



Número: **0829597-71.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/06/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.787,50**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---------------------------------------|--------------------|---|--------------------------|
| POLIANA DA SILVA RIBEIRO (AUTOR) | | FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO) | |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 14746 450 | 11/06/2018 12:05 | Petição Inicial | Petição Inicial |
| 14746 463 | 11/06/2018 12:05 | DPVAT - INICIAL - Poliana da Silva Ribeiro | Documento de Comprovação |
| 14746 472 | 11/06/2018 12:05 | DPVAT - Procuração - Poliana da Silva Ribeiro | Procuração |
| 14746 475 | 11/06/2018 12:05 | DPVAT - Documentos - Poliana da Silva Ribeiro | Documento de Comprovação |
| 15497 164 | 15/07/2019 14:23 | Despacho | Despacho |

Anexo



**AO JUÍZO DE DIREITO DA
____ VARA CÍVEL DA COMARCA DA CAPITAL - PB**

POLIANA DA SILVA RIBEIRO, brasileira, solteira, balconista, portadora do RG nº 3.898.724 SSDS/PB e CPF nº 705.089.454-02, residente e domiciliada à Rua Rafael Antônio dos Santos, S/N, Bloco 19, Apt. 202, Paratibe, João Pessoa - PB, CEP 58065-150, endereço eletrônico (luara@fidelisadv.com), por seus advogados subscritores, com endereço profissional à Rua Rodrigues de Aquino, 230, Centro, João Pessoa - PB, vêm à presença de Vossa Excelência, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO OBRIGATÓRIO -
DPVAT**

em desfavor da **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 61.074.175/0001-38, com endereço à Av. Presidente Epitácio Pessoa, 723, Bairro dos Estados, João Pessoa - PB, CEP 58030-000, o que faz pelos fundamentos fáticos e jurídicos abaixo articulados:

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 230
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

1/5



1. DA JUSTIÇA GRATUITA

Consoante vaticina o artigo 98, da Lei 13.015/15, a Autora pleiteia os benefícios da assistência judiciária gratuita, tendo em vista que sua situação econômica não lhe permite, atualmente, pagar custas do processo e honorários advocatícios, sem prejuízo de seu sustento e de sua família.

2. DOS FATOS

No dia 04/12/2016, por volta das 01h00, a Autora foi vítima de acidente de trânsito enquanto trafegava, como carona, pela Rua Francisco Porfírio Ribeiro, bairro Mangabeira, em uma motocicleta de marca Honda/Pop 1101, cor vermelha e placa QFZ8638/PB.

Em decorrência do acidente de trânsito, foi resgatada pelo SAMU e encaminhada ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. No seu atendimento médico foi constatado que a Autora apresentava traumatismo craniano, trauma em membro superior esquerdo, trauma cervical e em membro inferior.

A parte Promovente, em decorrência do acidente de trânsito ocorrido, de posse da documentação exigida em Lei, procurou uma das seguradoras conveniadas à FenSeg, para receber a indenização pelo acidente de trânsito ocorrido, **tendo recebido o valor de R\$ 3.712,50 (três mil setecentos e doze reais e cinquenta centavos)**, valor este muito aquém da gravidade das lesões permanentes e do estabelecido em Lei.

Sendo assim, não restou alternativa a Promovente senão pleitear a justa indenização a ele devida, no que tange ao seguro obrigatório DPVAT, em razão da invalidez permanente do grave acidente de que foi acometido, em observância à disposição contida no inciso II, do artigo 3º, da Lei nº 6.194/74 alterado pela Lei nº 11.482/2007.

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 230
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

2/5



3. DO DIREITO

A cobertura do seguro obrigatório – DPVAT – abrange os casos de indenização por morte ou por invalidez permanente e de reembolso de despesas médico-hospitalares, objetivando proporcionar a todas as vítimas de acidentes automobilísticos indenizações pelos danos sofridos.

Para o recebimento do seguro DPVAT, nos termos do art. 5º da Lei 6.194/74, com as alterações dadas pela Lei 8.441/92, basta que se comprove o acidente e o dano dele decorrente.

No caso em deslinde, observa-se a presença dos dois requisitos mencionados em lei. Primeiramente, a Autora foi vítima de acidente de trânsito ocorrido enquanto trafegava, como carona, pela Rua Francisco Porfírio Ribeiro, bairro Mangabeira.

Ademais, e para assegurar que lhe é devido justa indenização, o acidente resultou em invalidez permanente, como bem demonstrado por laudos médicos em anexo.

Por assim ser, a Promovente preencheu todos os requisitos do art. 5º da Lei 6.194/74, quais sejam: prova do acidente de trânsito e o dano oriundo dele.

Sobre isso, a jurisprudência dominante, seguindo orientação do STJ:

AGRAVO INTERNO. MONOCRÁTICA NA QUAL NEGOU-SE SEGUIMENTO À APELAÇÃO CÍVEL MANIFESTAMENTE IMPROCEDENTE. DESPROVIMENTO. **Para pagamento da indenização referente ao seguro DPVAT, exige a Lei 6.194 de 19 de novembro de 1974, em seu artigo 5.º, a simples prova do acidente e do dano dele decorrente**, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00025857920128150141, 3ª Câmara Especializada Cível, Relatora DESA. MARIA DAS GRAÇAS MORAIS GUEDES, j. em 27-10-2015) (grifo nosso)

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 230
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

3/5



APELAÇÃO CÍVEL. COBRANÇA SEGURO DPVAT. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE DE TRÂNSITO DEMONSTRADA. JUROS E CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. Para o pagamento da indenização securitária DPVAT é necessária a comprovação do acidente de trânsito e do dano decorrente, conforme o art. 5.º, caput, da Lei 6.194/74. O autor juntou cópia do boletim de ocorrência e de prontuário médico de urgência, pelo que é afastada a hipótese de impossibilidade jurídica do pedido, pois suficientemente instruída a inicial. A correção monetária incide a partir da data do evento danoso. Os juros de mora deverão incidir a partir da citação. (TJ-MG - AC: 10325130001424001 MG, Relator: Amorim Siqueira, Data de Julgamento: 30/07/2014, Câmaras Cíveis / 9ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 06/08/2014) (grifo nosso)

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT - COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE E DO DANO DECORRENTE - EFETUADA - LAUDO PERICIAL PARTICULAR - PROVA NÃO IMPUGNADA - INVALIDEZ PERMANENTE - DANO CORPORAL PARCIAL - SINISTRO OCORRIDO DEPOIS DA ALTERAÇÃO INTRODUZIDA PELA LEI Nº. 11.482/2007 E PELA LEI 11.945/09 - QUANTUM PROPORCIONAL. Nos termos do artigo 5º da Lei nº 6.194/74, para que a vítima faça jus ao recebimento de indenização por invalidez referente ao seguro obrigatório, basta a comprovação da prova do acidente e do dano decorrente, ônus do qual se desincumbiu o autor. Nos termos do art. 333, II do CPC, compete ao réu provar a existência de fatos impeditivos, modificativos ou extintivos do direito do autor. O julgador não está adstrito ao laudo pericial, entretanto, é este o meio de suprir a carência de conhecimentos técnicos para a apuração dos fatos, mormente quando a elucidação do feito depender de conhecimento técnico. (TJ-MG - AC: 10647140033257001 MG, Relator: Edison Feital Leite, Data de Julgamento: 28/05/2015, Câmaras Cíveis / 15ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 09/06/2015) (grifo nosso)

Desta feita, a parte Demandante, manejando o seu *jus postulanti*, direito garantido a qualquer cidadão brasileiro, previsto na Lei Maior, Constituição Federal, vem buscar a tutela jurídica do Poder Judiciário para obter o que é seu de Direito.

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 230
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

4/5



4. DOS PEDIDOS

Ante o exposto, requer a total **procedência** da ação, nos seguintes termos:

a) a **citação da empresa seguradora**, na pessoa do seu representante legal, a fim de que, querendo, compareça na audiência de conciliação e apresente sua defesa, no tempo devido, sob pena de lhe ser decretada a sua revelia;

b) a **concessão do benefício da assistência judiciária gratuita**, tendo em vista que a Autora não apresenta, atualmente, condições financeiras suficientes para arcar com as custas processuais sem comprometer o seu sustento e da sua família, nos termos do art. 98, da Lei 13.015/15;

c) **requer a dispensa da audiência de conciliação, conforme o art. 334, § 4º, I, §5º, do Código de Processo Civil, já que a matéria necessita da realização de perícia médica;**

d) a **condenação da Ré ao pagamento da indenização**, no valor de R\$ 9.787,50 (nove mil setecentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), acrescidos de juros e correção monetária;

e) a condenação da Ré ao **recolhimento de custas** e **pagamento dos honorários advocatícios**, a critério deste douto Juízo;

f) que as **intimações** aos autores sejam feitas nas pessoas do seu procurador judiciais **Francisco Assis Fidelis de Oliveira Filho**, no endereço do timbre.

Protesta provar o alegado por todos os meios em Direito admitidos.

Dando-se à causa o valor de **R\$ 9.787,50** (nove mil setecentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Advoga deferimento.

João Pessoa, 08 de maio de 2018.

Francisco Assis Fidelis de Oliveira Filho
OAB/PB 14.839

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 230
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

5/5



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

POLIANA DA SILVA RIBEIRO, brasileira, solteira, balconista, portadora do RG nº 3.898.724 SSDS/PB e CPF nº 705.089.454-02, residente e domiciliada à Rua Rafael Antônio dos Santos, S/N, Bloco 19, Apt. 202, Paratibe, João Pessoa - PB, CEP 58065-150

OUTORGADO:

FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB 14.839 e **LUARA GABRIELLE ALVES DOS SANTOS FIDELIS**, brasileira, casada, OAB/PB 15.216, estabelecidos à Rua Rodrigues de Aquino, 55, Centro, João Pessoa - PB.

PODERES: a quem confere poderes com a cláusula *ad judicia* para, como seus advogados, representar o outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extrajudicialmente.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração confere aos outorgados poderes para, em nome do outorgante, confessar, negociar e transigir (art. 334, CPC), desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, requerer justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência, com base no artigo (art. 105, CPC).

CONTRATO: Concomitantemente com os poderes acima outorgados, o Outorgante aceita pagar aos advogados contratados honorários correspondentes a 30% (trinta por cento) do proveito econômico auferido pelo autor da ação (ou por composição amigável) apuradas em procedimento de execução, com as devidas atualizações até final pagamento, facultado aos advogados contratados requerer nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários a que lhe faz jus, por dedução da quantia a ser recebida pelo Constituinte, ora Contratante (art. 4º, Lei nº 8.906/94). Fornecimento de documentos e informações necessários ao bom e rápido andamento da ação, por conta do outorgante. As partes contratantes elegem o foro da cidade de João Pessoa - PB, para dirimir qualquer ação oriunda deste contrato.

João Pessoa, 08 de agosto de 2016.

Poliana Da Silva Ribeiro
OUTORGANTE

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 55
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

contato@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

1/1



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e do art. 98, da Lei 11.103/15.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

_____/____/____.

x *Heliana Da Silva Ribeiro*



SINISTRO 3170517582 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** POLIANA DA SILVA RIBEIRO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO POLIANA DA SILVA RIBEIRO**CPF/CNPJ:** 70508945402**Posição em 08-02-2018 12:26:38**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 23/01/2018 | R\$ 3.712,50 | R\$ 0,00 | R\$ 3.712,50 |





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00988.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00988.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:42 horas do dia 24 de maio de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu Poliana da Silva Ribeiro, CPF nº 705.089.454-02, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Balconista, filho(a) de Cicera da Silva Gomes e Wilson Borges Ribeiro, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 01/06/1994 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rafael Antônio dos Santos, Nº 19, complemento BC. 19, APTº 204 - COND. INDEPENDÊNCIA 1, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Mercadinho São Sebastião, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98190-0448.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rua Francisco Porfírio Ribeiro, Perto da Loja Constance, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/12/16 01:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que vinha na garupa da MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/POP 1101, COR VERMELHA, ANO 2016/2017, PLACA QFZ8638/PB, CHASSI 9C2JB0100HR503782, DE PROPRIEDADE DA NOTICIANTE E CONDUZIDA POR SEU IRMÃO WILLIAMS GOMES BORGES (CPF. 090.996.694-02, CNH. 5753435599), quando passavam numa curva próximo à Loja Constance seu irmão WILLIAMS perdeu o controle da motocicleta vindo ambos a caírem ao solo; Que WILLIAMS teve apenas pequenos arranhões; Que a noticiante veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELA DRª JOACILA BRAGA BRANDÃO, CRM 1741/PB, DATADO DE 26.02.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena para onde foi socorrido pelo SAMU.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 24 de maio de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


POLIANA DA SILVA RIBEIRO
Noticiante

Procedimento Policial: 00988.01.2017.1.00.420





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



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
RUA DIÓGENES CHIANCA, 1777
JOÃO PESSOA - PB 58053-900

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 703/076, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1523106, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **POLIANA DA SILVA RIBEIRO** idade 22 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 04/12/2016, na R. Francisco Porfírio Ribeiro, Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 01:40 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 23 de Março de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/SP Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matricula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone: SAME - (53) 3218.9242 - 3218.9125





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

| INFORMAÇÕES PESSOAIS | |
|------------------------|--|
| NOME DO PACIENTE | POLIANA DA SILVA RIBEIRO |
| DATA DE NASCIMENTO | 01/06/94 |
| NOME DA MÃE | CICERA DA SILVA GOMES |
| DADOS EXTRAÍDOS | |
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 965.290 |
| PRONTUÁRIO N.º | 99.003 |
| DATA DO ATENDIMENTO | 04/12/16 |
| HORA DO ATENDIMENTO | 02:44 |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO | ACIDENTE DE MOTO |
| DIAGNÓSTICO (S) | POLITRAUMATISMO COM TCE - |
| CID 10 | V 27 + T 06.8 (S 06.8 + S 62.5 + T 01.8) |

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X OBJETO, RESGATADO PELO SAMU, APRESENTANDO FCC EM COURO CABELUDO + ABRASÕES MÚLTIPLAS EM MMSS E MMII E QUEIXA DE DOR EM FACE, EM REGIÃO CERVICAL E CEFALÉIA + EDEMA E ABRASÃO EM MÃ ESQUERDA COM DOR À MANIPULAÇÃO. GLASGOW 13 (3 + 4 + 6).


EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRÂNIO- RELATO NCR- HSAT E CONTUSÃO TEMPORAL À DIREITA
RX DE MÃO ESQUERDA- FRATURA DE FALANGE DISTAL DO POLEGAR
USG DE ABDOMEM TOTAL- FAST
TC DE COLUNA CERVICAL
RX DE TÓRAX E BACIA

TRATAMENTO

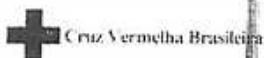
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO NEUROCIRÚRGICA POR TCE + AVALIAÇÃO COT COM IMOBILIZAÇÃO COM TALA LUVA EM MÃO ESQUERDA + MEDICAÇÃO + RETORNO AO HTOP.

ALTA HOSPITALAR: 09/12/2016
DATA DA EMISSÃO: 26/02/2017


Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel.:

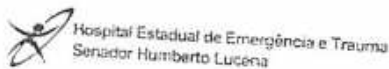
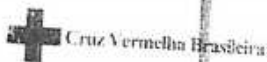
Boletim de Atendimento: 965290



| | | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|---|---------------------|--------|--------------------|
| Identificação do paciente | | | | | | |
| ID 1112661 | Nome POLIANA DA SILVA RIBEIRO | | | Sexo Feminino | | |
| Data de nascimento 01/06/1994 | Idade 22 anos 6 meses 14 dias | Estado civil | Religião | Prontuário 99003 | | |
| Mãe CICERA DA SILVA GOMES | Pai WILSON BORGES RIBEIRO | | | | | |
| E escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO | Responsável (Parentesco) - O MESMO(A) | | | | | |
| DDD Móvel | Fone Móvel 87580438 | DDD Fixo | Fone Fixo 98655055 | | | |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 3898724 | Nº Cns | | | | |
| Local de procedência | Tipo | | UF | | | |
| Email | Naturalidade JOAO PESSOA | CBO/R | | | | |
| Endereço | | | | | | |
| CEP 58065150 | Município de residência JOAO PESSOA | UF PB | Logradouro RAFAEL ANTÔNIO DOS SANTOS | | | |
| Número SN | Complemento | Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO | | | | |
| Admissão | | | | | | |
| Data e Hora 04/12/2016 02:44:27 | Número da pulseira 1000004661152 | | Convênio SUS | | | |
| Especialidade CLINICA GERAL | Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL | | | | | |
| Classificação de risco | Origem do paciente RUA | | | | | |
| Caráter de atendimento URGÊNCIA | Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente MOTO X OBJETO | | | | |
| Indicadores e Transporte | | | | | | |
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Veio de ambulância Sim | Trauma Não | | | |
| Meio de transporte SAMU | Quem transportou | | | | | |
| Sinais Vitais | | | | | | |
| PA X | mmHg | Pulso | Temperatura | | | |
| Exames complementares | | | | | | |
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos | | | | | | |
| Diagnóstico | | | | | | |
| Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA | | | | | | |
| Tempo 08min 14seg | | | | | | |

Imprimir





ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 965290



| Identificação do paciente | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| ID | Nome | | |
| 1112661 | NAO IDENTIFICADO POLIANA | | |
| Data de nascimento | Idade | Estado civil | Sexo |
| 01/01/1996 | 20 anos 11 meses 3 dias | | Feminino |
| Mãe | Religião | | Prontuário |
| NAO INFORMADO | | | |
| Escolaridade | Pai | | |
| | NAO INFORMADO | | |
| DDD Móvel | Fone Móvel | Responsável (Parentesco) | |
| | | A MESMA - O MESMO(A) | |
| Tipo documento | Número documento | DDD Fixo | Fone Fixo |
| | | | |
| Local de procedência | Nº Cns | | |
| | | | |
| Email | Naturalidade | Tipo | UF |
| | | CBO/R | |
| Endereço | | | |
| CEP | Município de residência | UF | Logradouro |
| 58059418 | JOAO PESSOA | PB | ANTERO CÍCERO LUIZ |
| Número SN | Complemento | Bairro | |
| | | MANGABEIRA | |
| Admissão | | | |
| Data e Hora | Número da pulseira | Convênio | |
| 04/12/2016 02:42:27 | 1000004661152 | SUS | |
| Especialidade | Clínica | | |
| CLINICA GERAL | CLINICA TRAUMA E GERAL | | |
| Classificação de risco | | | |
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento | Origem do paciente | |
| URGÊNCIA | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | RUA | |
| | | Detalhe do acidente | |
| | | MOTO X OBJETO | |
| Indicadores e Transporte | | | |
| Caso policial | Plano de saúde | Veio de ambulância | Trauma |
| Não | Não | Sim | Não |
| Meio de transporte | Quem transportou | | |
| SAMU | | | |
| Sinais Vitais | | | |
| PA | X | mmHg | Pulso |
| | | | Temperatura |
| Exames complementares | | | |
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] |
| Dados clínicos | Líquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| RAIO X | | | |
| TCE | | | |
| Acidente motociclista | | | |
| 04/12/16 | | | |
| Diagnóstico | | | |
| FCC n° 13 | | | |
| Atendido por | | | |
| ILMA VIEIRA DA SILVA | | | |
| Imprimir | | | |
| Tempo | | | |
| 08min 14seg | | | |

Imagem wheel
TC crânio HSA - 10
cl. sistema
Observar

PLACIO G. L. S.
Otorrinolaringologia
2018



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



END.: ANTERO CA CERO LUZ
M. SN - MANGABEIRA
JORD PESSOA
FONE: ()
CELULAR: ()
IDADE: 28
DT. ENTRADA: 04/12/2016 02:44:27

| DATA | HORA | DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO |
|------------|----------------|---|
| 04/12/2016 | (12:00 horas) | Em tempo: # <u>Ortopedia</u> . |
| | | Paciente vítima de acidente de moto, que vindo-se de Cebaléia, dor em pulso e mão esquerda. |
| | | Exame: Vítima de, porém consciente, supinista. Apresenta edema + abaulamento em pulso. |
| | | Abaulamento em membros superiores e inferiores. |
| | | Presença de edema, ulnar em mão esquerda, ulna de dor à manipulação. AMN Negativa. |
| | | Parafuso: fratura de fêmur distal do fêmur. |
| | | Conclusão: 1) SAT 500 UIM 12.20 |
| | | 2) Pulso |
| | | 3) Imagem: Dolo Luv |
| | | 4) Análise: Dolorosa trap + no (5) 6/6h |
| | | 5) Paciente com lesões das 2 mãos e lesões |
| | | Sob orientação de Dr. James |

Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 11/06/2018 12:03:16
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18061112025449600000014389552
Número do documento: 18061112025449600000014389552



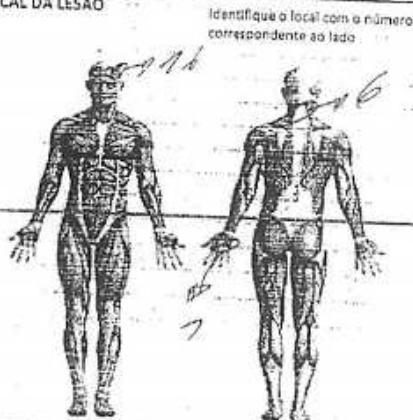
01 ENHANCED 04/17/2018 02:44:11
 IMAGE: 20
 CBL7LM ()
 FONE: ()
 JORDAN WESSON
 N. 7N - HANDBEIRING
 END : WINTER CA CERO LUTZ
 INFO AND INFO001
 IT. MSCC. 01/01/1998
 NO IDENTIFICADO
 POLINA
 BE : 961
 00000000461132



EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim

LOCAL DA LESÃO



Identifique o local com o número correspondente ao lado

- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma):

% Grau de queimadura:

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias☒ Ultrassonografia (FAST)☒ Tomografia computadorizada☐ Lavado peritoneal☐ Gasometria arterial☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

| | | CÓDIGO | ASSINATURA E CARIMBO |
|----|--------------------------|--------|------------------------|
| 1 | Atendimento inicial | | |
| 2 | SOL 1900 - 19 | | |
| 3 | Exames de imagem | | |
| 4 | Exames de imagem | | |
| 5 | Exames de imagem | | |
| 6 | Exames de imagem | | |
| 7 | Sutura de Curvo cabuludo | | Roberto Ciraujo Junior |
| 8 | | | Carla Gera |
| 9 | | | CRM 4082 |
| 10 | | | |

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da

Solicito parecer da

às

do dia

às

do dia

DESTINO DO PACIENTE

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (setor)☐ Alta hospitalar☐ Óbito☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ A pedido☐ A revalla☐ Família☐ JML☐ Desistência☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

F(NG).CC.001-1

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME: POLIANA DA SILVA

BE: 965290

DATA: 05/12/2016

A. Laranja

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA ZERO *leite*
2. SF 0,9% 2000 ML EV 24H *1° 2° 3° 4°*
3. GLICOSE 50% 1AMP CADA SF *Atenção*
4. CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H (D1 - 05.12.16) → *10 d 16 04*
5. HIDANTAL 2 ML + AD EV 8/8 HORAS *16 24 08*
6. OMEPRAZOL 40MG + AD 10 ML EV MANHA *04*
7. DIPIRONA 1G + AD EV 6/6 HORAS *16 22 04 20*
8. NAUSEDRON 8MG IV 8/8H SE NÁUSEAS E/OU VÔMITOS; *SN*
9. CETOPROFENO 100MG + SF 0,9% 100ML IV 12/12HS; *16 04*
10. CABECEIRA A 30 GRAUS
11. VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA;
12. SSVV + CCGG
13. *Higienização global att*

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HSAT E CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA

GLASGOW 13

PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES

LEUCOCITOSE 22.070

FAST OK

TC COLUNA CERVICAL - OK

CD: OBSERVAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

Dra. THAISE AGUIAR TEIXEIRA
NEUROCIRURGA
CRM 12345



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME: POLIANA DA SILVA

BE: 965290

DATA: 09/12/2016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA BRANDA COM ASSISTENCIA
2. SF 0,9% 2000 ML EV 24H 1^o 2^o 3^o 4^o
3. CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H (DI - 05.12.16) 16 04
4. HIDANTAL 2 ML + AD EV 8/8 HORAS 16 24 08
5. OMEPRAZOL 40MG + AD 10 ML EV MANHA 06
6. DAPIRONA 1 G + AD EV 6/6 HORAS 16 22 04 10
7. NAUSEDRON 8MG IV 8/8H SE NÁUSEAS E/OU VÔMITOS; 12 11
8. CETOPROFENO 100MG + SF0,9% 100ML IV 12/12HS; 16 04
9. CABECEIRA A 30 GRAUS
10. HIGIENIZAÇÃO GLOBAL > 12 11
11. SSVV + CCGG

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: HSAT E CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA

GLASGOW 15
PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES
LEUCOCITOSE 22.070 → 13 770
FAST OK
TC COLUNA CERVICAL - OK

CD: SUPORTE CLÍNICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA
ALTA DA NEUROCIRURGIA PARA ACOMPANHAR NO HTOP
REAValiação DA ORTOPEDIA - ORIENTAÇÕES PARA ALTA
REAValiação DA CIRURGIA GERAL - CONCLUIR ATLS

Dr. José Lopes de Sousa Filho
Neurocirurgia
CRM/PB - 6876



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME: POLIANA DA SILVA

DATA: 04/12/2016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. JEJUM
2. SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS ~~10~~ 2^o 3^o
3. HIDANTAL 2 ML + AD EV 8/8 HORAS ~~10~~ 24 08
4. OMEPRAZOL 40MG + AD 10 ML EV 1X/D: 06
5. DIPIRONA 1G + AD EV 6/6 HORAS (16) 04 10
6. NAUSEDRON 8MG IV 8/8H SE NÁUSEAS E/OU VÔMITOS: ATT
7. CETOPROFENO 100MG + SF 0,9% 100ML IV 12/12HS: 06 04
8. CABECEIRA A 30 GRAUS ATT
9. VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA: ATT
10. SSVV + CCGG

Dr. Alécio C. E. S. Barcelos
Neurocirurgião - CRM/PB 7104

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: HSAT E CONTUSÃO PEQUENA PUNTIFORME
TEMPORAL DIREITA

GLASGOW 13

PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES

CD: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA. HIDANTAL

Dr. Alécio C. E. S. Barcelos
Neurocirurgião - CRM/PB 7104

Poliana 10:30





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

POLIANA SILVA RIBEIRO

Paciente foi vítima
de um acidente
de motocicleta
em 08/02 de 2016.

Hoje apresento
dor nos membros
inferiores da mão
esquerda.

Segue em acompanhamento
muito satisfatório
566 1240.

Assinatura e Carimbo

Bruno Montenegro

Ortopedia Traumatologia

6117-08

6/6/17





JOSE RODRIGUES BRASILEIRO JUNIOR
RUA RAFAEL ANTONIO DOS SANTOS, S/Nº, BL 19 APT 202 - PARATIBE
JOÃO PESSOA / PB CEP: 53065-150 (AG. 1)
Emissão: 30/08/2017 Referência: Ago / 2017
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICA
Roteiro: 18 - 5 - 623 - 1990 Nº medidor: 00029527777

ENERGISA PARABÁ: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
220 km 25 - Creta Redentor - João Pessoa / PB - CEP 54071-690
CNPJ: 09.095.152/0001-40 - Ins. Est. 15.015.829-0
Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica: 17001.401.116
Cód. para Dts. Automático: 0000766214

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Ago / 2017 30/08/2017 29/09/2017 7381330431
Insc. Est. 5/768221-4
UC (Unidade Consumidora): Canal de contato

| Anterior | | Atual | | Constante | | Consumo | | Dias | |
|----------------------------|--------|------------------------|----------|-----------------|-----------------|--------------------|---------------------|------|------|
| Data | Letura | Data | Letura | | | | | | |
| 28/07/17 | 2720 | 30/08/17 | 2758 | 1 | | 39 | | 33 | |
| Demonstrativo | | | | | | | | | |
| Qtd. Descrição | | Quantidade | Tarifa | Valor Base Cál. | Aft. (Unid/R\$) | Base Cál. Ps.(R\$) | Cód.(Un/R\$) | | |
| | | Tarifa Total(R\$) | CMR(R\$) | CMR | | Pai Cód.(R\$) | 0.9724(N)/4.4799(N) | | |
| 39 000 0 4/1660 | | 18.16 | 0.00 | 3 | 0.00 | 0.00 | 18.16 | 0.11 | 0.01 |
| 0001 Consumo em kWh | | 0.06 | 0.00 | 3 | 0.00 | 0.00 | 0.06 | 0.00 | 0.00 |
| 0001 Adic. B. Amarela | | 1.14 | 0.00 | 3 | 0.00 | 0.00 | 1.14 | 0.01 | 0.01 |
| 0001 Adic. B. Vermelha | | LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | |
| | | 2.97 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 0004 JUROS DE MORA 01/2017 | | 1.03 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 0005 MULTA 01/2017 | | | | | | | | | |

CC: Código de Classificação do item TOTAL 23.36 0.00 0.00 18.36 0.18 0.98

MÉDIA últimos meses (kWh) 42

VENCIMENTO 06/09/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 23,36

Histórico de Consumo (kWh)

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 41 | 30 | 36 | 25 | 42 | 54 | 64 | 56 | 36 | 44 | 30 | 40 |
| Jul/17 | Jun/17 | Mai/17 | Abr/17 | Mar/17 | Fev/17 | Jan/17 | Dez/16 | Nov/16 | Out/16 | Set/16 | Ago/16 |

4bdcf 83d1 4a65 5bd1.eec4.1c8e.0f77 336f.

6/2017 - Paratibe

| Indicadores de Qualidade | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|--------------------------|------------------|---------|----------------------|
| DI MENSAL | 10.5 | 0.00 | NORMAL |
| DI TRIMESTRAL | 11.5 | 0.00 | CONTRATADA |
| DI ANUAL | 12.5 | 0.00 | UNITE INFERIOR |
| FIQ TRIMESTRAL | 13.45 | 0.00 | UNITE SUPERIOR |
| FIQ ANUAL | 14.03 | | |
| DIQ | 12.22 | | |

| Discriminação | Valor (R\$) | % |
|----------------------------------|-------------|--------|
| Serviço de Dist. de Energia (PI) | 0.55 | 2.35 |
| Compra de Energia | 0.03 | 0.13 |
| Serviço de Transmissão | 0.45 | 1.93 |
| Encargos Antecipados | 2.28 | 9.76 |
| Impostos Fim. e Encargos | 3.25 | 13.91 |
| Outros Ser. Cst. | 0.00 | 0.00 |
| Total | 23.36 | 100.00 |

ATENÇÃO
REAVISO: Caso o(s) fator(es) de concessão em atraso a fornecimento possa ser suspenso a partir de 14/09/2017. Conforme Resolução 461/ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa manifestação. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o décimo dia prazo de 30 (trinta) dias contados da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em registros de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Reajuste Tarifário - Vigência 29/08/17 - Res. ANEEL nº 2.291-Salva Tensão 13,94% Média Reajuste Tarifário - Vigência 29/08/17 - Res. ANEEL nº 2.281 - Alta Tensão 10,20% Média

Faturas em atraso

| | |
|--------|-------|
| Jul/17 | 19,50 |
| Jun/17 | 18,39 |
| Mai/17 | 19,17 |
| Abr/17 | 13,53 |
| Mar/17 | 20,68 |
| Fev/17 | 21,43 |

PARABÁ
Roteiro: 18 - 5 - 623 - 1990
Matrícula: 768221-2017-08-9

VENCIMENTO 06/09/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 23,36

83600000000-7 23360149000-3 07682212017-6 089000005019-8



Nº do Processo: 0829597-71.2018.8.15.2001
 Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
 Assuntos: [S E G U R O]
 AUTORA: POLIANA DA SILVA RIBEIRO
 RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

