultado bacteriologia				
Condições de alta: Reinorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( ).				
Resumo clínico: História, evolução, terapêutica, complicações				
<i>ECG /</i>				
<i>f) DÉFICIT MOTRIZ</i>				
Orientações Pós Alta				
Dicta:	<i>lrat</i>			
Reposo:	<i>30</i>	dias.		
relevo em casa por:	<i>30</i>	dias.		
retorno às atividades sem esforço físico em:	<i>30</i>	dias.		
retorno às atividades com esforço físico leve:	<i>30</i>	dias e com maior em:		
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se seco 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:	<i>Dipirona 500mg x 4</i>			
Retorno:				
Ao posto de saúde em:	para retirada de ponto			
Ao ambulatório:	<i>23/12/16</i> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <i>23</i> de <i>12</i> de <i>16</i>	Ass. Médico / CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				



Identificação do paciente

ID 1118245	Nome SEVERINO GERONÇO DE ARAUJO			Sexo Masculino
Data de nascimento 14/06/1967	Idade 49 anos 6 meses 5 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe MARIA LEONOR DA CONCEIÇÃO	Pai GERONÇO BENEDITO DE ARAUJO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) EDUARDO DA SILVA FELIX - OUTRO PARENTE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 96080632	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1387404	Nº Cns		
Local de procedência MARI	Tipo MUNICÍPIO			UF PB
Email MARI	Naturalidade MARI	CBO/R		

Endereço

CEP 68345000	Município de residência MARI	UF PB	Logradouro [PIRPIR]
Número SN	Complemento		Bairro ZONA RURAL

Admissão

Data e Hora 19/12/2016 00:59:51	Número da pulseira 1000004209744	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

Especialidade  
TRAUMATOLISTA

Clinica  
CLINICA TRAUMA E GERAL

Classificação de risco

Origem do paciente

RUA

Caráter de atendimento  
URGENCIA

Motivo do atendimento  
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Detalhe do acidente

QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X mmHg	Pulso	Temperatura
----	--------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]	TIPO ...	DATA ...	HORA ...
Dados clínicos 9/12/2016 B530 9/12/2016 classificad d. mst. CT crâneo CT crâneo/neck front. ASS									

Diagnóstico

Atendido por JANAINA KELLY SOUZA DA SILVA VIDAL	Imprimi Resist intracranian	TIPO ...	DATA ...	HORA ...
--	-----------------------------------	----------	----------	----------

Dr. Ricardo R. Carvalho  
Neurocirurgia  
CRM - 6628

Dr. José Soárez US  
Av. L. PMA

TOMOGRAFIA

DATA ... 01/12/17  
HORA ... 20:01  
NOME TÉC. RAD.: Wellington P. de Araújo  
Tec. em Radiologia  
CRTR 00001

TOMOGRAFIA

DATA ... 01/12/17  
HORA ... 20:03  
NOME TÉC. RAD.: ST. J.

## Primeiro Atendimento Médico



## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

1868004208744 BE.: 968452  
SEVERINO GERON SO DE ALAUJO  
DT. NASC.: 14/06/1987  
MAR: MARIA LEONOR DA CONCEIÇÃO

END.: PIRPIKI  
N. SN - ZONA RURAL  
MARI  
FONE: ()  
CELULAR: (03) 86800632  
IDADE: 48  
DT. ENTRADA: 18/12/2016 00:59:51

## DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*Roberto Melo ob  
Roberto da Melo. 67  
30001*

## EXAME PRIMÁRIO

IAS  Nervias  ObstruídasERVICAL IMOBILIZADA:  Sim  NãoVENTILAÇÃO: TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA:  Sim  NãoRESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA:  Sem dificuldade                                  Com dificuldadeVENTILAÇÃO MECÂNICA: APNÉIA: 

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMURÍO VESICULAR:                                   Presente e normalHTD:  Rude                                  Diminuído                                  Ausente

HTD:  Rude  
                                  Diminuído  
                                  Ausente

2 - RUIDOS

HTD:  Sim                                  Não

HTD:  Roncos  
                                  Sibilos  
                                  Estertores

HTD:  Roncos  
                                  Sibilos  
                                  Estertores

CR:

imp

SaO<sub>2</sub>%  
                                  Paralisadas  
                                  Isocôricas  
                                  Anisocôricas  
                                  Escala de Glasgow: 11

*Flacido*

## CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

Normal  Pálida  Cianótica                                  Pictórica  IctéricaNormal  Quente  FriaNormal  AumentadoFino  Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

Regular  Irregular  Ausente

RÍTIMO

Normatonéticas  Hipofonéticas

BULHAS

Hipofonéticas  Ausente

SOPRO

Presente  Ausente

BE OU B4

Sim  Não 

FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_\_ X mmHg T: \_\_\_\_\_ °C

ECG: \_\_\_\_\_

ABDOMEN:

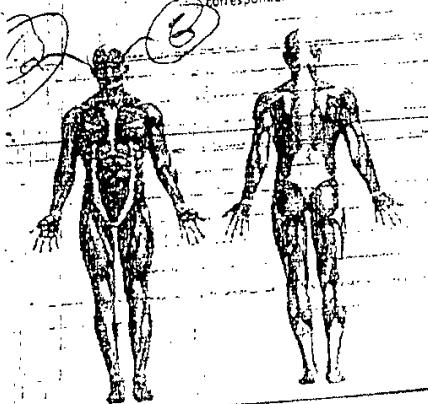
F(NG).CC.001-1

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À 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
TOTAL:	13			Nenhuma	1

## Nº SECUNDÁRIO

GIA:  Não  Sim:  
 ICAMENTOS:  Não  Sim:  
 VIZAÇÃO:  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 Ingurgitamento Nervoso       |
| 5 Crepitação           | 23 Laceração                    |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendinea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Efisema subcutâneo   | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Enravado              |
| 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

## EXAMES SOLICITADOS

- Ressonâncias  
 Ultrassonografia (FAST)  
 Tomografia computadorizada

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

## CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

1	Algodão
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da

Solicito parecer da

## DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

- Centro cirúrgico  
 Transferência (unidade de saúde)  
 Internado (setor)  
 Alta hospitalar  
 Decisão médica  
 A pedido  
 A reavaliação  
 Desistência  
 Óbito  
 Até 48 hs.  
 Após 48 hs.  
 Família  
 IMI  
 SVO

## ASSINATURA E CARIMBO

Lavado peritoneal

Gasometria arterial

Tipagem sanguínea



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Barcode: 1000934208744  
LIBRERIA MUNICIPAL DE SEVILLA  
SERVICIO DE BIBLIOTECA  
S. E. : 989462  
DT. NACSI 14/08/1987  
NRAE: MARIA LEONOR DE CONCEPCION 640

## BE/PRONT

**NOME DO PACIENTE**

400<sup>119</sup> 45 25.

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

B

968452

NOME: SEREVINO GERONÇO DE ARAUJO

DATA: 22/12/2016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA LIVRE ATENÇÃ~~S~~
2. SF 0,9% 1500ML EV 24H ~~1º 500 2º 500 3º 500~~
3. OMEPRAZOL 40 MG + AD EV 01X AO DIA ~~00~~ J-O
4. DIPIRONA 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

FRATRUA FRONTOBITARIO D + FRATRUA MAXILAR D

ECG 15

SEM INTERCORRENCIA

TC CRANIO PARA 21/12/16

CD: SUPORTE CLINICO E OBSERVAÇÃO NEUROLOGICA

BMF

Dr. José Nunes de Sousa Filho  
Neurocirurgista  
CRM/PB - 6676

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. OMÉPRAZOL 40 MG + AD EV 01X AO DIA ~~06~~
4. DIPIRONA 1G EV 6/6H ~~10 22 04 50~~
5. CETOPROFENO 100+SF 100 EV 12/12H ~~10 04~~
6. TRAMAL 100 + SF 100 EV 8/8H ~~5/N~~
7. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H ~~5/N~~
8. CAPTOPRIL 25MG VO OU SNE 8/8H SE PAD > 120
9. HGT 6/6H / PA 6/6H- ANOTAR ~~21/12/16~~ 01/01 (99)
10. FISIOTERAPIA GLOBAL
11. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS

DIAGNÓSTICO: POLITRAUMATISMO

FRATRUA FRONTOBITARIO D + FRATRUA MAXILAR D

ECG 15

SEM INTERCORRENCIA

TC CRANIO PARA 21/12/16

DR. THAIS SANTOS  
MÉDICO DE CLÍNICA MÉDICA

laranja B

968452

NO ME: SEREVINO GERONÇO DE ARAUJO

DATA: 20/12/2016

PREScrição MÉDICA

1. DIETA LIVRE *Alimento* 2a 3a  
2. SF 0,9% 1500ML EV 24H *px*  
3. OMEPRAZOL 40 MG + AD EV 01X AO DIA 0-6  
4. DIPIRONA 1G EV 6/6H *No 262 04* 50  
5. CETOPROFENO 100+ SF 100 EV 12/12H *No 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  
9. HGT 6/6H / PA 6/6H- ANOTAR *16 { PA HGT*  
10. FISIOTERAPIA GLOBAL *22 { PA HGT*  
11. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS

04 { PA  
HGt

50 { PA  
HGt

DIAGNÓSTICO: POLITRAUMATISMO

FRATRUA FRONTORBITARIO D + FRATRUA MAXILAR D

ECG 15

SEM INTERCORRÊNCIA

TC CRÂNIO PARA 21/12/16

*folheto avaliado da BNF*

*DR*

*DR*



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA



1151.333



## ATESTADO MÉDICO



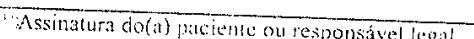
Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Lorenna Gonçalves de Almeida portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 10.506 horas, portador(a) da patologia CID-10 \_\_\_\_\_, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas 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 registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

  
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

PÁTA-PACIENTE      EM 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.