

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

**OUTORGANTE:** Rene da Silva Almeida, brasileiro (a),  
solteiro, metido portador da Cédula de Identidade nº:  
3089541, inscrito no CPF nº: 050 / 271 / 064 / 08, residente e domiciliado  
na Rua Prof. Aurio Ramos, Nº 210, Bairro, SO. Paulistano  
na Cidade de Campina Grande /PB.

**OUTORGADO:** INÁCIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob nº 21.472, com endereço profissional na Rua: **Dinamarca Alves Correia, 1020, loja 02, Dinâmica, na Cidade de Campina Grande/PB, 3334-1289/99988-5048/98769-2274.**

**PODERES:** Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante, defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art.105 do Novo Código de Processo Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei nº 8906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

**CONTRATO:** O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária advocatícia remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de 30%, calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei n.º 1.060/50, declara que é pobre na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

Campina Grande/PB, 30 de Julho de 2019.

Rene da Silva Almeida  
Outorgante/Declarante

Rua: Dinâmica Alves Correia, nº1020, loja 02,  
Dinâmica, Campina Grande – PB. CEP: 58400-000.  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

PB

NOME  
RONE DA SILVA ALMEIDA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
3089541 SSP PB

CPF  
050.271.064-08

DATA NASCIMENTO  
30/03/1984

FILIAÇÃO  
RONALDO GUILHERME DE ALMEIDA  
ROSILDA DE FATIMA DA SILVA ALMEIDA

PERMISSÃO  
ACC  
CAT. HAB.  
AD

Nº REGISTRO  
05366586844

VALIDADE  
11/04/2024

1ª HABILITAÇÃO  
01/12/2011

OBSERVAÇÕES  
A ;  
CETPP ;  
CETE ;  
EAR ;

ASSINATURA DO PORTADOR  
Rone da Silva Almeida

LOCAL  
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO  
24/04/2019

ASSINATURA DO EMISSOR  
98177565900  
PB038833581

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1765607663

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1765607663





**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

70984280

REFERÊNCIA

MAR/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

RONE DA SILVA ALMEIDA  
RUA PRFA AUREA RAMOS, 210 - JD PAULISTANO CAMPINA  
GRANDE PB 58415- 102

| Inscrição            | SMI                | Quantidade de Economias |               |                   |           | Responsável |
|----------------------|--------------------|-------------------------|---------------|-------------------|-----------|-------------|
|                      |                    | Residencial             | Comercial     | Industrial        | Público   |             |
| 018.016.140.0096.000 | 000                | 1                       | 0             | 0                 | 0         |             |
| Hidrômetro           | Data de Instalação | Localização             | Situação Água | Situação Esgoto   |           |             |
| A01S643099           | 03/04/2014         | EXT LACRILHADO          | LIGADO        |                   |           |             |
| ANTERIOR             | ATUAL              | CONSUMO (M3)            | NUM DE DIAS   | PROXIMA LEITURA   |           |             |
| 395                  | 405                | 10                      | 31            | 05/04/2019        |           |             |
| HIST. CONS./ANOR.    | LEIT.              | QUALID.                 | ÁGUA-ANEXO 20 | PORT. 05/2017 MS. |           |             |
| FEV/2019             | 10                 | PARAMETROS              | EXIG.         | ANALIS.           | CONFORMES |             |
| JAN/2019             | 9                  | TURBIDEZ                | 178           | 178               | 173       |             |
| DEZ/2018             | 11                 | CLORO                   | 178           | 178               | 176       |             |
| NOV/2018             | 10                 | COL.TERMOT              | 0             | 0                 | 0         |             |
| OUT/2018             | 8                  | COR                     | 55            | 167               | 163       |             |
| SET/2018             | 9                  | COL.TOTAIS              | 178           | 178               | 178       |             |
| MEDIA(M)             | 9                  |                         |               |                   |           |             |

DATA DA IMPRESSÃO: 07/03/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:01:07

| DESCRICAÇÃO                     | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|---------------------------------|---------|------------|
| ÁGUA                            |         |            |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)        |         |            |
| CONSUMO DE ÁGUA                 | 10 M3   | 37,91      |
| ESGOTO                          |         |            |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)        |         |            |
| CONSUMO DE ESGOTO               | 10 M3   | 30,33      |
| ACRESCIMOS MES(ES) ANT. 11/2018 |         | 1,39       |
| JUROS DE MORA 11/2018           |         | 1,60       |

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PTS E CONFINS LET 12 741/12

VENCIMENTO:

16/03/2019

Total a Pagar:

R\$ 71,23



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 31/01/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÍBITO.  
O. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.





Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU Regional CG - 192



## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

|                                                          |                                               |       |           |        |         |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------|-----------|--------|---------|
| DATA:                                                    | 28/4/2019                                     | HORA: | 16:08 HRS | ID Nº: | 1771432 |
| NOME:                                                    | RONE DA SILVA ALMEIDA                         |       |           |        |         |
| QUEIXA:                                                  | ACIDENTE DE TRÂNSITO                          |       |           |        |         |
| LOCAL:                                                   | RUA: JOSE GONÇALVES DE LUCENA - NOVO CRUZEIRO |       |           |        |         |
| COMPLEMENTO:                                             | PROXIMO DO CENTRO DE MADEIRA                  |       |           |        |         |
| CIDADE:                                                  | CAMPINA GRANDE / PB                           |       |           |        |         |
| <b>DADOS DA REMOÇÃO</b>                                  |                                               |       |           |        |         |
| Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma |                                               |       |           |        |         |

Campina Grande, 11 de junho de 2019.

  
Deoclecio F. Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB  
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
4ª DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB  
Rua Alcides Avelino de Medeiros, 549 – Malvinas – Campina Grande – PB

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 088/2019**

**Versando sobre : ACIDENTE AUTOMOBILISTICO SEM VÍTIMA FATAL**

**Hora e data do fato: Às 15:40, do dia 28 de abril de 2019.**

**Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:12, do dia 18 de julho de 2019.**

Local do Ocorrido: RUA JOSÉ GONNÇALVES DE LUCENA, BAIRRO NOVO CRUZEIRO, NESTA. PRÓXIMO DO CENTRO DE MADEIRA

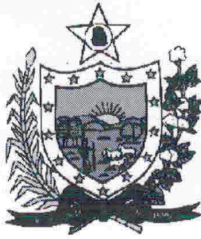
**COMUNICANTE: RONE DA SILVA ALMEIDA**, do sexo masculino, nascido no dia 30/03/1984, com 35 anos de idade, ID: 3089541 SSP/PB, CPF: 050.271.064-08, MOTORISTA, filho de RONALDO GUILHERME DE ALMEIDA e de ROSILDA DE FATIMA DA SILVA ALMEIDA, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADO, natural de RIO DE JANEIRO/RJ, BRASILEIRA, residente na RUA PROFESSORA AUREA RAMOS, 210, bairro JARDIM PAULISTANO, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB, celular Nº (83)98810 4699

**VÍTIMA: O(A) COMUNICANTE**

**TESTEMUNHAS: RIVALDO HENRIQUES DA SILVA**, do sexo masculino, nascido no dia 04/09/1988, com 30 anos de idade, ID: 2711742 SSP/PB, CPF: 046.289.684-62, EMPACOTADOR, filho de JOSÉ CICERO DA SILVA e de MARIA JOSÉ HENRIQUES DA SILVA, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADO, BRASILEIRA, residente na RUA PROFESSORA AUREA RAMOS, 314, bairro JARDIM PAULISTANO, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB, celular Nº (83) 98832 937. **IZABEL CRISTINA LAURITZEN SANTOS**, do sexo feminino, nascida no dia 06/02/1982, com 37 anos de idade, ID: 2470151 SSP/PB, CPF: 053.275.994-00, CABELEIREIRA, filha de JOSÉ WALTER LAURITZEN e de IARA RIBEIRO DA

*Rone da Silva Almeida*





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
4ª DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB

Rua Alcides Avelino de Medeiros, 549 – Malvinas – Campina Grande – PB

*SILVA, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADA, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRA, residente na RUA ZEZINHO UCHOA, 41, bairro CRUZEIRO, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB, celular Nº (83)98898 4489.*

**ACUSADO: NÃO HÁ**

**HISTÓRICO:** QUE NA DATA DO DIA 28 DE ABRIL DE 2019, APROXIMADAMENTE ÀS 15:40HS, TRAFEGAVA COM A MOTO HONDA C/G 150 TITAN KS DE PLACA MOF 8805/PB, CHASSIS Nº 9C2KC08108R290309 E RENAVAN Nº 00984762426, DE COR CINZA, ANO 2008, MODELO 2008, LICENCIADA EM NOME LUCIANO GOMES DE SOUSA COM O CPF Nº 024.032.704-74, NA RUA JOSÉ GONÇALVES DE LUCENA PRÓXIMO AO CENTRO DE MADEIRA DO BAIRRO DO NOVO CRUZEIRO EM CAMPINA GRANDE/PB, QUANDO DERAPOU INDO AO SOLO E BATEU COM O ROSTO NO ASFALTO. APÓS ALGUNS MINUTOS FOI SOCORRIDO PELA VIATURA DA SAMU, QUE CHEGOU NO LOCAL DO ACIDENTE APROXIMADAMENTE 16:08:00, E O MESMO FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE/PB. FICOU DO PERÍODO DO DIA 28/04 AO DIA 08/05/2019, ONDE PASSOU POR CIRURGIA. ESTAR FAZENDO O REGISTRO DO FATO APENAS PARA FINS DE OBTENÇÃO DO BENEFÍCIO DO SEGURO DPVAT.

**PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, NESTA 2ª SRPC**

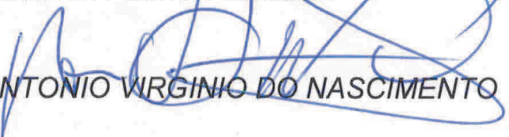
AUTORIDADE

  
LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

COMUNICANTE

  
RONE DA SILVA ALMEIDA

ESCRIVÃO

  
ANTONIO VIRGÍNIO DO NASCIMENTO



Dicas indispensáveis

#### PAGUE SEGURO

Como Pagar:  
Consulta a Pagamentos Efetuados

#### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

### SINISTRO 3190456229 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** RONE DA SILVA ALMEIDA

**COBERTURA** Invalidéz

**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

**BENEFICIÁRIO** RONE DA SILVA ALMEIDA

**CPF/CNPJ:** 05027106408

#### Posição em 13-08-2019 11:06:08

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 07/08/2019        | R\$ 1.350,00         | R\$ 0,00         | R\$ 1.350,00 |

#### Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência                         | Ver Carta                                                                             |
|---------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 02/08/2019    | ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT |  |

Primeira emissão do Seguro DPVAT



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| HUECG                                                                              |                                                                                                                                    | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA<br>DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES |             | ENFERMARIA        | LEITO           | Nº PRONTUÁRIO                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FOLHA DE ANESTESIA                                                                 |                                                                                                                                    | NOME: <u>Romeo da Silva Almeida</u>                           |             | <u>08</u>         | <u>04</u>       | <u>1885021</u>                                                                                                                     |
| DATA: <u>07/05/19</u>                                                              | PRESSÃO ARTERIAL: <u>116x69</u>                                                                                                    | PULSO: <u>88bpm</u>                                           | RESPIRAÇÃO  | TEMPERATURA       | PESO            | ALTURA                                                                                                                             |
| TIPO SANGÜÍNEO                                                                     | HEMACIAS                                                                                                                           | HEMOGLOBINA                                                   | HEMATÓCRITO | GLICEMIA          | URÉIA           | OUTROS                                                                                                                             |
| URINA:                                                                             |                                                                                                                                    |                                                               |             |                   |                 |                                                                                                                                    |
| AP. RESPIRATÓRIO:                                                                  |                                                                                                                                    |                                                               |             | ASMA              |                 | BRONQUITE                                                                                                                          |
| AP. CIRCULATÓRIO:                                                                  |                                                                                                                                    |                                                               |             | ELETROCARDIOGRAMA |                 |                                                                                                                                    |
| AP. DIGESTIVO                                                                      |                                                                                                                                    |                                                               | DENTES      | PESCOÇO           | AP. URINÁRIO    |                                                                                                                                    |
| ESTADO MENTAL                                                                      |                                                                                                                                    |                                                               | ATARÁXICOS  | CORTICÓIDES       | ALERGIA         | HIPOTENSORES                                                                                                                       |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                                                         |                                                                                                                                    |                                                               |             | ESTADO FÍSICO     |                 | RISCO                                                                                                                              |
| ANESTESIAS ANTERIORES                                                              |                                                                                                                                    |                                                               |             |                   |                 |                                                                                                                                    |
| MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA                                                           |                                                                                                                                    |                                                               |             | APLICADA          | AS              | EFEITO                                                                                                                             |
|                                                                                    |                                                                                                                                    |                                                               |             |                   |                 |                                                                                                                                    |
| AGENTES ANESTÉSICOS                                                                |                                                                                                                                    |                                                               |             |                   |                 | INDUÇÃO                                                                                                                            |
| LÍQUIDOS                                                                           |                                                                                                                                    |                                                               |             |                   |                 | Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____<br>Laringo espasmo: _____ Lenta: _____<br>Náuseas: _____ Vômitos: _____<br>Outros: _____ |
| CÓDIGOS<br>VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO<br>AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO |                                                                                                                                    |                                                               |             |                   |                 | MANUTENÇÃO                                                                                                                         |
|                                                                                    |                                                                                                                                    |                                                               |             |                   |                 | ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____<br>Não, por quê? _____                                                                      |
| SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES:                                                              | <u>Fentanyl</u><br><u>Propofol 10mg</u><br><u>M. fozolom</u><br><u>Droperidol</u><br><u>Bisoprolol composto</u><br><u>Roxatona</u> |                                                               |             |                   |                 | DESPERTAR                                                                                                                          |
| POSIÇÃO                                                                            |                                                                                                                                    |                                                               |             |                   |                 | Reflexos na SO: _____<br>Obstr.: _____ Co2: _____ Excit.: _____<br>Náuseas: _____ Vômitos: _____<br>Outros: _____                  |
| AGENTES                                                                            |                                                                                                                                    |                                                               |             |                   |                 | Com cânula: _____<br>Paro o Leito: Sim _____ Não _____                                                                             |
| TECNICA                                                                            |                                                                                                                                    |                                                               |             |                   |                 | CONDICÕES:                                                                                                                         |
| OPERAÇÃO                                                                           |                                                                                                                                    |                                                               |             |                   |                 |                                                                                                                                    |
| CIRURGIÕES                                                                         |                                                                                                                                    |                                                               |             |                   |                 |                                                                                                                                    |
| ANESTESISTAS                                                                       |                                                                                                                                    |                                                               |             |                   |                 |                                                                                                                                    |
| OBSERVAÇÕES                                                                        |                                                                                                                                    |                                                               |             |                   |                 |                                                                                                                                    |
| ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS:                |                                                                                                                                    |                                                               |             |                   | PERDA SANGÜÍNEA |                                                                                                                                    |

MOD: 063

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 13/08/2019 11:33:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081311330641900000022735463

Número do documento: 19081311330641900000022735463

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

|                                                        |                          |                                       |                                  |                |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE: <u>Rone da Silva Almeida</u> 30/03/1984      |                          |                                       |                                  |                |                                                                                                                                                                                                                                                        | <br>GOVERNO DA PARAIBA<br>SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE<br>Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes |
| QI                                                     | LEITE                    | CONVÊNIO                              | IDADE                            | REGISTRO       |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
| —                                                      | <u>Sala 02</u>           | <u>SUS</u>                            | <u>35</u>                        | <u>1874018</u> |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
| CIRURGIA <u>Fratura e redução e fixação ortomática</u> |                          | CIRURGIÃO <u>Dr. Mariot Regina do</u> |                                  |                |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
| ANESTESIA <u>Geral</u>                                 |                          | ANESTESIA <u>Rodriguez</u>            |                                  |                |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
| INSTRUMENTADORA                                        |                          | DATA                                  | INÍCIO                           | FIM            |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        |                          | <u>07/05/19</u>                       | <u>14:40</u>                     | <u>16:00</u>   |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
| Qtd.                                                   | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS |                                       | Bolsa Colostoma                  | Qtd.           | FIOS                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Adrenalina amp.          |                                       | Calel. pl. OXg.                  |                | Catgut cromado Sertix                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |
| <u>04</u>                                              | Atropina amp.            |                                       | Calel. De Urinar Sist. Fech.     |                | Catgut cromado Sertix                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Diazepam amp.            |                                       | Compressa Grande                 |                | Catgut cromado Sertix                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |
| <u>01</u>                                              | <u>01/02/2016m</u>       |                                       | Compressa Pequena                |                | Catgut Simples                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Dolantina amp.           |                                       | Cotonoide                        |                | Catgut Simples Sertix                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Efrane ml                |                                       | Dreno                            |                | Catgut Simples Sertix                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Fenegan amp.             |                                       | Dreno Kerr n°                    |                | Catgut Simples Sertix                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |
| <u>01</u>                                              | Fentanil ml              |                                       | Dreno Penrose n°                 |                | Cera pl. osso                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                          |
| <u>01</u>                                              | <u>propofol</u>          |                                       | Dreno Pezzet n°                  |                | Ethibond                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Ketalar ml               |                                       | Equipo de Macrogotas             |                | Ethibond                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Mercaina % ml            |                                       | Equipo de Macrogotas             |                | Ethibond                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Nubain amp.              |                                       | Equipo de Sangue                 | <u>01</u>      | Fio de Algodão Sertix <u>20</u>                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Pavulon amp.             |                                       | Equipo de PVC                    |                | Fio de Algodão Sertix                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |
| <u>04</u>                                              | Protigmina amp.          |                                       | Espandradro Lareo cm             |                | Fio de Algodão Sutupak                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Protóxido l/m            |                                       | Furacim ml                       |                | Fio de Algodão Sutupak                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                          |
| <u>01</u>                                              | Quelicin ml              |                                       | Gase Pacote c/ 10 unidades       |                | Fila cardiaca                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Rapifen amp.             |                                       | H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml |                | Mononylon                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Thionembatal ml          |                                       | Intracath Adulto                 |                | Mononylon                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |
| <u>01</u>                                              | Tracrium amp.            |                                       | Intracath Infantil               |                | Prolene Sertix                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |
| Qtd.                                                   | MEDICAÇÕES               |                                       | Lâmina de Bisturi n° 23          |                | Prolene Sertix                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |
| <u>02</u>                                              | Água Destilada amp.      |                                       | Lâmina de Bisturi n° 11          |                | Prolene Sertix                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |
| <u>01</u>                                              | Decadron amp.            |                                       | Lâmina de Bisturi n° 15          |                | Prolene Sertix                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |
| <u>02</u>                                              | Dipirona amp.            |                                       | Luvas 7.0                        |                | Vicryl Sertix                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Flaxidol amp.            |                                       | Luvas 7.5                        |                | Vicryl Sertix                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Flebocortid amp.         |                                       | Luvas 8.0                        |                | Vicryl Sertix <u>3.0</u>                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Geramicina amp.          |                                       | Luvas 8.5                        | <u>01</u>      |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
| <u>01</u>                                              | <u>Neostigmon</u>        |                                       | Oxigênio l/m                     |                |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Glucon de Cálcio amp.    |                                       | Polifix                          |                |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Haemacel ml              |                                       | PVPI Degemante ml                |                |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Heparema ml              |                                       | PVPI Tópico ml                   | Qtd.           | SOROS                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Kanakion amp.            |                                       | Sabão Antisséptico               | <u>03</u>      | SG Normotérmico fr 500 ml                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Lasix amp.               |                                       | Saco coletor                     |                | SG Gelado fr 500 ml                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Medrothinazol.           |                                       | Seringa desc. 10 ml              |                | SG Hipertérmico fr 500 ml                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Plasil amp.              |                                       | Seringa desc. 20 ml              | <u>02</u>      | SG Ríngir fr 500 ml                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Prolamina                |                                       | Seringa desc. 05 ml              | <u>02</u>      | SG fr 500 ml                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Revivan amp.             |                                       | Sonda                            |                |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Suptanon amp.            |                                       | Sonda folley                     | Qtd.           | ORTESE E PRÓTESE                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                          |
| <u>02</u>                                              | Cefalotina 1g            |                                       | Sonda Nasogátrica                | <u>01</u>      | <u>placa f. de os. furo</u>                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                          |
| <u>02</u>                                              | <u>Penoxilam</u>         |                                       | Sonda Uretral n° 14              | <u>05</u>      | <u>parafusos n° 06</u>                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        |                          |                                       | Sterydrem ml                     |                |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        |                          |                                       | Torneirinha                      |                |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
| Qtd.                                                   | MATERIAIS / SOLUÇÕES     |                                       | Vaselina ml                      |                |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Agulha desc. 25 x 7      |                                       | Gelcon 18                        |                |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
| <u>03</u>                                              | Agulha desc. 28 x 28     |                                       | Lata                             |                | EQUIPAMENTOS                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Agulha desc. 3 x 4,5     |                                       | <u>05</u> <u>elétrico</u>        |                | <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso<br><input type="checkbox"/> Serra<br><input type="checkbox"/> Desfibrilador<br><input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal<br><input type="checkbox"/> Fonte de Luz                         |                                                                                                                                                                                                          |
| <u>01</u>                                              | Álcool de Enfermagem     |                                       | <u>01</u> <u>tubo 7.0</u>        |                | <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar<br><input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério<br><input checked="" type="checkbox"/> Oxícapiógrafo<br><input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor<br><input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Álcool Iodado ml         |                                       | <u>01</u> <u>Armadão</u>         |                |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Ataduras de Crepon       |                                       | <u>01</u> <u>filho</u>           |                |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Ataduras de Gessada      |                                       |                                  |                |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Azul metileno amp.       |                                       |                                  |                |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Benzina ml               |                                       |                                  |                |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Angela Beatriz S. Silva  
 Ed. Enfermagem  
 COREN 1218614

MOD 066



07/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.  
NOME : Tasso Assuero Menezes Honorato

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 07/05/2019



GOVERNO  
DA PARAÍBA



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 137219

DATA DA CIRURGIA: 07/05/2019

Número do Atendimento: 1885021 Clin: NEUROBUCCO / Enf 8 / Lei: 4

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: RONE DA SILVA ALMEIDA

Data da Internação: 28/04/2019

Atendimento: 1885021

Diagnostico Pré-Operatório: Fratura do *CZM direito*

Diagnostico Pós-Operatório: *o membro*

Cirurgia: REDUCAO + FIE

Data da Cirurgia: 07/05/2019

Equipe:

Cirurgião: MARIO CESAR

Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SI

Aux 2: TASSO ASSUERO

Aux 3:

Instrumentador: ROZANA

Anestesista: ANTONIO RAFAEL SODRE CAMPOS DE ALMEIDA

Tipo de anestesia: GERAL (NASOTRAQUEAL)

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação:

- 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL COM ENTUBAÇÃO *NASOTRAQUEAL*
- 2 - COLOCAÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO
- 3 - ANTISSEPSE EXTRA-BUCAL E INTRA-BUCAL COM CLOREXIDINA DEGERMANTE
- 4 - APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
- 5 - ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAÍNA C/ VASOCONSTRICTOR
- 6 - ACESSO VESTIBULAR MAXILAR (INTRA-BUCAL)
- 7 - DIVULSÃO + DESCOLAMENTO DE TECIDOS POR PLANOS
- 8 - EXPOSIÇÃO DE TRAÇO DE FRATURA EM CORPO DE ZIGOMA DIREITO
- 9 - REDUÇÃO ANATOMICA DE FRATURA PELA TÉCNICA DE QUIN
- 10 - FIXAÇÃO DE FRATURA NO PILAR ZIGOMATICO-MAXILAR COM 01 PLACA 2.0 MM EM "T" (05 FUROS) + 05 PARAFUSOS AUTOPERFORANTES Nº 06
- 11 - IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
- 16 - SUTURA DE ACESSO COM VYCRIL 3-0
- 17 - REMOÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO

EMPRESA: BEM.MED.

INICIO: *14:40 hs*

TERMINO: *16:00 hs*

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato  
Cirurgião Traumatologia  
Bucodmaxilofacial  
Residente - CRO/PB 7227

Data 07/05/2019

Assinatura/Carimbo

Tasso Assuero Menezes Honorato

10.1.1.148/projetohtcg/impredescr.php?ID=1253&contar=1885021

1/2



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 13/08/2019 11:33:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081311330641900000022735463

Número do documento: 19081311330641900000022735463

Num. 23455094 - Pág. 3

06/05/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/05/2019

Horas: 06:32:36

Médico (a) Diarista : Tasso Assuero Menezes Honorato

GOVERNO  
DA PARAÍBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1885021 Paciente: RONE DA SILVA ALMEIDA Idade: 035 Sexo: M

Nome da Mãe: ROSILDA DE FATIMA DA SILVA ALMEIDA Data de Nascimento: 30/03/1984 Admissão: 28/04/2019

Clínica: NEUROBUÇO Enfermaria: 8 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DO CZM D + PAREDE ANTERIOR DO OSSO FRONTAL

DIA 06/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Tasso Assuero Menezes Honorato

| Item | Prescrição                                                         | Aprazamento |
|------|--------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                        |             |
| 2    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 02AMPOLA, 6h/6h                | 12 18 24 06 |
| 3    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD. | 12 18 24 06 |
| 4    | RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h                   | 12 18 24 06 |
| 5    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                    | eu          |
| 6    | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO<br>BRACO ESQUERDO                    | eu          |

### EVOLUÇÃO

DATA: 06/05/2019 HORA: 06:31:38

# BMF 8º D.I.II

\* DIETA LÍVRE A PARTIR DAS 00:00h

Dra. Rebeca Vilela Soares  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucodentofacial  
RESIDENTE - CRO/PB 6612

Paciente evolui em BEG, consciente, orientado, eupneico, normocrado e deambulando. Ao exame clínico apresenta escoriações em região frontal D e em dorso nasal, equimose periorbitário D, edema em hemiface D em regressão, movimentos oculares preservados, abertura bucal preservada.

\*TC: observa-se fratura na região da sutura frontozigomática e rebordo orbitário d + parede anterior do seio frontal.

\*CD: - AGUARDANDO OPORTUNIDADE CIRÚRGICA

ASSINATURA + CARIMBO

Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucodentofacial  
Residência - CRO/PB 7227



**BEMMED**

ARTIGOS CIRÚRGICOS

**CONTROLE CIRÚRGICO**

Nº 0186

PACIENTE: Edna da Silva Almeida PRONTUÁRIO: 1284878HOSPITAL: Clínica de Emergência e Trauma INSTRUMENTADOR: Dr. OdonoMÉDICO: Dr. Helio + Dr. Marlon REF. DO ARQUIVO: 1284878Data da Cirurgia: 02/10/2019 Circulante: Dr. OdonoProcedimento: Redução e fixação de fratura de mandíbula

Material utilizado

| Quant. | Nomenclatura          | Código |
|--------|-----------------------|--------|
| 01     | Placa T 5 Furos       | 2.0    |
| 02     | Parafusos autoq. N. 6 | 2.0    |
|        |                       |        |
|        |                       |        |
|        |                       |        |
|        |                       |        |
|        |                       |        |
|        |                       |        |
|        |                       |        |

Verificado por: \_\_\_\_\_ Visto: \_\_\_\_\_ Data: 02/10/2019Av. Odon Bezerra, 64 - Tambiá - João Pessoa - PB - CEP: 58.020-500  
Fone: (83) 3024-8602 - E-mail: bemmedopme@gmail.com



# CHECKLIST

GOVERNO DO PARÁ  
SEGUE o trabalho

RÉ-OPERATÓRIO-ALAS

|                                                     |                                           |                                                      |                                           |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| SETOR DE ORIGEM:                                    | Núcleo B                                  |                                                      |                                           |
| NOME:                                               | Rene de Silva                             |                                                      |                                           |
| PROCEDIMENTO:                                       | Exo Orto                                  |                                                      |                                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> AVP: LOCAL: 115 | JELCO Nº: 18                              | <input type="checkbox"/> AVC                         | <input checked="" type="checkbox"/> JEJUM |
| BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:                               | <input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA  | <input checked="" type="checkbox"/> SABONETE PRÓPRIO |                                           |
| RETIRADO:                                           | <input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA | <input type="checkbox"/> ADORNOS                     | <input type="checkbox"/> PERTENCES        |
| ENCAMINHADO:                                        | <input checked="" type="checkbox"/> HEMOG | <input type="checkbox"/> USG                         | <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA       |
| <input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO     | <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA    | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA    |                                           |
| <input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO    | <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA    |                                                      |                                           |
| ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:                             | J. Silva                                  | COREN:                                               | 436552                                    |

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas

Campina Grande – PBCEP: 58.432-809

Email: [chefiartraumacg@hotmail.com](mailto:chefiartraumacg@hotmail.com) [hospitalregionalcg@hotmail.com](mailto:hospitalregionalcg@hotmail.com)

CNPJ: 08.778.268-0001-60



07/05/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/05/2019

Horas: 16:01:36

Médico(a) / Otorrinolaringologista: Tasso Assuero Menezes Honorato

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1885021 Paciente: RONE DA SILVA ALMEIDA Idade: 035 Sexo: M

Nome da Mãe: ROSILDA DE FATIMA DA SILVA ALMEIDA Data de Nascimento: 30/03/1984 Admissão: 28/04/2019

Clinica: NEUROBUCO Enfermaria: 8 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DO CZM D + PAREDE ANTERIOR DO OSSO FRONTAL

DIA 07/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Tasso Assuero Menezes Honorato/

| Item | Prescrição                                                                    | Aprazamento |
|------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                   |             |
| 2    | CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h 5D/5D<br>Diluir em 50 ML SF | 18 06 24 06 |
| 3    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 02AMPOLA, 6h/6h                           | 18 06 24 06 |
| 4    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,            | 18 06 24 06 |
| 5    | RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O, 1COMP, 12h/12h                              | 18 06 24 06 |
| 6    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                               | At+         |
| 7    | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO<br>BRACO ESQUERDO                               | At+         |

### EVOLUÇÃO

DATA: 07/05/2019 HORA: 16:00:04

# BMF 9º D.L.H

Paciente submetido a procedimento cirúrgico para redução e fixação interna estável de Zigoma direito. Cirurgia sem intercorrências ou complicações.

\*CD: - Solicito Rx de Waters

- Proservação.

ASSINATURA + CARIMBO  
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucal maxilo-facial  
Residente - CRO/PB 7227



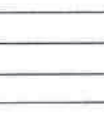
## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

|               |                                        |              |            |
|---------------|----------------------------------------|--------------|------------|
| Paciente:     | Rene de Silva Almeida                  | Idade:       | 35a        |
| Convênio:     |                                        | Data:        |            |
| Procedimento: | Fratura e redução e fixação Zigomática |              |            |
| Cirurgião:    | Dr. Mauro                              | Auxiliar:    | Reginaldo  |
|               |                                        | Anestesista: | Dr. Rafael |
| Início:       |                                        | Término:     |            |
|               |                                        | Anestesia    | geral      |

[illegible][illegible]

**Observações:**  
 Pode coexistir a dor, mas não necessariamente voluntariamente a  
 dor. Sem queixas. Opc de SEM

  
 Assinatura Anestesista

  
 Circulante

### Relatório de Operação

MOD. 103





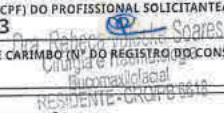
**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
( Critérios para altas da SRPA)

| <b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>                                                                          | <b>Hora entrada</b> | <b>Hora saída</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|
| Nenhum Movimento = 0<br>Movimenta 2 membros = 1<br>Movimenta 4 membros = 2                                                               |                     |                   |
| Apnéia = 0<br>Respiração Limitada, Dispneia = 1<br>Respiração profunda e tosse = 2                                                       |                     |                   |
| PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0<br>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1<br>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2 |                     |                   |
| Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0<br>Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1<br>Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2        |                     |                   |
| Não responde ao chamado = 0<br>Despertado ao chamado = 1<br>Completamente acordado = 2                                                   |                     |                   |
| <b>TOTAL DE PONTOS:</b>                                                                                                                  |                     |                   |

Assinatura do anestesista



Data da internação: 28/04/2019 Hora: 22:28:20

|                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                       |                                           |                                                                                          |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|  <b>Sistema Único de Saúde</b>                     |  | <b>Ministério da Saúde</b>                                                                                                                            |                                           | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>                    |                      |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                                                                                    |  |                                                                                                                                                       |                                           | <b>2 - CNES</b>                                                                          |                      |
| <b>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b><br>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES                        |  |                                                                                                                                                       |                                           | 2362856                                                                                  |                      |
| <b>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b><br>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES                         |  |                                                                                                                                                       |                                           | <b>4 - CNES</b><br>2362856                                                               |                      |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                                                                    |  |                                                                                                                                                       |                                           | <b>6 - N° DO PRONTUÁRIO</b>                                                              |                      |
| <b>5 - NOME DO PACIENTE</b><br>RONE DA SILVA ALMEIDA                                                                                |  |                                                                                                                                                       |                                           | 1885021                                                                                  |                      |
| <b>7 - CARTÃO DO SUS</b><br>702605780055144                                                                                         |  | <b>8 - DATA DE NASCIMENTO</b><br>30/03/1984                                                                                                           |                                           | <b>9 - SEXO</b><br>Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> |                      |
| <b>10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL</b><br>ROSILDA DE FATIMA DA SILVA ALMEIDA                                                        |  |                                                                                                                                                       |                                           | <b>11 - TELEFONE DE CONTATO</b><br>DD 83 988329379                                       |                      |
| <b>12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)</b><br>R PROFESSORA AUREA RAMOS, 210, JARDIM PAULISTANO                                          |  |                                                                                                                                                       |                                           |                                                                                          |                      |
| <b>13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b><br>Campina Grande                                                                               |  |                                                                                                                                                       | <b>14 - CDD. IBGE MUNICIPAL</b><br>250400 |                                                                                          | <b>15 - UF</b><br>PB |
|                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                       | <b>16 - CEP</b><br>58400002               |                                                                                          |                      |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                                                                  |  |                                                                                                                                                       |                                           |                                                                                          |                      |
| <b>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b><br>Escoriações, HEMATOMA, EDEMA                                                   |  |                                                                                                                                                       |                                           |                                                                                          |                      |
| <b>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b><br>Fratura em face                                                                |  |                                                                                                                                                       |                                           |                                                                                          |                      |
| <b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b><br>Fratura em face                       |  |                                                                                                                                                       |                                           |                                                                                          |                      |
| <b>20 - DIAGNÓSTICO INICIAL</b><br>Fratura Zígoma + Frontal                                                                         |  | <b>21 - CID 10 PRINCIPAL</b>                                                                                                                          |                                           | <b>22 - CID 10 SECUNDÁRIO</b>                                                            |                      |
|                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                       |                                           | <b>23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>                                                     |                      |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                                                                      |  |                                                                                                                                                       |                                           |                                                                                          |                      |
| <b>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b><br>INTERNAÇÃO                                                                      |  |                                                                                                                                                       |                                           | <b>25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>                                                       |                      |
| <b>26 - CI ICD-9</b><br>BHF                                                                                                         |  | <b>27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO</b><br>02                                                                                                              |                                           | <b>28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF</b><br>700803481635483                                 |                      |
| <b>29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b><br>REBECA VALESKA SOARES                                  |  |                                                                                                                                                       |                                           | <b>30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b><br>REBECA VALESKA SOARES         |                      |
| <b>31 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b><br>28/04/2019                                                                                       |  | <b>32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)</b><br> |                                           |                                                                                          |                      |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>                                                               |  |                                                                                                                                                       |                                           |                                                                                          |                      |
| <b>33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>                                                                                                |  | <b>36 - CNPJ DA SEGURADORA</b>                                                                                                                        |                                           | <b>37 - N° DO BILHETE</b>                                                                |                      |
| <b>34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</b>                                                                                            |  |                                                                                                                                                       |                                           | <b>38 - SÉRIE</b>                                                                        |                      |
| <b>35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</b>                                                                                           |  | <b>39 - CNPJ EMPRESA</b>                                                                                                                              |                                           | <b>40 - CNAE DA EMPRESA</b>                                                              |                      |
|                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                       |                                           | <b>41 - CBOR</b>                                                                         |                      |
| <b>42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</b><br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO |  |                                                                                                                                                       |                                           |                                                                                          |                      |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                       |                                           |                                                                                          |                      |
| <b>43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>                                                                                        |  | <b>44 - CDD. ORGÃO EMISSOR</b>                                                                                                                        |                                           | <b>49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>                                   |                      |
| <b>45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF</b>                                                                                               |  | <b>46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>                                                                                        |                                           |                                                                                          |                      |
| <b>47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</b><br>/ /                                                                                              |  | <b>48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>                                                                                         |                                           |                                                                                          |                      |





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 08/05/2019  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03 NOME: Tasso Assuero Menezes Honorato



GOVERNO DA PARAÍBA

## LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: RONE DA SILVA ALMEIDA

Data da Internação: 28/04/2019

Data da Alta: 08/05/2019

Registro: 1885021

Tempo de Permanência: 18015

Diagnóstico Inicial: *fratura de zigomático D*

Diagnóstico Final: *fratura de zigomático D*

Principais Exames: Hematológicos e de imagem (Tomografia computadorizada)

Cirurgia: REDUCAO + FIE

Data: 07/05/2019

Equipe:

Cirurgião: DR MARIO CESAR

Aux 1: DR REGINALDO FERNANDES

Aux 2: DR TASSO ASSUERO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: Analgésico e antibiótico.

Infecção F.O:

Coleta de Material:

Bacteriologia:

Anatomopatológico:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): Paciente apresentou-se edema em face e hematoma periorbitário D, má oclusão. Foi diagnosticado fratura do complexo zigomático direito. Submeteu-se a procedimento cirúrgico, evoluindo em BEG, sem quixas ou intercorrências.

Orientações: Repouso por 07 dias, higiene oral com clorexidina, antibioticoterapia oral, compressa gelada em hemiface direita por 02 dias, retornar ao ambulatório de Bucomaxilo no dia 22/05/2019 às 14:00 horas. Demais orientações repassadas verbalmente.

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: Analgésico e Antibiótico (amoxicilina).

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FERRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!**

*→ DESCONSIDERAR!*

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de : BUCOMAXILO em: 22/05/2019 para revisão Repouso 7 dias

Condições de Alta: Melhorado

Data: 08/05/2019

Assinatura/Carimbo

Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucomaxilofacial  
Residente - CRO/PB 7227

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Tasso Assuero





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 08/05/2019

Horas: 08:14:26

Médico (a) Diarista : Tasso Assuero Menezes Honorato

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1885021 Paciente: RONE DA SILVA ALMEIDA Idade: 035 Sexo: M

Nome da Mãe: ROSILDA DE FATIMA DA SILVA ALMEIDA Data de Nascimento: 30/03/1984 Admissão: 28/04/2019

Clínica: NEUROBUCA Enfermaria: 8 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DO CZM D + PAREDE ANTERIOR DO OSSO FRONTAL

DIA 08/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Tasso Assuero Menezes Honorato /

| Item | Prescrição                                                         | Aprazamento |
|------|--------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                        |             |
| 2    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 02AMPOLA, 6h/6h                |             |
| 3    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD. |             |
| 4    | RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O, 1COMP, 12h/12h                   |             |
| 5    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                    |             |

### EVOLUÇÃO

DATA: 08/05/2019 HORA: 08:13:36

# BMF 10º D.I.H

Paciente submetido a procedimento cirúrgico para redução e fixação interna estável de Zigoma direito no dia de ontem. Paciente evolui em BEG, sem queixas ou intercorrências.

\*CD: - Alta Hospitalar com retorno agendado.

ASSINATURA + CARIMBO  
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucodentofacial  
Residente - CRO/PB 7227



28/04/2019

GOVERNO  
DA PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:  
28/04/19

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1884818

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mai. Horlano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-309

Data: 28/04/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Vanessa Patricia Sales Do Nascimento

CEP: 58400000

Nascimento: 30/03/1984

Telefone: 988329379

Bairro/JARDIM PAULISTANO

Sexo: M

Idade: 035

RG: 3089541

Profissão:

CNS: 702605780055144

CONVÊNIO: SUS

Data de

Atend: 28/04/2019

Hora: 17:02:45

CRM:

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão

2. Amputação

3. Avulsão

4. Contusão

5. Crepitação

6. Dor

7. Edema

8. Empalhamento

9. Enfisema subcutâneo

10. Esmagamento

11. Equimose

12. F. Arma branca

13. F. Arma de fogo

14. F. Cortado

15. F. Cortado

16. F. Corto-contuso

17. F. Perfuro-contuso

18. F. Perfuro-ortante

19. Fratura óssea fechada

20. Fratura óssea aberta

21. Hematoma

22. Ingerimento Venoso

23. Laceração

24. Lesão tendinosa

25. Luxação

26. Modedura

27. Movimento torácico paradoxal

28. Objeto Encaixado

29. Otite

30. Paralisia

31. Parestesia

32. Parestesia

33. Queimadura

34. Rinorréia

35. Sínus de Isquemia

36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

% Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

10.1.1.143/projetohctg/impreurgencia.php?contar=1884818

1/2

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente trazido pelo SAMU com prancha rígida e dor  
na lateral abdominal, com história de trauma por queda de  
altura, se de náuseas, dor em pulso e ardência e  
congestão.A. Não altera membros  
B. Não altera membros  
C. Não altera membros  
D. Não altera membros

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS: Nega

PATOLOGIAS: Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Isotóricas ( ) Anisotóricas ( )

Glasgow 15 PA HGT: 160

E. Auscultações livres nos membros superiores e inferiores.

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Gasometria arterial

( ) Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: BHF

Especialista: Ortopedista

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº

1

2

3

4

5

6

PREScrições E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Yuri M. N. Costa

Médico Residente

Cirurgia Geral

CRM-PB 10556

1/2





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Ficha de Acolhimento

SMU

|                       |                         |                             |                   |
|-----------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------|
| Nome:                 | Rene da Silva Almeida   |                             |                   |
| End:                  | Profª Aurea Ramos - 210 | Bairro:                     | Jardim Paulistano |
| Data de Nascimento:   | 30/03/1984              | Documento de Identificação: |                   |
| Queixa:               | Oe. Noto                | Date do Atend.:             | 28/04/19          |
| Acidente de trabalho? | ( ) Sim                 | (X) Não                     | Documento:        |

## Classificação de Risco

|                          |           |                      |           |                      |                 |                   |             |
|--------------------------|-----------|----------------------|-----------|----------------------|-----------------|-------------------|-------------|
| Nível de consciência:    | ( ) Bom   | ( ) Regular          | ( ) Baixo | Aspecto:             | ( ) Calmo       | ( ) Fáceis de dor | ( ) Gemente |
| Frequência respiratória: |           |                      |           |                      |                 |                   |             |
| Pressão arterial:        |           |                      |           |                      |                 |                   |             |
| Dosagem de HGT:          |           |                      |           |                      |                 |                   |             |
| Deambulação:             | ( ) Livre | ( ) Cadeira de rodas | ( ) Maca  | Frequência cardíaca: |                 |                   |             |
|                          |           |                      |           | Temperatura axilar:  |                 |                   |             |
|                          |           |                      |           | Mucosas:             | ( ) Normocorada | ( ) Pálida        |             |

MOD. 110

## Estratificação

☒ Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





## ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Osne de Silva Almeida

foi atendido (às) hoje, às \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
horas, necessitando de 32 (trinta e dois)  
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S62

Campina Grande, 22/05/17

Dr. Julio Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 9965 / CRM/RN-8320

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Rone da Silva

Almeida

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: S02.9 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 28/04/19 A 08/05/19 NECESSITANDO DE

15 (quinze)

DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES

Campina Grande 08/05/2019

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato  
Cirurgião e Traumatologia  
Bulvar Maxilofacial  
Residente - Nº. do CRM

### AUTORIZAÇÃO

Eu, RONE DA SILVA ALMEIDA autorizo o

Dr., TASSO ASSUERO MENEZES HONORATO a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Rone da Silva Almeida

Ass: do Paciente ou Responsável

MOD. 060





## LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: RONE DA SILVA ALMEIDA

Data da Internação: 28/04/2019

Data da Alta: 08/05/2019

Registro: 1885021

Tempo de Permanência: -18015

Diagnóstico Inicial: *Fratura de zigomático D*

Diagnóstico Final: *Fratura de zigomático D*

Principais Exames: Hematológicos e de imagem (Tomografia computadorizada)

Cirurgia: REDUCAO + FIE

Data: 07/05/2019

Equipe:

Cirurgião: DR MARIO CESAR

Aux 1: DR REGINALDO FERNANDES

Aux 2: DR TASSO ASSUERO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: Analgésico e antibiótico.

Infecção F.O:

Coleta de Material:

Bacteriologia:

Anatomopatológico:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): Paciente apresentou-se edema em face e hematoma periorbitário D, má oclusão. Foi diagnosticado fratura do complexo zigomático direito. Submeteu-se a procedimento cirúrgico, evoluindo em BEG, sem quixas ou intercorrências.

Orientações: Repouso por 07 dias, higiene oral com clorexidina, antibioticoterapia oral, compressa gelada em hemiface direita por 02 dias, retornar ao ambulatório de Bucomaxilo no dia 22/05/2019 as 14:00 horas. Demais orientações repassadas verbalmente.

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: Analgésico e Antibiótico (amoxicilina).

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!**

*+ DESCONSIDERAR!*

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de : BUCOMAXILO em: 22/05/2019 para revisão Repouso 7 dias

Condições de Alta: Melhorado

Data: 08/05/2019

Assinatura/Carimbo  
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucomaxilofacial  
Residente - CRO/PB 7227

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Tasso Assuero



|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |                                                                   |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b><br>Guia de Recolhimento de Custas e Taxas<br>Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98<br>(Via da parte)                                  |                                   |                                                                   | <b>Número do boleto:</b><br>001.4.19.11723/01 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |                                                                   | <b>Data de emissão:</b><br>13/08/2019         |
| <b>Nº do Processo:</b>                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Comarca:</b><br>Campina Grande | <b>Classe Processual:</b><br>PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | <b>Data de vencimento:</b><br>31/08/2019      |
| <b>Número da guia:</b> 001.2019.611723 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias                                                                                                                                                                                                        |                                   |                                                                   | <b>UFR vigente:</b><br>R\$ 50,48              |
| <b>Detalhamento:</b><br>- Custas Processuais: R\$ 1.009,60 <b>Promovente:</b> RONE NDA SILVA ALMEIDA<br>- Taxa Judiciária: R\$ 182,25<br>- Despesas processuais postais: R\$ 12,00 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS<br>- Taxa bancária: R\$ 1,35      CONSÓRCIOS DE SEGUROS |                                   |                                                                   | <b>Conta FEJPA:</b><br>1618-7/228.039-6       |
| <b>Observações:</b><br>- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.<br>- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.                                                                                                          |                                   |                                                                   | <b>Parcela:</b><br>1/1                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |                                                                   | <b>Valor total:</b><br>R\$ 1.205,20           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |                                                                   | <b>Desconto total:</b><br>R\$ 0,00            |
| 866600000123 052009283186 520190831005 141911723015<br>                                                                                                                                          |                                   |                                                                   | <b>Valor final:</b><br>R\$ 1.205,20           |

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                   |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b><br>Guia de Recolhimento de Custas e Taxas<br>Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98<br>(Via do processo) |                                   |                                                                   | <b>Número do boleto:</b><br>001.4.19.11723/01 |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                   | <b>Data de emissão:</b><br>13/08/2019         |
| <b>Nº do Processo:</b>                                                                                                                                                                                                                              | <b>Comarca:</b><br>Campina Grande | <b>Classe Processual:</b><br>PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | <b>Data de vencimento:</b><br>31/08/2019      |
| <b>Número da guia:</b> 001.2019.611723 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias                                                                                                                                                                          |                                   |                                                                   | <b>UFR vigente:</b><br>R\$ 50,48              |
| <b>Promovente:</b> RONE NDA SILVA ALMEIDA <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS<br>CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT                                                                                                                                     |                                   |                                                                   | <b>Conta FEJPA:</b><br>1618-7/228.039-6       |
| <b>Detalhamento:</b><br>- Despesas processuais postais: R\$ 12,00<br>- Cartas: R\$ 12,00                                                                                                                                                            |                                   |                                                                   | <b>Parcela:</b><br>1/1                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                   | <b>Valor total:</b><br>R\$ 1.205,20           |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                   | <b>Desconto total:</b><br>R\$ 0,00            |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                   | <b>Valor final:</b><br>R\$ 1.205,20           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |                                                                   |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b><br>Guia de Recolhimento de Custas e Taxas<br>Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98<br>(Via do banco)                                |                                   |                                                                   | <b>Número do boleto:</b><br>001.4.19.11723/01 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |                                                                   | <b>Data de emissão:</b><br>13/08/2019         |
| <b>Nº do Processo:</b>                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Comarca:</b><br>Campina Grande | <b>Classe Processual:</b><br>PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | <b>Data de vencimento:</b><br>31/08/2019      |
| <b>Número da guia:</b> 001.2019.611723 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias                                                                                                                                                                                                        |                                   |                                                                   | <b>UFR vigente:</b><br>R\$ 50,48              |
| <b>Detalhamento:</b><br>- Custas Processuais: R\$ 1.009,60 <b>Promovente:</b> RONE NDA SILVA ALMEIDA<br>- Taxa Judiciária: R\$ 182,25<br>- Despesas processuais postais: R\$ 12,00 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS<br>- Taxa bancária: R\$ 1,35      CONSÓRCIOS DE SEGUROS |                                   |                                                                   | <b>Conta FEJPA:</b><br>1618-7/228.039-6       |
| <b>Observações:</b><br>- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.<br>- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.                                                                                                          |                                   |                                                                   | <b>Parcela:</b><br>1/1                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |                                                                   | <b>Valor total:</b><br>R\$ 1.205,20           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |                                                                   | <b>Desconto total:</b><br>R\$ 0,00            |
| 866600000123 052009283186 520190831005 141911723015<br>                                                                                                                                        |                                   |                                                                   | <b>Valor final:</b><br>R\$ 1.205,20           |





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

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 001.2019.611723

**Data Vencimento:** 31/08/2019

**Data Emissão:** 13/08/2019

**Comarca:** Campina Grande

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

**Promovente:** RONE NDA SILVA ALMEIDA

**Promovido:** SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT

**Valor da Causa:** R\$ 12.150,00

**Despesas Processuais:** R\$ 12,00

**Custas:** R\$ 1.009,60

**Taxa:** R\$ 182,25

**Total da Guia:** R\$ 1.203,85

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.**





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**9ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0819523-07.2019.8.15.0001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Trata-se de cobrança de diferença de seguro DPVAT. A autora já recebeu administrativamente R\$ 1.350,50.

A autora pretende receber, através desta ação, R\$ 12.150,00, que somados a quantia já paga administrativamente, totalizaria R\$ 13.500,00, o valor máximo previsto para pagamento de seguro DPVAT, mas diz, no Id 23455083 - Pág. 2, "...o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a **redução funcional/invalidez dos membros supra mencionado** corresponde ao valor Máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, descrita em lei especial" (sic) (grifei).

Ocorre que dois parágrafos acima tem "... restaram lesões ... tais como como: fratura do CZM D (osso zigomático) + parede anterior do osso, onde foi submetido a cirurgia de osteossíntese para fixação (placas/pinos/parafusos)".

Ou seja, acima (na inicial) não tem referência a nenhum membro e/ou redução funcional.

A narrativa deve ser clara e dela decorrer logicamente o pedido.

Qual o membro que na ótica da parte autora foi acometido por perda funcional e/ou anatômica?

Em qual seguimento da tabela DPVAT entende que deve ser enquadrado?

Além disso, nada falou sobre a razão pela qual diverge da conclusão administrativa. O que efetivamente tem que lhe faz acreditar que possui invalidez? E essa invalidez é total ou parcial? Sendo parcial, é completa ou incompleta? Se incompleta, qual o grau de repercussão?

Onde está a descrição fática que lhe convence de invalidez diversa na reconhecida administrativamente e em quais documentos médicos existem elementos de informação capazes de fazer prova dessa eventual divergência?

Acredita que ficou inválido por qual razão e qual é a sua invalidez (de forma objetiva) diferentemente da conclusão administrativa?

Nesse ponto, falta até causa de pedir.



Sendo assim tenho que da narrativa dos fatos não decorre logicamente o pedido, e que também falta causa de pedir, sendo a petição até aqui como apresentada inepta (art. 330, I, e seu §1º, III, do CPC).

Está totalmente inválido e não tem um documento sequer referente a atendimento posterior ao ocorrido logo em seguida ao acidente? Não procurou saber se pode ser reabilitado?

Da narrativa e da documentação médica não enxergo nada que justifique pagamento no teto, ou seja, R\$ 13.500,00, que são os casos de invalidez total, de acordo com a tabela DPVAT.

Da narrativa da inicial não se conclui logicamente o pedido. Não há causa de pedir. O pedido, como feito, impede até mesmo o contraditório e o exercício amplo de defesa.

Isto posto, intime-se a parte autora para, em até 15 (quinze) emendar a petição inicial, adequando o seu pedido a sua narrativa, sob pena de indeferimento e extinção sem resolução de mérito, devendo apontar objetivamente em que consiste a sequela do acidente e que, na sua ótica, é passível de indenização pelo seguro DPVAT, o seguimento da tabela onde deve ser enquadrado e o documento médico que informa a permanência de sequela decorrente da lesão ocasionada no acidente. Do contrário, não se tem como concluir o seu pedido sem que haja esse relato na petição inicial (art. 330, §1º, III, do CPC), bem como apresentar documento médico ou qualquer outro que se mostre como início de prova a justificar a provocação judicial (art. 320 do CPC), que tenho, no caso concreto, como documento essencial à propositura da ação.

Não se mais como se admitir cobranças de ações de seguro DPVAT sem o apontamento objetivo, pela própria parte autora, da invalidez que acredita possuir em decorrência de acidente de trânsito, nem tão pouco documento médico que se apresente pelo menos como início de prova. A simples declaração da parte lança a responsabilidade de comprovação unicamente para a perícia judicial, fazendo com que desapareça até mesmo o interesse processual, por não se vislumbrar, nem mesmo de forma indiciária, a utilidade do processo para a parte requerente.

Campina Grande (PB), 13 de agosto de 2019.

Andréa Dantas Ximenes - Juiz(a) de Direito





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**9ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0819523-07.2019.8.15.0001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Trata-se de cobrança de diferença de seguro DPVAT. A autora já recebeu administrativamente R\$ 1.350,50.

A autora pretende receber, através desta ação, R\$ 12.150,00, que somados a quantia já paga administrativamente, totalizaria R\$ 13.500,00, o valor máximo previsto para pagamento de seguro DPVAT, mas diz, no Id 23455083 - Pág. 2, "...o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a **redução funcional/invalidez dos membros supra mencionado** corresponde ao valor Máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, descrita em lei especial" (sic) (grifei).

Ocorre que dois parágrafos acima tem "... restaram lesões ... tais como como: fratura do CZM D (osso zigomático) + parede anterior do osso, onde foi submetido a cirurgia de osteossíntese para fixação (placas/pinos/parafusos)".

Ou seja, acima (na inicial) não tem referência a nenhum membro e/ou redução funcional.

A narrativa deve ser clara e dela decorrer logicamente o pedido.

Qual o membro que na ótica da parte autora foi acometido por perda funcional e/ou anatômica?

Em qual seguimento da tabela DPVAT entende que deve ser enquadrado?

Além disso, nada falou sobre a razão pela qual diverge da conclusão administrativa. O que efetivamente tem que lhe faz acreditar que possui invalidez? E essa invalidez é total ou parcial? Sendo parcial, é completa ou incompleta? Se incompleta, qual o grau de repercussão?

Onde está a descrição fática que lhe convence de invalidez diversa na reconhecida administrativamente e em quais documentos médicos existem elementos de informação capazes de fazer prova dessa eventual divergência?

Acredita que ficou inválido por qual razão e qual é a sua invalidez (de forma objetiva) diferentemente da conclusão administrativa?

Nesse ponto, falta até causa de pedir.



Sendo assim tenho que da narrativa dos fatos não decorre logicamente o pedido, e que também falta causa de pedir, sendo a petição até aqui como apresentada inepta (art. 330, I, e seu §1º, III, do CPC).

Está totalmente inválido e não tem um documento sequer referente a atendimento posterior ao ocorrido logo em seguida ao acidente? Não procurou saber se pode ser reabilitado?

Da narrativa e da documentação médica não enxergo nada que justifique pagamento no teto, ou seja, R\$ 13.500,00, que são os casos de invalidez total, de acordo com a tabela DPVAT.

Da narrativa da inicial não se conclui logicamente o pedido. Não há causa de pedir. O pedido, como feito, impede até mesmo o contraditório e o exercício amplo de defesa.

Isto posto, intime-se a parte autora para, em até 15 (quinze) emendar a petição inicial, adequando o seu pedido a sua narrativa, sob pena de indeferimento e extinção sem resolução de mérito, devendo apontar objetivamente em que consiste a sequela do acidente e que, na sua ótica, é passível de indenização pelo seguro DPVAT, o seguimento da tabela onde deve ser enquadrado e o documento médico que informa a permanência de sequela decorrente da lesão ocasionada no acidente. Do contrário, não se tem como concluir o seu pedido sem que haja esse relato na petição inicial (art. 330, §1º, III, do CPC), bem como apresentar documento médico ou qualquer outro que se mostre como início de prova a justificar a provocação judicial (art. 320 do CPC), que tenho, no caso concreto, como documento essencial à propositura da ação.

Não se mais como se admitir cobranças de ações de seguro DPVAT sem o apontamento objetivo, pela própria parte autora, da invalidez que acredita possuir em decorrência de acidente de trânsito, nem tão pouco documento médico que se apresente pelo menos como início de prova. A simples declaração da parte lança a responsabilidade de comprovação unicamente para a perícia judicial, fazendo com que desapareça até mesmo o interesse processual, por não se vislumbrar, nem mesmo de forma indiciária, a utilidade do processo para a parte requerente.

Campina Grande (PB), 13 de agosto de 2019.

Andréa Dantas Ximenes - Juiz(a) de Direito



Emenda à Inicial em anexo.



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE-PB.**

Processo nº **0819523-07.2019.8.15.0001**

**RONE DA SILVA ALMEIDA**, já qualificada nos autos da Ação de Indenização Seguro DPVAT, que move em face da **SEGURADORA LÍDER** por seu procurador subscrito, vem respeitosamente, à presença de Vossa Excelência emendar a petição e requerer no tocante ao R. Despacho:

Insta Ressaltar que a parte promovente apenas juntou a documentação médica do acidente, devido não possuir meios financeiros de arcar com consultas médicas para emissão de laudos que quantifiquem a sua lesão, devido comprometer seu próprio sustento. Porém da documentação médica se extrai lesões ocorridas que geram sequelas específicas e objetivas, porém só quantificadas suas porcentagem através de uma perícia médica, bem como o Órgão do IML, que não possuem médico ortopedista capacitado para realização de tal avaliação, na cidade de Campina Grande.

A Juntada do prontuário médico relata fratura em osso zigomático que corresponde popularmente dizendo a **FACE** do autor, onde fica localizado o osso fraturado, onde o autor passou por cirurgia, onde no relatório consta que houve **fixação da fratura com 01 PLACA 2.0 MM em T COM 05 PARAFUSOS E 05 PARAFUSOS PERFURANTES Nº 06. (CONFORME RELATÓRIO DE CIRURGIA).**

Nobre julgador, ressaltar que da lesão não há sequelas de uma fratura de face, que foi reduzida anatomicamente com uma cirurgia com **PLACAS/PINOS E PARAFUSOS**, é inadmissível. Uma pessoa que passa por uma cirurgia para inclusão de placas e parafusos em face, não terá a mesma estrutura facial, qual detinha anteriormente.

6 - ACESSO VESTIBULAR MAXILAR (INTRA-BUCAL)  
7 - DIVULSÃO + DESCOLAMENTO DE TECIDOS POR PLANOS  
8 - EXPOSIÇÃO DE TRAÇO DE FRATURA EM CORPO DE ZIGOMA DIREITO  
9 - REDUÇÃO ANATOMICA DE FRATURA PELA TÉCNICA DE QUIN  
10 - FIXAÇÃO DE FRATURA NO PILAR ZIGOMATICO-MAXILAR COM 01 PLACA 2.0 MM EM "T" (05 FURROS) + 05 PARAFUSOS AUTOPERFORANTES Nº 06  
11 - IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%

Desse modo ressaltasse os seguimentos da tabela qual o autor se enquadra:



| DANOS CORPORAIS PREVISTOS NA LEI                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PERCENTUAL DA PERDA (%) | TOTAL (100%)  | INTENSA (75%) | MÉDIA (50%)  | LEVE (25%)   | RESIDUAL (10%) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|----------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                                                                                                 | 100                     |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                                                                                          |                         |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                                                                                                |                         |               |               |              |              |                |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                                                                                           |                         | R\$ 13.500,00 | R\$ 10.125,00 | R\$ 6.750,00 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.350,00   |
| Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autônoma                                                   |                         |               |               |              |              |                |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autônoma, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital |                         |               |               |              |              |                |

Toda via é indiscutível a especificação da % da perda dentro da tabela da Lei 11.482/2007, devido a quantificação de perda seja ela parcial ou total, pois quem possui aptidão e capacidade técnica para tal é um médico com especialidade em neurologista para quantificar a lesão e sua invalidez permanente, porém o autor não possui capacidade econômica para arcar com tais despesas para elaboração de um laudo médico que ateste a sua invalidez, motivo pelo qual requer a perícia judicial para resguardar direito do autor de acesso à justiça conforme prevê a Constituição Federal de 1988 no artigo 5º, XXXV: “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;”

É cediço que a Lei nº 11.482/2007 deu nova redação ao art. 3º da Lei de Regência, estabelecendo novo valor para indenização por invalidez permanente, qual seja, o *quantum* de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Por outro lado, não se pode olvidar que com o advento da Lei nº 11.945/2009, o pagamento de indenização do seguro DPVAT para os casos de invalidez do beneficiário passou a ser feito com estrita observância ao grau de lesão experimentado pelo segurado, grau esse que só poderá ser objetivamente mensurado com a perícia médica judicial.



Em outras palavras, a quantificação das lesões passou a ser imprescindível para fixação do *quantum* relativo à indenização do seguro DPVAT, tanto é assim que o Colendo STJ editou a Súmula 474, que tem o seguinte enunciado: *“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez”*.

Os Tribunais de Justiça vêm adotando este mesmo parâmetro, consoante se vê do seguinte aresto.

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT-  
INVALIDEZ PERMANENTE - AFERIÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ -  
IMPRESCINDIBILIDADE - QUANTIFICAÇÃO DA COBERTURA -  
SÚMULA 474 STJ. - Em ação de cobrança de indenização do seguro DPVAT,  
o prazo prescricional começa a fluir da data em que a parte autora tem ciência  
inequívoca de sua invalidez. - **Em caso de invalidez parcial do beneficiário,  
a indenização securitária será paga de forma proporcional ao grau da  
invalidez (Súmula 474 STJ).**(TJ-MG - AC: 10702084436352001 MG ,  
Relator: Domingos Coelho, Data de Julgamento: 05/02/2014, Câmaras Cíveis  
/ 12ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 13/02/2014)

De tal modo não tendo como a parte autora especificar o quantum a receber sem a quantificação de sua lesão por um médico ortopedista, por motivo o qual requer a perícia medica judicial.

A documentação médica anexada ao autos possui validade jurídica devido a mesma ter sido realizada junto a profissional altamente capacitado e especializado.

Dessa forma, caso o R. Juízo reconheça que o meio de prova é insuficiente para verificação da invalidade de parte autora, que o mesmo assim designe-se para a realização de pericial judicial, para que seja apurado a incapacidade permanente da parte autora, para que a mesma tenha seu direito reconhecido nesta ação, e o devido recebimento da indenização pelo sinistro que lhe ocorreu.

O pagamento da indenização do seguro obrigatório está sujeito à comprovação das condições previstas no artigo 5º da Lei nº 6194/74. Destarte, revela-se impertinente a exigência da seguradora quanto à apresentação de outros documentos não previstos no citado dispositivo, como se verifica foi apresentado Boletim Policial para comprovação do acidente, não havendo necessidade de qualquer outra documentação declaratória para comprovação de tal fato. Porém a mesma realizou o cancelamento do sinistro de indenização devido a essa pendência de documentação.

Destarte a seguradora vem descumprindo o artigo 5º da lei 6.194/74 que preconiza: **" O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do**



**acidente e do dano decorrente**”, no caso foi provado o acidente e os danos decorrentes do mesmo, não sendo necessário nenhuma documentação complementar para devido recebimento da indenização DPVAT.

Devido a tal fato o processo administrativo está cancelado, mesmo apresentando toda a documentação necessária qual é realmente exigida legalmente e realizado as correções e pendências, não restando outro meio a não ser o judicial, conforme o artigo “5º, XXXV - a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito” da Constituição Federal de 1988.

**Segue Jurisprudência desse Respeitável Tribunal de Justiça da Paraíba a respeito:**

**APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. ALEGADA INVALIDEZ PERMANENTE. REQUERIMENTO DE PROVA PERICIAL MÉDICA. JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE. INDISPENSABILIDADE DE PRODUÇÃO DO LAUDO MÉDICO. CERCEAMENTO DE DEFESA. CONFIGURAÇÃO. NULIDADE DA SENTENÇA. RETORNO DOS AUTOS AO JUÍZO A QUO. PROVIMENTO.**

*Tratando-se de indenização securitária em que a prova da lesão se faz necessária, configura cerceamento de defesa o julgamento antecipado da lide, sem que tenha sido oportunizada a realização de prova pericial requerida pelo autor.*

*“A prova é instituto jurídico necessário à realização do direito e à correta administração da justiça, tendo por finalidade levar ao espírito do julgador a certeza da existência ou inexistência dos fatos alegados pelas partes”.* Processo Nº 0819748-95.2017.8.15.0001, 3ª Câmara Especializada Cível, Relator DESA. MARIA DAS GRAÇAS MORAIS GUEDES, j. em 28/02/2019)

**APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. INDENIZAÇÃO. SEGURO DPVAT. SENTENÇA DE EXTINÇÃO DO PROCESSO SEM RESOLUÇÃO DE MÉRITO. AUSÊNCIA DE PRETENSÃO RESISTIDA. IRRESIGNAÇÃO. REQUERIMENTO NA VIA ADMINISTRATIVA. COMPROVAÇÃO. REFORMA DA SENTENÇA. LESÃO do 1º, 2º e 3º pododáctilos esquerdo, NO PERCENTUAL DE 50% DE INCAPACIDADE. LAUDO MÉDICO PERICIAL ACOSTADO. PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. TERMO INICIAL DOS JUROS E CORREÇÃO MONETÁRIA. APLICAÇÃO DAS SÚMULAS Nº 426 E 580 DO STJ. PROVIMENTO. - Não há que se falar em ausência de pretensão resistida quando o autor comprova a realização de prévio pedido na via administrativa, não sendo necessário o seu esgotamento. - A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. - Consoante a Súmula nº 426, do Superior Tribunal de Justiça, os juros de mora na indenização de Seguro DPVAT incidem desde a citação. - Súmula n. 580 do STJ: “A correção monetária nas indenizações do seguro DPVAT por morte ou invalidez, prevista no § 7º do art. 5º da Lei n. 6.194/1974, redação dada pela Lei n. 11.482/2007, incide desde a data do evento danoso”.**



(TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00013261520168150301, 3ª  
Câmara Especializada Cível, Relator DESA. MARIA DAS GRAÇAS  
MORAIS GUEDES, j. em 05-12-2017)

O conjunto probatório carreado aos autos demonstra claramente que a) o autor sofreu o acidente, b) que o autor possui danos físicos decorrentes deste. Tais documentos mostram-se plenamente suficientes, aliados ainda à perícia médica - requerida pelo autor e que certamente será determinada por Vossa Excelência - para demonstrar o lícito direito pleiteado nestes autos.

Diante do exposto requer a Vossa Excelência que seja dado prosseguimento ao feito, intimando a parte contrária para apresentação de resposta, bem como sejam julgados procedentes os pedidos da inicial, determinando-se a realização de perícia médica designando um médico especialista que apure o grau de invalidez que acomete ao autor e que sejam utilizados os quesitos anexados a parte na realização da perícia, para assim condenar-se a ré nos exatos termos da lei.

Termos em que,

Pede e Espera Deferimento.

Campina Grande, 16 de Agosto de 2019

**INÁCIO BRUNO SARMENRO**  
**OAB/PB 21.472**





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**9ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0819523-07.2019.8.15.0001

**DECISÃO**

Vistos, etc.

Recebo a emenda à petição inicial.

Defiro a gratuidade judiciária.

Deixo de encaminhar os autos ao CEJUS, pois a causa não admite a autocomposição (art. 334, § 4.º, inciso II, do Código de Processo Civil de 2015), no momento inicial do processo, ante a ausência do exame pericial, requisito essencial para verificar o grau da invalidez do autor.

Ressalto que esta posição não importa no descumprimento do dever de conciliar as partes, previsto nos arts. 3.º, § 2.º, e 139, V, do CPC, pois este poderá realizar-se “sempre que possível” (art. 3.º, § 2.º) e “a qualquer tempo” (art. 139, V), de sorte que nada impede a promoção da autocomposição, com designação de audiência para esse fim, posteriormente ou em conjunto com a perícia judicial, como, aliás, vem acontecendo nos mutirões de processos de Seguro DPVAT ordinariamente realizados pelo TJPB.

Intime-se a parte autora.

Cite-se o a promovida para tomar conhecimento da presente ação e, querendo, contestá-la em quinze dias, sob pena de revelia.

Campina Grande (PB), 16 de agosto de 2019.

Andréa Dantas Ximenes - Juiz(a) de Direito







**Poder Judiciário da Paraíba**  
**9ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0819523-07.2019.8.15.0001

**DECISÃO**

Vistos, etc.

Recebo a emenda à petição inicial.

Defiro a gratuidade judiciária.

Deixo de encaminhar os autos ao CEJUS, pois a causa não admite a autocomposição (art. 334, § 4.º, inciso II, do Código de Processo Civil de 2015), no momento inicial do processo, ante a ausência do exame pericial, requisito essencial para verificar o grau da invalidez do autor.

Ressalto que esta posição não importa no descumprimento do dever de conciliar as partes, previsto nos arts. 3.º, § 2.º, e 139, V, do CPC, pois este poderá realizar-se “sempre que possível” (art. 3.º, § 2.º) e “a qualquer tempo” (art. 139, V), de sorte que nada impede a promoção da autocomposição, com designação de audiência para esse fim, posteriormente ou em conjunto com a perícia judicial, como, aliás, vem acontecendo nos mutirões de processos de Seguro DPVAT ordinariamente realizados pelo TJPB.

Intime-se a parte autora.

Cite-se o a promovida para tomar conhecimento da presente ação e, querendo, contestá-la em quinze dias, sob pena de revelia.

Campina Grande (PB), 16 de agosto de 2019.

Andréa Dantas Ximenes - Juiz(a) de Direito



