



Número: **0801490-41.2019.8.15.0171**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Esperança**

Última distribuição : **11/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO GINUINO DE SOUZA (AUTOR)		ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
22654800	11/07/2019 19:47	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
22654801	11/07/2019 19:47	<a href="#">1_PRONTUÁRIO MÉDICO</a>	Outros Documentos
22654802	11/07/2019 19:47	<a href="#">2_PRONTUÁRIO MÉDICO</a>	Outros Documentos
22654803	11/07/2019 19:47	<a href="#">3_PRONTUÁRIO MÉDICO</a>	Outros Documentos
22654804	11/07/2019 19:47	<a href="#">4_PRONTUÁRIO MÉDICO</a>	Outros Documentos
22654805	11/07/2019 19:47	<a href="#">5_PRONTUÁRIO MÉDICO</a>	Outros Documentos
22654806	11/07/2019 19:47	<a href="#">COMPROVANTE DE ENTRADA ADM</a>	Outros Documentos
22654807	11/07/2019 19:47	<a href="#">DOC PESSOAIS E PROCESSO ADM (1)</a>	Outros Documentos
22654808	11/07/2019 19:47	<a href="#">DOC PESSOAIS E PROCESSO ADM (2)</a>	Outros Documentos
22654809	11/07/2019 19:47	<a href="#">GuiaCustas</a>	Guias de Recolhimento/ Deposito/ Custas
22654810	11/07/2019 19:47	<a href="#">PROCURAÇÃO</a>	Procuração
24031430	09/09/2019 12:17	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

**Excelentíssimo(a) Senhor(a) Doutor(a) Juiz(a) de Direito da \_\_\_\_ Vara da Comarca De Esperança – PB**

**PAULO GENUÍNO DE SOUZA**, brasileiro, estado civil: casado, profissão: Agricultor, residente e domiciliado no Sítio Serrote Branco, S/N, Área Rural. Município de Areial - PB, Estado da Paraíba, Cep 58140-000, portador do Rg. nº 1.716.241 SSP/PB e CPF nº 893.882.674-00, por seu advogado legalmente constituído, conforme procuração em anexo, vem, muito respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor

### **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT c/c REPARAÇÃO DE DANOS**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro-RJ, CEP- 20.031.205, CNPJ: 09.248.608/0001-04, pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos:

#### **1. 1. DA JUSTIÇA GRATUITA**

Inicialmente, faz-se necessário pedir o deferimento referente ao benefício da assistência judiciária gratuita, por se tratar a parte de pessoa carente de recursos financeiros para custear a demanda processual, nos moldes do artigo 98 do NCPC. Portanto, para que a Promovente goze do direito da assistência judiciária gratuita que ora lhe assiste, basta o requerimento formulado junto à exordial, ficando a cargo da parte adversa o ônus de provar que o alegado em juízo pelo autor da demanda não corresponde à verdade.



## 2. DOS FATOS

O autor foi vítima de acidente automobilístico em via terrestre no dia 28 de Janeiro de 2019, aproximadamente às 07h30min, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Serrote Branco, área RURAL de Areial/PB, conduzindo a motocicleta quando em uma curva o pneu dianteiro da moto derrapou em uma areia solta existente na via e o comunicante acabou perdendo o controle da direção, caindo ao solo, sofrendo ferimentos graves. Sendo assim, veio este cair ao solo, sofrendo ferimentos graves.

Conforme Certidão de Ocorrência Policial fornecida pela Delegacia de Polícia Civil de Campina Grande – PB, a vítima estava trafegando no veículo HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ano/modelo 2015/2016, cor vermelha, placa QFR-1639/PB, CHASSI 9C2KD0810GR414226, licenciada em nome Vanessa Oliveira da Silva.

Após o acidente, o autor foi socorrido e logo foi conduzido para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi constatado que o mesmo sofreu FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO, no qual foi submetido a tratamento cirúrgico.

## 3. DO DIREITO

O Seguro DPVAT é disciplinado pela Lei nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que assegura o recebimento de indenização às vítimas de acidente de trânsito nos casos de morte, invalidez permanente, e/ou para as vítimas que recebam cuidados médicos e gastos com medicamentos.

Segue abaixo o teor do art. 3º da Lei nº 6.194/74:

“Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, **por invalidez permanente, total ou parcial**, e por despesas de assistência médica e suplementar, nos valores e conforme as regras que seguem, por pessoa vitimada”.

I – R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de morte;

II – até 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente; e

III – até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais como reembolso a vítima no caso de despesas de assistências médicas e suplementares devidamente comprovadas).



De acordo com o artigo supratranscrito, a lei assegura o direito de receber a título de indenização como prêmio desse seguro o valor mencionado conforme o tipo de dano suportado pelo acidentado e neste sentido deve a seguradora ser condenada a indenizá-la pelo seguro obrigatório.

Dispõe a Lei 6.194/74, que o valor referente ao pagamento da indenização do seguro DPVAT deverá seguir o que reza no Art. 3º da referida lei que dispõe sobre o quantum deverá ser pago em caso de morte ou invalidez permanente. Logo, como o requerente ficou invalido deverá receber o valor total da indenização, e não o pagamento parcial e o art. 5º da Lei nº 6.194/94 é extremamente claro ao elencar a possibilidade de indenização.

Segue abaixo o teor do referido art. 5º da Lei nº 6.194/94:

“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. ”

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP.

Assim estabelece o presente julgado:

#### EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE

DO VEICULO IRRELEVANTE. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso tornar se a imposição – de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ – MA em 06/07/01).

Tornando desta forma inviável qualquer tipo de alegação da parte promovida de que não seja responsável ao pagamento da indenização do seguro obrigatório devido ao promovente, ocasionado por acidente de veículo que resultou em sua invalidez permanente.

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

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

**Insta salientar que o autor deu entrada administrativamente junto à Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, tendo seu pedido pago parcialmente no valor de R\$ 1.687,50 (hum mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), razão pela qual está requerendo via judicial.**



## DOS JUROS MORATORIOS

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) aplicou o entendimento, já consolidado na Súmula 54, de que os juros moratórios fluem a partir do evento danoso, em caso de responsabilidade extracontratual.

Acontece que o valor da indenização decorrente do DPVAT, não pode ficar a critério da demandada, visto que, se existe uma norma que regula os valores da indenização estas devem ser respeitadas.

## DA PERÍCIA

Como meio de provar todo o alegado, a requerente fica a disposição para submeter – se aos testes necessários para a devida comprovação da sua invalidez permanente decorrente do acidente de veículo. Deste modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

***Importante salientar que se tem um convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER em relação a perícia médica.***

## 4. DO PEDIDO

Diante de todo o exposto, requer a Vossa Excelência, com fundamento no art. 186 do Código Civil c/c os Art. 3º e 5º da Lei 6.196/74 a total procedência da presente ação bem como:

1. Defira a assistência judiciária gratuita, nos termos do artigo 98 do NCPC, por não dispor o autor de recursos suficientes para o custeio deste processo, sem que seja comprometido o seu sustento, bem como o de sua família;
2. Para que, no prazo legal, apresente, se entender, a contestação, sob pena de revelia;
3. Atendendo ao disposto no artigo 319, inciso VII do NCPC, o autor **informa que não possui interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação.**
4. **Protesta e requer** o deferimento de produção de todas as provas admitidas em juízo, notadamente de provas testemunhais que serão arroladas em momento oportuno e comparecerão a audiência de instrução



e julgamento independentemente de intimação e, em especial, a produção de prova pericial, observando-se ainda o convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER.

**5. NO MÉRITO**, após exaurido o devido processo legal e comprovado por prova pericial a debilidade do autor, incline-se em **JULGAR PROCEDENTE** o pleito para condenar a Seguradora Líder ao pagamento do Seguro Obrigatório do DPVAT no valor de **R\$ 7.762,50 (sete mil, setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)** ou por parâmetro da debilidade comprovada pela perícia médica (STF. ARE 704.520/RG), tudo por ser medida de acerto e de distribuição de justiça;

**6.** Nos termos do art. 85 § 2º DO NCPC, com estrita, arbitre os honorários advocatícios devidos ao causídico, em valor condizente ao trabalho realizado e sobre total da condenação.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 7.762,50 (sete mil, setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

Nestes termos, pede deferimento.

Alagoa Nova – PB, 11/07/2019.

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

OAB/PB nº 25.670

#### **QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE**

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE:\_\_\_\_\_.



1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, por volta das \_\_\_\_ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA ( ), de que forma?

---

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO

ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):

---

4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS ? :

---

5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU, GRAVE ? :

---

Sem mais, em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

(assinatura – carimbo – CRM)



28/01/2019

HTCC-Painel Administrativo



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

PRONT (B.E) Nº: 1821932

CLASS. DE RISCO: AMARELO

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: 28/01/2019  
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Giselle De Oliveira Lopes

PACIENTE: PAULO GENUINO DE SOUZA

CEP: 58140000

Nascimento: 10/12/1964

Endereço: SERROTES BRANCO

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Areial

Idade: 054

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA JOAQUINA DA CONCEIÇÃO

RG:

Nº 0

Responsável:

Data de

Profissão:

Estado Civil: Casado(a)

Data de

CNS: 706200078929565

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Atend: 28/01/2019

CONVÊNIO: SUS

Médico:

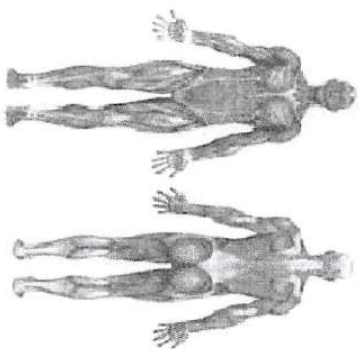
Hora: 09:03:28

CRM:

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. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria de Vento
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Moradura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parasita
32. Paratetania
33. Queimadura
34. Rinorréia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = \_\_\_\_\_ % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIGNOSTICO / CID: \_\_\_\_\_

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICO

Ortopedia

Vitório de ciêntia de urolo  
 Refere do no auto laço e laborat  
 Paulo de Souza Batista  
 Ortopedista / Traumatologista  
 CRM: 13403 TEOT 13403

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )  
 Glasgow \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ HGT: 250119

EXAMES SOLICITADOS:

- ( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia: \_\_\_\_\_  
 ( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias: \_\_\_\_\_  
 ( ) Tomografia Computadorizada ( ) \_\_\_\_\_

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_  
 Especialista: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:




HTCG-Paine! Administrativo

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

[illegible]

Data da internação: 28/01/2019 Hora: 09:26:56

 <b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CNES <b>2362856</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CNES <b>2362856</b>
<b>Identificação do Paciente</b>		
5 - NOME DO PACIENTE <b>PAULO GENUINO DE SOUZA</b>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>1821953</b>
7 - CARTÃO DO SUS <b>706200078929565</b>	8 - DATA DE NASCIMENTO <b>10/12/1964</b>	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>MARIA JOAQUINA DA CONCEICAO</b>		11 - TELEFONE DE CONTATO DD <b>83</b> Nº DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>SERROTES BRANCO, 0, CENTRO</b>		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Areial</b>		14 - CÓDIGO MUNICIPAL <b>250120</b>
		15 - UF <b>PB</b>
		16 - CEP <b>58140000</b>
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Do edema e deformidade</div>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Necessita de trat cirurgico</div>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Rx</div>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Fratura radio distal</div>		
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Trat cirurgico fratura radio distal</div>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA <b>02</b>	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF <b>980016283392321</b>
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016283392321</b>		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>RODOLFO COIMBRA BATISTA</b>
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>28/01/2019</b>		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="font-size: 0.8em;">Rodolfo Coimbra Batista Ortopedista/Traumatologista CRM 6819/1501 13403</div>
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>		
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE	39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>/ /</b>		
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		



De acordo com o que se pede

Assinado por Israel de Souza Farias

x

Assinado por Israel de Souza Farias

Assinado por Israel de Souza Farias

Isf



Data da internação: 28/01/2019 Hora: 09:26:56

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE PAULO GENUINO DE SOUZA				1821953	
7 - CARTÃO DO SUS 706200078929565		8 - DATA DE NASCIMENTO 10/12/1964		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> 11 Fem <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA JOAQUINA DA CONCEICAO				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SERROTES BRANCO , 0 , CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Areial		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 250120		15 - UF PB	
				16 - CEP 58140000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Der edema e deformidade</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de tratamento cirúrgico</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura radio ulnar distal</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tort. cirúrgico fratura radio ulnar distal</i>				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF	
				29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016283392321	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE RODOLFO COIMBRA BATISTA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/01/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Rodolfo Coimbra Batista</i> Médico Traumatologista CRM 0019 TEOT 13493	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Paulo Grunino de Santa		
End:	Sítio Senzate Beunos	Bairro:	Amoré
Data de Nascimento:	10.12.64	Documento de Identificação:	
Queixa:	As tosse	Data do Atend.:	28.01.19
		Hora:	9:00
		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	

### Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional







ASSINATURA E CARIMBO

PARECER DA DIREÇÃO TÉCNICA:

Hallisson Barbosa Almeida  
ORTÓDONTISTA  
CRM - PB 9562

JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:

MATERIAL ESPECIAL:

DIAGNÓSTICO:

NOME DO PACIENTE: Paulo César IDADE: 28/01/19  
( ) PACIENTE INTERNADO ENFERMARIA: Ex LEITO: 4 DATA: 28/01/19

SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE



GOVERNO DA PARAIBA  
SEGUE o trabalho

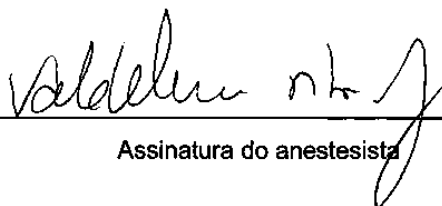






**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
( Critérios para altas da SRPA)

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		99



Assinatura do anestesista



## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Paulo Genesio de Souza DA 10-12-64																																																											
QI		LEITE		CONVÊNIO		IDADE		REGISTRO																																																			
				505		54		1821932																																																			
CIRURGIA					CIRURGIÃO																																																						
Rudi Sacramento de Paula E					Dr Eduardo de Jesus																																																						
ANESTESIA					ANESTESIA																																																						
Sedação + bloqueio					de vanessa																																																						
INSTRUMENTADORA			DATA		INÍCIO		FIM																																																				
			01-02-19		10:30		11:30																																																				
Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS										Bolsa Colostoma										Qtd. FIOS										CÓDIGO																													
Adrenalina amp.										01										Calel. p/ O <sub>2</sub> .																				Catgut cromado Sertix																			
Atropina amp.																				Catet. De Urinar Sist. Fech.																				Catgut cromado Sertix																			
01 Diclofenac amp.										05										Compressa Grande																				Catgut cromado Sertix																			
Dimore amp.																				Compressa Pequena																				Catgut Simples																			
Dolantina amp.																				Colonoide																				Catgut Simples Sertix																			
Efrane ml																				Dreno																				Catgut Simples Sertix																			
Fenegan amp.																				Dreno Kerr nº																				Catgut Simples Sertix																			
Fentanil ml																				Dreno Penrose nº																				Cera p/ osso																			
Inova ml																				Dreno Pezzer nº																				Ethibond																			
Ketalar ml										01										Equipo de Macrogotas																				Ethibond																			
Mercaina % ml																				Equipo de Macrogotas																				Ethibond																			
Nubahin amp.																				Equipo de Sangue																				Fio de Algodrão Sertix																			
Pavulon amp.																				Equipo de PVC																				Fio de Algodrão Sertix																			
Protigmine amp.																				Espadrado Lanco cm																				Fio de Algodrão Sutupak																			
Protoxido l/m																				Furacim ml																				Fio de Algodrão Sutupak																			
Quelicin ml										04										Gase Pacote c/ 10 unidades																				Fila cardiaca																			
01 Rapifen amp.																				H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml																				Mononylon																			
Thiopental amp.										01										Intracath Adulto																				Mononylon																			
Tracrium amp.																				Intracath Infantil																				Prolene Sertix																			
Qtd. MEDICAÇÕES																				Lâmina de Bisturi nº 23																				Prolene Sertix																			
Água Destilada amp.																				Lâmina de Bisturi nº 11																				Prolene Sertix																			
Decadron amp.																				Lâmina de Bisturi nº 15																				Prolene Sertix																			
Dipirona amp.																				Luvas 7.0																				Vicryl Sertix																			
Flaxidol amp.										03										Luvas 7.5																				Vicryl Sertix																			
Flebocortid amp.																				Luvas 8.0																				Vicryl Sertix																			
Geramicina amp.																				Luvas 8.5																																							
Glicose amp.										+C										Oxigênio l/m										2L																													
Glucon de Cálcio amp.																				Poliflix																																							
Haemacel ml.																				PVPI Degemante ml																																							
Heparema ml.																				PVPI Tópico ml.										Qtd.										SOROS																			
Kanakion amp.										015										Solução Antiséptica										01										SG Normotérmico fr 500 ml										01									
Lasix amp.																				Saco coletor																				SG Gelado fr 500 ml																			
Medrotinazol.										01										Seringa desc. 10 ml										01										SG Hipertérmico fr 500 ml																			
Plasil amp.										02										Seringa desc. 20 ml																				SG Ringr fr 500 ml																			
Prolamina										01										Seringa desc. 05 ml																				SG fr 500 ml																			
Revivan amp.										01										Sonda																																							
Stuptanon amp.										01										Sonda Foley										Qtd.										ORTESE E PRÓTESE																			
01 Cefalotina 1g																				Sonda Nasogátrica																																							
																				Sonda Uretral nº										02										2-P																			
																				Sterydrem ml																																							
																				Torneirinha																																							
Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES																				Vaselina ml																																							
Agulha desc. 25 x 7										40 x 12										Gelcon 18																																							
Agulha desc. 28 x 28																				Latese																																							
Agulha desc. 3 x 4,5										05										ent no do																																							
Agulha p/ raque nº																																																											
015 Álcool de Enfermagem																																																											
02 Álcool Iodado ml																																																											
Ataduras de Crepon										15																																																	
Ataduras de Gessada																																																											
Azul metileno amp.																																																											
015 Benzidol amp.										ent																																																	



42 9 15 29 29 001

7/10/1944

05  
9/2

12

+

十

02. 800 f 40 70

$$- 10 \times 15$$

of 14, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100, 105, 110, 115, 120, 125, 130, 135, 140, 145, 150, 155, 160, 165, 170, 175, 180, 185, 190, 195, 200, 205, 210, 215, 220, 225, 230, 235, 240, 245, 250, 255, 260, 265, 270, 275, 280, 285, 290, 295, 300, 305, 310, 315, 320, 325, 330, 335, 340, 345, 350, 355, 360, 365, 370, 375, 380, 385, 390, 395, 400, 405, 410, 415, 420, 425, 430, 435, 440, 445, 450, 455, 460, 465, 470, 475, 480, 485, 490, 495, 500, 505, 510, 515, 520, 525, 530, 535, 540, 545, 550, 555, 560, 565, 570, 575, 580, 585, 590, 595, 600, 605, 610, 615, 620, 625, 630, 635, 640, 645, 650, 655, 660, 665, 670, 675, 680, 685, 690, 695, 700, 705, 710, 715, 720, 725, 730, 735, 740, 745, 750, 755, 760, 765, 770, 775, 780, 785, 790, 795, 800, 805, 810, 815, 820, 825, 830, 835, 840, 845, 850, 855, 860, 865, 870, 875, 880, 885, 890, 895, 900, 905, 910, 915, 920, 925, 930, 935, 940, 945, 950, 955, 960, 965, 970, 975, 980, 985, 990, 995, 1000, 1005, 1010, 1015, 1020, 1025, 1030, 1035, 1040, 1045, 1050, 1055, 1060, 1065, 1070, 1075, 1080, 1085, 1090, 1095, 1100, 1105, 1110, 1115, 1120, 1125, 1130, 1135, 1140, 1145, 1150, 1155, 1160, 1165, 1170, 1175, 1180, 1185, 1190, 1195, 1200, 1205, 1210, 1215, 1220, 1225, 1230, 1235, 1240, 1245, 1250, 1255, 1260, 1265, 1270, 1275, 1280, 1285, 1290, 1295, 1300, 1305, 1310, 1315, 1320, 1325, 1330, 1335, 1340, 1345, 1350, 1355, 1360, 1365, 1370, 1375, 1380, 1385, 1390, 1395, 1400, 1405, 1410, 1415, 1420, 1425, 1430, 1435, 1440, 1445, 1450, 1455, 1460, 1465, 1470, 1475, 1480, 1485, 1490, 1495, 1500, 1505, 1510, 1515, 1520, 1525, 1530, 1535, 1540, 1545, 1550, 1555, 1560, 1565, 1570, 1575, 1580, 1585, 1590, 1595, 1600, 1605, 1610, 1615, 1620, 1625, 1630, 1635, 1640, 1645, 1650, 1655, 1660, 1665, 1670, 1675, 1680, 1685, 1690, 1695, 1700, 1705, 1710, 1715, 1720, 1725, 1730, 1735, 1740, 1745, 1750, 1755, 1760, 1765, 1770, 1775, 1780, 1785, 1790, 1795, 1800, 1805, 1810, 1815, 1820, 1825, 1830, 1835, 1840, 1845, 1850, 1855, 1860, 1865, 1870, 1875, 1880, 1885, 1890, 1895, 1900, 1905, 1910, 1915, 1920, 1925, 1930, 1935, 1940, 1945, 1950, 1955, 1960, 1965, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015, 2020, 2025, 2030, 2035, 2040, 2045, 2050, 2055, 2060, 2065, 2070, 2075, 2080, 2085, 2090, 2095, 2100, 2105, 2110, 2115, 2120, 2125, 2130, 2135, 2140, 2145, 2150, 2155, 2160, 2165, 2170, 2175, 2180, 2185, 2190, 2195, 2200, 2205, 2210, 2215, 2220, 2225, 2230, 2235, 2240, 2245, 2250, 2255, 2260, 2265, 2270, 2275, 2280, 2285, 2290, 2295, 2300, 2305, 2310, 2315, 2320, 2325, 2330, 2335, 2340, 2345, 2350, 2355, 2360, 2365, 2370, 2375, 2380, 2385, 2390, 2395, 2400, 2405, 2410, 2415, 2420, 2425, 2430, 2435, 2440, 2445, 2450, 2455, 2460, 2465, 2470, 2475, 2480, 2485, 2490, 2495, 2500, 2505, 2510, 2515, 2520, 2525, 2530, 2535, 2540, 2545, 2550, 2555, 2560, 2565, 2570, 2575, 2580, 2585, 2590, 2595, 2600, 2605, 2610, 2615, 2620, 2625, 2630, 2635, 2640, 2645, 2650, 2655, 2660, 2665, 2670, 2675, 2680, 2685, 2690, 2695, 2700, 2705, 2710, 2715, 2720, 2725, 2730, 2735, 2740, 2745, 2750, 2755, 2760, 2765, 2770, 2775, 2780, 2785, 2790, 2795, 2800, 2805, 2810, 2815, 2820, 2825, 2830, 2835, 2840, 2845, 2850, 2855, 2860, 2865, 2870, 2875, 2880, 2885, 2890, 2895, 2900, 2905, 2910, 2915, 2920, 2925, 2930, 2935, 2940, 2945, 2950, 2955, 2960, 2965, 2970, 2975, 2980, 2985, 2990, 2995, 3000, 3005, 3010, 3015, 3020, 3025, 3030, 3035, 3040, 3045, 3050, 3055, 3060, 3065, 3070, 3075, 3080, 3085, 3090, 3095, 3100, 3105, 3110, 3115, 3120, 3125, 3130, 3135, 3140, 3145, 3150, 3155, 3160, 3165, 3170, 3175, 3180, 3185, 3190, 3195, 3200, 3205, 3210, 3215, 3220, 3225, 3230, 3235, 3240, 3245, 3250, 3255, 3260, 3265, 3270, 3275, 3280, 3285, 3290, 3295, 3300, 3305, 3310, 3315, 3320, 3325, 3330, 3335, 3340, 3345, 3350, 3355, 3360, 3365, 3370, 3375, 3380, 3385, 3390, 3395, 3400, 3405, 3410, 3415, 3420, 3425, 3430, 3435, 3440, 3445, 3450, 3455, 3460, 3465, 3470, 3475, 3480, 3485, 3490, 3495, 3500, 3505, 3510, 3515, 3520, 3525, 3530, 3535, 3540, 3545, 3550, 3555, 3560, 3565, 3570, 3575, 3580, 3585, 3590, 3595, 3600

05 9-20 14 3-6

052066 51

05

04. 2

0912 0000X 9711-205 E

6/10/02

45

85

03

DT - 0040716

D.N.

OT

OF GOVERNMENT OF

05

91 - 05 - 1d

10:00

14:30

$$250000 + 150000$$

To: NEW YORK

with a number of observations of the same kind.

202

2A.

5375

George Johnson, 900 9th St. N.E., Wash. D.C. 10-15-64



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Paulo Guimarães de Souza</u>			IDADE <u>54a</u>	SEXO <u>M</u>	COR
DATA <u>01.02.19</u>	PRESSÃO ARTERIAL <u>136x91-4</u>	PULSO <u>80bpm</u>	RESPIRAÇÃO <u>22cpm</u>	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO <u>supnóico</u>					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO <u>Risco II</u>					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO <u>xyim</u>		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL <u>ansioso</u>	ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA <u>mgc</u>	HIPOTENSORES			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura de punho E</u>		ESTADO FÍSICO <u>ASA II</u>		RISCO			
ANESTESIAS ANTERIORES <u>x</u>							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <u>x</u>		APLICADA	AS	EFEITO			
<u>11:00h</u>							
AGENTES ANESTÉSICOS	O <sub>2</sub>					INDUÇÃO	
LÍQUIDOS						Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____	
						Laringo espasmo: _____ Lenta: _____	
CÓDIGOS						Náuseas: _____ Vômitos: _____	
						Outros: _____	
VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO						MANUTENÇÃO	
						<u>1 Oxacilona 10mg</u> <u>2 Dexametasona 2g</u> <u>3 Naloxona 4mg</u> <u>4 Tylenol 40mg</u>	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						ANESTESIA SATISF.: Sim <u>x</u> Não _____	
						Não, por quê? _____	
						DESPERTAR	
						Reflexos na SO: _____	
						Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excit.: _____	
						Náuseas: _____ Vômitos: _____	
						Outros: _____	
						Com cânula: _____	
						Paro o Leito Sim _____ Não _____	
						CONDIÇÕES: _____	
POSICÃO	<u>Pe DDH; MCR; AIAS; O<sub>2</sub> 50V</u>						
AGENTES	<u>Lidocaína clv 400mg + Lidocaína clv 20ml + AD 20ml</u>						
TÉCNICA	<u>Blq. plexo intermedial + axilar E ⊕ Lidocaína</u>						
OPERAÇÃO	<u>Redução incruenta + fixação percutânea punho E</u>						
CIRURGIÕES	<u>Dr. Eduardo Braga + M<sup>re</sup> Nery + M<sup>re</sup> Curi.</u>						
ANESTESISTAS	<u>Dr. Samira Silveira</u>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA	

MOD. 058

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB







Nome do Paciente <i>Paulo Gomes</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>01.02.19</i>	Enf. <i>Adelina</i>	Leito <i>57.4</i>	
Operador <i>D. Eduardo</i>		1º Auxiliar <i>Dy Yury (Ors)</i>	
2º Auxiliar <i>D. Ede (Ors)</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Ex nodulo dental B</i>			
Tipo de Operação <i>Osteotomia pedicular</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>0 none</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- ① Secção - 0,01 m de diâmetro
- ② Injeção + aspiração + coágulo extenso
- ③ Redução imediata do foco de infecção. Selo sanguíneo
- ④ Descompressão precoce a 3 dias e selo sanguíneo
- ⑤ Curo FO + tolo orlo pela

Dr. Euler Fabricio A. Cruz  
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9907

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

REQUISICÃO DE EXAME

NOME:	Breno Gomes										PRONTUÁRIO:	982				
IDADE:			SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR:	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	Qto II	ENF:	Dr. C	LEITO:	4

DADOS CLÍNICOS:

QDS-OP

QDS. Pós. Op

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

12c pino B, AP e Pqyl

RAIO X  
REALIZADO EM:  
01/02/15

URGÊNCIA:

☒

ROTINA:

☐

DATA:

01.02.19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

2

Dr. Elder Fabrício A. Cruz  
Méd. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9901



REQUISIÇÃO DE EXAMES

OME:											
ADN:											
SEXO:	M	F	CDR:	B	P	A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
<p>Nome: João Demétrio de Souza</p>											

ADOS CLÍNICOS:

**RAIO X**  
REALIZADO EM:  
25/01/19

ATERIAL A EXAMINAR:

AMES SOLICITADOS:

Rx antebraço @ AP  
Rx fêmur @ AP

GÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>
TA:	28/01/19	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Rafaelo Coimbra Batista  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM 6819 TEOT 13403





Sr(a): PAULO GENUINO DE SOUZA  
Dr(a): OTAVIO FERREIRA JR  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000448449  
Data: 28-01-2019 11:02  
Idade: 54 anos  
RG: NÃO INFORMADO  
Origem: AREA AMARELA  
Destino: Leito - 08

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 28/01/2019 11:00 ]

**Resultados**

**Valores de Referências**

**SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos.....	4.98 milhões/mm <sup>3</sup>	4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	15,2 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	45,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	90 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 32,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

**SÉRIE BRANCA**

Leucócitos.....	9.400 /mm <sup>3</sup> (%)	(/mm <sup>3</sup> )	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup>
Neutrofilos	0	0	
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	282	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm <sup>3</sup>
Segmentados.....	83,0	7.802	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>
Eosinófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>
Basófilos.....	0	0	
Linfocitos	10,0	940	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm <sup>3</sup>
Típicos.....	0	0	
Atípicos.....	4,0	376	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup>
Monocitos.....	160.000 mm <sup>3</sup>		140.000 à 400.000 mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....			

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

*Assinatura*  
Ana Cássia Miguel Agra  
Biomédica  
CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 2F72-43BE-A5DB-DFB9-D68E-BA38-6C1E-C8B7







ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a):	PAULO GENUINO DE SOUZA	Protocolo:	0000448449	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	OTAVIO FERREIRA JR	Data:	28-01-2019 11:02	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	54 anos	Destino:	Leito - 08

TEMPO DE COAGULACAO..... 7' 30'' min

[DATA DA COLETA: 28/01/2019 11:01 ]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:  
De 5 a 11 minutos

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2' 00''

[DATA DA COLETA: 28/01/2019 11:01 ]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:  
De 1 a 3 minutos

Ana Cassia Miguel Agra  
Biomédica  
CRBM 5411

Emissão : 28/01/2019 12:28 - Página 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 38CC-899C-134D-2581-00C1-A9C3-4C7F-172A



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Sr(a): PAULO GENUINO DE SOUZA  
Dr(a): OTAVIO FERREIRA JR  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000448449  
Data: 28-01-2019 11:02  
Idade: 54 anos

RG: NÃO INFORMADO  
Origem: AREA AMARELA  
Destino: Leito - 08

**GRUPO SANGUINEO E Rh**

[DATA DA COLETA: 28/01/2019 11:01 ]

GRUPO SANGUINEO..... A

Rh..... POSITIVO

Material: SANGUE

Método: HEMAGLUTINAÇÃO EM TUBO

  
Ana Cassia Miguel Agra  
Biomédica  
CRBM 6411

Emissão : 28/01/2019 12:28 - Página 2 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 2F72-43BE-A5DB-DFB9-D68E-BA38-6C1E-C8B7





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE  
Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

# AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Paulo Genuino de Souza

IMC: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

IDADE: 54

SEXO: m

DATA: 28/10/19

PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_

## 1 - SIMTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

- ☒ Assintomática  
SINTOMAS:  
☐ Cefaléia  
☐ Dispnéia de esforço

- ☐ Sintomática  
☐ Tontura  
☐ Grande  
☐ Média  
☐ Tosse Seca  
☐ Típica  
☐ Emoções ☐ Frio

- ☐ Oligossintomática  
☐ Síncope  
☐ Pequena  
☐ Ortopnéia  
☐ Expectoração  
☐ Atípica  
☐ Pós-prandial

Relacionada: ☐ E

Comentários: \_\_\_\_\_

## 2 - PATOLOGIA EM CURSO:

- ☒ Hipertensão Arterial Sistêmica N  
☒ Diabetes Mellitus N  
☐ Arritmias

- ☐ Hipertensão Pulmonar  
☒ Insuf. Cardíaca Congestiva N  
☐ Insuf. Renal

- ☐ DPOC ☐ Outros  
☐ Insuficiência Coronariana N  
☐ Aguda ☐ Crônica

## - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- ☐ Alergia a Medicamentos:  
☐ Etilismo  
☐ Dislipidemia

☐ Cirúrgico mega

- ☐ Tabagismo N  
☐ Sedentarismo  
☐ Outros

Medicamentos em uso ☒ Não

☐ Sim

## 4 - EXAME FÍSICO:

- ☐ Estado Geral ☒ Bom

☐ Regular ☐ Comprometido

☐ Precário ☐ Altura

Ap. Cardiovascular - Comentários: PCR, 2T, AD

FC.: 64 b.p.m P.A.: 120 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: \_\_\_\_\_

Abdômen - Comentários: \_\_\_\_\_

Membros Inferiores - Comentários: \_\_\_\_\_

## 5 - E.C.G.:

2. normal, SVE, ARV inferi

Ex. Laboratoriais: hg: 15,2

## 6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

- ☐ Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)  
☒ Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)  
☐ Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)  
☐ Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evi

Obs.: \_\_\_\_\_

Ass

MOD. 043





FX Rádio Distal

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento: EXT		Leito	Convênio
Paulo Genaro de Souza			04	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
02.02	1. Dieta livre 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN } SUSP 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG 10. Remetolona 1 amp. EV 12/12h	2 <sup>h</sup> 10 24 24	BEG, estável, sem distúrbios Pulmão: (+) CD: RPM Agido enfer	
			Dr. Evandro Moura MR Ottopédia 89900 CRM-PB 9900	

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]







SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

# Diagnostic

Fx radio distal (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

24

Paciente	Paulo	Alojamento	Ext 04	Leito	Convênio
	Paulo Gernius				

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
30/01	Dieta livre Telco Dipirona 1g + AD EV 6/6h Tilatil 20mg + AD EV 12/12h - SN Omeprazol 20mg vo jejun. SSR + CCG.	cl cl <del>cl</del> SN <u>06</u> cl	<del>18-24</del> <del>06-22</del>	PESO estabilizado afimul  Celi Vton  Hallisson Barros de Almeida ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - PB 9562
				Hallisson Barros de Almeida ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - PB 9562







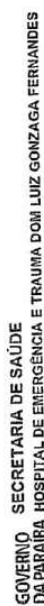
**GOVERNO SECRETARIA DE SAÚDE**  
**DA PARAIBA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

## DIAGNÓSTICO

$\mathbb{Z}/p\mathbb{Z}$  上

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]



## DIAGNÓSTICO

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ok 8

[illegible]

PA-320X80

Declaro ser autista  
portador de deficiência  
física

df

Declaro ser autista





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulo Genuino de Souza Registro: EXT. Leito: 09 Setor Atual: EXT II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 110x70 mmHg; FC: bpm; SPO2: %  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

temperature 36.8

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada (☒) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculat pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( ) D ( ) E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.



11/07/2019 19:29

4\_PRONTUÁRIO MÉDICO

Tipo de documento: Outros Documentos

Descrição do documento: 4\_PRONTUÁRIO MÉDICO

Id: 22654804

Data da assinatura: 11/07/2019

#### Atenção

Por motivo técnico, este documento não pode ser adicionado à compilação selecionada pelo usuário. Todavia, seu conteúdo pode ser acessado na página 'Detalhes do processo' na aba 'Processos', agrupador 'Documentos'.



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Raulo Gervasio de Souza Registro: 624 Leito: 63 Setor Atual: 63

### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 120 °C: 36,5 bpm: 63 SPO2: 98 %  
HGT: 1,70 mg/dl: 120 Kg: 63 Altura: 1,70 cm Dor: 0 Local: 0 Obs.: 0

### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Confuso ☐ Letárgico ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Outro  
GLASGOW(3-15): 15  
Drogas (Sedação/Analgesia): 0  
Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mioticas ( ) Midriáticas  
Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parêstesia Local:  
Linguagem: ( ) Qual? ( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Distúrbio ( ) Disartria.  
Obs:

### OXIGENIZAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi  
( ) VMI ( ) VMI TOT nº 0 Comissura labial nº 0 FIO2 0 % PEEP 0 cmH2O  
( ) Eupnéia ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:  
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuído ( ) D ( ) E  
Ruidos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:  
Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:  
Aspiração: Quantidade e aspecto: 0  
Data da inserção do dreno: 0 / 0 / 0 PCO2 0 PO2 0 HCO3 0 EB  
Aspecto da drenagem torácica: SPO2 0 Data: 0 / 0 / 0 Hora: 0

### PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Gasometria arterial: PH 0 PCO2 0 PO2 0 HCO3 0 EB  
Observação: 0  
Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar  
SEGURANÇA FÍSICA  
Agitação ( ) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de queda. Observação:  
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR  
Pulso: ☒ Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Equivocado ( ) Cheio.



FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal, Porto Alegre (2009).

Assinatura do Enfermeiro:

Enfermeira  
236624

DATA: 29/01/19

HORA: \_\_\_\_\_

### INTERCORRÊNCIAS

Observações:

Tipo:

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

Comunicação: (x) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo ( ) Medo:

COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

(x) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:

SONO E REPOUSO

Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

Higiene corporal: (x) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.

Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente (x) Parcialmente dependente. Observações:

CUIDADO CORPORAL

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Descrição: \_\_\_\_\_

Curativo em: \_\_\_\_\_

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: \_\_\_\_\_

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: \_\_\_\_\_

Condições das mucosas: ( ) Umidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )

Coloração da pele: (x) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado

Condição da pele: ( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outros:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Aspecto: ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Eliminação urinária: (x) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD. Débito ml/h:

Eliminação intestinal: (x) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há \_\_\_\_\_ dias ( ) Outros:

RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

Abdômen: (x) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:

Alimentação: (x) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora: \_\_\_\_\_

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Tipo somático: (x) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações: M56

Cateter vascular: (x) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: M50

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Mapapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Drugs vasoativas: ( ) Quais?

Tempo de enchimento capilar: ( ) < 3 segundos ( ) > 3 segundos

Pele: (x) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida

Turgência jugular: ( )

Preordal: ( )





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190325196**

**Vítima: PAULO GINUINO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 28/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PAULO GINUINO DE SOUZA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: **PAULO GINUINO DE SOUZA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000002047-8**

Conta: **000010025004-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 893.882.674-00 Nome completo da vítima: PAULO GENUINO DE SOUZA

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: PAULO GENUINO DE SOUZA

CPF: 893.882.674-00

Profissão: Agricultor

Endereço: Sítio Serrote Branco

Número: s/n

Complemento:

Bairro: Area Rural

Cidade: Areial

Estado: PB

CEP: 58140.000

E-mail: israelariasadv@gmail.com

Tel.(DDD): (83) 986127750

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

### RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco(237)

☐ Itaú(341)

☒ BancodoBrasil(001)

☐ Caixa Econômica Federal(104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2047

8

CONTA: 25004

X

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

Vivos:

Falecidos:

nascituro (vai nascer)?

pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão

digital da

vítima ou

beneficiário

não alfabetizado

Local e Data: Areial - PB 32/04/2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EDS 001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/07/2019 19:43:54

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119435363400000021981777

Número do documento: 19071119435363400000021981777

Num. 22654807 - Pág. 1

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** PAULO GENUINO DE SOUZA, brasileiro, estado civil: casado, profissão: agricultor, residente e domiciliado no Sítio Serrote Branco, s/n, bairro: Área Rural, Município de Areial, Estado da Paraíba, Cep. 58140-000, portadora do Rg. nº 1.716.241, SSP/PB e CPF nº 893.882.674-00.

**Outorgado:** ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO DAGUA Município de ALAGOA NOVA, Estado da PARAÍBA, Cep.: 58125.000, portador do RG nº 3406239 SSP/PB e CPF nº 082.917.124-09.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) PAULO GENUINO DE SOUZA, ocorrido em 28/01/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.  
Processo de natureza: INVALIDEZ.

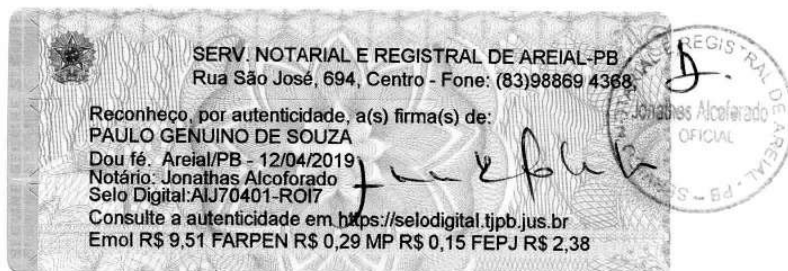
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Areial – PB, 12 / abril de 2019.

x Paulo Genuino de Souza  
Outorgante

CPF Nº 893.882.674-00

### “RECONHECER FIMA POR AUTENTICIDADE”





GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES E  
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163-1831-3310-9319



### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000062/19 registrada em 02/04/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos dois dias do mês de abril do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEICULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:33 horas, compareceu o Sr. PAULO GENUÍNO DE SOUZA, com 54 anos de idade, filho de SEBASTIÃO GENUÍNO DE SOUZA e MARIAJOAQUINA DA CONCEIÇÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de AREIAL - PB, Casado, escolaridade Medio Incompleto, profissão, portador da Cédula de Identidade Nº 1.716.241-2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 89388267400, residindo à rua SÍTIO SERROTE BRANCO, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de AREIAL - PB.

#### Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 07h30min do dia 28.01.2019, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Serrote Branco, área rural de Areial/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ano/modelo 2015/2016, cor vermelha, chassi nº 9C2KD0810GR414226, de placa QFR-1639/PB, licenciada em nome de Vanessa Oliveira da Silva, quando em uma curva o pneu dianteiro da moto derrapou em uma areia solta existente na via e o comunicante acabou perdendo o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares da CPTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de acidente de Trânsito; Que, na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Terça-feira, 2 de Abril de 2019

PAULO GENUÍNO DE SOUZA

Declarante

Jose Alberto do Nascimento  
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, **VANESSA OLIVEIRA DA SILVA**

RG nº **3565378**, data de expedição **\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

Órgão **\_\_\_**, portador do CPF nº **090.139.054-20**

com domicílio na cidade de **Alagoa Nova**, no Estado de **PARAÍBA**, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

**Rua José Antônio Frutuoso**, nº **73**

complemento **-----**, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

**PAULO GENUINO DE SOUZA**, cujo o condutor era

**PAULO GENUINO DE SOUZA**

Veículo: **MOTOCICLETA** Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Ano: **2015/2016**

Placa: **QFR 1639/PB** Chassi: **9C2KD0810GR414226**

Data do Acidente: **28/ 01/ 2019**

Local e Data: **ALAGOA NOVA - PB - 28 / Abril de 2019**

*Vanessa Oliveira da Silva Belo*  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

**CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA"** Antonio Marcos Bezerra de Melo  
R. Clementino Leite, 138 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (83) 3365-1066 TABELÃO PÚBLICO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
**VANESSA OLIVEIRA DA SILVA BELO**  
Dou fé. Alagoa Nova/PB - 18/04/2019  
Substituto: PAULO MARCOS MARTINS DE MELO  
Selo Digital: AIN01722-FMSH  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol R\$ 9,91 Farpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fepp R\$ 1,82

*Paulo*

**ESTADO DA PARAÍBA**  
**CARTÓRIO ÚNICO**  
**"ALÍPIO BEZERRA"**  
**ALAGOA NOVA**







GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): Paulo Carlos de  
Souza PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_  
SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 552 NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE 30/01/19 À 02/02/19 NECESSITANDO DE  
60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.  
Campina Grande 02/02/19

Ass. do médico - Nº. do CRM

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o  
Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do paciente ou responsável

MOD. 060



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014082322899  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

L A C R E  
0 0 4 2 7 8 6 7 6 2

VIA COD. RENAVAM RPT 201801000908775 EXERCÍCIO  
1 0106983529-0 00/00000000 2018

NOME  
VANESSA OLIVEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ PLACA  
09013905420 QFR1639/PB

PLACA ANT./UF CHASSI  
NOVO PB 9C2KD0810GR414226

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/NXR160 BROS ESDD 2015 2016

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2 P/162 /CI PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS  
IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º  
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS 2º  
A \*\*\*\*\* 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 25/09/2018

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE COTA OBRIGATORIO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL DATA  
ALAGOA NOVA-PB 26/09/2018

9999999 33553

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA  
TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014082322899 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 26/09/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA  
1 09013905420 QFR1639/PB

RENAVAM MARCA / MODELO  
01069835290 HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. QLT. TARIF. Nº CHASSI  
2015 9 9C2KD0810GR414226

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO  
\*\*\*\*\* SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
COTA ÚNICA PARCELADO 25/09/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.008/0001-04

33553-1514076-20180926



PAULO GINUINO DE SOUZA  
SIT. SERROTE BRANCO, S/N - ÁREA RURAL  
AREIAL/PB CEP: 53140000 (AG: 71)

Emissão: 05/02/2019 Referência: Fev / 2019  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B/230, Km 25 - Costa Redonda - João Pessoa/PB - CEP: 53071-600  
Roteiro: 3 - 74 - 429 - 4645 Nº medidor: 99008891453

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.085.199/0001-40 Insc. Est. 16.016.623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 018.704.207  
Cód. para Débito Automático: 00018796003

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2019	05/02/2019	07/03/2019	993.882.674-00

UC (Unidade Consumidora): 5/1879600-3

#### Canal de contato

As perdas de luzes dos postes acesas durante o dia ou ruas escuras à noite, informe à prefeitura da sua cidade. O cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e de toda cidade.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
05/01/19	80	05/02/19	68	1	8	29
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa ou Tributos	Valor Base Calc. Aliq. Icms (R\$)	Base Calc. Fei (R\$)	Cólm (R\$)
0601	Custo de Disponibilidade			24,89	24,89	25
0804	JUROS DE MORA 01/2018			0,07	0,00	0
0805	MULTA 01/2018			0,50	0,00	0

CCI: Código de Classificação do Item	TOTAL	25,36	24,89	6,17	24,89	6,24	1,12
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					
30	12/02/2019	R\$ 25,26					

Historico de Consumo (kWh)

1	1	1	1	6	5	8	7	11	9	5	9
Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19				

RESERVADO AO FISCO

b048.e2de.49b8.b348.0044.106c.f077.cb24.

#### Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,74	
DIC TRIMESTRAL	23,48	
DIC ANUAL	46,96	
FIC MENSAL	7,74	
FIC TRIMESTRAL	15,48	
FIC ANUAL	30,96	
DMC	6,49	
DICR	16,80	

#### ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	6,09	24,11
Compra de Energia	5,92	23,48
Serviço de Transmissão	0,99	3,96
Encargos Setoriais	1,44	5,70
Impostos Diretos e Encargos	8,10	32,07
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	25,26	100,00

Valor em Euros (R\$) 12/02/2019

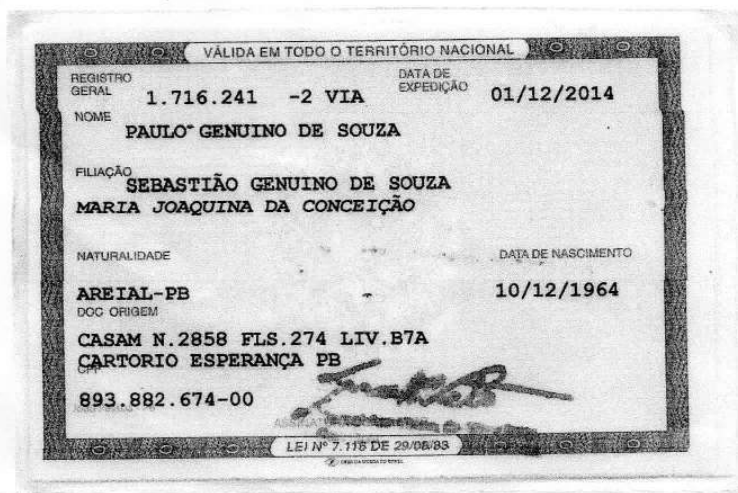
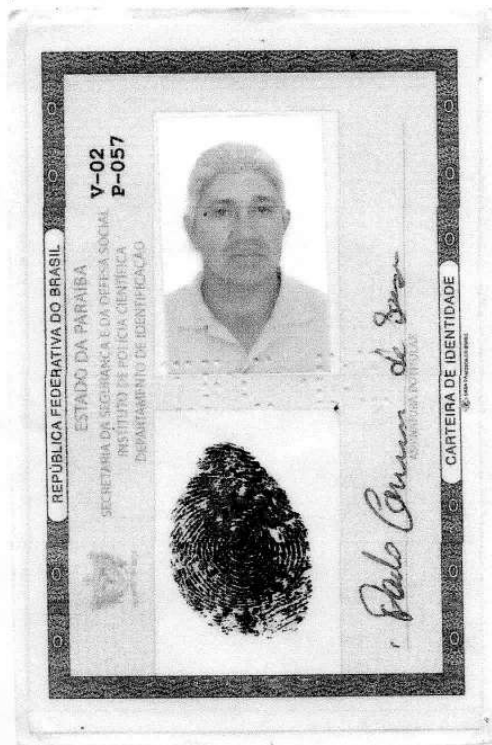
Faturas em atraso



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/07/2019 19:43:54

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119435363400000021981777

Número do documento: 19071119435363400000021981777







**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

**SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCUMENTALASXTIPO-1&CODIGO-23636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. <sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ISRAEL DE SOUZA FARIAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.917.124 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

PAULO GENUINO DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 893.882.674 / 00,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PAULO GENUINO DE SOUZA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 893.882.674 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

**Declaro** ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: LOC. ENGENHO OLHO DAGUA / LOTEAMENTO REJANE LIMA		Número: 65	Complemento: ---
Bairro: OLHO DAGUA	Cidade: ALAGOA NOVA	Estado: PB	CEP: 58125.000
E-mail: israelfariasadv@gmail.com			Tel.(DDD): (83) 98116-7741 (83) 99631-8671

Local e Data: ALAGOA NOVA – PB, 12/04/2019

Israel de Souza Farias

Assinatura do Declarante



JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO  
LOC ENGENHO OLHO DA AGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO DA AGUA  
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 (AG-71)



Ligação: MONOFÁSICO  
Classe: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: 5 - 77 - 614 - 289  
Medidor: 00008716750

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
9/230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 023.090.423  
Cód. para Deb. Automático: 00817321514

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
Abr / 2019	09/04/2019	09/05/2019	093.510.564-65 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

#### Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos  
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009,  
informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2019 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.  
Já conhece os nossos perfis nas redes sociais? Siga a gente no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, dicas de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/03/19	3784	09/04/19	3938	1	144	28

#### Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa / Tributos Total (R\$)	Valor Base Calc. ICMS (R\$)	Alíq. ICMS (R\$)	Base Calc. Pis (R\$)	Cotins (R\$)	Cotins (%)		
0501	Consumo em kWh	144,000	0,854400	123,03	123,03	27	33,21	123,03	1,33	6,14
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			2,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 02/2019			0,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 02/2019			2,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	125,41	123,03	33,21	123,03	1,33	6,14
Tarifa al. Tributos	0,571770						

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
127	11/05/2019	R\$ 128,41

#### Histórico de Consumo (kWh)

119	101	113	112	105	114	130	140	151	178	129	133
Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19

#### RESERVADO AO FISCO

a669.29ee.adff.a4a2.0c5b.7a30.621c.6bfe.

#### Indicadores de Qualidade 2/2019 - Área

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,47	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,94		
DIC ANUAL	25,89		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC MENSAL	3,43	0,00	
FIC TRIMESTRAL	6,86		
FIC ANUAL	13,70		
DMIC	9,80	0,00	
DICRI	12,22		

#### Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia / PB	29,21	22,75
Compra de Energia	41,83	32,46
Serviço de Transmissão	4,55	3,54
Encargos Setoriais	6,91	5,38
Impostos Diretos e Encargos	48,06	37,87
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	128,41	100,00

Valor do EUSD (Ref. 2/2019) R\$ 38,69

#### ATENÇÃO

Aten! Verifique se chegou a Agência de Trabalho

#### Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 00243.900172 1 78860000012841

PAGADOR: JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO - CPF/CNPJ: 093.510.564-65  
LOC ENGENHO OLHO DA AGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO DA AGUA - ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
28249120000743900	001732151201904	11/05/2019	R\$ 128,41	



BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.095.183 / 0001-40







Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/07/2019 19:43:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119435461400000021981778>

Número do documento: 19071119435461400000021981778

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			<b>Número do boleto:</b> 004.2.19.00338/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Alagoa Nova	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 11/07/2019
<b>Número da guia:</b> 004.2019.600338 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 31/07/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 504,70 - Taxa Judiciária: R\$ 116,44 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,47
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 622,49
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866700000064 224909283182 520190731007 421900338011 			<b>Valor final:</b> R\$ 622,49

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			<b>Número do boleto:</b> 004.2.19.00338/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Alagoa Nova	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 11/07/2019
<b>Número da guia:</b> 004.2019.600338 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 31/07/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 504,70 - Taxa Judiciária: R\$ 116,44 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,47
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 622,49
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866700000064 224909283182 520190731007 421900338011 			<b>Valor final:</b> R\$ 622,49

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			<b>Número do boleto:</b> 004.2.19.00338/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Alagoa Nova	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 11/07/2019
<b>Número da guia:</b> 004.2019.600338 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 31/07/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 504,70 - Taxa Judiciária: R\$ 116,44 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,47
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 622,49
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866700000064 224909283182 520190731007 421900338011 			<b>Valor final:</b> R\$ 622,49







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

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 004.2019.600338

**Data Vencimento:** 31/07/2019

**Data Emissão:** 11/07/2019

**Comarca:** Alagoa Nova

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

**Promovente:** PAULO GENUÍNO DE SOUZA

**Promovido:** ISRAEL DE SOUZA FARIAS

**Valor da Causa:** R\$ 7.762,50

**Despesas Processuais:** R\$ 0,00

**Custas:** R\$ 504,70

**Taxa:** R\$ 116,44

**Total da Guia:** R\$ 621,14

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.**



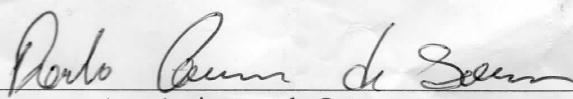
## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** PAULO GENUINO DE SOUZA, brasileiro, estado civil: casado, profissão: agricultor, residente e domiciliado no Sítio Serrote Branco, s/n, bairro: Area Rural, Município de Areial, Estado da Paraíba, Cep. 58140-000, portadora do Rg. nº 1.716.241, SSP/PB e CPF nº 893.882.674-00.

**Outorgado:** ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000. FONE: (83) 98116-7741 / 99631-8671 Endereço Eletrônico: israelfariasadv@gmail.com, onde o outorgado deverá receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

**Poderes e fins:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu procurador e para defender seus interesses perante o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância ou tribunal, ficando, o mesmo, investido no poder para o foro em geral, usando de todos os recursos legais e acompanhando-a até decisão final. Confere ainda aos outorgados os poderes especiais para requerer, desistir, transacionar, conciliar, assinar termo de denúncia e conciliação, renunciar, desistir, transigir, em juízo ou fora dele, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Alagoa Nova/PB, 05/06/2019.

  
Assinatura do Outorgante:





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**2ª Vara Mista de Esperança**

Processo: 0801490-41.2019.8.15.0171

AUTOR: PAULO GINUINO DE SOUZA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

*Vistos, etc.*

**Defiro** a gratuidade judiciária requerida (art. 98 e seguintes, CPC), vez que não há elementos nos autos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão do benefício ou capazes de autorizar a descon sideração da presunção relativa da alegação de insuficiência de recursos (art. 99, §§ 2º e 3º, CPC).

Ademais, observando-se que a matéria discutida nos presentes autos admite a autocomposição, mas considerando que a prática forense tem revelado que a parte promovida não se dispõe a fazer acordo sem a realização da perícia médica, afigura-se desnecessária (e mesmo desaconselhável, ineficiente (art. 37, caput, CF) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (art. 5º, LXXVII, CF) a designação exclusiva de audiência de conciliação, quando já se anuncia infrutífera sua realização, sobretudo em razão do benefício pleiteado já ter sido negado administrativamente.

Registra-se, todavia, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como fase preliminar da própria audiência de instrução (art. 359, CPC), motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo para a *ratio* conciliadora da novel codificação (art. 3º, § 3º, c/c art. 139, V, CPC) a sua não realização no caso dos autos.

Portanto, **cite-se** a parte acionada para, querendo, oferecer Contestação no prazo legal.

Esperança, **data e assinatura eletrônicas.**

***Iêda Maria Dantas***  
***Juíza de Direito em substituição***

