



Número: **0803158-91.2015.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **14/10/2015**

Valor da causa: **R\$ 11812.5**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ADSON JOSE ALVES DE FARIAS
AUTOR	JOSICLEIDE ESTEVAO GUIMARAES
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
2214657	14/10/2015 14:41	<a href="#">Procuração</a>	Procuração
2214663	14/10/2015 14:41	<a href="#">Declaração de hipossuficiência</a>	Outros Documentos
2214666	14/10/2015 14:41	<a href="#">Documentos Pessoais</a>	Documento de Identificação
2214676	14/10/2015 14:41	<a href="#">Boletim de Ocorrência</a>	Documento de Comprovação
2214684	14/10/2015 14:41	<a href="#">Laudos Médicos</a>	Documento de Comprovação
2621361	15/12/2015 13:22	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
14253164	14/05/2018 16:08	<a href="#">Designação de audiência</a>	Certidão
15678470	01/08/2018 14:14	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
15851168	09/08/2018 15:31	<a href="#">Substabelecimento</a>	Substabelecimento
15851210	09/08/2018 15:31	<a href="#">Substabelecimento - Josicleide Estevão Guimarães</a>	Substabelecimento
15985172	16/08/2018 12:05	<a href="#">Termo de Audiência</a>	Termo de Audiência
15985185	16/08/2018 12:05	<a href="#">termo audiência 0803158 91.2015</a>	Termo de Audiência
17290763	25/10/2018 16:12	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

## PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

JOÃO VITOR ESTEVÃO DA SILVA, brasileiro, menor impúbere, neste ato representado por sua genitora Sra JOSICLEIDE ESTEVÃO GUIMARÃES, portadora do RG n.º 2.733.834 SSP/SP e do CPF nº012.354.854-39., residente e domiciliado na Rua Jornalista Nelson Firmino , n.415 Marcos Moura, João Pessoa/PB. Constitui e nomeia os Drs. DANIEL SILVA PINTO DE OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/PE 36.348, o Dr. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/PB 9949 e Dra. BRUNA FERNANDES DANTAS, brasileira, Advogada, inscrita na OAB/PE 39.151 como seus procuradores, podendo ser intimados na Rua Severino Guimarães, 302, Mangabeira, João Pessoa/PB, onde receberão as intimações e notificações de praxe; ao qual confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula “ad Judicia”, art. 38 parte final do CPC, especialmente para ajuizar Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório DPVAT, junto a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA, ESTADO DA PARAÍBA. Podendo o outorgado, confessar, assinar, desistir, propor e firmar acordos entre as partes, receber intimações, transigir, apresentar réplica, oposições, receber valores e dar quitação, receber alvarás judiciais junto aos cartórios das serventias judiciais, apresentar recurso e contra razões junto ao Tribunal de Justiça, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo acompanhar todo processo até o final do julgamento e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Os honorários advocatícios, em havendo contrato que os regule, serão pagos na base de 30%, (trinta por cento) sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

*João Pessoa /PB, em 22 de setembro de 2015.*

Outorgante:



Isento de reconhecimento de firma, face a Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que nova redação ao art. 38 do CPC.

## DECLARAÇÃO DE POBREZA

JOÃO VITOR ESTEVÃO DA SILVA, brasileiro, menor impúbere, neste ato representado por sua genitora Sra JOSICLEIDE ESTEVÃO GUIMARÃES, portadora do RG n.º 2.733.834 SSP/SP e do CPF nº012.354.854-39., residente e domiciliado na Rua Jornalista Nelson Firmino , n.415 Marcos Moura, João Pessoa/PB.

DECLARA, para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA, ESTADO DE PARAÍBA, nos termos da Lei n. 7.510, de 04 de julho de 1986, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por ser pobre na forma da Lei, não dispondo de meios para prover as custas do processo da Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório DPVAT. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso o presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

João Pessoa/PB, em 22 de Setembro de 2015.

Declarante:

Josicleide de Estevão Guimarães





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL  
DISTRITAL DE TIBIRI II  
ESTADO DA PARAIBA  
COMARCA DE SANTA RITA  
Edinayra Mendes da Silva  
OFICIAL DO REGISTRO

CERTIDÃO DE NASCIMENTO Nº 7.636

Certifico e dou fé, que às fls. 158-6 do livro nº A-19 de Registros de Nascimento, foi lavrado no dia 17 de Março de 2005 o assento de Nascimento de João Vitor Estevão da Silva.  
Do sexo Masculino, nascido no dia 12 de Março de 2005 às 17:55 horas, em Santa Rita - PB, filho de João Batista da Silva e Marlene Pereira da Silva.  
E de Marlene Pereira da Silva.  
Sendo avós maternos Marcelo e Maria Pereira.  
E Marcelo das Neves da Silva.  
E avós maternos Antônio Estevão Guimarães.  
E Marlene Pereira da Silva.  
Tendo sido declarante João Vitor Estevão da Silva.  
E serviram de testemunhas Marlene Pereira da Silva e Antônio Estevão da Silva.

O referido é verdade e dou fé.

Santa Rita, 17 de Março de 2005

Edinayra Mendes da Silva  
OFICIAL

003741

Rua Feliciano Cirne, 1/n - Jaguaribe João Pessoa - PB. CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

00681164-7

003.17.250.0014

JOSE R DE ARAUJO

ENDEREÇO

RUA JOHN NELSON FIRMO, 115 09000

NASCIMENTO

BAIRRO NOVA TRINDADE

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA  
LIGADOSITUAÇÃO E SOTO  
POTENCIAL

SANTA RITA

59300-970

QUANTIDADE DE ECONOMIAS  
RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICOLEITURA ATUAL  
LEITURA ANTERIOR  
CONSUMO DO MÊS (m³)  
DATA DA LEITURA  
DIAS DE CONSUMO  
CONDIÇÃO DA LEITURA  
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO  
ANORMALIDADE DA LEITURA  
ANORMALIDADE DE CONSUMO  
DATA DA PRÓXIMA LEITURA

1087

1086

1

9/09

30

PROJETADA

MÉDIA

FL

Ignora se paga água

PARÂMETRO	VALOR MEDIDO	PORTADA (L/min)	PORTADA (L/h)
TURBIDIDADE <td>1.2 <td>1.2 <td>1.2 </td></td></td>	1.2 <td>1.2 <td>1.2 </td></td>	1.2 <td>1.2 </td>	1.2
PH <td>6 <td>6 <td>6 </td></td></td>	6 <td>6 <td>6 </td></td>	6 <td>6 </td>	6
ODR <td>2.4 <td>2.4 <td>2.4 </td></td></td>	2.4 <td>2.4 <td>2.4 </td></td>	2.4 <td>2.4 </td>	2.4
CLORO <td>1.2 <td>1.2 <td>1.2 </td></td></td>	1.2 <td>1.2 <td>1.2 </td></td>	1.2 <td>1.2 </td>	1.2

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: (1) Sistema que analisa 40 ou mais amostras por mês, baseado em 95% das amostras analisadas

Dados Referentes à 07/2013

MAR 1 FL-00  
ABR 1 FL-00  
MAI 1 CC-00  
JUN 1 FL-00  
JUL 1 FL-00  
AGO 1 FL-00Número  
Data Início  
Mês  
Localização  
Consumo1973000301  
06/05/1998  
544  
3 - 3/4CONSUMO D'AGUA  
Juros de mora  
ALÍQUOTA(S) RES(ES) ANT.0.89  
0.90

MÉDIA: 1

TOTAL A PAGAR:

\*\*\*\*\* 23,73

SET/2013

21/09/2013

PARA SUA CONVIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DÉBITO AUTOMÁTICO.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SEC. DE EST. DA SEG. E DA DEF. SOCIAL  
GER. EXEC. DE POL. CIVIL METROPOLITANA  
14ª DELEGACIA DISTRITAL -TIBIRI II



**BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 1.472/2015**

( acidente de trânsito )

Aos dezessete dias de agosto de dois mil e quinze, nesta cidade de Santa Rita/PB, na 14ª Delegacia, sendo Delegado Titular a Bela. MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS, às 13h22, compareceu: JOSICLEIDE ESTEVÃO GUIMARÃES, brasileira, solteira, Secretária do lar, Fundamental incompleto, IDT 2.733.834, CPF 012.354.854-39, filha de Antonio Estevão Guimarães e de Maria Jose dos Santos, residente na Rua Jornalista Nelson Firmo, 415, Marcos Moura, nesta cidade, prestando a ocorrência como representante legal do menor, 10 (dez) anos, JOÃO VITOR ESTEVÃO DA SILVA que, no 15 de junho do corrente ano, aproximadamente às 13h50min, quando o seu filho João Vitor, andando de bicicleta em frente a Praça, foi atropelado por uma moto, sendo arremetido a uma distância de cinco metros, sofrendo fratura do dorso distal do rádio, da mão direita, conforme o CID-10 S 52.5, o mesmo teve atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU conforme o número do protocolo nº 819936 e dando entrada no Hospital de Emergência e Trauma - Senador Humberto Lucena conforme o número da autorização de internação hospitalar nº 73183173. Nada mais havendo a declarar, e, ciente das sanções penais contidas no art. 299 do Código Penal, caso sua declaração não traduza a verdade, eu, ESCRIVÃO que digitou o BO e assina.

Santa Rita, 17/08/2015

NOTIFICANTE:

ESCRIVÃO:

*Adson Jose Alves de Farias*  
*[Assinatura]*



SAMU  
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



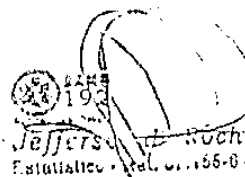
PREFEITURA DE  
**JOÃO  
PESSOA**

TELEFONE: 08.806.754/0015-401  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

### D E C L A R A Ç Ã O

Atendendo o requerimento nº 508/053, declaramos para os fins de direitos que consta em nossos registros, sob protocolo: 819936, o atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU 192 Regional de João Pessoa ao paciente JOAO VICTOR ESTEVÃO DA SILVA, idade 10 anos, vítima de Acidente Automobilístico (Colisão moto x bicicleta) no dia 15/06/2015, Em frente à Primeira Praça do Marcos Moura, Bairro: Marcos Moura - Santa Rita - aproximadamente às 13:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

João Pessoa, 06 de Agosto de 2015.

  
Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico - Matr. 01.155-8 - SAMU 192-JP

JEFFERSON DA ROCHA AUGUSTO  
Coordenação do SAME - SAMU 192  
Regional de João Pessoa

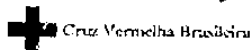
Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB  
Fone: (31) 3210-9242; 3210-1125



Redução 10 22h

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform.

R. 156



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, 0...CHES; 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento Emergencial: 845096

NEUROL ORTO 18/06/16

Identificação do paciente			
ID 908853	Nome JOAO VITOR ESTEVAO DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 17/03/2005	Idade 10 anos 2 meses 29 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe JOSICLEIDE ESTEVAO GUIMARAES	Pai JOAO BATISTA DA SILVA PESSOA		
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) JOSICLEIDE ESTEVAO GUIMARAES - MAE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87056030	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento REGISTRO DE NASCIMENTO	Número documento 7636	Nº Cns	
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO		UF PB
E-mail	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58301000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro Professor Severo Rodrigues
Número SN	Complemento	Bairro Popular	
Admissão			
Data e Hora Prevista 16/06/2016 14:47:37	Número da pulsoira 3281627	Convênio SUS	
Especialidade PEDIATRIA	Clínica EMERGENCIA PEDIATRICA		
Classificação de risco VERDE	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou AMB SAMU		
Sinais Vitais			
PA x mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]
Liquor [ ] ECG [ ] Ultrassonografia [ ]			
Dados clínicos			
Diagnóstico			
CID			
Atendido por ANIELLY ARAUJO DOS SANTOS			
Tempo 05min 24seg			

Imprimir

distal radio D  
15706  
D2  
NS  
GA  
RX



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
CENTRO DE IMAGEM

NOME: JOAO VITOR ESTEVAO  
BE:845096

15/06/2015 16:07:26

### ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOMEN TOTAL – FAST

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Demais órgãos abdominais sem alterações evidentes.

OBS: exame realizado em condições de urgência / emergência.

  
Dra. Alessandra Fátima da Costa Mendes  
CRM 4788  
Diagnóstico por Imagem



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 15/05/15	ID da Ocorrência: 84456	USB: <input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MIT	Nº / Equipe: 10	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora da Saída da Base: Hs	Hora da Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: João Victor Estevão da Silva				Idade: 10	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> João Pessoa <input checked="" type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro						
Logradouro: 12 Rua de Minas Moura				Cidade: Moura Moura	Médico Regulador: DR. Caroline	
Quantidade de vítimas no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate: Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRE <input type="checkbox"/> BPTAN <input type="checkbox"/> Outro						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadido do Local <input type="checkbox"/> Trato <input type="checkbox"/> Outro						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): HETEL				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

ATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO

Motivo:

CAUSAS EXTERNAS

1 Acidente de Trânsito

☐ Colisão carro x moto

☐ Queda de moto

☐ Atropelamento por:

☐ Colisão carro x carro

☐ Capotamento

☒ Outro: moto x bicicleta

☐ F.A.F.

☐ F.A.B.

☐ Agressão Física

☐ Afogamento

☐ Queda - Altura aproximada:

☐ Soterramento / Desabamento

☐ Choque Elétrico

☐ Outro:

TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem:

Responsável:

Hospital de Destino:

Responsável:

ANTECEDENTES

☐ AIDS

☐ Alcoolismo

☐ AVC

☐ Convulsões

☐ Diabetes

☐ Doença Cardíaca

☐ Doença Infecto-contagiosa

Quais?

☐ Doença Mental

☐ Doença Renal

☐ Drogas

☐ Hipertensão Arterial

☐ Internamentos Anteriores

☐ Problemas Respiratórios

☐ Medicamentos de uso Contínuo

1. DADOS VITAIS

PA: 120 x 70

FC: 88

FR:

HGT:

SpO2: 99%

SpO2: 99%

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

atendimento conforme protocolo

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro:

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA



# Primeiro Atendimento Médico



326127  
JOAO VITOR ESTEVÃO DA SILVA  
DT NASC.: 17/03/2005  
RAE: JOSICELIDE ESTEVÃO GUIMARÃES

PRIMEIRO ATEND.: 1º MÉDICO

NOME DO PACIENTE: JOÃO VITOR ESTEVÃO DA SILVA IDADE: 1000

END.: Prof. Roberto Severo Rodrigues  
N. 50 - Populosa  
SANTA RITA  
FONE: ( )  
CELULAR: (83) 47056030  
IDADE: 10  
DT ENTRADA: 16/06/2015 14:07 37

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Adolescente vítima de violência física - moto.  
Nega vômitos e alteração.  
Exacerbação na face.  
Fratura fechada punho direito.  
Traçado pelo gesso e cinto airbag, monstros, enf.  
HIV.

## ANAMNESE PRIMÁRIO

VIAS: ☒ Cervicais ☐ Ostruídas  
AEREA  
CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ☐ Não  
VENTILAÇÃO:  
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: ☒ Sim ☐ Não  
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☒ Sem dificuldade  
☐ Com dificuldade  
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA  
☐ APNEIA  
AUSCUTA PULMONAR:  
1- MURMÚRIO VESICULAR  
☒ Presente e normal  
HTD: ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente  
HTE: ☒ Presente e normal  
☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

## 2- RUIDOS

☒ Sim ☐ Não  
HTD: Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores  
HTE: Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %

## CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica  
☐ Pleórica ☐ Ictérica  
TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria  
PULSO: ☒ Normal ☐ Aumentado  
☐ Fino ☐ Ausente  
AUSCUTA CARDÍACA:  
RÍTIMO: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente  
BULHAS: ☒ Normotónicas ☐ Hipofonéticas  
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente  
SOPRO: ☐ Presente ☒ Ausente  
BE OU B4: ☐ Sim ☒ Não  
FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_\_ mmHg T: \_\_\_\_\_ °C  
ECG: \_\_\_\_\_

ABDOMEN: flácido

## DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorresistente ☐ Paralisadas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (4 anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	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 / Nenhum	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					

F(NG) CC.001-1



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

Nome: Adson José Alves de Farias BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: \_\_\_\_\_  
Cirurgião: Dr. Ricardo Dantas Farias 1º Assistente: Dr. Ricardo MME  
2º Assistente: Dr. Felipe 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ Término \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Exatidão</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Exatidão e fixação</u>	
<u>(de cirurgia)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ☒ Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Ricardo Dantas Farias Junior  
Médico - Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9072

João Pessoa, 16/1/2015

F(NG).ASCIR.009-1

**EXAME SECUNDÁRIO**

ALERGIA: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

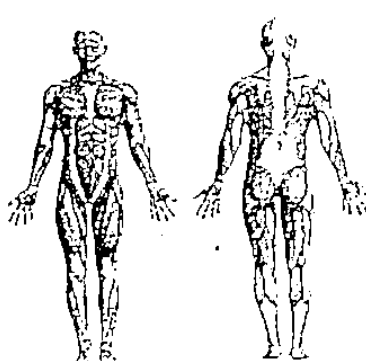
MEDICAMENTOS: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

IMUNIZAÇÃO: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

PATOLOGIA: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

ALIMENTOS INGERIDOS: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

LOCAL 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 Emolamento	26 Mordedura
9 Eritema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal
10 Esmagamento	28 Objeto Encaivado
11 Equimose	29 Otorragia
12 F. Anilha Granca	30 Paralisia
13 F. Arma de Fogo	31 Paresia
14 F. Contuso	32 Parästesia
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 (região da palma) \_\_\_\_\_ % Grau de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias ☒ cefálico ☒ cervical ☒ torax ☐ Lavado peritoneal

☒ Ultrassonografia (FAST) ☒ MSD (punho D) ☒ Rx quadril ☐ Gasometria arterial

☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CODIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1 Atendimento pré-hospitalar		
2 Hx p/ 4h: Relato de trauma		
3 Exame físico		
4 Exame físico (somos) 2h + 8h e 15h		
5 de dor		
6		
7		
8		
9		
10		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da ALFREDO WILTO as \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_

Solicito parecer da ELIZABETH SUBCOMARIL as \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE

DATA \_\_\_\_\_

SAÍDA \_\_\_\_\_

HORAS: \_\_\_\_\_

☐ Centro cirúrgico

☐ Transferência (unidade de saúde)

☐ Internado (setor)

☐ Alta hospitalar

☐ Obito

☐ Decisão médica

☐ A pedido

☐ A reavalia

☐ Família

☐ JIML

☐ Desistência

☐ SVO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001

Usuário: misandre

CHU: Existe paciente para ser registrado nesta unidade

Regulação Gestão Recurso de Internação Paciente Controle de Alm Configuração da Central



Consultar Internação  
Internação | Consultar

Internação

Número do Laudo 73183173

Unidade Solicitante hospital de emergencia e trauma senador h. lucena

Unidade Executante hospital de emergencia e trauma senador h. lucena

Data/Hora de Solicitação 16/06/2015 17:47

Atendente Solicitante Marcelo da Silva Andrade

Data/Hora da Regulação 16/06/2015 19:30

Profissional Regulador Manoel Angelo Filho cpf: 13315331472

Situação Com complementos pendentes de avaliação com alta

Alta Profissional Registro da Alta Marcelo da Silva Andrade

Data de Registro 17/06/2015 12:15

Motivo Alta - Menoridade

Data Prevista 17/06/2015

Data/Hora de Internação 16/06/2015 20:05

Profissional Registro da Internação Marcelo da Silva Andrade

Paciente  
Código 889999142174834  
Nome JOAO VITOR ESTEVAO DA SILVA  
Nome da Mãe JOSICLEIDE ESTEVAO GUIMARAES  
Data de Nascimento 17/03/2005

Unidade Emissora do Laudo hospital de emergencia e trauma senador h. lucena

Profissional Emissor do Laudo  
Nome roberto nery dantas  
CPF 07252390420

Caráter da Internação 2- Urgência

Clinica Clínica médica: Leito Clínico: Pediatria

Procedimento Solicitado  
Código 0408020407  
Nome tratamento cirurgico de fratura da extremidade / metáfise distal dos ossos do antebraço

Procedimento Realizado  
Código 0408020407  
Nome tratamento cirurgico de fratura da extremidade / metáfise distal dos ossos do antebraço

Diagnóstico Inicial  
Código S525  
Descrição trat da extremidade distal do radio

Diagnóstico Principal  
Código S525  
Descrição trat da extremidade distal do radio


Diagnóstico Secundário  
Código -  
Descrição -

Principais Resultados e Provas Diagnósticas  
EX.FISIOL

Procedimentos Especiais Registrados 0415630613 - tratamento cirurgico em politraumatizados  
Classificação / Subclassificação do Leito Ocupado

Histórico

Tipo Ação	Login Usuário	Justificativa	Data
Encaminhamento de Internação sob Regulação	misandre	INTERNAÇÃO REGULADA EM LEITO EXTRA	19:30 16/06/2015

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	Folha 1/2
--	---------------------	---	-----------

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____ 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____ 4 - CNES _____	
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <u>João Vitor Estevão de Silva</u> 6 - Nº DO PRONTUÁRIO _____ 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 8 - DATA DE NASCIMENTO _____ 9 - SEXO <u>Masculino</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Feminino</u> <input type="checkbox"/> 10 - NOME DO MIO OU RESPONSÁVEL <u>Psicóloga Estevão Guimarães</u> 11 - TELEFONE DE CONTATO _____ 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____ 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO _____ 15 - UF _____ 16 - CEP _____	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) <u>73183173</u>	

<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b> 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR <u>Hº Cirúrgico fratura distal do rádio</u> 19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR <u>01408020407</u> 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA <u>Politraneumetizado</u> 21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA <u>0415030013</u> 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL <u>S52.5</u> 23 - CID 10 PRIMÁRIO _____ 24 - CID 10 SECUNDÁRIO _____ 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____	
---	--

<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS</b> 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <u>0303040084 / S06.8 + 0408020407 / S52.5</u> 27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DIÁRIA DE ACOMPANHANTE _____ 29 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE _____ 30 - DIÁRIA DE UTI TIPO I _____ 31 - DIÁRIA DE UTI TIPO II _____ 32 - DIÁRIA DE UTI TIPO III _____ 33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 34 - QTD _____ 35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 36 - QTD _____ 37 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 38 - QTD _____	
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">Paciente vítima de atropelamento, apresentando TCE leve e submetido a Hº Cirúrgico fratura distal do rádio</p>	
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b> 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <u>15/06/15</u> 41 - DOCUMENTO _____ 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <u>Blumid</u>	
<b>AUTORIZAÇÃO</b> 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 45 - COD. ORÇÃO EMISSOR _____ 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 47 - DOCUMENTO _____ 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____	





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>João Pessoa</u>		Registro: <u>81.5096</u>	
Idade: <u>10</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>P</u>	Oficina: <u>1</u>
Data de admissão: <u>15/06/2015</u>		Enf: <u>-</u>	
Data da alta: <u>15/06/2015</u>		Leito: <u>-</u>	
Diagnóstico inicial: <u>Fratura de fêmur direito</u>			
Diagnóstico final: <u>União</u>			
Outros diagnósticos: <u>-</u>			
Principais exames: <u>Rx de fêmur direito e esquerdo</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>15/06/2015 - Dr. João Pessoa</u>			
Terapêutica medicamentosa: <u>Analgesia + Antibiótico</u>			
Anatomia patológica: <u>-</u>			
Infecção: sim ( ) não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Coleta de material: sim ( ) não ( <input checked="" type="checkbox"/> )			
Resultado bacteriologia: <u>-</u>			
Condições de alta: Melhorado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( )			
Resumo clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>União da fratura de fêmur direito</u>			
Orientações Pós Alta: <u>Retorno ao posto de saúde em 30 dias para revisão</u>			
Dieta: <u>Normal</u>			
Repouso: relativo em casa por, <u>15</u> dias			
retorno às atividades sem esforço físico em, <u>15</u> dias			
retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30</u> dias e com maior em, <u>45</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>Paracetamol 500mg</u>			
Retorno: Ao posto de saúde em <u>30</u> dias para retirada de ponto.			
Ao ambulatório <u>30</u> dias para revisão.			
João Pessoa, <u>15</u> de <u>junho</u> de <u>2015</u> Ass. Médico / CRM <u>81.5096</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



**Poder Judiciário da Paraíba**  
**4ª Vara Mista de Santa Rita**

PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22) 0803158-91.2015.8.15.0331

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro a justiça gratuita.

À escrivania para designação de audiência de conciliação, nos termos do Art. 277 do Código de Processo Civil.

Cite-se a promovida para comparecimento a audiência conciliatória, ocasião em que não sendo obtida conciliação entre as partes, poderá oferecer contestação à lide (art. 278), reputando sua ausência injustificada em presunção da verdade dos fatos alegados na inicial (art. 319 do CPC), salvo se do contrário resultar da prova dos autos, proferido o Juízo, desde logo, a sentença.

As partes poderão comparecer a audiência pessoalmente, podendo fazer-se representar por preposto.

Intime-se e cite-se.

SANTA RITA, 14 de dezembro de 2015.

Juiz(a) de Direito



Poder Judiciário da Paraíba  
4ª Vara Mista de Santa Rita

R VIRGÍNIO VELOSO BORGES, SN, Alto do Eucalipto, SANTA RITA - PB - CEP: 58300-270

---

<b>Número</b>	<b>do</b>	<b>Processo:</b>	<b>0803158-91.2015.8.15.0331</b>
<b>Classe:</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>SUMÁRIO</b>	<b>(22)</b>
<b>A s s u n t o :</b>		<b>[ S E G U R O ]</b>	
<b>Polo ativo:</b>	<b>AUTOR:</b>	<b>JOSICLEIDE ESTEVAO</b>	<b>GUIMARAES</b>
<b>Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A</b>			

### **CERTIDÃO**

Certifico em razão do meu ofício que, em cumprimento à determinação judicial, fica designada audiência conciliatória para o dia 09 de agosto de 2018, às 14:30horas, na sala 01 do Centro Judiciário de Conciliação e Mediação - CEJUSC, localizado no Fórum Cível desta Comarca de Santa Rita - PB.

SANTA RITA, 14 de maio de 2018  
ALESSANDRO DE SOUZA MELLO



Poder Judiciário da Paraíba  
4ª Vara Mista de Santa Rita

R VIRGÍNIO VELOSO BORGES, SN, Alto do Eucalipto, SANTA RITA - PB - CEP: 58300-270

---

Número	do	Processo:	0803158-91.2015.8.15.0331
Classe:	PROCEDIMENTO	SUMÁRIO	(22)
Assunto:		[ S E G U R O ]	
Polo ativo:	AUTOR:	JOSICLEIDE ESTEVAO	GUIMARAES
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A			

### CERTIDÃO

Certifico em razão do meu ofício que, compulsando os presentes autos, constatei que não foram expedidas as respectivas intimações para a audiência designada para o dia 09/08/2018, às 14:30 horas, não havendo mais tempo hábil para a realização das mesmas no prazo estabelecido pelo Código de Processo Civil.

SANTA RITA, 1 de agosto de 2018  
ALESSANDRO DE SOUZA MELLO

## SUBSTABELECIMENTO EM PDF ANEXO

## **SUBSTABELECIMENTO**

**Processo nº 0803158-91.2015.8.15.0331**

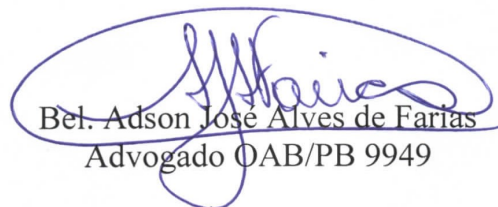
**Promovente: JOÃO VITOR ESTEVÃO DA SILVA representado por sua genitora JOSICLEIDE ESTEVÃO GUIMARÃES**

**Promovente: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**

**Juízo: 4ª Vara Mista da Comarca de Santa Rita/PB**

Dr. **ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na **OAB/PB 9949**, com endereço profissional na Rua Italo Felipe Gomes da Silva, 280-A, Mangabeira II, João Pessoa/PB, **SUBSTABELECÇÃO COM RESERVAS**, os poderes da cláusula **AD JUDITIA ET EXTRA** outorgados no instrumento procuratório em anexo, na pessoa do **Dr. HAMILTON ALEXANDRE FREIRE PINTO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na **OAB/PB 10.745**, dando tudo por firme e valioso, especialmente para patrocinar a defesa do Outorgante, receber valores, dar quitação, **fazer levantamento de alvará judicial referente aos honorários sucumbenciais**, enfim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do instrumento procuratório. Nada mais havendo a constar lavro o presente instrumento.

João Pessoa, 09 de agosto de 2018.



Bel. Adson José Alves de Farias  
Advogado OAB/PB 9949

**Poder Judiciário da Paraíba**

**4ª Vara Mista de Santa Rita**  
**R VIRGÍNIO VELOSO BORGES, SN, Alto do Eucalipto, SANTA RITA - PB - CEP: 58300-270**  
**SANTA RITA**  
**(83) 32177100**

**TERMO DE AUDIÊNCIA**

Processo: 0803158-91.2015.8.15.0331  
Classe: PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22)  
Data e hora de realização: 2018-08-16 12:02:28.972  
AUTOR: JOSICLEIDE ESTEVAO GUIMARAES  
Advogado do(a) RÉU:

Termo de Audiência anexo.





**PODER JUDICIÁRIO**  
**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA**  
**COMARCA DE SANTA RITA**  
**CENTRO JUDICIÁRIO DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS – CEJUSC**  
**FAP-FACULDADE PARAIBANA**  
**Fórum Juiz João Navarro Filho**

**PROCESSO 0803158.91.2015.8.150331**

**AUTOR: JOSICLEIDE ESTEVÃO DE GUIMARÃES**

**RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS**

**PRESENTES À AUDIÊNCIA**

**AUTOR(A): JOSICLEIDE ESTEVÃO DE GUIMARÃES**

**ADVOGADO(A) DO AUTOR(A): HAMILTON ALEXANDRE FREIRE**

**OAB10745 PB**

**RÉU:**

**ADVOGADO(A) DO RÉU:**

**AUSENTES À AUDIÊNCIA**

**AUTOR(A):**

**ADVOGADO(A) DO AUTOR(A):**

**RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS**

**ADVOGADO(A) DO RÉU:**

**TERMO DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO**

Aos 09/08/18, às 14 h: 30 min, foi aberta audiência de conciliação, porém a ausência da parte RÉ impossibilitou a tentativa de conciliação.

E nada mais havendo a tratar, encerra-se o presente termo, devidamente assinado pelos presentes.

Santa Rita, em 09/08/18.

*Paula Brito*  
AUTOR

*[Assinatura]*  
ADVOGADO DO AUTOR

RÉU

ADVOGADO DO RÉU

  
CO-CONCILIADOR

  
CONCILIADOR/MEDIADOR

OBSERVADOR:



**Poder Judiciário da Paraíba**  
**4ª Vara Mista de Santa Rita**

PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22) 0803158-91.2015.8.15.0331

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Compulsando os autos, verifico que a audiência conciliatória restou infrutífera em face da não expedição de mandado para ciência do réu.

Entretanto, vê-se, costumeiramente neste juízo, que em casos da mesma natureza, ou seja, ações tendo como objeto diferenças no pagamento do seguro DPVAT, não se obtém conciliação em torno da lide, uma vez que a prova técnica se mostra imprescindível para melhor esclarecimento dos fatos.

Assim sendo, em homenagem ao princípio da celeridade processual e duração razoável do processo, determino desde já a citação do réu, para, querendo, no prazo legal, contestar o presente feito.

SANTA RITA, 19 de outubro de 2018.

Juiz(a) de Direito