



Número: **0800267-41.2019.8.15.0951**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Arara**

Última distribuição : **26/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 998,00**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>EDUARDO COSTA DE MACEDO (AUTOR)</b>	<b>POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
23032 261	26/07/2019 15:56	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
23032 264	26/07/2019 15:56	<a href="#">eduardo proc e docs</a>	Procuração
23032 267	26/07/2019 15:56	<a href="#">eduardo prontuario 1</a>	Documento de Comprovação
23032 268	26/07/2019 15:56	<a href="#">eduardo prontuario 2</a>	Documento de Comprovação
23489 905	14/08/2019 08:24	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
24728 224	25/09/2019 11:19	<a href="#">Mandado</a>	Mandado

**EXCELENTESSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE ARARA-PB.**

**EDUARDO COSTA DE MACEDO**, brasileiro, solteiro, estudante, portador da cédula de identidade nº 4.057.239-SSP/PB e CPF nº 702.584.234-63, residente e domiciliado na Rua Raimundo Soares nº 383 - Casserengue/PB, por seus Advogados constituídos nos termos do incluso instrumento de mandato e ao final assinados, com escritório profissional na Rua Benjamim Gomes Maranhão, nº 56, Centro, Cacimba de Dentro – PB, CEP: 58.230-000, vem respeitosamente à honrosa presença de Vossa Excelência, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA c/c REPARAÇÃO DE DANOS MATERIAIS**

em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ 09.248.608/0001-04, Av. Senador Dantas, 74 - 5º andar - Centro – RIO DE JANEIRO RJ - CEP 20031-205.

**I – DA CONCESSÃO DA JUSTIÇA GRATUITA**

O Promovente desde já requer os benefícios da justiça gratuita, por não ter condições de suportar as despesas do presente processo, sem comprometer o seu sustento próprio e de sua família, com fundamento no que preceitua o art. 4º da Lei nº 1.060/50 e a Súmula 29 do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba.

**II – SINOPSE FÁTICA**



1. O promovente, no dia 09/11/2016, sofreu acidente de trânsito, conforme inclusos Boletim de Ocorrência Policial e/ou Declaração do SAMU e Boletim de Atendimento Médico, sofrendo sequelas no **membro superior D**, conforme Laudo Médico incluso.

### **III – DAS PRELIMINARES**

2. É praxe das seguradoras, em contestação, arguir preliminares sobre as quais aqui se antecipa a devida manifestação:

**Ilegitimidade passiva:** Todas as seguradoras, inclusive a Demandada, formam um consórcio (NÃO EXTINTO), instituído pelo Art. 7º da Lei 6.194/74, ao qual se vinculam e em que se obrigam, todas, a efetuarem o pagamento do DPVAT. Tal entendimento se confirma com Decisões do TJRN nas Apelações Cíveis nº 2010.001747-7 e 2010.001758-7 que tem a Demandada como Apelada: "Inocorrência, Consórcio de seguradoras, parte legítima. Nulidade da sentença. Retorno dos autos à primeira instância. Recurso conhecido e provido. "e"... reformando a sentença atacada, para afastar a ilegitimidade passiva da seguradora líder dos consórcios do seguro DPVAT S.A."

**Carência da ação – falta de interesse de agir:** A parte autora não está obrigada a, primeiro, buscar Prévio Procedimento Administrativo uma vez que o texto constitucional em seu art. 5º, XXXV não impõe nenhum condicionamento, muito menos esse, para que seja excluída, da apreciação do Poder Judiciário, lesão ou ameaça a direito seu. No mesmo sentido, em ementa na Apelação 2009.006430-0 (Apelada: a mesma demandada), assim decidiu o TJRN: "O fato do demandante não ter formulado pleito administrativo prévio para recebimento de indenização securitária, não obstaculiza o ingresso no juízo...". Conquanto a presente exposição, ainda há magistrados que intimam a Parte Autora para provar **pretensão resistida**, o que, neste item, data vénia, bem esclarecido se apresenta (CF e Ementas) a desnecessidade de tal prova, vez que foi demonstrado, acima, que não é exigido a busca do prévio processo administrativo para, depois, buscar a Prestação jurisdicional do Estado. Ainda: nesta ação, conforme o capítulo IV abaixo, a ré foi buscada e não atendeu *in toto* o direito preconizado. Ademais, houve procedimento administrativo, conforme abaixo explicitado, nos itens "3" e "4".

**Documentos indispensáveis:** toda a documentação exigida pela Lei 6.194/74 foi carreada na exordial, aos autos, com exceção do laudo do Médico, sendo que, com o deferimento do pedido na inicial para encaminhamento à perícia médica, suprir-se-á tal lacuna.

**Megadata:** tal suposto documento nenhum valor jurídico tem, pois não passa de mero espelho de computador, sem prova alguma de efetivação de pagamento de DPVAT. Que seu pedido foi negado.

**Prescrição:** O prazo prescricional começa sua contagem a partir do resultado positivo do Exame Pericial. Assim corrobora a Súmula 278 do STJ: "o termo inicial do prazo prescricional, na ação de indenização, é a data em que o segurado teve ciência inequívoca da incapacidade laboral". No presente caso o prazo foi interrompido em 15 de maio de 2019, data em que a Demandada efetuou o pagamento a menor, conforme itens 3/4 abaixo.

Assim, requer que sejam, as preliminares suscitadas na contestação, consideradas impugnadas na forma acima exposta, sem a necessidade de nova manifestação, com exceção de outras aqui não elencadas, com a rejeição de todas.



#### **IV - DO PRÉVIO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO**

3. É comum a Demandada alegar falta de interesse de agir. Entretanto, a parte autora buscou na via administrativa, a satisfação do seu direito nos termos da legislação que regula o Seguro DPVAT, mas teve o seu direito preterido, ficando a indenização que ora pleiteia no valor de R\$ 13.500,00, já que o valor determinado por Lei 6.194/74 (com as alterações introduzidas pela Lei 11.482/07) é esse para invalidez permanente, que é o caso da Parte Demandante.

4. Há que se ressaltar que, na época própria, toda a documentação exigida pela Lei foi apresentada à Seguradora que fez o referido pagamento, pois se assim não fosse, obviamente a mesma não teria efetuado o pagamento nem mesmo do citado valor. Logo, não cabe à Demandada, a esta altura, achar de exigir apresentação de quaisquer outros documentos para provar o sinistro, nexo causal e o direito da Parte Autora, já que tais provas foram cristalinamente consubstanciadas com tal documentação já em posse do Consórcio a que a Demandada está vinculada.

#### **V - DO DANO MATERIAL**

5. Determina o Código Civil nos artigos 876 e 884, *ipsis litteris*:

“Art. 876. Todo aquele que recebeu o que lhe não era devido fica obrigado a resistir; obrigação que incumbe àquele que recebe dívida condicional antes de cumprida a condição”.

“Art. 884. Aquele que, sem justa causa, se enriquecer a custa de outrem, será obrigado a restituir o indevidamente auferido, feita à atualização dos valores monetários”.

#### **VI - DO DIREITO**

6. A Lei nº. 6.194/74, que dispõe sobre o seguro obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou sua carga, a pessoas transportadas ou não, dispõe em seu art. 5º, § 1º, “a” e art. 7º que:

**“Art. 5º - O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado”.**

**§ 1º- A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes documentos:**

**a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte;**



*Art. 7º. A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”*

7. Tem sido comum a alguns órgãos regionais do IML se negar a proceder o exigido exame médico, mesmo quando a vítima é encaminhada pelo Juiz, o que pode ser passivo de intervenção do Estado por descumprimento de Lei Federal, a de nº 11.945/2009, que, em seu art. 31 altera o § 5º da Lei 6.194/74 o qual passa a textualizar:

**“§ 5º O Instituto Médico Legal da Jurisdição do acidentado ou da residência da vítima deverá fornecer, no prazo de até 90 (noventa) dias, laudo a vítima com a verificação da existência e qualificação das lesões totais ou parciais.”**

8. Outrossim, os danos pessoais cobertos pelo Seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, que serão pagas diretamente ao beneficiário, observados os valores previstos nas normas vigentes, por pessoa vitimada.

## **VII – DO PEDIDO**

8. *ISSO POSTO, requer a Vossa Excelência:*

*O deferimento da assistência judiciária gratuita, nos termos acima requeridos;*

*A Citação da Demandada através de AR (correios- Art. 221, I do CPC) no endereço retro declinado, para, no prazo legal determinado, sob pena revelia e confissão, apresentar proposta de acordo e/ou contestação;*

*A condenação da Promovida ao pagamento da diferença da indenização no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), referente ao seguro DPVAT, face a debilidade sofrida pela parte autora;*

*Seja, a demandada, condenada no pagamento de honorários advocatícios à base de 10% sobre o valor sentenciado, mais custas processuais e demais emolumentos.*

*Atribui-se à causa, o valor R\$ 998,00(novecentos e noventa e nove reais).*



*Nestes termos,*

*Pede DEFERIMENTO.*

*Cacimba de Dentro-PB, 15 de julho de 2019.*

---

**JOÃO FERREIRA FURTADO NETO**

**OAB/PB 6.489**

---

**POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA**

**OAB/PB 16.689**

#### QUESITOS

Sequela de/no(a): **membro superior D?**

Das lesões sofridas houve sequelas permanentes? (  )

Qual o grau de debilidade? \_\_\_\_\_



Assinado eletronicamente por: POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA - 26/07/2019 15:56:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072615563890600000022336482>  
Número do documento: 19072615563890600000022336482

Num. 23032261 - Pág. 5

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**

**OUTORGANTE: EDUARDO COSTA DE MACEDO**, brasileiro, solteiro, estudante, RG: 4057239 e CPF: 702.584.234-63, residente e domiciliado na Rua Raimundo Soares, nº383, Centro, Casserengue/PB.

**OUTORGADO: JOÃO FERREIRA FURTADO NETO**, brasileiro, advogado, inscritos na OAB/PB sob o nº 6.489, **POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA**, brasileiro, advogado, inscritos na OAB/PB sob o nº 16.689, com escritório na Rua Benjamim Gomes Maranhão, n. 56, Centro, Cacimba de Dentro/PB.

**PODERES:** pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Cacimba de Dentro, em 10 de julho de 2019.

*EDUARDO COSTA DE MACEDO*  
EDUARDO COSTA DE MACEDO  
Outorgante



## **DECLARAÇÃO**

---

*Eu, EDUARDO COSTA DE MACEDO, brasileiro, solteiro, estudante, RG: 4057239 e CPF: 702.584.234-63, residente e domiciliado na Rua Raimundo Soares, nº383, Centro, Casserengue/PB, Declaro, através deste signatário (art. 105 do NCPC) que, em razão de minha condição financeira, não tenho condições de suportar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.*

*Cacimba de Dentro/PB, 10 de julho de 2019.*

*EDUARDO COSTA DE MACEDO*  
**EDUARDO COSTA DE MACEDO**  
*Declarante*





Assinado eletronicamente por: POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA - 26/07/2019 15:56:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072615564125200000022336485>  
Número do documento: 19072615564125200000022336485

Num. 23032264 - Pág. 3

VIONES COSTA SENA  
RUA RAMUNDO SOARES, 383 - CENTRO  
CASSERENGUE / PB CEP: 58280000 (AG: 44)

Emissão: 27/09/2017 Referência: Set/2017  
Classe/Subsídio: RESIDENCIAL / BÁSICA RENDA MONOFÁSICO  
Rotativo: 18 - 262 - 708 - 1400 N° medidor: 00000000729



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B-230, Km 25 - Cidade Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58011-600  
CNPJ: 00.109.006.187/0001-40 - Inscrição Estadual: 16.015.823-0  
Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N°001 240 015  
Cadastrado para Data Automática: 06/04/2015

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2017	27/09/2017	27/10/2017	3929911442 Inst. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1063774-2

Canal de contato

ATENÇÃO - REVISÃO CADASTRAL 2017  
Procure a prefeitura de sua cidade até 15/10/2017 para atualizar seus dados no Cadastro Único e evitar a perda da Tarifa Social de Energia. Para mais informações, ligue para o NÚMERO 0800 707 2003.  
- Tarifa Social de Energia é emitida pela Uerj  
nº 10.438, de 26 de abril de 2003.  
Ao acessar [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br) você resolve tudo o que precisa com agilidade e facilidade. São vários serviços disponíveis, como: segunda via da conta, mudança de titularidade, relocação, consulta a débitos, entre outros.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leratura	Data	Leratura	
Demonstrativo				
CCF - Descrição				
0001 Consumo até 30 kWh-BR	30.000 0,40080	22	7,22 27	7,22 0,03 0,16
0001 Consumo - 31 a 100 kWh-BR	10.000 0,412602	23-38	28,88 27	7,80 28,88 0,12 0,80
0001 Consumo - 101 a 220 kWh-BR	20.000 0,516800	21-51	29,81 27	6,06 29,81 0,11 0,60
0001 Adic. B Vermelha		0,32	0,32 27	0,08 0,32 0,00 0,01
0001 Adic. B Amarela		2,21	2,21 27	0,88 2,21 0,01 0,05
0010 Subsídio	00,05 30,06	27	10,48 30,06	0,18 0,18 0,82
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA		1,00	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0006 Devolução Subsídio		27,37	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
CCI - Código de Classificação do Item				
TOTAL				
		14,72	101,00	27,27 101,00 0,48 2,13

Média últimos meses (kWh) 114 VENCIMENTO 04/10/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 74,72

Histórico de Consumo (kWh)  
138 | 111 | 117 | 98 | 109 | 114 | 101 | 107 | 110 | 134 | 110 | 124  
Ago/17 | Jul/17 | Jun/17 | Mai/17 | Abr/17 | Mar/17 | Fev/17 | Jan/17 | Dez/16 | Nov/16 | Out/16 | Set/16

2eb1.2348.afd2.238d.4235 d964 8ec4.f170.

7/2017 - P/M		
Indicadores de Qualidade		
Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DI-ANUAL	0,10	NOMINAL
DI-TRIMESTRAL	0,10	220
DI-MENSAL	29,98	
FIC-MENSAL	3,48	1,00
FIC-TRIMESTRAL	6,97	CONTRIBUIDOR
FIC-ANUAL	13,95	LÍMITE INFERIOR
DIFC	4,14	LÍMITE SUPERIOR
DIFC%	12,22	231
Discriminação		
Total	74,72	100,00

Valor do EUR/USD (Ref. 7/2017) R\$ 12,41

ATENÇÃO  
- Sua unidade foi faturada com débito automático tendo um desconto de R\$27,37.  
Reajuste Tarifário-Vigência 28/08/17-Res. ANEEL nº 2 281-Alta Tensão 13,94% Médio  
Reajuste Tarifário-Vigência 28/08/17-Res. ANEEL nº 2 281-Alta Tensão 16,38% Médio  
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

PARABÁ  
Rotativo - 262 - 708 - 1400  
Matrícula: 1063774-2017-09-5 VENCIMENTO 04/10/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 74,72

FATURA A SER QUITADA ATRAVÉS DE DÉBITO AUTOMÁTICO BANCO 237  
CONSIDERAR ESTA NOTA FISCAL QUITADA SOMENTE APÓS O EFETIVO DÉBITO



Assinado eletronicamente por: POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA - 26/07/2019 15:56:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072615564125200000022336485>  
Número do documento: 19072615564125200000022336485

Num. 23032264 - Pág. 4



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 001/2017

Ocorrência nº. 08/2017

Aos SEIS dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de CASSERENGUE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:10min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

VIONÊS COSTA SENA, conhecido por VIONÊS, Identidade nº 2294757-SSP/PB, CPF nº 039.299.114-42, nacionalidade brasileira, estado civil: solteira, profissão: merendeira, filho(a) de João de Deus de Sena e de JOsefa Dalva da Costa Sena, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 25/07/1981 (35 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Raimundo Soares, 383, centro, tendo como ponto de referência: próximo à CAixa D'água, na cidade de Casserengue, fone(s) para contato: (83)98169-4605.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 2) DATA DO FATO: 9 de Novembro de 2016;
- 3) HORÁRIO: 18h:40min;
- 4) LOCAL: Rua da Cruz, centro, Casserengue, PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE no dia 09/11/2016, por volta das 18h40min, trafegava na motocicleta HONDA CG 125KS, PLACA NQD5894/PB, e seu filho EDUARDO COSTA DE MACEDO, estava no carona; QUE nas proximidades do Posto de Combustíveis São Pedro, ao passar no quebra molas levou um tombo e cairam da moto; QUE a condutora teve ferimentos leves e seu filho, EDUARDO, quebrou o trauma de Campina Grande, onde ficou internado por 07 (sete) dias e em seguida foi encaminhado para o Antonio Targino, onde foi cirurgiado e ficou internado por 02 (dois) dias; QUE são testemunhas do fato as pessoas de: RICARDO DE AGUIAR, residente na Rua Raimundo Soares, 423, centro de Casserengue; e JOSIVAN DA SILVA, residente na Rua Pedro Lopes, s/, centro, Casserengue, PB; QUE veio registrar um Boletim de Ocorrência para requerer o Seguro DPVAT .

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

Vionês Costa Sena  
VIONÊS COSTA SENA

Comunicante

Comissário de Polícia Civil  
Matrícula nº 156.863-9



<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>		
<b>DETRAN - PB</b> <b>DETRAN-PB</b>	<b>Nº 9168360946</b> <b>65471988616</b>	
<b>CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO</b> <b>PRT 20111400003267-4</b>		
1	33066706-8	00/00000000
<b>MORACIR ROCHA DOS SANTOS</b> <b>RUA ARLINDO A DANTAS 260</b> <b>CENTRO</b> <b>58225000 SOLANEA-PB</b>		
28837355491		MQ55894/PB
<b>POLO MOTOS LTDA</b> <b>NOVO PB 9C2JJC4110BR740025</b>		
<b>PAS/MUNICÍPIO/NAO APPLIC</b>		<b>GASOLINA</b>
<b>HONDA/CG 125 FAN RS</b>		<b>26/11/2011</b>
<b>2 E7124 /CI</b>		<b>PARTIC</b>
<b>K.F BANCO BRADESCO FINANC SA</b> <b>N.Motor : JC41E1B/40025</b>		
<b>SOLANEA-PB</b> <b>40649</b>		<b>27/06/2011</b>  <b>39217</b>



Assinado eletronicamente por: POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA - 26/07/2019 15:56:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072615564125200000022336485>  
 Número do documento: 19072615564125200000022336485

Num. 23032264 - Pág. 6

**SINISTRO 3180170190 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** EDUARDO COSTA DE MACEDO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** EDUARDO COSTA DE MACEDO

CPF/CNPJ: 70258423463

**Posição em 15-05-2019 07:46:25**

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.





## **Ficha de Acolhimento**

Nome: Eduardo Costa de Melo Bairro: Passaré  
End: R = Raimundo Soares, 379 Documento de Identificação:  
Data de Nascimento: 02.04.98 Queixa: fad nct Data do Atend.: 09.11.16 Hora: 21:05 Documento:  
Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

## Classificação de Risco

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

MOD 110

## Estratificação

Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

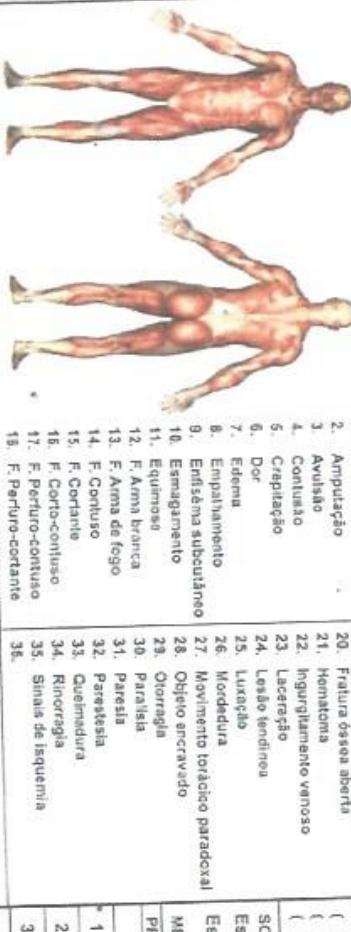
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

#### *Assinatura e carimbo do profissional*

VOLUME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

ESTILO DO PACIENTE:	1	1	ás	hs.
Centro cirúrgico:				
Informação (setor):				
Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL:				
 Ass. do paciente ou responsável (não é necessário)				



 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b> <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		<b>SECRETARIA DE SAÚDE</b> <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>	
<b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>			
<b>UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO</b> Código da Unidade: 00023671 <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b> Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS Município: CAMPINA GRANDE		<b>CNPJ 08-778.268/0001-60</b> <b>DATA DE NASCIMENTO:</b> <b>QUEIXAS AQUELENTE DE MOTO</b>	
<b>DADOS DO PACIENTE</b>			
PRONTUÁRIO N.º: 347822 Nome: EDUARDO COSTA DE MACEDO Profissão: ESTUDANTE (A) End.: R. DAUSON SÓNIA, 339 Município: CASERENGUE Data Atendimento: 05/11/2016 Cetido do SUS: DIA-NASCIMENTO		Documento: 2009 C NASCIMENTO Bairro: CENTRO Estado: PIAUÍ CEP: 25241-000 Código do Município: 250416	
<b>MECANISMOS DO TRAUMA</b>			
<b>LOCAL DA LESÃO</b> (Identifique o local com o número correspondente ao lado)			
			
1. Abração 2. Amputação 3. Aviltão 4. Contusão 5. Crieptilação 6. Dior 7. Edema 8. Empalamento 9. Enfisema subcutâneo 10. Esmigamento 11. Equimose 12. F. Arma branca 13. F. Arma de fogo 14. F. Contuso 15. F. Cortante 16. F. Corte-contuso 17. F. Perfurado-contuso 18. F. Perfurado-cortante 19. Fratura óssea fechada 20. Fratura óssea aberta 21. Hemotoma 22. Higrometria venoso 23. Laceração 24. Lérdo tendíneo 25. Luxação 26. Mordedura 27. Movimento torácico paradoxal 28. Objeto arrancado 29. Otorragia 30. Paralisia 31. Paroxísmo 32. Paroxesia 33. Cheirismatura 34. Rincotragia 35. Sínus de Isquemia 36.			
<b>EXAMES SOLICITADOS:</b> EXAME FÍSICO: PUPILAS: ( ) Fotorreagentes ( ) Isocônicas ( ) Anisocônicas ( ) Glasgow: 15 PA: HGT: Sia02: <b>ESTADO: CONSCIENTE E OPIENTADO, EUPNEICO, HEMOSTASIO, NOTA: NUDO DORSAL, DEDÔNTO.</b>			
<b>SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:</b> Especialista: _____ MÉDICO SOLICITANTE: _____			
<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS:</b> <b>PRESCRIÇÕES E CONDUTAS:</b> <b>RAIO X REALIZADO EM:</b> 1. <u>SUTURAS EM PONTO CORTADO</u> 2. <u>Prótese em DORSAL</u> 3. <u>MENINGO-LEMOMÍGRO</u> 4. <u>ADM. DE CLOSTRIDIUM</u> 5. <u>ADM. DE CLOSTRIDIUM</u> 6.			
<b>OBST:</b> <b>QUEIMADURA:</b> Superfície corporal lesada = _____ <b>DIAGNÓSTICO / CID:</b> <b>Assinatura e Carimbo do MÉDICO</b> <b>CHURDA DIGESTIVA</b> <b>CHURDA GERAL</b> <b>59-82</b>			

Assinado eletronicamente por: POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA - 26/07/2019 15:56:44  
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072615564310500000022336488>  
Número do documento: 19072615564310500000022336488

Núm. 23032267 - Pág. 2

## Diagnóstico

fx radiô diatp

+  
S. metacarp

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Eduardo Costa

Alojamento

Leito

Convênio

Data Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

09/11	Dieta leve	AM	Retorno
	500g, 1500ml ev 8/24h	AM	retrotrauma de quadro
	diurético 800mg po ev 06h <input checked="" type="radio"/>	AM	de moto submíticos com
	metat 20mg + AM ev 12/12h <input checked="" type="radio"/>	AM	dores + deformidades
	Ceftriaxone 1g ev 12/12h <input checked="" type="radio"/>	AM	em joelhos <input checked="" type="radio"/> + mas <input checked="" type="radio"/>
	Naurodium 0.5g ev 5/8h - <input checked="" type="radio"/> AM	AM	cel: VCN
	tramf 100mg + 100mg ev 8/18h - <input checked="" type="radio"/> AM	AM	Tut - Hospital
	Onaproxid 400mg ev 18/24h <input checked="" type="radio"/> AM	AM	Exams pre op
	SSN + CGG	AM	
	Talc axilo fármaco MSN	AM	
	Intern. Intern. após reunião com dr. C. Geral	AM	

Mod. I



Sistema Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Carlos Augusto dos Santos

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - Internação

1 - CNES

2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6

Identificação do Paciente

4 - NOME DO PACIENTE

Edmundo Costa

5 - NOME DO PACIENTE

24855

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

01/06/88

8 - SEXO

Male [ ] Fem [ ]

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - NOME DO PAI

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDERECO (CEP) - BAIRRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. INGE. MUNIC. P. O. - 15 - COD. INGE. ESTAD. - 16 - COD. INGE. FED.

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pct vítima de trauma c/ obs + deformidade

em punho / mao. (D)

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

R-X anamise ex fíne

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Necessita tr. cirúrgico

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fr radio distal (D) + s mtc (D)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - CLÍNICA

23 - CARATÉR DA INTERNAÇÃO

24 - DOCUMENTO

25 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

27 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO REGISTRO DO CONSELHO

29 - N.º DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - N.º DO DOCUMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

31 - N.º DO DOCUMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

32 - N.º DO DOCUMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

33 - N.º DO DOCUMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

34 - N.º DO DOCUMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

35 - N.º DO DOCUMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

36 - N.º DO DOCUMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

37 - N.º DO DOCUMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

38 - N.º DO DOCUMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

39 - N.º DO DOCUMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

40 - N.º DO DOCUMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

41 - N.º DO DOCUMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

42 - N.º DO DOCUMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

43 - N.º DO DOCUMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

44 - N.º DO DOCUMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

45 - N.º DO DOCUMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

46 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - N.º DO DOCUMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

48 - ASSINATURA E CARREGO DO REGISTRO DO CONSELHO

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

MOD. 699



ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA  
Rua Profº Aluíde Silva, 131 - Fone: (83) 3363-2257  
ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS SERVIÇO HOSPITALAR

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

UNIDADE DE ORIGEM: Hop. Distrital de Solânea  
NOME DO PACIENTE: Edson Lontu Macêdo 18 anos  
PROCEDÊNCIA: Transferência.  
Residente de sítios com  
ferimentos contusos - contuso no  
lombo + fratura de pélvis direito.

União  
Hospital Distrital de Solânea  
Edson Lontu Macêdo 18 anos  
Transferência  
Residente de sítios com  
ferimentos contusos - contuso no  
lombo + fratura de pélvis direito.

Solânea (PB), 09 / 11 / 2016



H. SPITAL ANTONIO TIRGINO  
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO  
REGISTRO DE INTERNACAO

DATA: 16/11/2016  
HORA: 09:12:04



Prontuario 918617	Nome do Paciente EDUARDO COSTA DE MACEDO	Nascimento 02/06/1968	Idade 18	Sexo M	Cor P	Naturalidade 1-CATOLICA	Religiao
Estado Civil -	CPF -	RG -	Grau de instrucao -	Profissao -	Fonte Residencial -	Fonte Trabalho -	Complemento Endereço R. RAMUNDO SOARES,363 - CENTRO, CASSERENGUE-PB CEP: CEP 58338000
Atendimento 2213446	Data 16/11/2016	Hora 08:55	Setor 3008-SECRETARIA CONVENIOS				
Médico Atendente 1716-LUCIANO GUEDES BORGES							
Plano / Convênio 37-PACOTE/1PACOTE							

Pesco NOVA ALA	Acumulacao 203003 ENFERMARIA 35	Lotto EN 36-02
Guia INTERNACAO	Procedimento 9999666 INTERNACAO	Nº Cartorio -
		Validade -
		Nº CNS -

5-INTERNACAO CIRURGICA  
4-INTERMACAO/URGENCIA  
Motivo Atendimento  
\*918617\*



02/11/2016

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) EDUARDO COSTA DE MACEDO, aqui declarado, cumpre autorização no seu médico assistente CRM \_\_\_\_\_, Estado do(a) PB para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, o executar tratamentos, opções, anestesias, transfusões de sangue, outras condutas médicas que venham de encontrar, e necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevisíveis onus da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações incidentes ao ato cirúrgico abaixo.

1)

2)

3)

Responsável: EDUARDO COSTA DE MACEDO  
Endereço: R. RAMUNDO SOARES, 363,Barro CENTRAL, CASSERENGUE-PB  
Telefone: 93694625

EDUARDO COSTA DE MACEDO  
Responsável pelo Paciente

MARLENE ROCHA RAMOS  
Responsável pelo Atendimento

CAMPINA GRANDE - 16 de Novembro de 2016

RX DE CONTROLE CLINICO  
REALIZADO EM 16/11/2016  
A 16/11/2016



## BOLETIM DE ANESTESIA

 1º Blocooperatório - Turno  
2º Blocooperatório - Turno  
3º Blocooperatório - Turno  
4º Blocooperatório - Turno

NOME: <i>Edson de Moraes</i>		CONVÊNIO: <input type="text"/>	IDADE: <input type="text"/>
SEXO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		NICO: <i>11-11-11-11-11</i>	SEXO: <input type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> URGÊNCIA
NÚMERO DA CARTERA: <input type="text"/>		AMBULATÓRIO: <input type="checkbox"/>	Adrenalin: <input type="checkbox"/> Atropina <input type="checkbox"/> Bextra
GUIA DE INTERNAÇÃO: <input type="text"/>		TERMINO: <i>11/11/19</i>	Bupivacaina Isóptica: <input type="checkbox"/>
SENHA: <input type="text"/>		ESTADO FÍSICO (ASA): <i>II</i>	Bupivacaina %: <i>1/200</i>
DATA DE NASCIMENTO: <input type="text"/>		OBSTÉTRICO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Clorox: <input type="checkbox"/>
Diagnóstico Pré-Operatório:		DATA: <i>11/11/19</i>	
1º Equipe Cirúrgica (Cirurgião / 1º Auxiliar / 2º Auxiliar)		1º Equipe Cirúrgica (Cirurgião / 1º Auxiliar / 2º Auxiliar)	
Equipe Anestesiologia: <i>Edson de Moraes</i>		Equipe Anestesiologia: <i>Edson de Moraes</i>	
Procedimento Realizado: <i>Ressecção de útero</i>		Procedimento Realizado: <i>Ressecção de útero</i>	
Horário: 		Horário: 	
AGENTES		AGENTES	
Agente	Nome	Agente	Nome
1º M.	<input type="checkbox"/>	2º M.	<input type="checkbox"/>
2º M.	<input type="checkbox"/>	3º M.	<input type="checkbox"/>
3º M.	<input type="checkbox"/>	4º M.	<input type="checkbox"/>
4º M.	<input type="checkbox"/>	5º M.	<input type="checkbox"/>
6º M.	<input type="checkbox"/>	7º M.	<input type="checkbox"/>
8º M.	<input type="checkbox"/>	9º M.	<input type="checkbox"/>
10º M.	<input type="checkbox"/>	11º M.	<input type="checkbox"/>
12º M.	<input type="checkbox"/>	13º M.	<input type="checkbox"/>
14º M.	<input type="checkbox"/>	15º M.	<input type="checkbox"/>
16º M.	<input type="checkbox"/>	17º M.	<input type="checkbox"/>
18º M.	<input type="checkbox"/>	19º M.	<input type="checkbox"/>
20º M.	<input type="checkbox"/>	21º M.	<input type="checkbox"/>
22º M.	<input type="checkbox"/>	23º M.	<input type="checkbox"/>
24º M.	<input type="checkbox"/>	25º M.	<input type="checkbox"/>
26º M.	<input type="checkbox"/>	27º M.	<input type="checkbox"/>
28º M.	<input type="checkbox"/>	29º M.	<input type="checkbox"/>
30º M.	<input type="checkbox"/>	31º M.	<input type="checkbox"/>
32º M.	<input type="checkbox"/>	33º M.	<input type="checkbox"/>
34º M.	<input type="checkbox"/>	35º M.	<input type="checkbox"/>
36º M.	<input type="checkbox"/>	37º M.	<input type="checkbox"/>
38º M.	<input type="checkbox"/>	39º M.	<input type="checkbox"/>
40º M.	<input type="checkbox"/>	41º M.	<input type="checkbox"/>
42º M.	<input type="checkbox"/>	43º M.	<input type="checkbox"/>
44º M.	<input type="checkbox"/>	45º M.	<input type="checkbox"/>
46º M.	<input type="checkbox"/>	47º M.	<input type="checkbox"/>
48º M.	<input type="checkbox"/>	49º M.	<input type="checkbox"/>
50º M.	<input type="checkbox"/>	51º M.	<input type="checkbox"/>
52º M.	<input type="checkbox"/>	53º M.	<input type="checkbox"/>
54º M.	<input type="checkbox"/>	55º M.	<input type="checkbox"/>
56º M.	<input type="checkbox"/>	57º M.	<input type="checkbox"/>
58º M.	<input type="checkbox"/>	59º M.	<input type="checkbox"/>
60º M.	<input type="checkbox"/>	61º M.	<input type="checkbox"/>
62º M.	<input type="checkbox"/>	63º M.	<input type="checkbox"/>
64º M.	<input type="checkbox"/>	65º M.	<input type="checkbox"/>
66º M.	<input type="checkbox"/>	67º M.	<input type="checkbox"/>
68º M.	<input type="checkbox"/>	69º M.	<input type="checkbox"/>
70º M.	<input type="checkbox"/>	71º M.	<input type="checkbox"/>
72º M.	<input type="checkbox"/>	73º M.	<input type="checkbox"/>
74º M.	<input type="checkbox"/>	75º M.	<input type="checkbox"/>
76º M.	<input type="checkbox"/>	77º M.	<input type="checkbox"/>
78º M.	<input type="checkbox"/>	79º M.	<input type="checkbox"/>
80º M.	<input type="checkbox"/>	81º M.	<input type="checkbox"/>
82º M.	<input type="checkbox"/>	83º M.	<input type="checkbox"/>
84º M.	<input type="checkbox"/>	85º M.	<input type="checkbox"/>
86º M.	<input type="checkbox"/>	87º M.	<input type="checkbox"/>
88º M.	<input type="checkbox"/>	89º M.	<input type="checkbox"/>
90º M.	<input type="checkbox"/>	91º M.	<input type="checkbox"/>
92º M.	<input type="checkbox"/>	93º M.	<input type="checkbox"/>
94º M.	<input type="checkbox"/>	95º M.	<input type="checkbox"/>
96º M.	<input type="checkbox"/>	97º M.	<input type="checkbox"/>
98º M.	<input type="checkbox"/>	99º M.	<input type="checkbox"/>
100º M.	<input type="checkbox"/>	101º M.	<input type="checkbox"/>
102º M.	<input type="checkbox"/>	103º M.	<input type="checkbox"/>
104º M.	<input type="checkbox"/>	105º M.	<input type="checkbox"/>
106º M.	<input type="checkbox"/>	107º M.	<input type="checkbox"/>
108º M.	<input type="checkbox"/>	109º M.	<input type="checkbox"/>
110º M.	<input type="checkbox"/>	111º M.	<input type="checkbox"/>
112º M.	<input type="checkbox"/>	113º M.	<input type="checkbox"/>
114º M.	<input type="checkbox"/>	115º M.	<input type="checkbox"/>
116º M.	<input type="checkbox"/>	117º M.	<input type="checkbox"/>
118º M.	<input type="checkbox"/>	119º M.	<input type="checkbox"/>
120º M.	<input type="checkbox"/>	121º M.	<input type="checkbox"/>
122º M.	<input type="checkbox"/>	123º M.	<input type="checkbox"/>
124º M.	<input type="checkbox"/>	125º M.	<input type="checkbox"/>
126º M.	<input type="checkbox"/>	127º M.	<input type="checkbox"/>
128º M.	<input type="checkbox"/>	129º M.	<input type="checkbox"/>
130º M.	<input type="checkbox"/>	131º M.	<input type="checkbox"/>
132º M.	<input type="checkbox"/>	133º M.	<input type="checkbox"/>
134º M.	<input type="checkbox"/>	135º M.	<input type="checkbox"/>
136º M.	<input type="checkbox"/>	137º M.	<input type="checkbox"/>
138º M.	<input type="checkbox"/>	139º M.	<input type="checkbox"/>
140º M.	<input type="checkbox"/>	141º M.	<input type="checkbox"/>
142º M.	<input type="checkbox"/>	143º M.	<input type="checkbox"/>
144º M.	<input type="checkbox"/>	145º M.	<input type="checkbox"/>
146º M.	<input type="checkbox"/>	147º M.	<input type="checkbox"/>
148º M.	<input type="checkbox"/>	149º M.	<input type="checkbox"/>
150º M.	<input type="checkbox"/>	151º M.	<input type="checkbox"/>
152º M.	<input type="checkbox"/>	153º M.	<input type="checkbox"/>
154º M.	<input type="checkbox"/>	155º M.	<input type="checkbox"/>
156º M.	<input type="checkbox"/>	157º M.	<input type="checkbox"/>
158º M.	<input type="checkbox"/>	159º M.	<input type="checkbox"/>
160º M.	<input type="checkbox"/>	161º M.	<input type="checkbox"/>
162º M.	<input type="checkbox"/>	163º M.	<input type="checkbox"/>
164º M.	<input type="checkbox"/>	165º M.	<input type="checkbox"/>
166º M.	<input type="checkbox"/>	167º M.	<input type="checkbox"/>
168º M.	<input type="checkbox"/>	169º M.	<input type="checkbox"/>
170º M.	<input type="checkbox"/>	171º M.	<input type="checkbox"/>
172º M.	<input type="checkbox"/>	173º M.	<input type="checkbox"/>
174º M.	<input type="checkbox"/>	175º M.	<input type="checkbox"/>
176º M.	<input type="checkbox"/>	177º M.	<input type="checkbox"/>
178º M.	<input type="checkbox"/>	179º M.	<input type="checkbox"/>
180º M.	<input type="checkbox"/>	181º M.	<input type="checkbox"/>
182º M.	<input type="checkbox"/>	183º M.	<input type="checkbox"/>
184º M.	<input type="checkbox"/>	185º M.	<input type="checkbox"/>
186º M.	<input type="checkbox"/>	187º M.	<input type="checkbox"/>
188º M.	<input type="checkbox"/>	189º M.	<input type="checkbox"/>
190º M.	<input type="checkbox"/>	191º M.	<input type="checkbox"/>
192º M.	<input type="checkbox"/>	193º M.	<input type="checkbox"/>
194º M.	<input type="checkbox"/>	195º M.	<input type="checkbox"/>
196º M.	<input type="checkbox"/>	197º M.	<input type="checkbox"/>
198º M.	<input type="checkbox"/>	199º M.	<input type="checkbox"/>
200º M.	<input type="checkbox"/>	201º M.	<input type="checkbox"/>
202º M.	<input type="checkbox"/>	203º M.	<input type="checkbox"/>
204º M.	<input type="checkbox"/>	205º M.	<input type="checkbox"/>
206º M.	<input type="checkbox"/>	207º M.	<input type="checkbox"/>
208º M.	<input type="checkbox"/>	209º M.	<input type="checkbox"/>
210º M.	<input type="checkbox"/>	211º M.	<input type="checkbox"/>
212º M.	<input type="checkbox"/>	213º M.	<input type="checkbox"/>
214º M.	<input type="checkbox"/>	215º M.	<input type="checkbox"/>
216º M.	<input type="checkbox"/>	217º M.	<input type="checkbox"/>
218º M.	<input type="checkbox"/>	219º M.	<input type="checkbox"/>
220º M.	<input type="checkbox"/>	221º M.	<input type="checkbox"/>
222º M.	<input type="checkbox"/>	223º M.	<input type="checkbox"/>
224º M.	<input type="checkbox"/>	225º M.	<input type="checkbox"/>
226º M.	<input type="checkbox"/>	227º M.	<input type="checkbox"/>
228º M.	<input type="checkbox"/>	229º M.	<input type="checkbox"/>
230º M.	<input type="checkbox"/>	231º M.	<input type="checkbox"/>
232º M.	<input type="checkbox"/>	233º M.	<input type="checkbox"/>
234º M.	<input type="checkbox"/>	235º M.	<input type="checkbox"/>
236º M.	<input type="checkbox"/>	237º M.	<input type="checkbox"/>
238º M.	<input type="checkbox"/>	239º M.	<input type="checkbox"/>
240º M.	<input type="checkbox"/>	241º M.	<input type="checkbox"/>
242º M.	<input type="checkbox"/>	243º M.	<input type="checkbox"/>
244º M.	<input type="checkbox"/>	245º M.	<input type="checkbox"/>
246º M.	<input type="checkbox"/>	247º M.	<input type="checkbox"/>
248º M.	<input type="checkbox"/>	249º M.	<input type="checkbox"/>
250º M.	<input type="checkbox"/>	251º M.	<input type="checkbox"/>
252º M.	<input type="checkbox"/>	253º M.	<input type="checkbox"/>
254º M.	<input type="checkbox"/>	255º M.	<input type="checkbox"/>
256º M.	<input type="checkbox"/>	257º M.	<input type="checkbox"/>
258º M.	<input type="checkbox"/>	259º M.	<input type="checkbox"/>
260º M.	<input type="checkbox"/>	261º M.	<input type="checkbox"/>
262º M.	<input type="checkbox"/>	263º M.	<input type="checkbox"/>
264º M.	<input type="checkbox"/>	265º M.	<input type="checkbox"/>
266º M.	<input type="checkbox"/>	267º M.	<input type="checkbox"/>
268º M.	<input type="checkbox"/>	269º M.	<input type="checkbox"/>
270º M.	<input type="checkbox"/>	271º M.	<input type="checkbox"/>
272º M.	<input type="checkbox"/>	273º M.	<input type="checkbox"/>
274º M.	<input type="checkbox"/>	275º M.	<input type="checkbox"/>
276º M.	<input type="checkbox"/>	277º M.	<input type="checkbox"/>
278º M.	<input type="checkbox"/>	279º M.	<input type="checkbox"/>
280º M.	<input type="checkbox"/>	281º M.	<input type="checkbox"/>
282º M.	<input type="checkbox"/>	283º M.	<input type="checkbox"/>
284º M.	<input type="checkbox"/>	285º M.	<input type="checkbox"/>
286º M.	<input type="checkbox"/>	287º M.	<input type="checkbox"/>
288º M.	<input type="checkbox"/>	289º M.	<input type="checkbox"/>
290º M.	<input type="checkbox"/>	291º M.	<input type="checkbox"/>
292º M.	<input type="checkbox"/>	293º M.	<input type="checkbox"/>
294º M.	<input type="checkbox"/>	295º M.	<input type="checkbox"/>
296º M.	<input type="checkbox"/>	297º M.	<input type="checkbox"/>
298º M.	<input type="checkbox"/>	299º M.	<input type="checkbox"/>
300º M.	<input type="checkbox"/>	301º M.	<input type="checkbox"/>
302º M.	<input type="checkbox"/>	303º M.	<input type="checkbox"/>
304º M.	<input type="checkbox"/>	305º M.	<input type="checkbox"/>
306º M.	<input type="checkbox"/>	307º M.	<input type="checkbox"/>
308º M.	<input type="checkbox"/>	309º M.	<input type="checkbox"/>
310º M.	<input type="checkbox"/>	311º M.	<input type="checkbox"/>
312º M.	<input type="checkbox"/>	313º M.	<input type="checkbox"/>
314º M.	<input type="checkbox"/>	315º M.	<input type="checkbox"/>
316º M.	<input type="checkbox"/>	317º M.	<input type="checkbox"/>
318º M.	<input type="checkbox"/>	319º M.	<input type="checkbox"/>
320º M.	<input type="checkbox"/>	321º M.	<input type="checkbox"/>
322º M.	<input type="checkbox"/>	323º M.	<input type="checkbox"/>
324º M.	<input type="checkbox"/>	325º M.	<input type="checkbox"/>
326º M.	<input type="checkbox"/>	327º M.	<input type="checkbox"/>
328º M.	<input type="checkbox"/>	329º M.	<input type="checkbox"/>
330º M.	<input type="checkbox"/>	331º M.	<input type="checkbox"/>
332º M.	<input type="checkbox"/>	333º M.	<input type="checkbox"/>
334º M.	<input type="checkbox"/>	335º M.	<input type="checkbox"/>
336º M.	<input type="checkbox"/>	337º M.	<input type="checkbox"/>
338º M.	<input type="checkbox"/>	339º M.	<input type="checkbox"/>
340º M.	<input type="checkbox"/>	341º M.	<input type="checkbox"/>
342º M.	<input type="checkbox"/>	343º M.	<input type="checkbox"/>
344º M.	<input type="checkbox"/>	345º M.	<input type="checkbox"/>
346º M.	<input type="checkbox"/>	347º M.	<input type="checkbox"/>
348º M.	<input type="checkbox"/>	349º M.	<input type="checkbox"/>
350º M.	<input type="checkbox"/>	351º M.	<input type="checkbox"/>
352º M.	<input type="checkbox"/>	353º M.	<input type="checkbox"/>
354º M.	<input type="checkbox"/>	355º M.	<input type="checkbox"/>
356º M.	<input type="checkbox"/>	357º M.	<input type="checkbox"/>
358º M.	<input type="checkbox"/>	359º M.	<input type="checkbox"/>
360º M.	<input type="checkbox"/>	361º M.	<input type="checkbox"/>
362º M.	<input type="checkbox"/>	363º M.	<input type="checkbox"/>
364º M.	<input type="checkbox"/>	365º M.	<input type="checkbox"/>
366º M.	<input type="checkbox"/>	367º M.	<input type="checkbox"/>
368º M.	<input type="checkbox"/>	369º M.	<input type="checkbox"/>
370º M.	<input type="checkbox"/>	371º M.	<input type="checkbox"/>
372º M.	<input type="checkbox"/>	373º M.	<input type="checkbox"/>
374º M.	<input type="checkbox"/>	375º M.	<input type="checkbox"/>
376º M.	<input type="checkbox"/>	377º M.	<input type="checkbox"/>
378º M.	<input type="checkbox"/>	379º M.	<input type="checkbox"/>
380º M.	<input type="checkbox"/>	381º M.	<input type="checkbox"/>
382º M.	<input type="checkbox"/>	383º M.	<input type="checkbox"/>
384º M.	<input type="checkbox"/>	385º M.	<input type="checkbox"/>
386º M.	<input type="checkbox"/>	387º M.	<input type="checkbox"/>
388º M.	<input type="checkbox"/>	389º M.	<input type="checkbox"/>
390º M.	<input type="checkbox"/>	391º M.	<input type="checkbox"/>
392º M.	<input type="checkbox"/>	393º M.	<input type="checkbox"/>
394º M.	<input type="checkbox"/>	395º M.	<input type="checkbox"/>
396º M.	<input type="checkbox"/>	397º M.	<input type="checkbox"/>
398º M.	<input type="checkbox"/>	399º M.	<input type="checkbox"/>
400º M.	<input type="checkbox"/>	401º M.	<input type="checkbox"/>
402º M.	<input type="checkbox"/>	403º M.	<input type="checkbox"/>
404º M.	<input type="checkbox"/>	405º M.	<input type="checkbox"/>
406º M.	<input type="checkbox"/>	407º M.	<input type="checkbox"/>
408º M.	<input type="checkbox"/>	409º M.	<input type="checkbox"/>
410º M.	<input type="checkbox"/>	411º M.	<input type="checkbox"/>
412º M.	<input type="checkbox"/>	413º M.	<input type="checkbox"/>
414º M.	<input type="checkbox"/>	415º M.	<input type="checkbox"/>
416º M.	<input type="checkbox"/>	417º M.	<input type="checkbox"/>
418º M.	<input type="checkbox"/>	419º M.	<input type="checkbox"/>
420º M.	<input type="checkbox"/>	421º M.	<input type="checkbox"/>
422º M.	<input type="checkbox"/>	423º M.	<input type="checkbox"/>
424º M.	<input type="checkbox"/>	425º M.	<input type="checkbox"/>
426º M.	<input type="checkbox"/>	427º M.	<input type="checkbox"/>
428º M.	<input type="checkbox"/>	429º M.	<input type="checkbox"/>
430º M.	<input type="checkbox"/>	431º M.	<input type="checkbox"/>
432º M.	<input type="checkbox"/>	433º M.	<input type="checkbox"/>
434º M.	<input type="checkbox"/>	435º M.	<input type="checkbox"/>
436º M.	<input type="checkbox"/>	437º M.	<input type="checkbox"/>
438º M.	<input type="checkbox"/>	439º M.	<input type="checkbox"/>
440º M.	<input type="checkbox"/>	441º M.	<input type="checkbox"/>
442º M.	<input type="checkbox"/>	443º M.	<input type="checkbox"/>
444º M.	<input type="checkbox"/>	445º M.	<input type="checkbox"/>
446º M.	<input type="checkbox"/>	447º M.	<input type="checkbox"/>
448º M.	<input type="checkbox"/>	449º M.	<input type="checkbox"/>
450º M.	<input type="checkbox"/>	451º M.	<input type="checkbox"/>
452º M.	<input type="checkbox"/>	453º M.	<input type="checkbox"/>
454º M.	<input type="checkbox"/>	455º M.	<input type="checkbox"/>
456º M.	<input type="checkbox"/>	457º M.	<input type="checkbox"/>
458º M.	<input type="checkbox"/>	459º M.	<input type="checkbox"/>
460º M.	<input type="checkbox"/>	461º M.	<input type="checkbox"/>
462º M.	<input type="checkbox"/>	463º M.	<input type="checkbox"/>
464º M.	<input type="checkbox"/>	465º M.	<input type="checkbox"/>
466º M.	<input type="checkbox"/>	467º M.	<input type="checkbox"/>
468º M.	<input type="checkbox"/>	469º M.	<input type="checkbox"/>
470º M.	<input type="checkbox"/>	471º M.	<input type="checkbox"/>
472º M.	<input type="checkbox"/>	473º M.	<input type="checkbox"/>
474º M.	<input type="checkbox"/>	475º M.	<input type="checkbox"/> </td



HOSPITAL  
ANTONIO TARGINO

NOTA DE SALA  
CENTRO CIRÚRGICO

034335

PACIENTE: Eduardo costa de nogueira

CONVÊNIO: *Agosto*

SUS

PRONTUÁRIO: 918617 / 2213440

DATA: 16/11/16 CIRURGIA: Tumorante amigdalo-fratina, antefaringo da T2, T3, B1, N1, M0, G3, Stad IIA

CIRURGIÃO: Dr Luciano Eudem

#### AUXILIARIES

ANESTESISTA: Dña. Segovia

CIRCULANTE Terrible

CIRCULANTE Teniloxic PRECIO: Solo - 04

HORÁRIO: INÍCIO: 14:30 FINAL 15:15

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1880	ÁGUA DESTILADA 10 ml	02
28819	RANITIDINA 25mg	01
2070	ATROFINA	
2020	DIPIRONA 500mg	02
70181	PROSTIGMINE	
2062	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	
4286	GARAMICINA	
5304	DEXAMETASONA 4mg	CJ
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOFILINA	
70971	TRANSAMIN	
70033	NAUSEBON 1mg.	CJ
70572	TILATH 400ug	CJ
5380	HIDROCORTISONA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4650	CEFALOTINA 1g 1g.	02
70238	GLICLICIM	
1872	ADRENALINA	
5673	DOPAMINA	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2046	GLICOSE 5%	
1767	CEFTRIAXONA	
70335	SOLU-MEDROL 500mg	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
2054	GLUCONATO DE CALCIÓ	
403792	TORADOL	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
2410	ESICOTÁROPICOS	QUANT.
73210	TRAMAL	
46850	FENOBARBITAL	
8885	DIEMPAK 100mg	
3034	DIMORF 0,2mg	
3026	DIMORF 1,0mg	
3982	DOLANTINA	
8869	IBDANTAL	
69655	DORMONID	
9962	KETALAK	
70254	ALFENTANILA	
2411	ANESTÉSICOS	QUANT.
126233	NIMBILUM	
2116	PANCURON	
32031	PROPOFOL	
3042	PENTANIL	
70548	TRACUR	
8834	HALOTANO	
128872	SEVORANO	
2780	ISOFLURANO	
8958	THIOPENTAL	
2160	NEOCAINA 0,5% C/V	
70756	NEOCAINA 0,5% S/V	
9024	NILPERIDOL	
1317	ETOMIDATO	

CÓD.	ITENS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
0430	MONONYLON N° 20	01
	CRÔMADO S/A N°	
0490	CRÔMADO C/A N° 3	01
	VICRYL N°	
	MONOCRYL N°	
	PROLENE N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	
3360	FITA CARDIACA	
CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ÁLCOOL	95
2631	ÉTER	25
3611	PVP TÓPICO	
3603	PVP DEGERMANTE	100
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
304000	CLOREXIDINA	50
CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÊNIO	03/6
	OXIDO NITROSO	
	VÁCUO	
	NITROGÊNIO	
	APARELHOS	
	BISTURI ELÉTRICOS	
	CAPNOGRAFO	
	MICROSCÓPICO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDIACO	1
	OXÍMETRO DE PULSO	1
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
CÓD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	250
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	1500
	HSOCHEL	
	MANITOL	
CÓD.	OUTROS	QUANT.
	Lidocaina 1% 100ml	01



DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

NAME DO PACIENTE	EDUARDO ALVES	Nº DO ATENDIMENTO:
Nº DO PRONTO-SERVIÇO		
DATA DA OPERAÇÃO	07/07/18	ENFERMAGIA:
OPERADOR	DR. EDUARDO ALVES	LEITO:
1º AUXILIAR		2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:		INSTRUMENTADOR:
ANESTESIA:	ANESTESIA: (ANESTESIOLOGO)	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:	OPA. 1º DE CAVO 2º DE	
TIPO DE OPERAÇÃO:	212803161771º ET. CAVO 2º	

DIAGNÓSTICO Pós-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO MÉDICO DA PATOLOGIA:

EXAME ROGIER FIO NO AIC:

ACIDENTE MÉDICO DA OPERAÇÃO:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: LIGADURA DRENAGEM: 1º RA-MAU APREGADO ALPHITO. VÍCERAS:

1º Acesso feito pelo lado esquerdo
2º Acesso feito pelo lado direito
3º Fecito para drenagem
4º feito em cima da ferida
5º feito na ferida
6º feito na ferida
7º feito na ferida

C. J







GOVERNO  
DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

## TÉRMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
dá plena autorização aos médicos do Hospital \_\_\_\_\_ que o  
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento,  
comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
reconhece que o mesmo deixou o Hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo  
inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, 16 de Novembro de 2016.

✓ EDUARDA COSTA de MACEDO  
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: Flávia costa sima

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
certifica que o mesmo teve alta do Hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou qualquer  
outro membro do Hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_

MOD 042



四

DIAGNÓSTICO

**Paciente:** João Vitor So **Alojamento:** Leito **Convênio:** Brasiliano Médica

Data	Prescrição Médica	Horário
16/06/2016	1. Dleta	Toda (4)
	2. SRL 1500ml EV/24h	NOITE
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	NOITE
	4. Thalil 20mg + AD EV 12/12h	NOITE
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	NOITE
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/bh SN	NOITE
	7. Neusodron 01 FA + AD EV 8/bh SN	NOITE
	8. Glucosamina 500mg/dia	NOITE
	9. SSIV + CCGG	NOITE
	CIPROTEC	NOITE







**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA  
VARA ÚNICA DE ARARA**

Processo número - 0800267-41.2019.8.15.0951

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
ASSUNTO(S): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: EDUARDO COSTA DE MACEDO

**DESPACHO**

Concedo a gratuitade de justiça.

Tendo em vista a natureza da presente ação, deixo de designar audiência de conciliação e determino a citação do promovido para contestar querendo a presente ação no prazo de 15(quinze) dias. Advertindo-o do disposto nos arts. 344 do CPC.

Havendo resposta e se o réu alegar qualquer das matérias enumeradas no art. 337 do CPC, dê-se vista à parte promovente para se pronunciar no prazo de 15(quinze) dias. Decorrido o prazo sem resposta, certifique-se e volte-me concluso para deliberação.

Arara-PB, 14 de agosto de 2019.



Assinado eletronicamente por: OSENIVAL DOS SANTOS COSTA - 14/08/2019 08:24:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081408244904600000022768375>  
Número do documento: 19081408244904600000022768375

Num. 23489905 - Pág. 1

**Osenival dos Santos Costa**

*Juiz de Direito em substituição*



Assinado eletronicamente por: OSENIVAL DOS SANTOS COSTA - 14/08/2019 08:24:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081408244904600000022768375>  
Número do documento: 19081408244904600000022768375

Num. 23489905 - Pág. 2

**Poder Judiciário da Paraíba  
Vara Única de Arara  
Rua Solon de Lucena, 36, Centro, ARARA - PB - CEP: 58396-000  
ARARA(83) 33692128**

Nº do processo: 0800267-41.2019.8.15.0951

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto(s): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

**MANDADO DE CITAÇÃO**

O MM. Juiz de Direito da Vara Única de Arara manda que, em cumprimento a este, cite a parte Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: R SENADOR DANTAS, - de 58 ao fim - lado par, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205 para querendo defender-se, no prazo de 15 dias, conforme termo do despacho sob ID 23489905.

ARARA, em 25 de setembro de 2019.

De ordem, MARIA LUZIA SOUTO DE ARAUJO

Técnica Judiciária.

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:**

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:  
19072615563890600000022336482



Assinado eletronicamente por: MARIA LUZIA SOUTO DE ARAUJO - 25/09/2019 11:19:50  
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092511195034200000023933655](https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092511195034200000023933655)  
Número do documento: 19092511195034200000023933655

Num. 24728224 - Pág. 1