



Número: **0801446-54.2018.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **25/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 6.725,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
QUEZIA ROCHA SANTANA (AUTOR)		JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17259785	25/10/2018 16:31	Petição Inicial	Petição Inicial
17259853	25/10/2018 16:31	1 - PROCURAÇÃO	Procuração
17259862	25/10/2018 16:31	2 - DOCS. PESSOAIS E COMPROV DE RESIDENCIA	Documento de Identificação
17259869	25/10/2018 16:31	3 - DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE HIPOSSUFICIENCIA	Documento de Comprovação
17259876	25/10/2018 16:31	3.1 - CNIS	Documento de Comprovação
17259885	25/10/2018 16:31	4 - PROC. ADM. E DOC. DO VEÍCULO	Outros Documentos
17259889	25/10/2018 16:31	5 - ATESTADOS, EXAMES E SOLICITAÇÃO MÉDICA PARA FISIOTERAPIA	Documento de Comprovação
17259892	25/10/2018 16:31	6 - FICHAS DE ATENDIMENTO SAMU E HOSPITALAR	Documento de Comprovação
17259898	25/10/2018 16:31	7 - DAMS - VALORES	Documento de Comprovação
17259906	25/10/2018 16:31	8 - BOLETIM DE OCORRÊNCIA	Documento de Comprovação
17259910	25/10/2018 16:31	9 - SINISTROS - INVALIDEZ E DAMS	Documento de Comprovação
17806553	28/11/2018 00:39	Despacho	Despacho
27791334	29/01/2020 13:18	Ato Ordinatório	Ato Ordinatório

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUÍZ(A) DE DIREITO DA ____ VARA DA COMARCA DE POMBAL – PB.

QUEZIA ROCHA SANTANA, brasileira, solteira, operadora de caixa, inscrita no CPF sob o nº. 102.458.904-83 e no RG sob o nº. 3.785.806 SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Projetada, s/n, 1º Andar, Bairro Vida Nova, Pombal-PB, por meio de seu procurador e advogado que esta subscreve, **Bel. Jaques Ramos Wanderley, OAB/PB 11.984**, com endereço no rodapé, vem, perante Vossa Excelência, ajuizar a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT

Em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, situada a Rua Senador Dantas, 76, 3º andar, CEP: 20.031-201, Centro, Rio de Janeiro – RJ, pelos fatos e motivos que passa a aduzir:

1. DOS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA

A Autora trata-se de humilde operadora de caixa, conforme cópia da CTPS em anexo, perfazendo mensalmente UM salário mínimo.

Em razão disso, possui apenas uma conta poupança na Caixa Econômica Federal para recebimento deste salário, este que só se mantém até o fim de cada mês para própria sobrevivência (*cópia do extrato negativo em anexo*).

Sendo assim, a Promovente apesar de possuir renda fixa, esta lhe serve apenas para manutenção básica, e por esta razão declara que, por insuficiência de recursos, não pode arcar com as custas, despesas processuais e honorários advocatícios, requerendo, como de seu direito, a gratuidade da justiça, nos termos do art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil de 2015.

2. DOS FATOS

A promovente foi vítima de acidente de trânsito no dia 05 de janeiro de 2017, conforme boletim de ocorrência, *em anexo*.

Do malsinado acidente a promovente sofreu **CONTUSÃO DO JOELHO (CID – 10 S800)**, contudo, em razão dessa contusão, deu-se que outras lesões surgiram, estas que foram confirmadas



mediante *ressonância magnética realizada no joelho esquerdo (em anexo)* e detalhada em *atestado médico (em anexo)*, que são: **LESÃO COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO (CID S83.5); LESÃO DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL DO JOELHO ESQUERDO (CID S 83.4); FRATURA DA SUPERFÍCIE ARTIFICIAL DA TÍBIA PROXIMAL NO JOELHO ESQUERDO (CID M 82.1); SINOVITE NO JOELHO ESQUERDO (M 65.8).**

Diante disso, houve a necessidade de tratamento conservador, medicamentoso e fisioterápico, inclusive a autora permaneceu impossibilitada de realizar atividades laborais por 90 dias, tendo em vista que não conseguia deambular e nem poderia aplicar força no referido membro, e por esta razão necessitou de fisioterapia motora do joelho esquerdo (15 sessões) requisitado por médico ortopedista (*requisições em anexo*).

Logo, conforme Atestados Médicos e fichas de atendimento hospitalar acostado aos autos, a promovente sofreu lesões no joelho esquerdo, tendo inclusive rompido o ligamento cruzado anterior, ligamento colateral medial, fraturado a superfície da tibia proximal e causado sinovite (inflamação da membrana do joelho), o que causou a invalidez no **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO de caráter médio (50%)**, fazendo jus a indenização que corresponde à importância de **R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais)**, conforme estabelece a Lei 6.194/74 cominada com a TABELA da SUSEP, tendo em vista a autora não conseguir se locomover, nem aplicar força na perna por meses, e ainda hoje encontrar-se com dificuldades para deambular em razão das fortes dores sofridas.

Diante os fatos, a Promovente requereu administrativamente a empresa demandada o pagamento da **indenização** do seguro obrigatório DPVAT (**SINISTRO: 3180379587**), referente à invalidez permanente constante nos documentos médicos em anexo.

Acontece Excelência, que a seguradora não realizou o pagamento, indeferindo seu pedido administrativamente por alegar pendência documental, qual seja, a falta da *declaração do proprietário do veículo*. Contudo a Promovente não sabe o paradeiro do proprietário do veículo, nem consegue informações com terceiros a respeito da sua localização, tendo ainda entrado em contato com a Promovida para explicar a situação, todavia, a mesma insiste em dificultar a continuação do processo e, conseqüentemente, o pagamento da indenização.

Observe-se ainda, que a promovente pleiteia pelo reembolso das despesas médicas e hospitalares - **DAMS**, geradas em decorrência do sinistro, este que fora pleiteado administrativamente através do (**SINISTRO: 3180395582**), e negado também por “pendência documental”, contudo a AUTORA requer o reembolso da importância de **R\$ 2.000,00 (dois mil reais)**, conforme cópia dos recibos em anexo, referente as sessões de fisioterapia no valor de um mil reais, e da ressonância magnética nuclear do joelho esquerdo no valor de um mil reais.

Por esta razão, busca a requerente a tutela jurisdicional para ver a sua pretensão acolhida.



3. DO DIREITO

I - REGULAMENTAÇÃO JURÍDICA

A matéria encontra-se regulamentada pela lei 6.194/74, que determina o pagamento de indenização de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) aos beneficiários das vítimas de acidentes de trânsito, em caso de invalidez permanente, e determina o pagamento de indenização de até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) aos beneficiários das vítimas de acidentes de trânsito, em caso de despesa médica, consoante se depreende, da leitura do caput do art. 3º, e inciso II, alterada pela LEI 11.482/07, *in verbis*:

“Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Desta forma, estando devidamente comprovado as lesões sofridas pela autora, assim como a realização de despesas médicas em decorrência de tratamento das sequelas causadas pelo acidente de trânsito, deve a demanda ser julgada procedente, reconhecendo o direito a indenização referente a invalidez permanente e o reembolso dos valores referentes aos exames e sessões de fisioterapia, conforme comprovantes em anexo.

As seguradoras não vêm cumprindo o que determina a lei, alegando em seu favor RESOLUÇÕES editadas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, que fixam os valores das indenizações para cada tipo de cobertura.

Outrossim, registre que os documentos anexados, são suficientes a um julgamento meritório, sendo dispensado a apresentação de Laudo do IML.

O entendimento dos Tribunais pátrios, com efeito, não é outro senão o aqui defendido, valendo citar duas recentes ementas do Egrégio TJMG que se amoldam perfeitamente ao caso presente:

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT - AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - INDEFERIMENTO DA PETIÇÃO INICIAL - DOCUMENTO DISPENSÁVEL - INÉPCIA NÃO CONFIGURADA - EXTINÇÃO PREMATURA - SENTENÇA CASSADA. É dispensável a juntada do Laudo do IML ou outro documento médico para instruir a ação de cobrança de seguro DPVAT, uma vez que é possível a comprovação do grau e da extensão das lesões durante a instrução processual. (TJ-MG - AC:



10686140012978001 MG, Relator: Aparecida Grossi, Data de Julgamento: 08/04/2015, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 17/04/2015). (Grifei)

AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - **AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - IRRELEVÂNCIA** - INÉPCIA DA INICIAL - NÃO OCORRÊNCIA - RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO - Para a propositura de ação de cobrança do seguro DPVAT não é indispensável a juntada, com a inicial, de laudo do IML, motivo por que não se pode falar em inépcia da inicial, em ação de tal natureza, tão só porque não veio instruída com tal documento.

(TJ-MG - AC: 10024123336687001 MG, Relator: Evandro Lopes da Costa Teixeira, Data de Julgamento: 15/05/2014, Câmaras Cíveis / 17ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 27/05/2014). (Grifei)

Aliás, tal entendimento não é isolado, senão vejamos:

APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. **AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML. IRRELEVÂNCIA. DOCUMENTAÇÃO QUE ACOMPANHA A PEÇA EXORDIAL É SUFICIENTE PARA AFASTAR A INÉPCIA DA INICIAL.** SENTENÇA CASSADA. BAIXA DOS AUTOS À ORIGEM PARA O REGULAR PROCESSAMENTO DO FEITO. APELO PROVIDO. (TJPR - 10ª C. Cível - AC - 1257132-5 - Marechal Cândido Rondon - Rel.: Ângela Khury - Unânime - - J. 05.03.2015) (TJ-PR - APL: 12571325 PR 1257132-5 (Acórdão), Relator: Ângela Khury, Data de Julgamento: 05/03/2015, 10ª Câmara Cível, Data de Publicação: DJ: 1556 04/05/2015). (Grifei)

II - DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em casos de Seguro Obrigatório DPVAT, quando se tratar de verba complementar indenizatória, a correção monetária deverá iniciar-se a partir da data do ato ilícito que ensejou prejuízo para a vítima, compreendendo portanto, a data em que a seguradora não adimpliu corretamente ao pagamento em via administrativa, fazendo-o a menor. Deste modo entende o **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA em sua Súmula 43 que assim preleciona: "Incide correção monetária sobre dívida por ato ilícito a partir da data do efetivo prejuízo"**.

Coadunando com este mesmo entendimento, segue julgado do ilustre Relator José Sebastiao Fagundes Cunha do **TJPR - Apelação Cível: AC 4451245 PR 0445124-5:**

RECURSO DE APELAÇÃO COBRANÇA. SEGURO. DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA RECEBIDA PARCIALMENTE. QUITAÇÃO DO VALOR PAGO À MENOR. FIXAÇÃO DA INDENIZAÇÃO VINCULADA AO SALÁRIO MÍNIMO.



POSSIBILIDADE. RESOLUÇÃO CNSP. NORMA QUE NÃO PODE SOBREPOR-SE À LEI ORDINÁRIA. HIERARQUIA DAS NORMAS. CORREÇÃO MONETÁRIA. SÚMULA 43 DO STJ. RECURSO DE APELAÇÃO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. RECURSO ADESIVO COBRANÇA. SEGURO DPVAT. QUITAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EFETUADA A MENOR. INCIDÊNCIA DE JUROS DESDE O PAGAMENTO ADMINISTRATIVO. JUROS. 1% AO MÊS A PARTIR DA VIGÊNCIA DO CÓDIGO CIVIL DE 2002 - (12.01.2003) - E INCIDÊNCIA DE 0,5% ANTES DESTA DATA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. MAJORAÇÃO. RECURSO ADESIVO CONHECIDO E PROVIDO PARCIALMENTE. 1. Restando demonstrado que o valor do seguro obrigatório DPVAT não foi pago em sua integralidade (40 salários mínimos), faz jus a autora ao recebimento da diferença entre o que foi pago e o que deveria sê-lo.

(...)

4. Súmula 43 do STJ: "Incide correção monetária sobre dívida por ato ilícito a partir da data do efetivo prejuízo". No caso em apreço, verificou-se o ato ilícito contratual da seguradora quando não adimpliu corretamente, em sede administrativa, com a sua obrigação junto aos beneficiários do seguro obrigatório, motivo pelo qual é a partir desta data que a correção monetária deve incidir.

Consoante o exposto, pedimos licença para deixa de discorrer sobre o mérito, para adentrarmos nos pedidos.

4. DOS PEDIDOS

EX POSITIS, requer a Vossa Excelência:

a) a **citação da promovida** no endereço descrito no pórtico desta, para que no prazo legal em querendo, contestar a presente ação, sob pena de sofrer os efeitos da revelia e confissão;

b) seja a ação **julgada procedente**, para condenar a promovida ao pagamento de **R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais)** a título de indenização pelas lesões sofridas supracitadas, devidamente acrescidos de juros mora a partir da citação da empresa promovida e correção monetária, a contar da data em que ocorreu o acidente (05/01/2017); e **R\$2.000,00 (dois mil reais)** referente ao reembolso das despesas médicas e hospitalares.

c) a **inversão do ônus da prova**, nos precisos termos do art. 6º, VIII do CODECOM;

d) seja concedido os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, assegurados pelos arts. 98 e seguintes do Código de Processo Civil/2015, tendo em vista não poder arcar com as despesas processuais por insuficiência de recursos.

e) a condenação da empresa promovida nas custas processuais, honorários advocatícios no valor de 20% e demais emolumentos legais.

Requer que seja dispensada a designação da audiência de conciliação, nos termos do art. 319, VII c/c art. 334, §4º, I do Novo Código de Processo Civil, tendo em vista a prática de atitudes



reiteradas da Promovida em não demonstrar interesse na realização da COMPOSIÇÃO CONSENSUAL.

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas admitidos em direito, além dos documentos que seguem em anexo, bem como REQUER, desde já, a produção de prova pericial, com a juntada dos quesitos.

Dar-se à causa para os devidos fins fiscais, o valor de **R\$ 6.725,00 (seis mil, setecentos e vinte e cinco reais)**.

Termos em que, pede Deferimento.

Pombal – PB, 17 de Outubro de 2018.

Bel. JAQUES RAMOS WANDERLEY

- OAB/PB 11.984 –

Bela. PATRÍCIA REBECA SOUZA FREITAS

- OAB/PB 24.064-



PROCURAÇÃO PARTICULAR


OUTORGANTE:	QUEZIA ROCHA SANTANA , BRASILEIRA, SOLTEIRA, OPERADORA DE CAIXA, COM RG: 3.785.806 SSDS/PB E CPF: 102.458.904-83, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA PROJETADA, S/N, 1º ANDAR, VIDA NOVA, POMBAL – PB.
OUTORGADO:	Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY , brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08; Drª. MAYARA QUEIROGA WANDERLEY , brasileira, casada, advogada, OAB/PB nº 18.791, RG 3141039, SSP/PB, CPF nº 059.842.772-09, ambos com escritório profissional a rua Francisco Almeida, nº 219, centro CEP: 58.840-000, Pombal – PB. Tele-fax: (83) 3431-1825 / Cel. (83) 9 9974-6390 (TIM) e (83) 9 8164-0979 (VIVO)

PODERES:

Pelo presente instrumento de mandato, o(a) outorgante acima qualificado(a), nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, com os mais amplos poderes, inclusive os gerais para o foro, representá-lo em juízo ou fora dele, de acordo com o estatuto da Advocacia – Lei 8.906/94, bem como perante qualquer repartição pública Federal, Estadual ou Municipal podendo dito procurador, com vistas ao cabal desempenho deste mandato, tudo requerer e praticar, patrocinar a defesa dos interesses do(a) outorgante como autor(a) ré(u), oponente, assistente, ou de qualquer forma interessada, usar dos poderes contidos na cláusula “*ad judicia*”, mais os **poderes especiais** de receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, acordar, discordar, arguir suspeições, excepcionar, prestar caução, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15) e finalmente praticar todo e qualquer ato que se faça necessário ao fiel e cabal desempenho do presente mandato, dando tudo por firme e valioso.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

POMBAL - PB, 19/ 07/ 2018.

x 

Outorgante







JAIRÉS DA SILVA ASSIS
RUA PROJETADA, S/N, 1 ANDAR - VILA NOVA
POMBAL/PB CEP: 56840000 (AG. 2:7)

Emissão: 20/02/2018 Referência: Fev/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL - RORFAC - C.O.
Roteiro: 12 - 227 - 110 - 3840 Nº medidor: 000087935 8

ENERGISA FARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 53071-080
CNPJ 09.096.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 002.443.335
Cod. para Deb. Automático: 00017879681

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 / 2018	20/02/2018	21/03/2018	9017859466

UC (Unidade Consumidora): 5/1757968-1

Canal de contato

- Leve o choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricitista: de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um banho de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde
Governo Federal

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias			
Data	Leitura	Data	Leitura						
19/01/18	2298	20/02/18	2541	1	246	32			
Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarif. C/	Valor Base Calc.	Aliq.	ICMS(R\$)	Base Calc.	Pto(R\$)	Cotim(R\$)
		Tribut. e Total(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS3	Pto/Cotim(R\$)		(1,1268%) (5,1994%)	
0801	Consumo em kWh	245,000	0,7418	181,75	181,75	27	49,07	181,75	2,05 9,44
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			13,80	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 12/2017			1,82	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2017			2,70	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 12/2017			1,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 200,81 181,75 49,07 181,75 2,05 9,44

Média últimos meses (kWh) 142
VENCIMENTO 27/02/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 200,81

Histórico de Consumo (kWh)
97 | 113 | 130 | 128 | 133 | 150 | 148 | 145 | 134 | 136 | 174 | 213
Fev/17 Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18

2dcb.6438.f12c.d140.e71c.9dca.cd6b.7397.

Indicadores de Qualidade 12/2017 - Pombal

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,91	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	11,82		
DIC ANUAL	23,64		CONTRATADO 202
FIC MENSAL	3,42	0,00	
FIC TRIMESTRAL	6,85		
FIC ANUAL	13,70		LIMITE SUPERIOR 231
CMC	3,46	0,00	
DICRI	12,22		

Valor de EUSQ (Ref. 12/2017) R\$ 46,12

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	46,39	23,10
Compra de Energia	54,84	27,31
Serviço de Transmissão	7,11	3,54
Encargos Setoriais	12,85	6,40
Impostos Diretos e Encargos	79,62	39,86
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	200,81	100,00

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Informamos que em nossos registros permanece(m) em atraso as faturas acima mencionadas.
- Caso tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) em atraso a partir de 10 dias, desconsiderar essa mensagem.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito - caso de inadimplimento.
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

Jan/18 178,45
Ago/16 331,38



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

QUEZIA ROCHA SANTANA, BRASILEIRA, SOLTEIRA, OPERADORA DE CAIXA, COM RG: 3.785.806 SSDS/PB E CPF: 102.458.904-83, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA PROJETADA, S/N, 1º ANDAR, VIDA NOVA, POMBAL – PB, declara sob as penas da lei, que não pode arcar com despesas processuais por insuficiência de recursos, pelo que, nos termos assegurados pelos arts. 98 e seguintes do Código de Processo Civil/2015, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Declaro, ainda, ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais, caso o presente documento não porte a verdade.

Pombal-PB, 19 de JULHO de 2018.

x Quezia Rocha Santana
DECLARANTE



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

Cela e sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo antigo Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.033 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Dele a sua importância, e seu dever protegê-la e mantê-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
PAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

161.89541.80-2

5229260

0040

PB

Amiga Roda Santa



10



QUEZIA ROCHA SANTANA

FILIAÇÃO.....: ANTONIO PEREIRA SANTANA
MARIA DAS DORES ROCHA SANTANA
NASCIMENTO....: 30/06/1994
ESTADO CIVIL.....: SEPARADO
SEXO: FEMININO

NASCIMENTO....: 30/06/1994

SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO

NATURALIDADE: POMBAL - PB

DOCUMENTO.....: C. I. 3785806 27/08/2009 SSDS PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 102.458.904-83

CNH.....1

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 11/10/2013

R: 64 2 130
Raulo Raulo Catto
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ALTERAÇÃO D



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO	DIABETE	HEMOFILIA
ENTRAB	SIM	SIM
	NAO	NAO
ALERGIAS		
SIM		
NAO		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Lei, nº 873, de 12 de julho de 1993)		
SIM		
NAO		

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SERIE	DE	DATA DE EMISSÃO
NÚMERO	SERIE	DE	DATA DE EMISSÃO
NÚMERO	SERIE	DE	DATA DE EMISSÃO
NÚMERO	SERIE	DE	DATA DE EMISSÃO

06

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: DISTRIBUIDORA PARAIBANA DE COSMÉTICOS LT
 CNPJ: 41.116.450/0001-21
 RUA JOAO PESSOA
 Nº.: 158 - SALA A
 Município: POMBAL Est: PB
 Esp. do Estab.: Comercio varejista de cosmeticos, produt
 Cargo: AUXILIAR DE ESCRITORIO
 CBO nº: 411005
 Admissão: 02 de Janeiro de 2.014
 Registro nº: 091-0005 Fls/Ficha: 5
 Remuneração especific.: R\$ 745,00 P/M
 (SETECENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)

Jurac Parana Nunes Diniz
 DISTRIBUIDORA PARAIBANA DE COSMÉTICOS LT

DATA DE SAÍDA 03 de Outubro 2015
Jurac Parana Nunes Diniz

COM DISPENSA Nº

FGTS Nº DA CONTA

07

CONTRATO DE TRABALHO

02.296.264/0004-02

EMPREGADOR: **FORMULA H COMÉRCIO DE MOTOS LTDA.**
 ENDERE: Rua João Pereira de Mendonça, 26
 Petropolis - CEP 58840-000
 MUNICÍPIO: Pombal-PB. UF: **PB**
 ESP. DO ESTABELECIMENTO: **Operadora de Caixa**
 CARGO: **Operadora de Caixa**
 CBO Nº: **421125**

DATA DE ADMISSÃO: 10 de Novembro de 2016
 REGISTRO Nº: 000068
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: **Novemcentos e Dezentos Reais por mês + 10% de multa de caixa**
Zenildo Rodrigues de Oliveira
 CPF: 789.391.944-20

DATA DE SAÍDA: _____

COM DISPENSA Nº

FGTS Nº DA CONTA

08

CONTRATO DE TRABALHO

02.296.264/0004-02

EMPREGADOR: **FORMULA H COMÉRCIO DE MOTOS LTDA.**
 ENDERE: Rua João Pereira de Mendonça, 26
 Petropolis - CEP 58840-000
 MUNICÍPIO: Pombal-PB. UF: **PB**
 ESP. DO ESTABELECIMENTO: **Operadora de Caixa**
 CARGO: **Operadora de Caixa**
 CBO Nº: **421125**

DATA DE ADMISSÃO: _____

DATA DE SAÍDA: _____

COM DISPENSA Nº

FGTS Nº DA CONTA

09



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

COD. CEE/CET

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO

CBO N°

DATA DE ADMISSÃO

DE

DE

REGISTRO N°

DE

DE

REMUNERAÇÃO ESTIMADA

DATA DE SAÍDA

DE

DE

COM. DISPENSA COT N°

RG N° DA CONTRA

10

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

COD. CEE/CET

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO

CBO N°

DATA DE ADMISSÃO

DE

DE

REGISTRO N°

DE

DE

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

DATA DE SAÍDA

DE

DE

COM. DISPENSA COT N°

RG N° DA CONTRA

11





AUTO-ATENDIMENTO - ag.pombal

DATA: 25/09/2018

HORA: 09:45:17

TERMINAL: 07321789

CONTROLE: 073217890170

AGÊNCIA: 0732 - POMBAL

CONTA: 001.00025558-9

CLIENTE: QUEZIA ROCHA SANTANA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO

DIA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	0,00C

RESUMO

SALDO	0,00C
APLICACAO C/RESG.AUTOM	0,00C
CREDITOS A CONFIRMAR	0,00C
DEBITOS A CONFIRMAR	0,00D
TOTAL LIMITES	0,00C
SALDO TOTAL	0,00C
SALDOS BLOQUEADOS	0,00C
SALDO DISPONIVEL	0,00C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: LUCELIA NUNES LOPES, brasileira, casada, empregada doméstica, inscrita no RG sob o nº. **MG - 20.551.829** PCE MG e no CPF sob o nº. 081.763.384-78, residente e domiciliada na Rua Amario Vieira Lima, s/n, Centro, na cidade de Cajazeirinhas, Paraíba, Telefone: (83) 98148-0208.

OUTORGADO: Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08; com escritório profissional a Rua Francisco Almeida, nº219, Centro, CEP: 58.840-000, Pombal – PB. Tele-fax: (83) 3431-1825 / Cel. (83) 99864-0979.

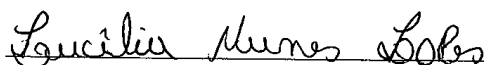
PODERES:

Pelo presente instrumento de mandato, o(a) outorgante acima qualificado(a), nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, com os mais amplos poderes, inclusive os gerais para o foro, representá-lo em juízo ou fora dele, de acordo com o estatuto da Advocacia – Lei 8.906/94, bem como perante qualquer repartição pública Federal, Estadual ou Municipal podendo dito procurador, com vistas ao cabal desempenho deste mandato, tudo requerer e praticar, patrocinar a defesa dos interesses do(a) outorgante como autor(a) ré(u), oponente, assistente, ou de qualquer forma interessada, usar dos poderes contidos na cláusula “*ad judicium*”, mais os **poderes especiais** de receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, acordar, discordar, arguir suspeições, excepcionar, prestar caução, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15) e finalmente praticar todo e qualquer ato que se faça necessário ao fiel e cabal desempenho do presente mandato, dando tudo por firme e valioso.

PODERES ESPECÍFICOS: com fulcro do art. 44 do Código de Processo Penal, conceder PODERES ESPECIAIS PARA INGRESSAR EM JUÍZO COM QUEIXA CRIME contra IONE LEITE BEZERRA GARRIDO, em virtude de que no dia 15.08.2018, por volta de 13h00min, a querelada estaria comentando que a querelante estaria indo a Creche Municipal de Cajazeirinhas - PB, conversar e se exibir de short curto para um dos vigilantes, conhecido por Fabiano, insinuando ainda que a querelante vai toda semana a cidade de Pombal – PB encontrar-se com alguém. O fato tem ocorrido dentro da Creche Municipal de Cajazeirinhas, assim como se tornado de amplo conhecimento da sociedade, por tratar-se de cidade com um número de habitantes baixo, diante disso, a querelada tem praticado contra a outorgante os crimes de DIFAMAÇÃO E INJÚRIA, previstos nos arts. 139, 140 c/c 141, todos do Código Penal Brasileiro.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

Pombal - PB, 09 de Outubro de 2018.



Outorgante



ПРОЦ РАЦАО ПАРТИЈА

OF TORGAZTE:

OL TORCADO:

PODERES:

processos mandados, dando tudo por firme e ratado.

praticar todo e qualquer ato que se faça necessário ao fiel e cabal desempenho do econômico (em conformidade com a norma do art. 102 do NCPC/15) e finalmente, firmar compromisso, por a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência discorde, ainda suspensões, excepcionar, prestar auxílio, receber, dar prestação, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, acordar, poderes especiais de receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, formar intressada para os poderes concedidos na cláusula "ad vobis", mais os interesses (para) outorgante como autor(a) e/ou oponente, assistente, ou de qualquer desamparado deste mandado, tudo requerer e praticar, proporcionar a defesa dos Federal Estadual ou Municipal podendo dito procurador, com vistas ao capital estatuto da Advocacia - Lei 8.900/94, bem como perante qualquer repartição pública e constituir o outorgado seu bastante procurador, com os mais amplos poderes, Pelo presente instrumento de mandato, (o(a) outorgante acima qualificado(a)) nomeia

141) todos do Código Penal Brasileiro
outorgante os crimes de DILATAÇÃO E INTERAÇÃO previstos nos arts. 139, 140 e
número de habitantes baixo. Diante disso, a queixada tem praticado contra a
terrodo de amplo conhecimento da sociedade por tratar-se de cidade com um
tornado de amplo conhecimento da sociedade por tratar-se de cidade com um
O fato tem ocorrido dentro da Cidade Municipal de Cajazeiras, assim como se
queixada vai toda semana a cidade de Pombal - PB encontrar-se com algum
curto para um dos vigilantes, conhecido por Fabiano, residindo ainda que a
estaria indo a Cidade Municipal de Cajazeiras - PB, conversar e se divertir de show
15.08.2018, por volta de 13h00min, a queixada estava conversando que a queixante
CRIME contra FIDELIDADE (ART. 241) em virtude de que no dia
conceder PODERES ESPECIAIS PARA INGRESSAR EM JUÍZO COM QUEIXA
PODERES ESPECIAIS: com fulcro do art. 44 do Código de Processo Penal,

Os poderes específicos assumidos pelo órgão setorial são:

Impressão - PB, 09 de Outubro de 2018.

01062014:0





INSS
CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Relações Previdenciárias - Portal CNIS

16/10/2018 11:12:19

Identificação do Filiado

Nit: 1.618.954.180-2 **CPF:** 102.458.904-83 **Nome:** QUEZIA ROCHA SANTANA
Data de Nascimento: 30/06/1994 **Nome da Mãe:** MARIA DAS DORES ROCHA SANTANA

Relações Previdenciárias

Seq.	NIT	Código Emp./NB	Origem do Vínculo	Tipo Filiado no Vínculo	Data Inicio	Data Fim	Últ. Remun.	Indicadores
1	1.618.954.180-2	41.116.450/0001-21	DISTRIBUIDORA PARAIBANA DE COSMETICOS LTDA	Empregado	02/01/2014	03/10/2015	10/2015	
2	1.618.954.180-2	02.296.264/0004-02	FORMULA H COMERCIO DE MOTOS LTDA	Empregado	10/11/2016		09/2018	
3	1.618.954.180-2	6173690660	91 - AUXILIO DOENÇA POR ACIDENTE DO TRABALHO	Não Informado	24/01/2017	05/04/2017		

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.



Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 18/10/2018 13:35:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101813340170900000016807840>
 Número do documento: 18101813340170900000016807840

Num. 17259876 - Pág. 3



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, QUEZIA ROCHA SANTANA

RG nº 3.785.806, data de expedição 27/08/09, Órgão SSDS/PB,

CPF nº 202.458.904-83, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>1º ANDAR</u>
Bairro	<u>VILA NOVA</u>
Cidade	<u>BOMBAL</u>
Estado	<u>PANGABA</u>
CEP	<u>58.840-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999746322 (83) 981488766</u>
E-mail	<u></u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BOMBAL-PB, 18.07.2018

Assinatura do Declarante: Quezia Rocha Santana



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

102.458.904-83

Nome completo da vítima

QUEZIA ROCHA SANTANA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo QUEZIA ROCHA SANTANA		CPF titular da conta 102.458.904-83	Profissão CAIXA
Endereço RUA PROJETADE		Número 512	Complemento 1º ANDAR
Bairro VILA NOVA	Cidade POMBAL	Estado PARAIBA	CEP 58.840-000
Email		Telefone (DDD) (83) 999746322	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0732

D/V

CONTA

NRO.

31069-9

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

POMBAL-PB, 18 de JULHO de 2018

Local e Data

Quezia Rocha Santana

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

QUEZIA ROCHA SANTANA

CPF da Vítima

102.458.904-83

Data do Acidente

05.01.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

POMBAL-RJ, 18 de JULHO de 2018

Local e Data

* 

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 9640666250

64458849525

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20121700003830-5

VIA

1

47263058-0

00/00000000

NOME/ENDEREÇO
GELCIRA ESMERALDINA DE ANDRADE
SÍTIO RIACHO GRANDE SN CASA
ZONA RURAL
58770000 COREMAS-PB

CPF/CNPJ
03598328494

PLACA
OEY1956/PB

NOME ANTERIOR
FORMULA H COMERCIO DE MOTOS LTDA

PLACA ANT/UF
NOVO PB

CHASSI
9C2HB0210CR464403

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/POP100

ANO FAB. ANO MOD.
2012 2012

CAP/POT/OIL
2 P/97 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : HB02E1C464403

0

COREMAS-PB
33294

LOCAL

DATA
11/07/2012

31054

DETRAN

CONTRON

VALS





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que Guilherme R. Silva
portador(a) do RG _____, foi submetido(a) à
consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,
sendo portador da infecção CID-10 S8.00
Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas
atividades laborativas por um período de 15
(15) dias, a partir desta data.

Pombal - PB, 09 de 01 de 20 17

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do paciente ou Responsável





ATESTADO MÉDICO

QUEZIA ROCHA SANTANA

HD:

- 1) LESÃO COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO (S83.5)
- 2) LESÃO DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL DO JOELHO ESQUERDO (S83.4)
- 3) FRATURA DA SUPERFÍCIE ARTICULAR DA TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA JOELHO (M82.1)
- 4) SINOVITE JOELHO ESQUERDO (M65.8)

TTO:

CONSERVADOR (MEDICAMENTOSO E FISIOTERAPICO)

OBS:

INCAPACIDADE DE REALIZAR SUAS ATIVIDADES LABORAIS, POR TEMPO MINIMO DE 90 (NOVENTA) DIAS .

28/01/27
DR. JOÃO H. SUASSUNA LAUREANO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 7417

Rua Cel. João Carneiro, Nº368, Centro
Fone: (33) 3431-2020 / 99989-0097 | Pombal-PB





QUEZIA ROCHA SANTANA

SOLICITO

FISIOTERAPIA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO (15 SESSÕES)

INDICAÇÃO:

ANALGESIA

ALONGAMENTO

GANHO DE ADM

TREINO DE MARCHA

DR. JOÃO HERBERT SUASSUNA LAUREANO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 7417

08/03/27

Rua Cel. João Carneiro, Nº368, Centro
Fone: (83) 3431-2020 / 99989-0097 | Pombal-PB



Santa Cecília
CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Quero Rota Santa

Solius

- Ortese Coxo Possível Não
Núcleos

Insus

- E de Mo Osses Tibia Proxim (E) +
Estim Mo to Ligamento Cruz anterior

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417

29/03/17

Rua Cel. João Carneiro, Nº368, Centro
Fone: (83)3431-2020 / 99989-0097 | Pombal-PB



on to tel

3422-3557

99982-9638



PACIENTE: QUEZIA ROCHA SANTANA

REQUISITANTE:

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA:

Exame realizado em equipamento de ressonância magnética com sequências, ponderações e planos específicos em T1, T2 e DP com e sem supressão de gordura, para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RELATÓRIO:

Pequeno derrame articular.

Esparsas áreas de edema do trabeculado ósseo nos côndilos femorais (principalmente do lateral), face medial da cabeça da fíbula e de forma mais pronunciada, na tíbia proximal.

Os espaços articulares femorotibiais estão preservados.

Nota-se áreas de afilamento com irregularidade dos contornos e alteração de sinal que compromete as fibras proximais do ligamento cruzado anterior.

Cartilagem de revestimento da patela com espessura e intensidade de sinal habitual. Não há comprometimento evidente do seu osso subcondral.

Espessamento com irregularidade dos contornos e heterogeneidade de sinal das fibras do retináculo medial da patela, com áreas líquidas intra-substanciais de permeio. Há associado edema das partes moles e pequena quantidade de líquido ao redor desta alteração do retináculo.

Ligamento colateral medial tem espessura, orientação e intensidade de sinal habitual de suas fibras, com edema das partes moles e pequena quantidade de líquido externamente.

Edema no subcutâneo ao redor do joelho.

Meniscos com forma, contornos e sinal preservados, sem sinais de lesão.

Ligamentos cruzado posterior e colateral lateral com continuidade, espessura e sinal conservados.

Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

Tendões quadricipital, patelar, bíceps femoral distal, poplíteo, trato iliotibial e tendões da pata de ganso sem particularidades.

Obs.:

As informações contidas nesse resultado, representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



Centro de Imagem Dr. Péricles Neves - R. Getúlio Vargas, 21 Centro - Sousa PB - Fax: 83 3522.2766 - periclesneves@wrlink.com.br
Dr. José Péricles Rodrigues Neves - Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia nº 2917 - CRM 1933 PB
Dra. Marcelli Carfaxo Neves - CRM 6089 PB

Tel.: 83 3522.1900



Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 18/10/2018 13:36:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101813341838000000016807852>

Número do documento: 18101813341838000000016807852

PACIENTE: QUEZIA ROCHA SANTANA

REQUISITANTE:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Pequeno derrame articular.
- Focos de edema ósseo contusional, que são mais evidentes na tíbia proximal.
- Estiramento com lesões parciais das fibras proximais do ligamento cruzado anterior.
- Estiramento com roturas parciais intra-substanciais do retináculo medial patelar.
- Estiramento do ligamento colateral medial.

Sousa(PB), 25 de Janeiro de 2017.



Dra. Marcella C. Neves
Médica Radiologista
CRM/PB: 6089



Dra. Andresa Baiak
Médica Radiologista
CRM/PR: 18146

Obs.:
As informações contidas nesse resultado, representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual.
Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



Centro de Imagem Dr. Péricles Neves - R. Getúlio Vargas, 21 Centro - Sousa PB - Fax: 83 3522.2766 - periclesneves@wrlink.com.br
Dr. José Péricles Rodrigues Neves - Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia nº 2917 - CRM 1933 PB
Dra. Marcella Carfaxo Neves - CRM 6089 PB


Tel.: 83 3522.1900






PREFEITURA MUNICIPAL DE SOUSA
08.999.674/0001-53
RUA CORONEL JOSÉ GOMES DE SÁ, 27 - CENTRO
TRIBUTOS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - (NFS-e)

Número 000001106	Emissão 27/01/2017 16:11:53	Autenticidade BT11ACT23T726NRITN4 																																				
PRESTADOR DE SERVIÇO CNPJ: 18.451.213/0001-03 Insc. Municipal: 12583 Insc. Estadual: Razão Social: CENTRO DE IMAGEM JOSE NEVES MOREIRA LTDA - ME E-mail: 0 Telefone: Endereço: R DJALMA GOMES DE SA, 08, 1º ANDAR, CENTRO, Município/UF: SOUSA/PB, CEP: 58800150																																						
TOMADOR DE SERVIÇO CPF: 102.458.904-83 Insc. Municipal: 0 Insc. Estadual: Nome: QUEZIA ROCHA SANTANA E-mail: Telefone: 99984-9666 Endereço: RUA PROJETADA, S/N, , ALTIPLANO, Município/UF: POMBAL - PB, CEP: 58840000																																						
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO.																																						
ITEM 116/ATIVIDADE ECONÔMICA: 3 / 0899297 - SERVIÇOS DE RESSONANCIA MAGNETICA LOCAL DA PRESTAÇÃO: SOUSA/PB TIPO DE RECOLHIMENTO: A RECOLHER TRIBUTAÇÃO: Tributável																																						
<table><tr><td>VALOR NOTA:</td><td>1.000,00</td><td>COFINS:</td><td>0,00</td><td>TOTAL RETENÇÕES:</td><td>0,00</td></tr><tr><td>VALOR DEDUÇÃO:</td><td>0,00</td><td>INSS:</td><td>0,00</td><td>VALOR LÍQUIDO:</td><td>1.000,00</td></tr><tr><td>BASE DE CÁLCULO:</td><td>1.000,00</td><td>CSLL:</td><td>0,00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>ALÍQUOTA:</td><td>3,00%</td><td>IR:</td><td>0,00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>VALOR ISSQN:</td><td>30,00</td><td>PIS:</td><td>0,00</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>OUTROS:</td><td>0,00</td><td></td><td></td></tr></table>			VALOR NOTA:	1.000,00	COFINS:	0,00	TOTAL RETENÇÕES:	0,00	VALOR DEDUÇÃO:	0,00	INSS:	0,00	VALOR LÍQUIDO:	1.000,00	BASE DE CÁLCULO:	1.000,00	CSLL:	0,00			ALÍQUOTA:	3,00%	IR:	0,00			VALOR ISSQN:	30,00	PIS:	0,00					OUTROS:	0,00		
VALOR NOTA:	1.000,00	COFINS:	0,00	TOTAL RETENÇÕES:	0,00																																	
VALOR DEDUÇÃO:	0,00	INSS:	0,00	VALOR LÍQUIDO:	1.000,00																																	
BASE DE CÁLCULO:	1.000,00	CSLL:	0,00																																			
ALÍQUOTA:	3,00%	IR:	0,00																																			
VALOR ISSQN:	30,00	PIS:	0,00																																			
		OUTROS:	0,00																																			
OUTRAS INFORMAÇÕES Nota Fiscal de Serviço Eletrônica (NFS-e). Lei:023/2002 - Decreto: 139/2010 Competência: http://contribuinte.sousa.pb.gov.br																																						

DPNFS-eV032012



RECIBO Nº		VALOR # 1.000,00 #
Recebi (emos) de <u>Quezia Rocha Santana.</u>		
a quantia de <u>Mil reais</u> _____		
Correspondente a <u>Sessões de fisioterapia e pi-</u> <u>lates</u>		
e para clareza firmo (amos) o presente.		
<u>Pombal</u> , 30 de <u>junho</u> de 2017		
Assinatura		
Nome	Thalita Fernandes	CPF / RG 083575234-48
Endereço	Fisioterapeuta	
	CREFITO 207518-f	

SÃO CARLOS





Prefeitura Municipal de Pombal

Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 192 Regional - Sousa

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 05



TRAUMA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência nº	Paciente / Vítima	Idade	Sexo	Masc.	Fem.
03/01/2017	0017	Recep Rocha Santana	22A			<input checked="" type="radio"/>
Local da Ocorrência	Bairro	Médico Regular				
Rua Domingos de Medeiros	Regênio	Stênio				
Apoio no Local						
<input type="checkbox"/> PM <input checked="" type="checkbox"/> Bombeiros <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> Agentes de Trânsito <input type="checkbox"/> Outros						<input type="checkbox"/> QTA: MOTIVO

DESTINO

LOCAL 1:	RESPONSÁVEL:	OBS:
HRP		Dr. Abimael Vieira de Almeida CPF: 431.856.404-20 CRM 1886 Ortopedista
LOCAL 2:	RESPONSÁVEL:	OBS:

CINEMÁTICA DO TRAUMA

<input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA <input type="checkbox"/> QUEDA > 5m <input type="checkbox"/> QUEDA < 5m <input checked="" type="checkbox"/> QUEDA DE MOTO <input checked="" type="checkbox"/> SEM CAPACETE NO INCIDENTE <input type="checkbox"/> CAPACETE RETIRADO POR TERCEIROS
<input type="checkbox"/> CARRO <input type="checkbox"/> MOTO <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> COLISÃO FRONTAL <input type="checkbox"/> COLISÃO LATERAL <input type="checkbox"/> COLISÃO TRAZEIRA <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO
<input type="checkbox"/> CARRO X MOTO <input type="checkbox"/> MOTO X MOTO <input type="checkbox"/> CARRO X OUTRO: <input type="checkbox"/> MOTO X OUTRO: <input checked="" type="checkbox"/> PERCA DA DIREÇÃO DO VEÍCULO
<input type="checkbox"/> SEM CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> AIRBAG NÃO ACIONADO <input type="checkbox"/> NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL <input type="checkbox"/> PRESO NAS FERRAGENS
<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO GRAU: <input type="checkbox"/> QUEIMADURA GRAU: <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO <input type="checkbox"/> DESABAMENTO <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF
<input type="checkbox"/> OUTRO:
<input type="checkbox"/> ACIDENTE ESPORTIVO <input type="checkbox"/> AGRESSÃO FÍSICA
<input type="checkbox"/> ACIDENTE COM VÍTIMA PEÇONHENTO <input type="checkbox"/> ESCORPIÃO <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> ABELHA <input type="checkbox"/> ARANHA <input type="checkbox"/> OUTRO:
<input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO COM:

EXAME FÍSICO

ENCONTRADO: <input checked="" type="checkbox"/> DECÚBITO DORSAL <input type="checkbox"/> DECÚBITO LATERAL <input type="checkbox"/> DECÚBITO VENTRAL <input type="checkbox"/> SENTADO <input type="checkbox"/> DENTRO DO VEÍCULO <input type="checkbox"/> FORA DO VEÍCULO
<input type="checkbox"/> DEAMBULANDO <input type="checkbox"/> EM CIMA DE: <input type="checkbox"/> OUTRO:
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADOR <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> HÁLITO ETÍLICO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO
<input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTRO:
QUEIXA PRINCIPAL: <input checked="" type="checkbox"/> DOR / LOCAL: MIE <input type="checkbox"/> PARESTESIA / LOCAL: <input type="checkbox"/> PARALISIA / LOCAL:
<input type="checkbox"/> OUTRO:
LESÕES APRESENTADAS:
<input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES / LOCAL: <input type="checkbox"/> FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: <input type="checkbox"/> RUPTURA MUSCULAR / LOCAL:
<input type="checkbox"/> CORTE / LOCAL: <input type="checkbox"/> FRATURA COMPLETA / LOCAL: <input type="checkbox"/> CÂMBIO / LOCAL:
<input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO / LOCAL: <input checked="" type="checkbox"/> SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: patela E <input type="checkbox"/> DOR MUSCULAR / LOCAL:
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO ARTICULAR LOCAL: <input type="checkbox"/> FRATURA EXPOSTA / LOCAL: <input type="checkbox"/> EDEMA / LOCAL:
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: <input type="checkbox"/> ENTORSE / LOCAL: <input type="checkbox"/> HEMATOMA / LOCAL:
<input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / LOCAL: <input type="checkbox"/> ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: <input type="checkbox"/> EQUIMOSE / LOCAL:
<input type="checkbox"/> OUTROS:

DADOS VITAIS

VVAA: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> SECREÇÕES
PADRÃO RESPIRATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR <input type="checkbox"/> OUTRO: FR: inicial: irpm / final: 8 irpm SpO ₂ : 98 %
PULSOS: RADIAL: <input type="checkbox"/> CENTRAL: <input type="checkbox"/> FC: inicial: 83 bpm / Final: bpm PAS (mmHg): <input type="checkbox"/> < 90 <input type="checkbox"/> > 90 perfusão: <input type="checkbox"/> < 2s <input type="checkbox"/> > 2s
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:	<input type="checkbox"/> RISCO PARA CHOQUE	<input type="checkbox"/> MUCOSA ORAL PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> CAPACIDADE ADAPTIVA INTRACRANIANA DIMINUÍDA	<input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VVAA	<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> DISREFLEXIA AUTOMÁTICA	<input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ
<input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA	<input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> TROCA DE GASES PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

<input checked="" type="checkbox"/> COLAR CERVICAL TAM: P <input checked="" type="checkbox"/> ESTABILIZADOR LATERAL DA CABEÇA <input checked="" type="checkbox"/> TIRANTES <input checked="" type="checkbox"/> PRANCHA RÍGIDA <input type="checkbox"/> KED /
<input checked="" type="checkbox"/> TALA DE EXTREMIDADES EM MIE <input type="checkbox"/> MACA VÁCUO <input type="checkbox"/> MOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO <input type="checkbox"/> EXTRICAÇÃO
<input type="checkbox"/> AVP COM ABOCATH Nº: <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MSD SRI 500 ml: SF 0,9% <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> ml: MEDICAÇÃO:
O ₂ <input type="checkbox"/> l/min: <input type="checkbox"/> MÁSCARA C/ RESERV. <input type="checkbox"/> CATETER NASAL <input type="checkbox"/> VENTURI Nº <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO C/ AMBU <input type="checkbox"/> CÂNULA DE GUEDEL Nº
<input type="checkbox"/> CÂNULA NASOFARÍGEA <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO VVAA <input type="checkbox"/> MÁSCARA LARÍGEA Nº <input type="checkbox"/> SVD Nº <input type="checkbox"/> DU <input type="checkbox"/> ml
CURATIVO: <input type="checkbox"/> COMPRESSIVO <input type="checkbox"/> SIMPLES IRRIGAÇÃO OCULAR <input type="checkbox"/> OLHO D <input type="checkbox"/> OLHO E RCP: <input type="checkbox"/> MANUAL <input type="checkbox"/> AUTOPULSE <input type="checkbox"/> DEA
MEDICAÇÃO EM AMPOLAS: ADRENALINA: mg ATROPINA: mg DOPA: mg DOBUTA: mg AMIODARONA: mg
OUTRA:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Conaúcio	COREN: 394932	Téc. ENFERMAGEM: Chinay	COREN:
CONDUTOR SOCORRISTA: Stênio	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO):	MÉDICO (VISTO):	

() ATENDIMENTO NO LOCAL () RECUSA

NOME:	RG:
ASSINATURA:	TESTEMUNHA:
UNHA:	



DOCUMENTOS PESSOAIS: RG CPF TÍTULO DE ELEITOR HABILITAÇÃO PASSAPORTE OUTROS: _____

CELULAR: QUANTIDADE: _____ MARCA: _____ MODELO: _____ MARCA: _____ MODELO: _____

CARTÕES DE CRÉDITO: MASTER CARD VISA AMERICAN EXPRESS HIPE CARD OUTROS: _____

CARTÕES DE BANCO 1 2 3 NOMES DO BANCO: _____

DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$ _____

CALÇADOS (MARCA): _____ RÉGIO (MARCA): _____ ANEIS (QUANTIDADE): _____

BRINCOS (QUANTIDADE): _____ PULSEIRAS (QUANTIDADE): _____ OUTROS: _____

DADOS DO RECEBEDOR

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCES: _____

SETOR: _____ FUNÇÃO: _____

ASSINATURA DO RECEBEDOR _____ CARIMBO DO RECEBEDOR _____

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
AAS 100mg		ÁLCOOL (PINCETA) 250ml	
ADRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 10ml		ATADURA DE CREPON 15cm	
AMIODARONA		CATETER TIPO ÓCULOS	
ATROPINA		EQUIPO MACROGOTAS	02
CAPTROPIL 25mg		EQUIPO MACROGOTAS	
DICLOFENACO 75mg		ESPARADRAPO	
DIPIRONA 1g		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO Nº)	01
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)		GARROTE	
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)		GASE ESTÉRIL (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100und)	
FUROSEMIDA		JELCO Nº 02	02
GLICOSE 50%		LANÇOL DESCARTÁVEL	
HIDROCORTISONA 100mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M	03
HIDROCORTISONA 500mg		LUVA ESTÉRIL Nº	
IPRATROPIC GOTAS		MÁSCARA DESCARTÁVEL	
ISORDIL 5mg		SCALP Nº	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA Nº	
PARACETAMOL GOTAS		SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO	01		
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO			
TERBUTALINA			
OUTROS			

EVOLUÇÃO: USB 05 acionada para atender vítimas de acidente de modo, colidiu com um cochovo, encontrada em decúbito dorsal, referindo dor aguda em MIE, realizado protocolo de trauma e removida para o HEP. Instalado AP com RL

ESCALA DE GLASGOW

RESPOSTA	RESPOSTA MODIFICADA PARA LACTENTES
Escore	Abertura Ocular
4	Spontânea
3	Ao estímulo Verbal
2	Ao estímulo doloroso
1	Ausente

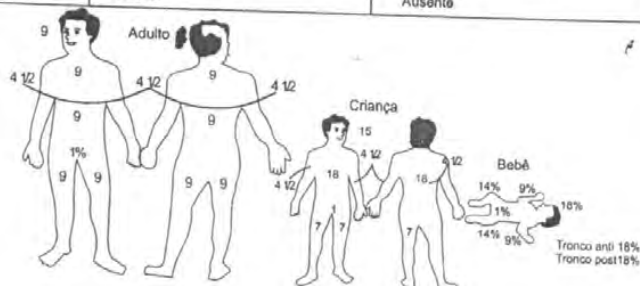
Melhor resposta motora	Melhor resposta verbal
5	Obedece comando
4	Localiza dor
3	Retirada ao estímulo doloroso
2	Flexão ao estímulo doloroso (postura decorticada)
1	Extensão ao estímulo doloroso (postura descerebrada)
	Ausente

5	Orientado
4	Confuso
3	Palavras inapropriadas sons inespecíficos
2	Ausente
1	Ausente

5	Balbucia
4	Choro à irritado
3	Choro à dor
2	Gemido à dor
1	Ausente

RELACÃO DE MATERIAIS DEIXANDOS NO HOPITAL

Materiais	Quantidade
<input type="checkbox"/> Ambu	
<input type="checkbox"/> Base do Estabilizador Lateral da Cabeça	
<input type="checkbox"/> Cânula de Guedel	
<input type="checkbox"/> Colar Cervical Tamanho	
<input type="checkbox"/> Estabilizador Lateral da Cabeça	
<input type="checkbox"/> Ked () Adulto () Infantil	
<input type="checkbox"/> Maca	
<input type="checkbox"/> Maca à Vácuo	
<input type="checkbox"/> Máscara com Reservatório	
<input type="checkbox"/> Máscara sem Reservatório	
<input type="checkbox"/> Máscara de Nebulização	
<input type="checkbox"/> Prancha Rígida	
<input type="checkbox"/> Tala Tamanho	
<input type="checkbox"/> Tirante Aranha	
<input type="checkbox"/> Torpedo de O2	
<input type="checkbox"/> Tractionador de Fêmur	
<input type="checkbox"/> Outros:	



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0 CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Quezia Rocha Santana

COR: Parda DATA DE NASCIMENTO: 30/06/94 IDADE: 22 SEXO: F

NOME DA MÃE: Mãe das Dores L. Santana PROFISSÃO: cozinheira

CARTÃO DO SUS: _____ RG/CNH: 3.785.806

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: L. Manoel Pedro de Sousa

ESTADO: PB CEP: 58540-000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 15/01/2016

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS:

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Acidente de moto. Sc. dor intensa e
impotência funcional na perna esquerda

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: Raio X de perna e APEP

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° St - 500ml 1x

2° Tramadol no sono

3° _____

4° _____

5° _____

6° _____

7° _____

8° _____

9° _____

10° _____

11° _____

12° _____

13° _____

14° _____

15° _____

16° _____

17° _____

18° _____

19° _____

Dr. Vinícius Vieira de Almeida
CRM: 70030099-1/280333
Ortopedista



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

☐ 1 - PRESCRIÇÃO

☐ OBSERVAÇÃO

ENCAMINHAMENTO:

☐ RESIDÊNCIA

☐ INTERNAÇÃO

☐ 2 - APLICADA

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ ÓBITO

☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
0301060024	22	31	25	

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO


ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO






PREFEITURA MUNICIPAL DE SOUSA
08.999.674/0001-53
RUA CORONEL JOSÉ GOMES DE SÁ, 27 - CENTRO
TRIBUTOS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - (NFS-e)

Número 000001106	Emissão 27/01/2017 16:11:53	Autenticidade BT11ACT23T726NRITN4 																																				
PRESTADOR DE SERVIÇO CNPJ: 18.451.213/0001-03 Insc. Municipal: 12583 Insc. Estadual: Razão Social: CENTRO DE IMAGEM JOSE NEVES MOREIRA LTDA - ME E-mail: 0 Telefone: Endereço: R DJALMA GOMES DE SA, 08, 1º ANDAR, CENTRO, Município/UF: SOUSA/PB, CEP: 58800150																																						
TOMADOR DE SERVIÇO CPF: 102.458.904-83 Insc. Municipal: 0 Insc. Estadual: Nome: QUEZIA ROCHA SANTANA E-mail: Telefone: 99984-9666 Endereço: RUA PROJETADA, S/N, , ALTIPLANO, Município/UF: POMBAL - PB, CEP: 58840000																																						
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO.																																						
ITEM 116/ATIVIDADE ECONÔMICA: 3 / 0899297 - SERVIÇOS DE RESSONANCIA MAGNETICA LOCAL DA PRESTAÇÃO: SOUSA/PB TIPO DE RECOLHIMENTO: A RECOLHER TRIBUTAÇÃO: Tributável																																						
<table><tr><td>VALOR NOTA:</td><td>1.000,00</td><td>COFINS:</td><td>0,00</td><td>TOTAL RETENÇÕES:</td><td>0,00</td></tr><tr><td>VALOR DEDUÇÃO:</td><td>0,00</td><td>INSS:</td><td>0,00</td><td>VALOR LÍQUIDO:</td><td>1.000,00</td></tr><tr><td>BASE DE CÁLCULO:</td><td>1.000,00</td><td>CSLL:</td><td>0,00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>ALÍQUOTA:</td><td>3,00%</td><td>IR:</td><td>0,00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>VALOR ISSQN:</td><td>30,00</td><td>PIS:</td><td>0,00</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>OUTROS:</td><td>0,00</td><td></td><td></td></tr></table>			VALOR NOTA:	1.000,00	COFINS:	0,00	TOTAL RETENÇÕES:	0,00	VALOR DEDUÇÃO:	0,00	INSS:	0,00	VALOR LÍQUIDO:	1.000,00	BASE DE CÁLCULO:	1.000,00	CSLL:	0,00			ALÍQUOTA:	3,00%	IR:	0,00			VALOR ISSQN:	30,00	PIS:	0,00					OUTROS:	0,00		
VALOR NOTA:	1.000,00	COFINS:	0,00	TOTAL RETENÇÕES:	0,00																																	
VALOR DEDUÇÃO:	0,00	INSS:	0,00	VALOR LÍQUIDO:	1.000,00																																	
BASE DE CÁLCULO:	1.000,00	CSLL:	0,00																																			
ALÍQUOTA:	3,00%	IR:	0,00																																			
VALOR ISSQN:	30,00	PIS:	0,00																																			
		OUTROS:	0,00																																			
OUTRAS INFORMAÇÕES Nota Fiscal de Serviço Eletrônica (NFS-e). Lei:023/2002 - Decreto: 139/2010 Competência: http://contribuinte.sousa.pb.gov.br																																						

DPNFSV032012



RECIBO Nº		VALOR # 1.000,00 #
Recebi (emos) de <u>Quezia Rocha Santana.</u>		
a quantia de <u>Mil reais</u> _____		
Correspondente a <u>Sessões de fisioterapia e pi-</u> <u>lates</u>		
e para clareza firmo (amos) o presente.		
<u>Domicil</u> , 30 de <u>Janeiro</u> de 2017		
Assinatura		
Nome	Thalysa Fernandes	CPF / RG 083575234-48
Endereço	CREFITO 207518-F	

SÃO DOMINGOS



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
Rua Prof. Newton Seixas, Sn, Boa Esperança / Fone (83) 3431-2206

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1ª E 2ª DD

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 308/2018

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **05/01/2017** – Horário: **18h 30min**

Local do ocorrido: **Rua Domingos de Medeiros, Pombal/PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **12/04/2018 – 16h 34min**

COMUNICANTE: QUELIA ROCHA SANTANA, alcunha //; **Filiação:** Antonio Pereira Santana e de Maria das Dores Rocha Santa; **Profissão:** operadora de caixa; **Estado Civil:** união estavel; **Naturalidade:** Pombal - PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 30/06/1994; **Endereço Residencial:** Rua Projetada, 548, 1º andar, Altiplano, Pombal - PB; **Endereço Profissional:** **; **Telefone** ; **Portador da CI/RG nº:** 3.785.806 – SSP/PB.

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados conduzia o veículo HONDA POP, placa OEY1956, NIV 9C2HB0210CR464403, cor VERMELHA, ano 2012/2012, licenciado (a) em nome de GELCIRA ESMERALDINA DE ANDRADE, quando caiu ao chão devido um burado no calçamento; Que fora socorrido(a) por/pelo SAMU e levado (a) para o hospital Regional de Pombal; Que devido ao acidente teve a(s) seguinte(s) lesão(ões): rompimento do ligamento do joelho esquerdo; Que apresenta como testemunha deste fato: ANDERSON CAMILO MURANTE ALMEIDA, residente no(a) Rua Sebastião Queiroga de Alencar, sn, terreo, Santo Amaro, Pombal/PB e MATEUS ROCHA SANTANA, residente no(a) Rua Sebastião Queiroga de Alencar, sn, terreo, Santo Amaro, Pombal/PB; Que vem comunicar o fato para fins de direito.

Pombal – PB, 12 de abril de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. ANDERSON FONTES CAMPOS.

COMUNICANTE:

Quelia Rocha Santana

Heromar P. Trigueiro
Escrivão de Polícia
Mat. 156.597-4

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1ª E 2ª DD





Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: QUEZIA ROCHA SANTANA
Nº Sinistro: 3180395582
Vítima: QUEZIA ROCHA SANTANA
Data do Acidente: 05/01/2017
Cobertura: DAMS
Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180395582, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na Sabemi Seguradora S/A, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0198501986 - carta_03 - DAMS



Carta nº 13250508





DAMS 3180 39 55 82

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: QUEZIA ROCHA SANTANA
Nº Sinistro: 3180379587
Vítima: QUEZIA ROCHA SANTANA
Data do Acidente: 05/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180379587**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0198301984 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13290129





ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

2ª Vara Mista de Pombal

Processo nº: 0801446-54.2018.8.15.0301

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto: [SEGURO]

Autor(a): QUEZIA ROCHA SANTANA

Ré(u): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

Vistos.

1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

2. Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e arts. 8º e 139, II, ambos do CPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do CPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do CPC.

3. **Certifique-se** a existência ou não de processo ativo ou baixado contendo as mesmas partes, pedido e causa de pedir.

4. CITE-SE/INTIME-SE a parte requerida, por carta com AR ou outro meio idôneo, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), cientificando-a, ainda, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais arbitro desde já no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), cujo depósito deve ser comprovado nos autos em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba.



5. Por economia processual, no prazo de defesa a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

6. Apresentada contestação, a parte autora deve ser intimada para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias (arts. 350 e 351 do CPC), podendo, no mesmo prazo, apresentar seus quesitos a serem respondidos pela perícia, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

7. NOMEIO o Dr. Rodolpho Dantas Mafaldo Pinto, CRM/PB 8679, cujos dados estão disponíveis na escrivania, para a realização do exame pericial, independentemente de compromisso.

8. Após os prazos dos itens 3 e 5, comunique-se o perito acerca da sua nomeação, por e-mail, requisitando desde já, data e horário para realização de perícia no Fórum de Malta/PB. Com a informação intinem-se as partes para, no dia e hora indicados, comparecerem ao local de realização da perícia médica.

9. Cientifique-se o perito, informando-lhe de que deverá responder aos quesitos apresentados pelas partes, além dos seguintes quesitos do Juízo: a) Há lesão nos membros inferiores do autor que lhe cause debilidade? b) As lesões comprometem as funções de que membros? c) Qual o grau de debilidade provocada pelas lesões identificadas?

10. Após a apresentação do laudo pericial, intinem-se as partes para se manifestar no prazo comum de 05 (cinco) dias.

11. Adotem-se as providências necessárias ao pagamento do perito, depois de apresentado o laudo, expedindo o competente alvará ou transferindo-se os honorários periciais para conta bancária de titularidade do expert.

12. Em seguida, venham os autos conclusos.

Cumpra-se com os expedientes e diligências necessárias.

POMBAL, na data da assinatura eletrônica.



[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]
JOSÉ EMANUEL DA SILVA E SOUSA – Juiz de Direito em substituição

Valor da causa: R\$ 6.725,00





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
2ª Vara Mista da Comarca de Pombal

CERTIDÃO

Certifico e dou fé, a inexistência de processo ativo ou baixado contendo as mesmas partes, pedido e causa de pedir em nome de Quézia Rocha Santana, até o presente momento

Pombal-PB, 29 de janeiro de 2020.

MARIA DO CARMO DE SOUSA NUNES

Técnico(a) Judiciário(a)

