

## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

**JOSE ROBERTO FERREIRA LEITE DA SILVA**, brasileiro, portador do RG n.º 4.302.991 SSP/PB e do CPF n.º 710.802.784-43, residente e domiciliado na Rua escritor Ascendino Leite s/n- Quadra 79 Lote 143- Jaguaribe- João Pessoa-PB Constitui e nomeia os **DRs. DANIEL SILVA PINTO DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/ PE 36.348, **Dr. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/PB 9949 e **Dra. BRUNA FERNANDES DANTAS**, brasileira, Advogada, inscrita na OAB/PE 39.151 como seus procuradores, podendo ser intimados na Rua Severino Guimarães n. 302 Mangabeira, João Pessoa /PB, onde receberam as intimações e notificações de praxe; ao qual confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com as cláusula " ad judicia", art.38 parte final do CPC, especialmente para ajuizar Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório DPVAT, junto a **VARA CIVÉL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA, ESTADO DA PARAIBA**. Podendo o outorgado confessar, assinar, desistir, propor e firmar acordos entre as partes, receber intimações, transigir, apresentar réplica, oposições, receber valores e dar quitação, receber alvarás judiciais junto aos cartórios das serventias judiciais, apresentar recurso e contra razões junto ao Tribunal de Justiça, substabelecer estar com ou sem reservas de poderes podendo acompanhar todo processo até o final do julgamento e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Os honorários advocatícios em havendo contrato que os regule, serem pagos na base de 30%( trinta por cento) sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

JOÃO PESSOA /PB, em 27 de agosto de 2015.

Outorgante: \_\_\_\_\_

*Assinatura de Adson José Alves de Farias*

Isento de reconhecimento de firma, face a lei n.8.952, de 13/12/1994, que nova redação ao art. 38 do CPC.



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

**CONTRATANTE: JOSE ROBERTO FERREIRA LEITE DA SILVA,**  
brasileiro, portador do RG n.º 4.302.991 SSP/PB e do CPF n.º 710.802.784-  
43, residente e domiciliado na Rua escritor Ascendino Leite s/n- Quadra 79  
Lote 143- Jaguaribe- João Pessoa-PB

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

João Pessoa/PB, em 28 de Agosto de 2015.

Declarante: \_\_\_\_\_

*Jose Roberto Ferreira Leite da Silva*



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.302.991 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/01/2015

NOME JOSÉ ROBERTO FERREIRA LEITE DA SILVA

FILIAÇÃO ROBERTO LEITE DA SILVA  
ANTONIA FERREIRA DA SILVA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 28/06/1993

DOC ORIGEM NASC.N. 60818 FLS. 72 LIV. A-59  
CARTÓRIO 3º JOÃO PESSOA/PB

ASSINATURA DO DIRETOR LEIN 7.116 DE 29/03/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Recerta Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
710.802.784-43

Nome  
JOSE ROBERTO FERREIRA LEITE DA SILVA

Nascimento  
28/06/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-005

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



ANTONIA FERREIRA DA SILVA  
RUA ESCRITOR ASCENIO LEITE, S/Nº Q 79 L 143 CH 01 - JAGUARIBE  
JOAO PESSOA/PB CEP 58015531 (AG 1)

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
B/230, Km 05 - Centro Recreio - João Pessoa/PB - CEP 58017-100  
CNPJ 09.056.163/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICA  
Roteiro 13 - 1 - 191 - 2580  
R# Medidor 00000234897

Referência Jan / 2015  
Emissão 19/01/2015

Nota Fiscal / Conte de Energia Elétrica: FV00948722  
Código para Débito Automático: 00014256085

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

0645 023 e 011 521 - 3105 4014 a 410 0704

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 5/1425608-5**

Jan / 2015

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Apresentação

19/01/2015

Data prevista da próxima leitura

20/02/2015

CPF/ CNPJ/ RANI  
3168048409

Cálculo de consumo

Faturas em atraso

24/12/2014 48,21

Anterior	Atual	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura
17/12/14	6836	19/01/15	6875
Consumo Constante			
1			
Consumo 1,36			
Dias 33			
Demonstrativo			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-BR	30	0,12673	3,80
Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,21726	15,20
Consumo - 101 a 220kWh-BR	38	0,32589	11,73
Adic. B Vermelha			1,49
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIS			0,37
COFINS			1,74
CONTRIB. SERV. ILUM. PÚBLICA			1,68
ICMS (Base de 0,30 para R\$ 74,83) Alíquota 27,00%			20,18

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/14	116
Nov/14	114
Out/14	97
Set/14	96
Ago/14	100
Jul/14	94
Jun/14	73
Mai/14	83
Abr/14	92
Mar/14	119
Fev/14	111
Jan/14	143

Média dos últimos meses  
103 kWh

VENCIMENTO  
26/01/2015

TOTAL A PAGAR  
R\$ 56,17

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL		
DIC ANUAL		
FIC TRIMESTRAL	0,00	CONTRATADA 201
FIC ANUAL		1,50 INFERIOR
DMCI	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
DICRI		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Sancões de Ont. de Energia PB	19,13	23,37
Compra de Energia	18,48	28,36
Serviço de Transmissão	1,11	1,98
Encargos Setoriais	1,49	2,65
Impostos, Oribos e Encargos	23,85	42,64
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	56,17	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição (Ref 11/2014) R\$ 13,02

### ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso não seja faturada a unidade consumidora(s) permanente(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 01/02/2015. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data elimina a possibilidade de devida suspensão do fornecimento, caso contrário, não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$20,2. Leitura confirmada.

PARAIBA  
Roteiro 13 - 1 - 191 - 2580  
Matrícula 1425608-2015-01-9

VENCIMENTO  
26/01/2015

TOTAL A PAGAR  
R\$ 56,17



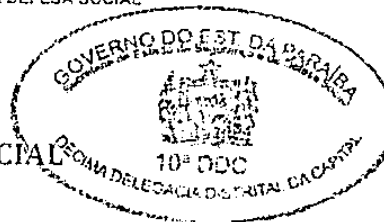
Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 19/10/2015 14:52:10

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1510191452361080000000224747

Número do documento: 1510191452361080000000224747



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
1ª SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA CIVIL  
1ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
10ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**  
**1599/2015**

CERTIFICO em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, encontramos a ocorrência de Nº 1599/2015, que passamos a transcrever na íntegra: Aos 1 de julho de 2015, nesta cidade de JOÃO PESSOA, Estado da Paraíba e na 10ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL, evento DIVERSOS, sob a responsabilidade do Bel(a). FERNANDO KLAYTON F. ANDRADE Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:49 horas, compareceu JOSÉ ROBERTO FERREIRA LEITE DA SILVA, nascido(a) aos 28.06.1993, filho(a) de ROBERTO LEITE DA SILVA e de ANTONIA FERREIRA DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRO, natural de JOÃO PESSOA - PB, SOLTEIRO, AUTONOMO, 6ª SÉRIE, portador(a) de Cédula de Identidade Nº 4302991, expedida pela SSP/PB, com C.P.F. de Nº 710802784-43, residindo à RUA ESCRITOR ASCENDINO LEITE S/N QUADRA 79 LOTE 143 JAGUARIBE, na cidade de JOÃO PESSOA - PB, telefone: ( ) , celular: (83) .

**Declarou que:**

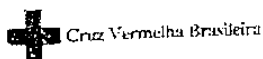
QUE NO DIA 24.01.2015 POR VOLTA DAS 23:20 QUANDO PILOTAVA A MOTOCICLETA DAFRA DE COR AMARELA 150 ANO 2008 DE PLACAS MOV-4766 EM NOME DE JOSÉ PEREIRA DOS SANTOS SENTIDO JAGUARIBE/ TORRE NA AV. PAULO AFONSO NO BAIRRO DE JAGUARIBE NESTA CAPITAL QUANDO UM VEÍCULO DE PLACAS NÃO IDENTIFICADAS SAÍU DE UMA RUA INVADINDO A AV. PAULO AFONSO VINDO A COLIDIR CONTRA A MOTOCICLETA TENDO O NOTIFICANTE PERDIDO O CONTROLE CAIU AO SOLO E FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULANCIA DO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS NESTA CAPITAL. 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. Este boletim tem validade indeterminado e não substitui os documentos originais.

João Pessoa/PB, 1 de julho de 2015.

*José Roberto Ferreira Leite da Silva*  
JOSÉ ROBERTO FERREIRA LEITE DA SILVA

*[Assinatura]*  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
 Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
 DA PARAÍBA

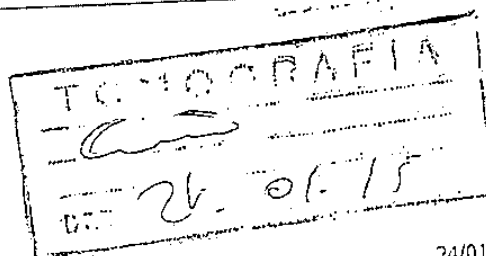
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (83) 3216-5735 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 809539

RX++C

<b>Identificação do paciente</b>				Sexo	Masculino
ID	Nome			Religião	Prontuário
837643	JOSE ROBERTO FERREIRA LEITE DA SILVA			CATOLICA	
Data de nascimento	Idade	Estado civil			
28/06/1993	21 anos 6 meses 27 dias	UNIAO ESTAVEL			
Mãe	Pai				
ANTONIA FERREIRA DA SILVA	ROBERTO LEITE DA SILVA				
Escolaridade	Responsável (Parentesco)				
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	A ESPOSA - ESPOSO(A)				
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo		Fone Fixo	
83	85717938				
Tipo documento	Número documento	Nº Cns			
RG (IDENTIDADE)	4302991				
Local de procedência	Tipo		UF		
JAGUARIBE	BAIRRO		PB		
Email	Naturalidade		CBO/R		
NAO INFORMADO	JOAO PESSOA				
<b>Endereço</b>			Logradouro		
CEP	Município de residência	Escritor Ascendino Leite			
58015531	JOAO PESSOA				
Número	Complemento	Bairro			
17		Jaguaribe			
<b>Admissão</b>			Convênio		
Data e Hora Prevista	Número da pulseira	SUS			
24/01/2015 23:19:47	3084259				
Especialidade	Clínica				
CLINICA GERAL	CLINICA TRAUMA E GERAL				
Classificação de risco	Origem do paciente				
VERMELHA	SAMU				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente			
URGÊNCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	VEICULO X MOTO			
<b>Indicadores e Transporte</b>			Trauma		
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância		Não	
Não	Não	Sim			
Meio de transporte	Quem transportou				
SAMU	AMB DO SAMU				
<b>Sinais Vitais</b>			Temperatura		
PA	X	mmHg	Pulso		
<b>Exames complementares</b>					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG [] Ultrasonografia []
<b>Dados clínicos</b>					
Diagnóstico					CID
Atendido por					Tempo
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES					03min 01seg

Imprimir



24/01/2015 23



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA				LAUDO MÉDICO / RESUMO DE ALTA	
NOME: JOSÉ ROBERTO F. L. DA SILVA				REGISTRO	
IDADE: 21 ANOS	SEXO: MASCULINO	COR: BRANCA	CLÍNICA: TRAUMATOLOGIA	ENF.: 4	LEITO: 03
DATA DE ADMISSÃO: 24/01/2015		DATA DE ALTA: 13/02/2015		TEMPO DE PERMANÊNCIA: 19 DIAS	
DIAGNÓSTICO: FRATURA DE FEMUR				CID: S72.1	
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES:					
CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE: OSTEOSSINTESE, DR. ROBERTO SANTOS.					
CITOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLITA DE MATERIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
CULTIVO BACTERIOLÓGICO:					
INDICADORES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO		<input type="checkbox"/> A PEDIDO	
				<input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO	
PACIENTE EVOLUINDO BEM, RECEBE ALTA HOSPITALAR.					
FISIOTERAPIA MOTORA DIARIAMENTE					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: LIVRE PARA IDADE					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.		LICENÇA MÉDICA: _____ dias.			
MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALOXINA + NIMESULIDA					
RETORNO: HTOP COM DEZ DIAS		para retirada de pontos.			
DATA: 13/02/15		DR. JOÃO BARTOLOMEU CRP 4518 ASS. MÉDICO / CRM			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					







OLIVEIRA  
BRASILIA

## Primeiro Atendimento Médico



3064260 BE.: 809639  
JOSE ROBERTO FERREIRA LEITE DA S  
DT. NASC.: 26/06/1993  
MRE: ANTONIA FERREIRA DA SILVA

END.: Escritor Ascendino Leite  
N. 17 - Jaguaribe  
JOAO PESSOA  
FONE: (61) 86717939  
CELULAR: (61) 86717939  
IDADE: 21  
DT. ENTRADA: 24/01/2015 23:13:47

### PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

### DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Pac vítima de ACIDENTAMENTO (LUTO).  
APRESENTA TCE + TRAUMA FACIAL + TRAUMA DE MÍDIA C/  
FRATURAS AO NÍVEL DO COLO (RECONSTRUÇÃO) - NENHUMA  
DE CONSCIÊNCIA.

### EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS ☒ PÉRVIAS ☐ OBTURADAS

CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ SIM ☐ NÃO

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ SIM ☐ NÃO

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ SEM DIFICULDADE  
☐ COM DIFICULDADE

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD ☒ Presente e normal  
☐ Rude  
☐ Diminuído  
☐ Ausente

HTE ☒ Presente e normal  
☐ Rude  
☐ Diminuído  
☐ Ausente

2- RUJIDOS

☐ SIM  
☐ NÃO

HTD ☐ Roncos  
☐ Sibilos  
☐ Estertores

HTE ☐ Roncos  
☐ Sibilos  
☐ Estertores

FR: \_\_\_\_\_ Imp. SaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %

### CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica  
☐ Pletórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO

☐ Normal ☐ Aumentado  
☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO

☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS

☐ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO

☐ Presente ☐ Ausente

BE OU B4

☐ SIM ☐ NÃO

FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg T: \_\_\_\_\_ °C

ECG: \_\_\_\_\_

ABDOMEN:

Abdomen normal.

### DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente

☐ Paralisadas

☐ Isocóricas

☐ Anisocóricas

(diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:	15				

F(NG).CC.001-1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 19/10/2015 14:52:23

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=15101914545788400000002224810

Número do documento: 15101914545788400000002224810





3084259 BE.: 809639  
JOSE ROBERTO FERREIRA LEITE DA S  
DT. NASC.: 28/06/1993  
MAE: ANTONIA FERREIRA DA SILVA  
END.: Escritor Acendino Leite  
N. 17 - Jaguaribe  
JORD PESSOA  
FONE: ( )  
CELULAR: (82) 86717936  
IDADE: 21  
DT. ENTRADA: 24/01/2015 23:19:47

# AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM B.E./PRONT

NOME DO PACIENTE:	
PROCEDÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Ambulância de resgate <input checked="" type="checkbox"/> Ambulância SAMU <input type="checkbox"/> Polícia
TIPO DE ACIDENTE:	<input checked="" type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Incêndio <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Outros:
TIPO DE LESÃO:	<input type="checkbox"/> Fratura fechada <input type="checkbox"/> Ferimento aberto <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Objeto encravado <input type="checkbox"/> Ferimento contínuo <input type="checkbox"/> Amputação membro <input type="checkbox"/> Outros:
LOCAL DA LESÃO:	<input type="checkbox"/> Membros sup. <input type="checkbox"/> Membros inf. <input type="checkbox"/> Tronco <input checked="" type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Outros:
DADOS CLÍNICOS (sintomas)	
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /	
E	IE FÍSICO PA: / mmHg P: bpm SpO2: Tax:
tema Neurológico:	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado
Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Simétricas <input type="checkbox"/> Assimétricas Tamanho: <input type="checkbox"/> Midríase
Avaliação das pupilas:	<input checked="" type="checkbox"/> Anisocóricas <input checked="" type="checkbox"/> Miose
Sistema Respiratório:	<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva <input checked="" type="checkbox"/> Ventilação espontânea <input type="checkbox"/> Vias aéreas pervias <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Respiração rápida <input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo <input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas
Sistema Circulatório:	<input type="checkbox"/> Pulso ausente <input type="checkbox"/> Pele fria e úmida <input checked="" type="checkbox"/> Perfusão tissular satisfatória <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Perfusão tissular comprometida <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Outros:
Sistema Digestório:	<input type="checkbox"/> HDA <input type="checkbox"/> Uso de SNG <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial <input type="checkbox"/> HDB <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda Outros: <input type="checkbox"/> Rigidez abdominal <input type="checkbox"/> Distensão abdominal
Sistema Genito-urinário:	<input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Outros:
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:	<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cirurgias
USO DE MEDICAÇÃO?	<input type="checkbox"/> Internações <input type="checkbox"/> Outros: Especificar:
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar:
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:	
Exatidão de dados - 11/01/2015	
Mey R. P. P. P.	
Assinatura da Silva P. P. P.	
Enfermeiro	
JORE	
DESTINO:	ENFERMEIRO: COREMI: F(NG),BNF,022



NCA. 25/11/15

1420m

Parionomus

62515  
NCA / Convicção  
de MANIO 5/  
Cessão NCA

ACTA DO NCA

Dr. Roberto Tonifácio  
Neurocirurgia  
CRM 6005

Ortopedista 02/14de

Paciente referido por  
foi vítima de acidente  
de moto (SIC)

Sofreu fratura da  
diáfise do fêmur (D).

Indicada internação e  
instalar traço esquelético  
tibial.

Agenda subir p/ bloco

úrgico:

No momento não há  
sala de cirurgia disponível  
devido outras emergências  
estarem no vez.

Dr. Rodrigo Castro do Amaral  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-FB 4847 / TEOT 8331

#BMF# 25/03 02:20

Paciente vítima de acidente motociclístico (4 capacete). Negra vômito.  
lesões. No momento encontra-se em B.E.G., L.O.T.F.

Bo exame físico de face, apresenta apenas escoriações em hemifác  
D, sem suspeita de fratura, confirmada através da TIC.

Apresenta movimentos mandibulares preservados e oclusão estável.

① Avaliação BMF  
② ARTA BMF

Dr. Roberto Tonifácio  
Neurocirurgia  
CRM 6005

CRM-FB 3777

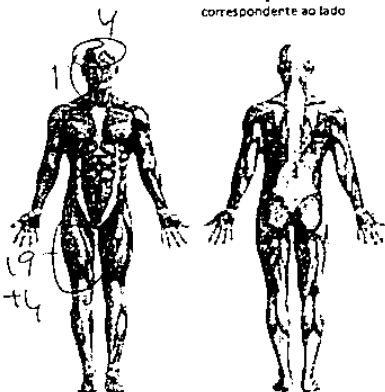


## EXAME SECUNDÁRIO

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%) \_\_\_\_\_ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

## EXAMES SOLICITADOS

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

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO
1	Atmo. Lúndas	
2	SE 110 - 10	
3	TEPACON - PA 10	
4	SAT 5000 CS 10	
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Wandberg G. de MATOS A. CARIMBO  
 Cirurgião Geral  
 Videolaparoscopia  
 CRM 3374

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Procuradoria NCR às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Solicito parecer da GNP às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DESTINO DO PACIENTE

DATA \_\_\_\_\_  
 DIA \_\_\_\_\_  
 SAÍDA \_\_\_\_\_  
 HORAS: \_\_\_\_\_

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

ATURA/CARIMBO

ASSIN

ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

F(NG).CC.001-1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 19/10/2015 14:52:23

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=15101914545788400000002224810

Número do documento: 15101914545788400000002224810

Usuário: gbatista

GIH: Existe paciente para ser registrado nesta unidade



### Consultar Internação

Internação  
Número do Laudo 73149086  
Unidade hospital de emergência e trauma senador h. lucena  
Solicitante hospital de emergência e trauma senador h. lucena  
Unidade hospital de emergência e trauma senador h. lucena  
Executante  
Data/Hora de Solicitação 26/01/2015 15:49  
Atendente Marcelo da Silva Andrade  
Solicitante  
Data/Hora da Regulação 26/01/2015 15:50  
Profissional João Cavalcanti de Brito cpf: 13290657434  
Regulador  
Situação Complementos pendentes de autorização em andamento  
Alta Data de Registro  
Motivo  
Data Prevista 02/02/2015  
Data/Hora de Internação 26/01/2015 18:17  
Profissional Marcelo da Silva Andrade  
Registro da Internação  
Paciente

Código 889999141937729  
Nome JOSE ROBERTO FERREIRA LEITE DA SILVA  
Nome da Mãe ANTONIA FERREIRA DA SILVA  
Data de Nascimento 28/06/1993

Unidade Emissora do Laudo hospital de emergência e trauma senador h. lucena  
Profissional Nome carlos magalhaes franca  
Emissor do Laudo CPF 45054185453

Caráter da Internação 2- Urgência  
Clínica Clínica cirúrgica: Leito Cirúrgico: Ortopedia/Traumatologia  
Procedimento Código 0408050519  
Solicitado Nome tratamento cirúrgico de fratura da diáfise do fêmur  
Procedimento Código 0408050519  
Realizado Nome tratamento cirúrgico de fratura da diáfise do fêmur  
Diagnóstico Inicial Código S723  
Descrição fratura da diáfise do fêmur

Diagnóstico Principal Código  
Descrição  
Diagnóstico Secundário Código  
Descrição

Principais Resultados e Provas ex. físico

Procedimentos Especiais Registrados 0415030013 - tratamento cirúrgico em politraumatizados  
Classificação / Subclassificação do Leito Ocupado Leito Cirúrgico: Ortopedia/Traumatologia / Misto

Histórico  
Tipo Ação

Registro de Dados Complementares  
Encaminhamento de Internação sob Regulação

Login Usuário Justificativa  
mitscher  
jbrito

Data 14:55 13/02/2015  
Paciente internado em leito extra 15:50 26/01/2015



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 19/10/2015 14:52:23

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=15101914545788400000002224810

Número do documento: 15101914545788400000002224810



**Poder Judiciário da Paraíba**  
**13ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22) 0827222-05.2015.8.15.2001

**DECISÃO**

Vistos, etc.

Tendo em vista atual entendimento do Supremo Tribunal de Justiça, a demonstração da existência de prévio requerimento administrativo é necessário para a propositura da ação de cobrança de seguro DPVAT, Entendimento este seguido pela jurisprudência do Tribunal de Justiça da Paraíba.

APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT. EXTINÇÃO DO PROCESSO SEM JULGAMENTO DO MÉRITO. FALTA DE INTERESSE DE AGIR. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO. PRECEDENTES DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. AUSÊNCIA DE CONDIÇÕES DA AÇÃO. APLICAÇÃO DO ART. 557, CAPUT, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. NEGATIVA DE SEGUIMENTO. - Em recente pronunciamento, o Tribunal Federal, revendo posicionamento até então uníssono, passou a entender que, em ação de cobrança do seguro DPVAT, deve o autor justificar a provocação do Poder Judiciário, demonstrando a existência de pretensão resistida, esta consubstanciada na prova do prévio requerimento administrativo. (Apelação 00072798820158150011, Rel. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho, Data do Julgamento 20/01/2016).

Desta feita, intime-se a parte suplicante para que, no prazo de dez dias, emende a exordial acostando documentos comprobatórios de prévio requerimento administrativo junto a parte suplicada, sob pena de indeferimento da inicial.

JOÃO PESSOA, 20 de janeiro de 2017.

Juiz(a) de Direito



**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA/PB.**

Processo nº 0827222-05.2015.8.15.2001

Promovente: JOSÉ ROBERTO FERREIRA LEITE DA SILVA

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

JOSÉ ROBERTO FERREIRA LEITE DA SILVA, já amplamente qualificado nos autos da ação em epígrafe, que tramita neste douto juízo, por intermédio de seu advogado que esta subscreve, acatando o d. despacho de Id. 6302787, vem à presença de Vossa Excelência, requerer a juntada aos autos do documento do requerimento administrativo, comprovando o valor recebido administrativamente referente ao seguro obrigatório DPVAT, o qual segue em anexo, por ser medida da mais lúdima JUSTIÇA.

Nestes termos,  
Pede e Espera deferimento.

João Pessoa, 20 de abril de 2017.

Adson José Alves de Farias  
Advogado OAB/PB 9949



## SINISTRO 3150680703 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE ROBERTO FERREIRA LEITE DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO** GENTE SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** JOSE ROBERTO FERREIRA LEITE DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 71080278443

**Posição em 18-04-2017 08:59:20**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
08/09/2015	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00





Vistos, etc...

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, onde a parte autora pleiteia o pagamento da complementação atinente a dito seguro.

Na conformidade da nova sistemática do CPC, sabe-se que, em seu art. 334, há determinação expressa para designação de audiência prévia de conciliação/mediação antes da apresentação de defesa do réu, no intuito de tentar promover a composição amigável entre as partes. Tal norma admite apenas duas hipóteses de exceção, a saber: havendo manifestação de vontade de ambas as partes pela não realização da audiência e quando o feito não admitir composição.

Em demandas desta natureza, apesar deste Juízo já ter determinado a designação de diversas audiências, as seguradoras, de forma reiterada, afirmam acerca da inviabilidade de qualquer acordo antes da realização da prova técnica.

Desta feita, diante da necessidade de prévia perícia médica, infrutífera será qualquer tentativa de acordo antes da prova técnica.

Assim, pelas razões expostas, deixo de aprazar audiência de conciliação prévia.

Cite-se a parte ré, para, no prazo de 15 dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de revelia.

Defiro a gratuidade judiciária requerida.

Certifique-se a Escrivania se existe ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada.

P.I.

João Pessoa, data eletrônica.

DANIELA FALCÃO AZEVEDO

Juíza de Direito



Vistos, etc...

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, onde a parte autora pleiteia o pagamento da complementação atinente a dito seguro.

Na conformidade da nova sistemática do CPC, sabe-se que, em seu art. 334, há determinação expressa para designação de audiência prévia de conciliação/mediação antes da apresentação de defesa do réu, no intuito de tentar promover a composição amigável entre as partes. Tal norma admite apenas duas hipóteses de exceção, a saber: havendo manifestação de vontade de ambas as partes pela não realização da audiência e quando o feito não admitir composição.

Em demandas desta natureza, apesar deste Juízo já ter determinado a designação de diversas audiências, as seguradoras, de forma reiterada, afirmam acerca da inviabilidade de qualquer acordo antes da realização da prova técnica.

Desta feita, diante da necessidade de prévia perícia médica, infrutífera será qualquer tentativa de acordo antes da prova técnica.

Assim, pelas razões expostas, deixo de aprazar audiência de conciliação prévia.

Cite-se a parte ré, para, no prazo de 15 dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de revelia.

Defiro a gratuidade judiciária requerida.

Certifique-se a Escrivania se existe ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada.

P.I.

João Pessoa, data eletrônica.

DANIELA FALCÃO AZEVEDO

Juíza de Direito

