



Número: **0877912-96.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA (AUTOR)		MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO) HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
26667 129	29/11/2019 16:32	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
26667 310	29/11/2019 16:32	<a href="#">BOLETIM DE OCORRENCIA - RUBINALDO DA SILVA</a>	Documento de Comprovação
26667 316	29/11/2019 16:32	<a href="#">COMPROVANTE DE RESIDENCIA - RUBINALDO DA SILVA</a>	Documento de Comprovação
26667 320	29/11/2019 16:32	<a href="#">DECLARAÇÃO E PROCURAÇÃO - RUBINALDO DA SILVA</a>	Documento de Comprovação
26667 322	29/11/2019 16:32	<a href="#">DOC PESSOAL - RUBINALDO DA SILVA</a>	Documento de Identificação
26667 323	29/11/2019 16:32	<a href="#">DOC ROSILDA - RUBINALDO DA SILVA</a>	Documento de Comprovação
26667 327	29/11/2019 16:32	<a href="#">SINISTRO - RUBINALDO DA SILVA</a>	Documento de Comprovação
26667 329	29/11/2019 16:32	<a href="#">DOC MÉDICA - RUBINALDO DA SILVA-otimizado_1</a>	Documento de Comprovação
26667 331	29/11/2019 16:32	<a href="#">DOC MÉDICA - RUBINALDO DA SILVA-otimizado_2</a>	Documento de Comprovação
26667 333	29/11/2019 16:32	<a href="#">DOC MÉDICA - RUBINALDO DA SILVA-otimizado_3</a>	Documento de Comprovação
27420 095	13/01/2020 15:29	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
27557 516	20/01/2020 22:50	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_\_ VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE JOÃO PESSOA- PARAÍBA

**RUBINALDO DA SILVA BARBOSA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do CPF sob o nº 095.899.764-09 e RG sob o nº 7.220.814 SSP/SC, residente e domiciliado no Sítio Mata Velha, Araruna/PB, CEP 58233-000, não possui endereço eletrônico, por seus advogados que ao final assinam, constituído legalmente nos termos do Instrumento de Procuração, com endereço profissional à Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa-PB, vêm à presença de Vossa Excelência, com fulcro nos art. 5.º, V, X, da Constituição Federal de 1988, e demais legislações pertinentes, propor a presente

### **ACÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT**

em face de MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A, empresa seguradora com sede na Capital do Estado da Paraíba, na Av. Epitácio Pessoa, nº 723, Bairro dos Estados, João Pessoa-PB, CEP: 58.030-000, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 61.074.175/0001-38, fazendo com base nos argumento fático-jurídico adiante delineados.

### **I - DOS FATOS E DO DIREITO**



A parte autora foi vítima de acidente automobilístico em 26/11/2017, tendo sofrido TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO LEVE E MÚLTIPLAS FRATURAS DA FACE, tendo se submetido a tratamento cirúrgico, o que acarretou nas seguintes debilidades permanentes: LESÕES DE ORGÃOS E ESTRUTURAS FACIAIS, EM DECORRÊNCIA DA GRAVIDADE DAS LESÕES, BEM COMO NA REGIÃO MAXILAR, CURSANDO COM PREJUÍZO DA FUNÇÃO MASTIGATÓRIA EM FACE DA GRAVIDADE DAS LESÕES, conforme se verifica através de documentação anexa (V. docs);

O autor, então, deu entrada administrativamente no seguro DPVAT, através de uma das seguradoras conveniadas à Seguradora Líder. Tendo se submetido a procedimento demasiadamente burocrático, inclusive com realização de perícia por médico indicado pela Seguradora reguladora do sinistro, recebeu o ínfimo valor de **R\$ 3.375,00 (Três mil trezentos e trinta e cinco reais)**, muito aquém do estipulado em lei. Desse modo, a fim de garantir o que é seu por direito e não restando outra alternativa para tanto, a promovente busca a tutela jurisdicional.

Outrossim, dê-se devida atenção, excelência, que a parte demandante só recebeu o benefício após decurso do prazo previsto em lei, qual seja: o de 30 (trinta) dias, nos termos do § 1º do art. 5º da Lei 6.194/1974, *in verbis*:

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

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

## II – QUANTO A AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML

Douto julgador, a Lei 6.194/74 que regula a cobrança do seguro DPVAT não exige Laudo do IML como requisito para o ajuizamento da ação em questão. Portanto, importa observar os documentos carreados aos autos, os quais são suficientes para comprovar as sequelas sofridas em razão do acidente. Corroborando tais premissas estão os arts. 369 e 370 do Novo Código Processo Civil:



Art. 369. As partes têm o direito de empregar todos os meios legais, bem como os moralmente legítimos, ainda que não especificados neste Código, para provar a verdade dos fatos em que se funda o pedido ou a defesa e influir eficazmente na convicção do juiz.

Art. 370. Caberá ao juiz, de ofício ou a requerimento da parte, determinar as provas necessárias ao julgamento do mérito.

No mesmo sentido o art. 5º da Lei 6.194/74:

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

Sendo assim, o Juiz não está diretamente ligado a uma prova específica, no caso o laudo do IML, ao contrário, caberá ao juízo a determinação de provas que tenham o condão de formar a justeza do magistrado, não podendo a análise da pretensão deduzida pelo Autor ser afastada.

Desse modo se posiciona a jurisprudência pátria, *in verbis*:

ACÇÃO 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).

PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO. SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. IMPOSSIBILIDADE DO PAGAMENTO DA DIFERENÇA. AUSÊNCIA DE



LAUDO DO IML. DESNECESSIDADE. LAUDO CONCLUSIVO DA DEBILIDADE PERMANENTE. SENTENÇA MANTIDA.

I - Conforme entendimento jurisprudencial emanado do Colendo STJ, admite-se que decisões judiciais adotem manifestações exaradas no processo em outras peças, desde que haja um mínimo de fundamento, com transcrição de trechos das peças às quais há indicação (per relationem). Precedentes (REsp 1399997/AM). II - **A existência de laudo do IML não é exigência de convencimento ao Juiz, que deverá convencer-se da verdade pelos documentos e laudos apresentados, podendo requerer outras provas e indeferir as protelatórias, sob pena de ressurgimento do odioso sistema de prova tarifada. Portanto, não há falar em nulidade, anulação ou reforma da sentença, considerando laudo conclusivo da gravidade das perdas da Apelada, o qual em verdade deve ser interpretado como invalidez para as atividades normais.** Assim, o recurso deve ser desprovido. III ? Recurso conhecido e desprovido. Sentença mantida.

(TJ-AM - APL: 06349106220138040001 AM 0634910-62.2013.8.04.0001, Relator: Wellington José de Araújo, Data de Julgamento: 14/12/2015, Segunda Câmara Cível, Data de Publicação: 17/12/2015). (grifei).

PROCESSO CIVIL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT - INDEFERIMENTO DA PETIÇÃO INICIAL - AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML - EXTINÇÃO DO PROCESSO - APTIDÃO DA PETIÇÃO INICIAL - SENTENÇA CASSADA.

1. Uma petição inicial está apta a iniciar uma ação quando, além de preenchidos os requisitos do artigo 282 do CPC, permite à parte ex adversa a exata compreensão da demanda, possibilitando-lhe o exercício do contraditório como corolário da ampla defesa; e no caso vertente, é evidente a pretensão inicial e os fundamentos fáticos e jurídicos nos quais o autor/apelante a embasa, como já evidenciado. 2. **O laudo pericial do Instituto Médico Legal não é documento indispensável à propositura da ação de indenização do seguro DPVAT.**

(TJ-MG - AC: 10024123061673001 MG, Relator: Otávio Portes, Data de Julgamento: 10/04/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 28/04/2014). (grifei).

De se concluir, portanto, que referida ausência do laudo do IML não é capaz de afastar a pretensão da parte autora, já que não é documento essencial para a propositura da ação objetivando o recebimento de indenização referente ao seguro DPVAT.

### III - DO VALOR RECEBIDO A MENOR



O valor que o autor recebeu não é suficiente para ampará-lo. Diante de tudo o que sofreu e sofre, haja vista ainda sofrer de dores e limitações, a gradação correta, ou seja, a gradação na forma como estabelece o inciso II do art. 3º da Lei 6.194/74, é o mais justo ao seu caso.

Art.3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 28 compreendem as indenizações por morte, **invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares**, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

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

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

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

Atente-se ainda que, além de descumprir a legislação quando paga indenização em quantia inferior ao devido por lei, a promovida age de igual modo ilicitamente quando, de forma descomedidamente burocrática, exige documentos desnecessários ao deslinde da questão, violando claramente o disposto no §1º do art. 5º da Lei 6.194/74, que diz:

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

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

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

b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.



Por estes motivos tem-se este processo como objeto de lide no judiciário, manejando a parte demandante o seu *jus postulandi*, de modo a alcançar junto ao Poder Judiciário o que é seu por direito.

#### IV - DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Prescreve o inciso VIII do art. 6º do CDC:

Art. 6º. São direitos básicos do consumidor:

[...]

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do Juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;

Assim, indiscutível a aplicação das disposições do Código de Defesa do Consumidor à espécie, entre elas a supracitada regra especial que prevê o direito básico do consumidor à inversão do ônus da prova em caso de caracterização de sua hipossuficiência.

Tendo em vista a hipótese envolver cobrança de indenização decorrente de serviço securitário, que está incluído no rol daqueles que perfazem relação de consumo (CDC, art. 3º, § 2º), sendo o autor hipossuficiente técnica e economicamente falando, requer, desde já, a concessão do benefício da inversão do ônus da prova, a fim de que a promovida seja compelida a apresentar o processo administrativo referente ao seguro obrigatório - DPVAT, caso haja, vez que toda documentação fica retida com a seguradora.

#### V - DO PEDIDO



Assim, com fulcro na Lei 6.194/74 alterada parcialmente pela Lei 8.441/92, nos art. 186, 927 do CCB, no art. 6º, VI e VIII do CDC, no art. 161, § 1º do CTN, Resolução da SUSEP, requer:

a) Que defira o requerimento de inversão do ônus *probandi*, em face da hipossuficiência da parte promovente;

b) Que a audiência de conciliação prevista no artigo 334 do NCPC, seja designada após a realização da perícia nos termos do convênio firmado entre a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT e o Tribunal de Justiça da Paraíba, tendo em vista que as conciliações nas ações dessa natureza só ocorrem após a realização da perícia judicial;

c) A citação da Ré para oferecer resposta no prazo legal, nos termos do artigo 335;

d) A PROCEDÊNCIA TOTAL DA AÇÃO PARA QUE A EMPRESA SEGURADORA SEJA CONDENADA A PAGAR A QUANTIA QUE CORRESPONDE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR LEGAL DE R\$ 13.500,00 (TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS) E O MONTANTE PAGO ATÉ O MOMENTO, VALOR ESTE ACRESCIDO DE CORREÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA;

e) Que o valor da condenação seja devidamente acrescido de juros e correção monetária, como determinam as Súmulas 43 e 54 do STJ, ou seja, a partir do evento danoso;

f) Seja condenada a demanda em 20% referente a honorários advocatícios sobre o valor da condenação;

g) A concessão do benefício da justiça gratuita, tendo em vista que o(a) autor(a) não apresenta atualmente condições financeiras suficientes para arcar com as custas processuais sem comprometer o seu sustento e da sua família, nos termos da Lei de nº 1.060/50 e do artigo 98 do NCPC;

h) A produção de todos os meios de prova permitidos em direito, na amplitude dos artigos 369 e seguintes do NCPC, principalmente a juntada de documentos, realização de perícia, nos termos do convênio firmado entre a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT e o TJ/PB (convênio n. 015/2014), e etc;

Dando-se à causa o valor de R\$ 10.125,00 (Dez mil cento e vinte e cinco reais).





João Pessoa, 19 de novembro de 2019.

MARTINHO CUNHA MELO FILHO

OAB/PB 11.086

Hérika Coeli

OAB/PB 18.925





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 01/2018

Ocorrência nº. 137/2018

Aos VINTE E QUATRO dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de ARARUNA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOACIL DE LIMA MOREIRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 17h:30min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, conhecido(a) por RUBINALDO, Identidade nº 7.220.814-SSP/SC, CPF nº 095.899.764-09, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Gileno Barbosa de Souza e Rosilda de Lima da Silva, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 03/01/1992 (26 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Mata Velha, tendo como ponto de referência: Bar Ilton, na cidade de Araruna/PB, fone(s) para contato: 99146.1986.

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

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 26 de novembro de 2017;
- 3) **Horário do fato:** 19h:0min;
- 4) **Local do fato:** PB 111 entre Araruna e Cacimba de Dentro;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** NÃO;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** SIM

**6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

MOTONETA HONDA/ BIZ 125 COR VERMELHA ANO 2017/2017 PLACA QFY7176/PB CHASSI 9C2JC4830HR411783 LICENCIADA EM NOME DE ROSILDA DE LIMA DA SILVA

**7) Testemunha(s) do fato/acidente:**

**FRANCISCO BARBOSA**  
**MARIA APARECIDA DE MEDEIROS**

**8) Breve resumo do fato:**

QUE no dia 26 de novembro de 2017 por volta das 19h:00min o noticiante ao se deslocava pilotando a moto supracitada vindo de Cacimba de Dentro com destino ao Sítio Mata Velha na cidade de Araruna/PB; QUE ao se aproxima da fazenda de José Maranhão foi fechado por um carro não identificado; QUE perdeu o controle vindo a cair; QUE no momento da queda ficou inconsciente; QUE foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital do Trauma de João Pessoa; QUE sofreu várias fraturas na face e de acordo com o laudo anexo se submeteu a procedimento cirúrgico; QUE procurou esta DP para registrar o fato.

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

*Rubinaldo da Silva Barbosa*

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Comunicante

*[Assinatura]*

Escrivã(o)/Agente

Matrícula nº. 168.474-4



Modelo\_Delegado\_ILAMILTO



RUBINALDO DA SILVA BARBOSA  
SIT MATA VELHA, S/N - AREA RURAL  
APARUNA/PB CEP: 58233000 (AG 62)

Emissão: 23/03/2018 Referência: Mar / 2018  
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 14 - 62 - 159 - 929 Nº medidor: 00008837088

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Bd 230, Km 25 - Distrito Realenor - João Pessoa/PB - CEP 58071-690  
CNPJ 09 086 183/0001-40 Insc Est 16 015 823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 004.084.447  
Cód. para Emissão Automática: 00016830515

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	23/03/2018	24/04/2018	9589976409

UC (Unidade Consumidora): **5/1683051-5**

Canal de contato

- Furto de energia é a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica até quem não faz o furto: prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.  
- 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: 22/02/18 Leitura: 1189	Data: 23/03/18 Leitura: 1210	1	41	28				
<b>Demonstrativo</b>								
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos Total (R\$)	Valor Base Calc. Aliq. ICMS (R\$)	Base Calc. Pte (R\$)	Coef. (R\$)	Coef. (R\$)	Coef. (R\$)
0601	Consumo em kWh	41,000	0,514120	21,07	0,00	0,00	21,07	0,14 0,65

CCI Código de Classificação do Item: TOTAL 21,07 0,00 0,00 21,07 0,14 0,65

Média últimos meses (kWh) 29  
**VENCIMENTO 02/04/2018**  
**TOTAL A PAGAR R\$ 21,07**

Histórico de Consumo (kWh)

47	15	39	48	8	36	45	30	8	0	27	39
Mar/17	Abr/17	Maio/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18

8ba2.4058.369e.1d4a.fbd9.36f7.5525.37b7.

Indicadores de Qualidade 1/2018 - Areana

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,84	1,88	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	23,69		
DIC ANUAL	47,38		
FIC MENSAL	7,74	1,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	15,49		
FIC ANUAL	30,98		
DMIC	6,59	0,88	
DICRI	18,60		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia PB	7,75	36,89
Compra de Energia	6,48	43,57
Serviço de Transmissão	1,78	8,55
Encargos Sistemáticos	2,15	10,20
Impostos Diretos e Encargos	0,79	3,75
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>21,07</b>	<b>100,00</b>

Valor cco EUSE (Ref. 1/2018) R\$ 7,96

**ATENÇÃO**

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
62 MAIO 2018  
**PROTOCOLO**  
**ACORDÃO PESSOA**



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTES:** RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, BRASILEIRO SOLTEIRO, AGRICULTOR, CPF: 095.899.764-09, RESIDENTE NO SÍTIO MATA VELHA, ZONA RURAL DE ARRARUNA - PB.

\_\_\_\_\_ ,  
pelo presente instrumento particular de procuração, nomeiam e constituem seu bastante procurador;

**OUTORGADO:** Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB-PB 11.086, Hérica Coeli da Silva Clementino, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB - PB 18.935, Anyelle Cirne Aragão, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB - PB 23.787, estabelecidos na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa - PB.

a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia e extra-judicia para, como seus advogados, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para confessar, desistir, **transigir**, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, levantar alvará em cartório, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa/PB, 18 de junho de 2019.

Rubinaldo da Silva Barbosa  
OUTORGANTE



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

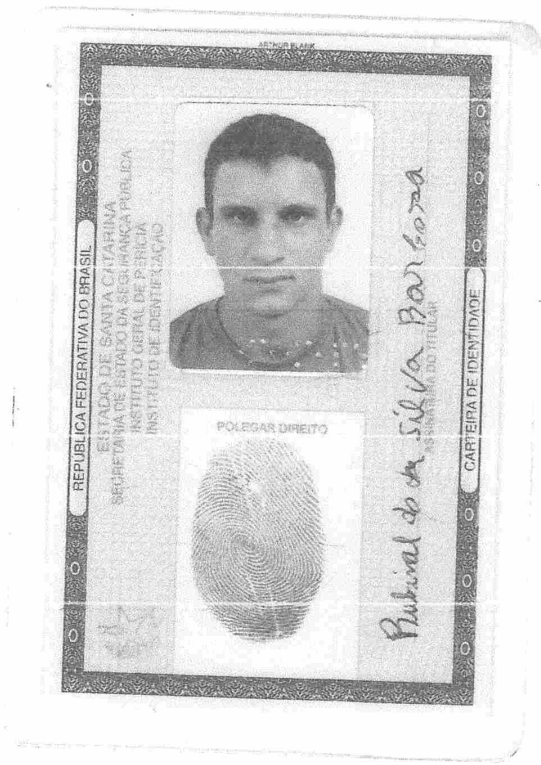
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, BRASILEIRO, SOLTEIRO  
AGRICULTOR, CPF: 095.899.764-09, RESIDENTE NO  
SÍTIO MATA VELHA, S/Nº, ZONA RURAL DE ARARUAMA  
- PB.

DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com a custa deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

João Pessoa/PB, 18 de janeiro de 2019.

Rubinaldo da Silva Barbosa  
DECLARANTE





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO FEDERAL 7.220.814 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/FEV/2014

NOME RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

PROVAÇÃO GILENO BARBOSA DE SOUZA  
ROSILDA DE LIMA DA SILVA

NACIONALIDADE ARARUNA PE DATA DE NASCIMENTO 03/JAN/1992

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 22038 LV A-21 FL 247  
CART. MARANHÃO-ARARUNA PE

CPF 095.809.764-09

ELIMENAU - SC ASSINATURA DO DIRETOR Daniel Buhatem Koch Perito Criminal

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Scanned by CamScanner



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.242.330 - 2 VIA EXPERIÇÃO DATA DE EMISSÃO 24/04/1996

NOME ROSILDA DE LIMA DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO GUILHERME DA SILVA LOURDES DE LIMA DA SILVA

NACIONALIDADE ARARUNA-PB

DOC. RASC. N. 5927 FLS. 276 LIV. A-6

CARTORIO FACIMA-PB

CPF 042.654.014-06

DATA DE NASCIMENTO 14/12/1975

ASSINATURA DO DIRETOR

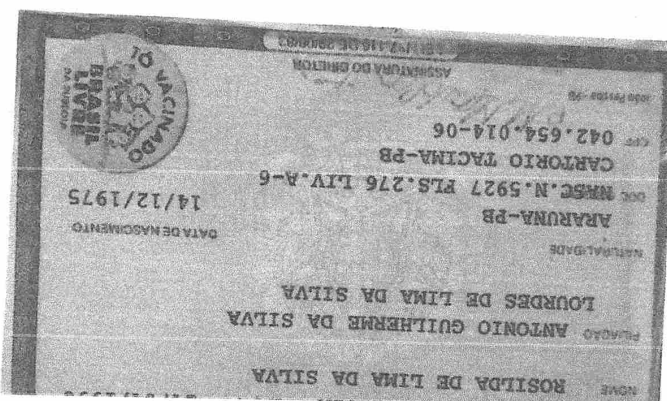
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

230 Passos - PB

10 VACINADO  
BRASIL LIVRE DA FEBRE









Scanned by CamScanner



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.242.330 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 24/04/1996

NOME ROSILDA DE LIMA DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO GUILHERME DA SILVA  
LOURDES DE LIMA DA SILVA

NATURALIDADE ARARUNA-PB DATA DE NASCIMENTO 14/12/1975

DOC NASC.N.5927 FLS.276 LIV.A-6

CARTORIO TACIMA-PB

CPF 042.654.014-06

ASSINATURA DO DIRETOR

BRASIL LIVRE DA FUMIGAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Scanned by CamScanner



**SINISTRO 3180197556 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA RUBINALDO DA SILVA BARBOSA****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial**

João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO RUBINALDO DA SILVA BARBOSA****CPF/CNPJ: 09589976409****Posição em 29-05-2018 07:23:39**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/05/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

◀ [Barra decorativa com pontos] ▶





**Estado da Paraíba**  
**Prefeitura Municipal De Cacimba De Dentro – PB**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SMS**  
**Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que, o Sr° **Rubinaldo da Silva Barbosa**, foi vítima de queda de moto, com possível fratura de face. Após imobilização e estabilização da vítima, a mesma foi conduzida para Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde foi admitida para avaliação médica.

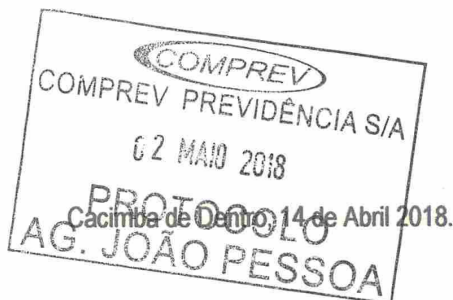
Segue abaixo dados da ocorrência.

Data da ocorrência: 26/11/2017

ID da ocorrência: N°1897921

Local: PB 111 Que liga Cacimba de Dentro à Araruna.

DAYSE OLGA DE LIMA MACEDO  
COORDENADORA



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 interdita 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: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA      CPF da Vítima: 095.899.764-09      Data do Acidente: 26/11/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <u>83 999479100</u>

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:**

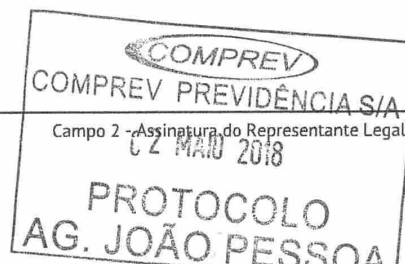
- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha 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.

ARARUNA-PB, 09 de MAIO de 2018  
Local e Data

Rubinaldo da Silva Barbosa  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



DALI.001 V001/2017





### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ROSILDA DE LIMA DA SILVA,  
RG nº 2.242.330 - 2ª via, data de expedição 24/04/1996,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 042.654.014-06,  
com Domicílio na cidade de ARARUNA, no Estado  
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) SÍTIO MATA,  
VELHA nº S/Nº, complemento, ZONA RURAL, declaro, sob as  
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na  
data do acidente ocorrido com a vítima  
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, cujo o condutor  
era RUBINALDO DA SILVA BARBOSA.

Veículo.....: MOTO HONDA/BIZ 125  
Ano.....: 2017  
Modelo.....: 2017  
Placa.....: QF47176 /PB  
Chassi.....: 9C2JC4830HR411783  
Data do acidente.: 26 DE NOVEMBRO DE 2017

Local e data: ARARUNA - PB 23 DE ABRIL DE 2018

Rosilda de Lima da Silva  
Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

Serviço Notarial e Registral - "Martins de Sousa"  
Praça Rio Branco, 36 - Fone: (33) 3373 1270  
Reconheço verdadeira letra(s) e Firma(s) por autenticidade de  
Rosilda de Lima da Silva; diva fe.  
Araruna, 23/04/2018,  
Em test\* [assinatura] já verdade  
Assisina Flávia M. Nobre

SELO DIGITAL  
AG1246103-FD10  
Consulte Autenticidade em:  
<https://serviçodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
02 MAIO 2018  
PROTÓCOLO  
CARTÓRIO  
MARTINS  
DE  
SOUSA





SAMU  
192

ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS  
Rua Alfredo Pessoa de Lima, 346 - Centro - CEP: 58225-000  
Solânea - Paraíba - Fone: (83) 3363-2859  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU  
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 065  
**TRAUMA**



SAMU  
192

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data <u>26/11/19</u>	Ocorrência nº <u>1897924</u>	Paciente / Usuário <u>Rubinaldo da Silva Barbosa</u>	Idade <u>25</u>	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência <u>ASFOIO A USB 48 (ACIMA DE DENTRO)</u>		Bairro <u>PAÍDE</u>	Médico Regulador <u>Dr. Joazeirina</u>	
Apoio no local <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate/Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate / PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> SITRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outros				

DESTINO

LOCAL: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ OBS.: \_\_\_\_\_

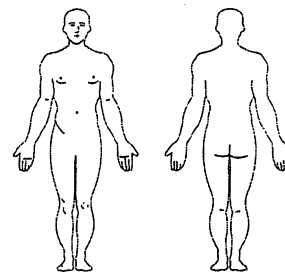
TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO - TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CINEMÁTICA / CAUSA  
 QUEDA <5 M  QUEDA >5 M  QUEDA PRÓPRIA ALTURA  QUEDA DE MOTO  SEM CAPACETE NO INCIDENTE  CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO  
 COLISÃO FRONTAL  COLISÃO LATERAL  COLISÃO TRASEIRA  ATROPELAMENTO  CARRÓ  MOTO  BICICLETA  CARRO X MOTO  
 MOTO X MOTO  CARRO X ÔNIBUS  CAPOTAMENTO  SEM CINTO DE SEGURANÇA  OUTRO \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: \_\_\_\_\_ OU DENTRO DO VEÍCULO \_\_\_\_\_ AIR BAG NÃO ACIONADO  DIR  ESQ  
 AFOGAMENTO GRAU \_\_\_\_\_  QUEIMADURA GRAU \_\_\_\_\_  CHOQUE ELÉTRICO  DESABAMENTO  FAB  FAF  
 OUTRO \_\_\_\_\_  
 ACIDENTE DE ESPORTE  AGRESSÃO FÍSICA  
 INTOXICAÇÃO EXÓGENA: PICADA DE  ESCORPIÃO  ABELHA  COBRA  .RANHA  
 ENVENENAMENTO POR: \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO

Encontrado:  DECÚBITO LATERAL  DORSAL  VENTRAL  SENTADO  DENTRO DE VEÍCULO  
 FORA DO VEÍCULO  DEMBULANDO q EM CIMA DE: \_\_\_\_\_ OUTRO: \_\_\_\_\_  
 Nível de Consciência  CONSCIENTE  ORIENTADO  ALGO DESORIENTADO  HÁLITO ETÍLICO  
 ABUSO DE DROGAS  SONOLENTO  INCONSCIENTE  AGITADO  COMA  OUTRO  
 Queixa  DOR / LOCAL: \_\_\_\_\_  PARESTESIA / LOCAL: \_\_\_\_\_  
 OUTRA \_\_\_\_\_  
 LESÕES APRESENTADAS  
 ESCORIAÇÕES/LOCAL: \_\_\_\_\_  CORTE/LOCAL: \_\_\_\_\_  
 PERFURAÇÕES/LOCAL: \_\_\_\_\_  CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: \_\_\_\_\_  
 CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: \_\_\_\_\_  LUXAÇÃO / LOCAL: \_\_\_\_\_  
 FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: \_\_\_\_\_  FRATURA COMPLETA / LOCAL: \_\_\_\_\_  
 SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: \_\_\_\_\_  FRATURA EXPOSTA / LOCAL: \_\_\_\_\_  
 ENTORSE / LOCAL: \_\_\_\_\_  ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: \_\_\_\_\_  
 RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: \_\_\_\_\_  CÂMBRA / LOCAL: \_\_\_\_\_  
 DOR MUSCULAR / LOCAL: \_\_\_\_\_  EDEMA / LOCAL: \_\_\_\_\_  
 HEMATOMA / LOCAL: \_\_\_\_\_  EQUIMOSE / LOCAL: \_\_\_\_\_  
 OUTROS: \_\_\_\_\_

IDENTIFIQUE O LOCAL DA LESÃO



IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS

MIDRIASE  MIOSE  
 ISOCORICAS  ANISOCORICAS

DADOS VITAIS

V V A A:  LIVRE  OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO FR INICIAL: \_\_\_\_\_ irpm FINAL: \_\_\_\_\_ irpm / PULSO RADIAL  PRESENTE  AUSENTE  
 FC INICAL: \_\_\_\_\_ bpm FC Final \_\_\_\_\_ bpm ESCALA DE COMA DE GLASGOW:  >8  <9 PAS (mmHg):  90  90  
 PADRÃO RESPIRATÓRIO  REGULAR  IRREGULAR - PERFUSÃO MMSS  <2 SEGUNDOS - MMII  <2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO %

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

COLAR CERVICAL TAM. \_\_\_\_\_ /  ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA /  TIRANTES /  PRANCHAS RÍGIDAS /  KED /  TAPAS DE EXTREMIDADES  
 A V P COM ABOCATH Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  MSE /  MSD /  SRL \_\_\_\_\_ ml SF 0,9% \_\_\_\_\_ ml / MEDICAÇÃO  
 021/MIN \_\_\_\_\_  MASCARA COM RESERV.  CATETER NASAL  IMOBILIZAÇÃO:  MSE  MSD  ME  MID  MACA VÁCUO  
 IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO  EXTRICAÇÃO  CURATIVO  COMPRESSIVO  SIMPLES  IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL  OLHO  
 OLHO  VELPEAU / LOCAL \_\_\_\_\_ / VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVAAs / OUTROS \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO \_\_\_\_\_ COREN \_\_\_\_\_ TÉCNICO DE ENFERMAGEM \_\_\_\_\_ COREN \_\_\_\_\_  
 CONDUTOR \_\_\_\_\_ SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO) \_\_\_\_\_ MÉDICO (VISTO) \_\_\_\_\_

RECUSA

\_\_\_\_\_







## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

**NOME DO PACIENTE** RUBINALDO DA SILVA BARBOSA  
**DADOS DE NASCIMENTO** 03/01/92  
**NOME DA MÃE** ROSILDA DE LIMA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

**BOLETIM DE ENTRADA N.º** 1.044.444  
**Nº PRONTUÁRIO** 105.668  
**DATA DO ATENDIMENTO** 27/11/17  
**HORA DO ATENDIMENTO** 02:04  
**MOTIVO DO ATENDIMENTO** ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
**DIAGNÓSTICO (S)** TCE LEVE + FRATURAS MÚLTIPLAS DA FACE (MANDÍBULA + MAXILA + PAREDE LATERAL DO NARIZ)  
**CID 10** S 00.9 + S 02.7

### AVALIAÇÃO INICIAL:

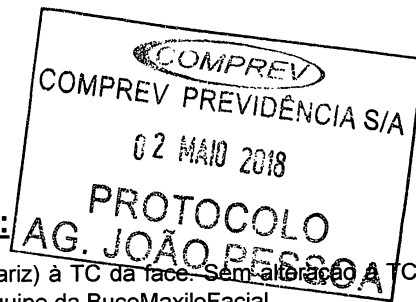
Paciente deu entrada neste hospital vítima de motocicleta, apresentando trauma contuso de face D, com cefaléia associada, edema de face, ferimento contuso em lábio superior, edema em região lateral da mandíbula D. Relato de consumo de bebida alcoólica. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio  
TC da face  
RX do tórax - AP

### TRATAMENTO:

Fraturas múltiplas da face (mandíbula + maxila + parede lateral do nariz) à TC da face. Sem alteração à TC do crânio. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. José Lacet e equipe da BucoMaxiloFacial.



**ALTA HOSPITALAR:** 04/12/17  
**DATA DA EMISSÃO:** 06/04/18

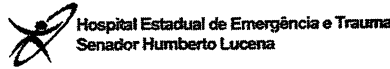
DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO ORBHEETSHL  
CRM: 2516

**Dr. Ewerton Noronha Teixeira**  
**CRM: 2516/PB**

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



*laudo OK*



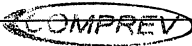
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1044444



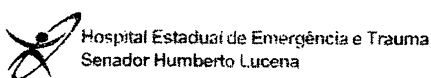
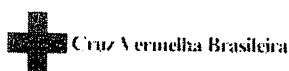
Identificação do paciente			
ID 1234643	Nome RUBINALDO DA SILVA BAREOSA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 03/01/1992	Idade 25 anos 10 meses 24 dias	Estado civil	Religião
Mãe ROSILDA DE LIMA DA SILVA		Pai GILENO BARBOSA DE SOUZA	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) A MAE - MAE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993476888	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 7220814	Nº Cns 702009803402286	
Local de procedência ARARUNA		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade ARARUNA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro MATA VELHA
Número SN	Complemento		Bairro ZONA RURAL
Admissão			
Data e Hora 27/11/2017 02:04:54	Número da pulseira 100005802141	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Paciente consciente, orientado, eupneico, vitais de acidente motociclístico, apresentando edema em face à D e edema labial. Segue p/ exames.</i>			
Diagnóstico <i>Abuso</i>	CID COMPREV PREVIDENCIA S/A		
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA	Tempo 03min 47seg		

Imprimir

  
 COMPREV PREVIDENCIA S/A  
 02 MAIO 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

27/11/2017 02:05





**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>RUBINALDO DA SILVA BARBOSA</b>		BAE <b>1044444</b>	Data/Hora Entrada <b>27/11/2017 02:04:54</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>03/01/1992</b>	Idade <b>25</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702009803402286</b>	Telefone de Contato <b>(83) 993476888 / (83) 993476888</b>
Mãe <b>ROSILDA DE LIMA DA SILVA</b>				Prontuário <b>105668</b>
Endereço <b>MATA VELHA, SN</b>		Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO</b>		Nº Cons. Regional <b>2537/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>27/11/2017 02:04:54</b>			Data/Hora Prescrição <b>01/12/2017 13:15:42</b>	
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matrícula	Senha	

**EVOLUÇÃO MEDICA**

**EVOLUÇÃO**

**DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO**

PACIENTE CURSANDO COM FRATURAS MULTIPLAS EM FACE COM EDEMA EM REGRESSAO , AGENDO CIRURGIA PARA AMANHA OBSERVAR EDEMA

**Anamnese**

PACIENTE EM 1 DPO CIRURGIA DE FRATURAS MÚTIPLAS DE FACE.

NO MOMENTO PACIENTE ACAMADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, AFEBRIL AO TOQUE, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, NÃO ACEITANDO BEM A DIETA, SEM QUEIXAS ALGICAS, DIURESE ESPONTANEA, NEGANDO VOMITOS OU ENJOOS.

AO EXAME FÍSICO: OBSERVA-SE LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, EDEMA EM FACE COMPATÍVEL COM O PO, SUTURAS EM POSIÇÃO SEM SINAL DE SANGRAMENTO + SEM SINA DE INFECÇÃO+ SEM SINAL DE DEISCENCIA.

CD: 1- OBSERVAÇÃO BMF

**Conduta**

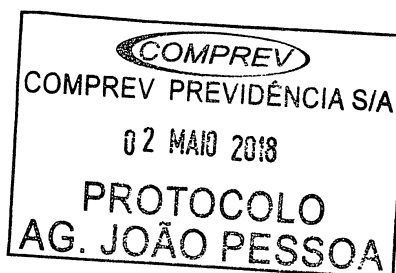
Em observação

**Clarissa Campelo**  
Bucco-Maxilo-Facial  
CRO PB 2537

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

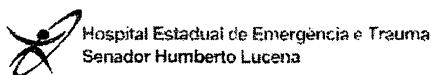
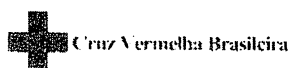
CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO  
(: 2537/PB)

CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO



Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/11/2017 02:08:41





## CENTRO CIRURGICO

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

Paciente <b>RUBINALDO DA SILVA BARBOSA</b>		BAE <b>1044444</b>	Data/Hora Entrada <b>27/11/2017 02:04:54</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>03/01/1992</b>	Idade <b>25</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702009803402286</b>	Telefone de Contato <b>(83) 993476888 / (83) 993476888</b>
Mãe <b>ROSILDA DE LIMA DA SILVA</b>				Prontuário <b>105668</b>
Endereço <b>MATA VELHA, SN</b>		Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE LACET DE LIMA JUNIOR</b>		Nº Cons. Regional <b>2850/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>27/11/2017 02:04:54</b>			Data/Hora Prescrição <b>30/11/2017 15:50:35</b>	
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matrícula	Senha	

**EVOLUÇÃO MEDICA****EVOLUÇÃO****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO**

PACIENTE CURSANDO COM FRATURAS MULTIPLAS EM FACE COM EDEMA EM REGRESSAO , AGENDO CIRURGIA PARA AMANHA OBSERVAR EDEMA

**Anamnese**

PACIENTE OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS. SOLICITADO RADIOGRAFIA PÓS OP. AGUARDA MELHORA DO QUADRO PARA ALTA

**DIETA**

DIETA, VIA ORAL

**MEDICAÇÃO**

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 HS POR 7 DIA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

**Diluir**

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

TENOXICAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 MG VIA E.V., 12/12H

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO EM CASO DE VOMITO OU NÁUSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 16,0)

**CUIDADOS**

DECUBITO ELEVADO EM 30°

HIGIENE ORAL RIGOROSA

AFERIR PA E FC

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES

**Conduta**

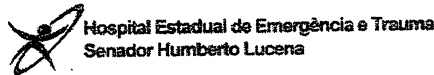
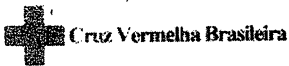
Em observação

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
02 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Jose Lacet de Lima C.D.  
Cirurgião  
Insc. CRM-PB 2850  
30/11/17

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/11/2017 02:08:41





AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>RUBINALDO DA SILVA BARBOSA</b>		BAE <b>1044444</b>	Data/Hora Entrada <b>27/11/2017 02:04:54</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>03/01/1992</b>	Idade <b>25</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702009803402286</b>	Telefone de Contato <b>(83) 993476888</b>
Mãe <b>RÓSILDA DE LIMA DA SILVA</b>				Prontuário
Endereço <b>MATA VELHA, SN</b>		Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ALISSON CORDEIRO MOREIRA</b>	Nº Cons. Regional <b>10942/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>27/11/2017 02:04:54</b>			Data/Hora Prescrição <b>27/11/2017 02:54:55</b>	
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matrícula	Senha	

**anamnese**

PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO-QUEDA. NEGA USO DE CAPACETE E REFERE CONSUMO DE BEBIDA ALCOOLICA. APRESENTA TRAUMA CONTUSO EM FACE, COM CEFALEIA ASSOCIADA. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA, NAUSEAS E VOMITOS. NEGA DOR TORACICA, ABDOMINAL E LIMITAÇÃO DE MEMBROS.

**MEDICAÇÃO**

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: +100 ML SF)

**CUIDADOS**

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: BUCOMAXILO)

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES

DIAGRAFIA DE TORAX (PA)

**CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**

Em observação

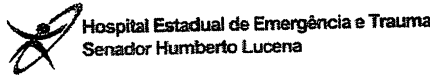
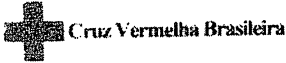
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Dr. Alisson Cordeiro More  
Médico  
CRM-PB 10942

ALISSON CORDEIRO MOREIRA  
(CRM: 10942/PB)  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
02 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/11/2017 02:08:41





AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>RUBINALDO DA SILVA BARBOSA</b>		BAE <b>1044444</b>	Data/Hora Entrada <b>27/11/2017 02:04:54</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>03/01/1992</b>	Idade <b>25</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702009803402286</b>	Telefone de Contato <b>(83) 993476888</b>
Mãe <b>ROSILDA DE LIMA DA SILVA</b>		Prontuário		
Endereço <b>MATA VELHA, SN</b>		Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO</b>		Nº Cons. Regional <b>4417/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>27/11/2017 02:04:54</b>		Data/Hora Prescrição <b>27/11/2017 08:13:29</b>		
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha	

ME **amnese**

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 6H (QUEDA), QUEIXA-SE DE DOR EM FACE À D. APRESENTA EDEMA EM FACE + FERIMENTO CONTUSO EM LÁBIO SUPERIOR, SUTURADO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS; NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM SINAIS DE FRATURAS EM MEMBROS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. REFERE VAT HÁ < 10 ANOS (3 DOSES). AO EXAME= EGR, EUPNÉICO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. NO RX DE TÓRAX, NÃO IDENTIFIQUEI FRATURAS DE ARCOS COSTAIS, DERRAME OU PNEUMOTÓRAX. CONDUTA= LIBERADO DA CIRURGIA GERAL + CURATIVOS + AGUARDA REAVALIAÇÃO DO NEURO E BMF.

**CID10**

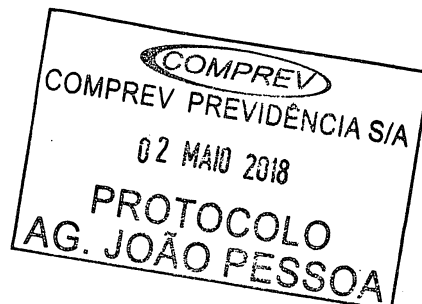
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**

Em observação + liberado da cir. geral

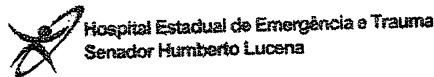
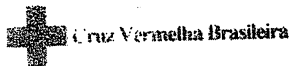
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

*Ana Virginia L. da Costa*  
 ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO  
 (4417/PB)



Boletim registrado por: THATIANE MÁRQUES VIEIRA BRAGA em 27/11/2017 02:08:41





Bueno  
P  
interna

AREA LARANJA UDC  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PI  
Tel: 32165700  
CNES: 2458276

Paciente <b>RUBINALDO DA SILVA BARBOSA</b>		BAE <b>1044444</b>	Data/Hora Entrada <b>27/11/2017 02:04:54</b>	
Data de nascimento <b>03/01/1992</b>	Idade <b>25</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702009803402286</b>	Telefone de Contato <b>(83) 993476888</b>
Mãe <b>ROSILDA DE LIMA DA SILVA</b>				Prontuário
Endereço <b>MATA VELHA, SN</b>		Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>		Nº Cons. Regional <b>6628/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>27/11/2017 02:04:54</b>		Data/Hora Prescrição <b>27/11/2017 06:09:57</b>		
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha	

### anamnese

ÚLTIMA DE ACIDENTE DE MOTO ADMITIDO AS 2:04 AM;  
AO EXAME: GLASGOW 15, EDEMA IMPORTANTE EM REGIÃO DE FACE COM LIMITAÇÃO PARA ABERTURA DA BOCA

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO INTRACRANIANO; SINAIS DE FRATURA COM DESLOCAMENTO DE MANDÍBULA DIREITA, FRATURA DE OSSOS NASAIS E MAXILAR

PACIENTE NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL, DEAMBULANDO SEM DÉFICITS

VISUALIZADO ATÉ C4 NA TOMOGRAFIA DE FACE

CD: RETIRO COLAR CERVICAL; LIBERO PARA PROCEDIMENTO COM BUCOMAXILOFACIAL; SOLICITO AVALIAÇÃO DA BMF

### CID10

Código	Descrição
S02.6	Fratura de mandíbula

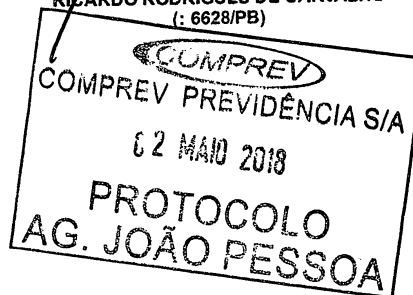
dados coletados anteriormente  utilizar na impressão?

### Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Dr. Ricardo R. Carvalho  
Neurocirurgião  
CRM - 6628  
RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
(: 6628/PB)



Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/11/2017 02:08:41





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha 1/2

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HELENA

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HELENA

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Robinaldo da Silva Barbosa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1044444

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc.  1 Fem.  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31-QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-QTDE

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

ex BMF 1.5/2.0 01 (no olho) Parafusos 2.0. 7mm L 5mm L;  
 ex BMF 2.4 01 3mm L, 6mm L perdido no  
 para. em L 4 furos 2.0 - 01 pelo cirurgião.  
 para. em Z 4 furos 2.0 - 01 Parafusos 2.4 8mm L 12mm L  
 para. retina 6 furos 2.4 - 01 14mm L.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Cirurgião e Traumato

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

CRÓIPB 2850

3382

PROTÓCOLO

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF







# RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: DUARTE DA SILVA CLEMENTINO BE/Prontuário: 1044444  
 Idade: 25 Sexo: () Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 30/11/17  
 Clínica/Setor: DUPA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: DR LACET  
 Cirurgião: RL RESIDENTE 1º Assistente: RL RESIDENTE  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Daniel  
 Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>FRATURA MULTIPLAS DA FACE +</u>	
<u>FRATURA COMPLETA DA MANDIBULA</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>RECEPES E DIVISAO DE FRATURA MULTIPLAS</u>	
<u>DE FACE + FRATURA COMPLETA DA MANDIBULA</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim () Não. Descrição: \_\_\_\_\_

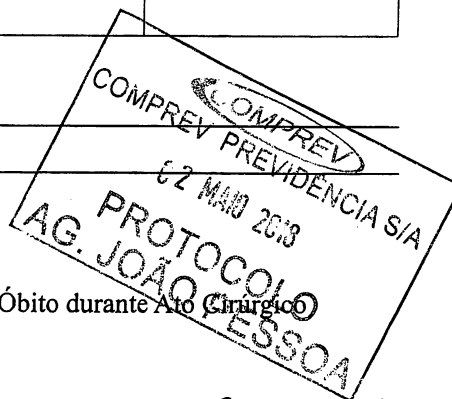
Biopsia de Congelação: ( ) Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 30/11/17  
 João Pessoa, 30/11/17  
 João Pessoa, 30/11/17



João Pessoa, 30/11/17

F(NG).ASCIR.009-1





Nota de Sala Cirúrgica

De

HEF TSH1

**Nome do Paciente:** *Kelymáldo da Silva Barbosa*

**Idade:** *50* **Sexo:** *M* **BE:** *1044444* **ENFERMARIAS:** *1* **LEITO:** *1*

**Cirurgia:** *NO CIRUR. FOL. MULTIPLES DE TETIMETODO BURET FOL COMPLEXA DE KAUDI BURET*

**Cirurgião:** *Dr. Edcel 1ª AUL. Dr. R2 2ª AUL.*

**Anestesia:** *General*

**Anestesiista:** *Dr. Daniel F. Serqueira*

**Instrumentador:** *Dr. Daniel F. Serqueira*

**Data:** *30/11/17* **Tempo Cirúrgico - Anestesia Início:** *9:40* **Min:** *15:00*

**Índice de Risco de Cirurgia - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST):** *III*

**Grado de Contaminação:** ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICACIONES ANESTESICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	<i>GRN 500 L</i>	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº <i>01</i>	<i>1</i>
CETAMINA	<i>OF 300</i>	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL	<i>SE 100</i>	KIT SIST. DREN. TORAXICA Nº		FIO DE NYLON Nº <i>40</i>	<i>3</i>
MIDATO	SOLUCOES	LÁMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	LÁMINA BISTURI Nº15	<i>L</i>	FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÁMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº <i>40.3</i>	
FLUMAZENIL	PAPI TINTURA	LÁMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÁMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
VOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÁMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.	<i>11</i>	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0	<i>11</i>	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	<i>11</i>	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	<i>11</i>	FITA CARDÍACA	
NIMBIUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	<i>11</i>	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO	<i>1</i>	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOLFOL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML	<i>1</i>	FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	<i>1</i>	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	<i>1</i>	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	<i>1</i>	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICACIONES	QTD. BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
PRENALINA	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	<i>1</i>	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA	CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
BEXTRA	CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
DEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
SUXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
PIRONA SÓDICA	CERÁ PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA	COMPRESSAS <i>COMPRESSAS</i>	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	<i>1</i>	PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLUCONATO DE CALCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº <i>10 aramado</i>		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELEIA	ELETRÓDOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA <i>2.0</i>	<i>2.0</i>
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TURBO SILICONE (LÁTEX)		PLACA <i>2.4</i>	<i>2.4</i>
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE			PLACA <i>2.4</i>	<i>2.4</i>
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS			PLACA <i>2.4</i>	<i>2.4</i>
PROTAMINA	ESPONJA DE PVPI			PLACA <i>2.4</i>	<i>2.4</i>
TENOXICAN	ESPARADRAPO	FIOS	QTD.	( ) ASPIRADOR	
<i>Chlorhex</i>	GAZES <i>11 11 11</i>	FIO ALGODÃO S/A Nº		( ) BISTURI ELÉTRICO	
<i>Wolfe</i>	GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO S/A Nº		( ) CÂNULA	
<i>Caromoxolan</i>	GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A Nº		( ) CÂRDIOMONITOR	
	JELCO Nº14	FIO ALGODÃO C/A Nº	<i>2.4</i>	( ) DESFIBRILADOR	
	JELCO Nº16		<i>8mm L</i>	( ) FIO AUXILIAR	
			<i>12mm 1</i>	( ) FOTO CENTRAL	
			<i>14mm 1</i>	( ) MICROCORIO	
				( ) OXÍMETRO DE PULSO	
				( ) P.A. INVASIVIDAD	
				( ) PERFURADOR EL	
				( ) SERRA	
				CIRCULANOS	

*Parafuso 2.0 7mm L*  
*5mm L*  
*3mm L*  
*6mm L perdido no ato cirúrgico*

**AG. 11/11/17**

**PREVIDENCIA S/A**

**EMPRESA**

**HEF TSH1**

**FN(G).ASCIR.0212**





# FICHA DE ANESTESIA



DATA: 30/11/17

PRONTUÁRIO: 104444

PACIENTE: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA SEXO: M COR: IDADE: 25

PRÉ-ANESTÉSICO: 100% PULSO: 70 RESPIR: 100% TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGUÍNEO:

ESTADO GERAL: BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: Curados

AP. RESPIRATÓRIO: suprico AP. CIRCULATÓRIO: Estável

AP. DIGESTIVO: Sufum ESTADO MÉDICO: Estável DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA: ESTADO FÍSICO (ASA): II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURAS MÚLTIPLAS DA FACE

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO: AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 9:40 TÉRMINO DA ANESTESIA: 15:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 5h20

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH.: VALORES R\$:

ANESTESISTA: Dr. Danilo e Dr. Rogério RZ CRM-PB: 7567



LÍQUIDOS VENOSOS: R2000 R2000

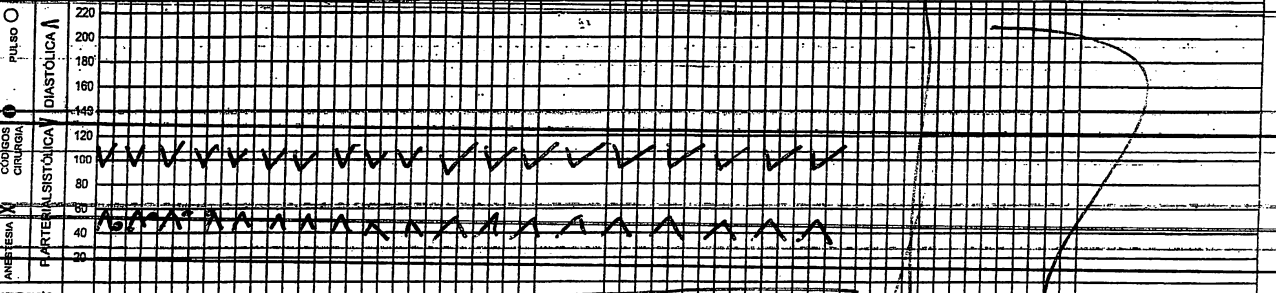


Table with columns for respiratory rate (RS) and oxygen saturation (ES) over time.

ANESTESIA GERAL  RAQUIDIANA  EPIDURAL  BLOQ. PLECO  BLOQ. NERVOS  OUTROS

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico

Table listing medications and materials used during anesthesia, including Fentanyl, Lidocaine, Propofol, and others.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

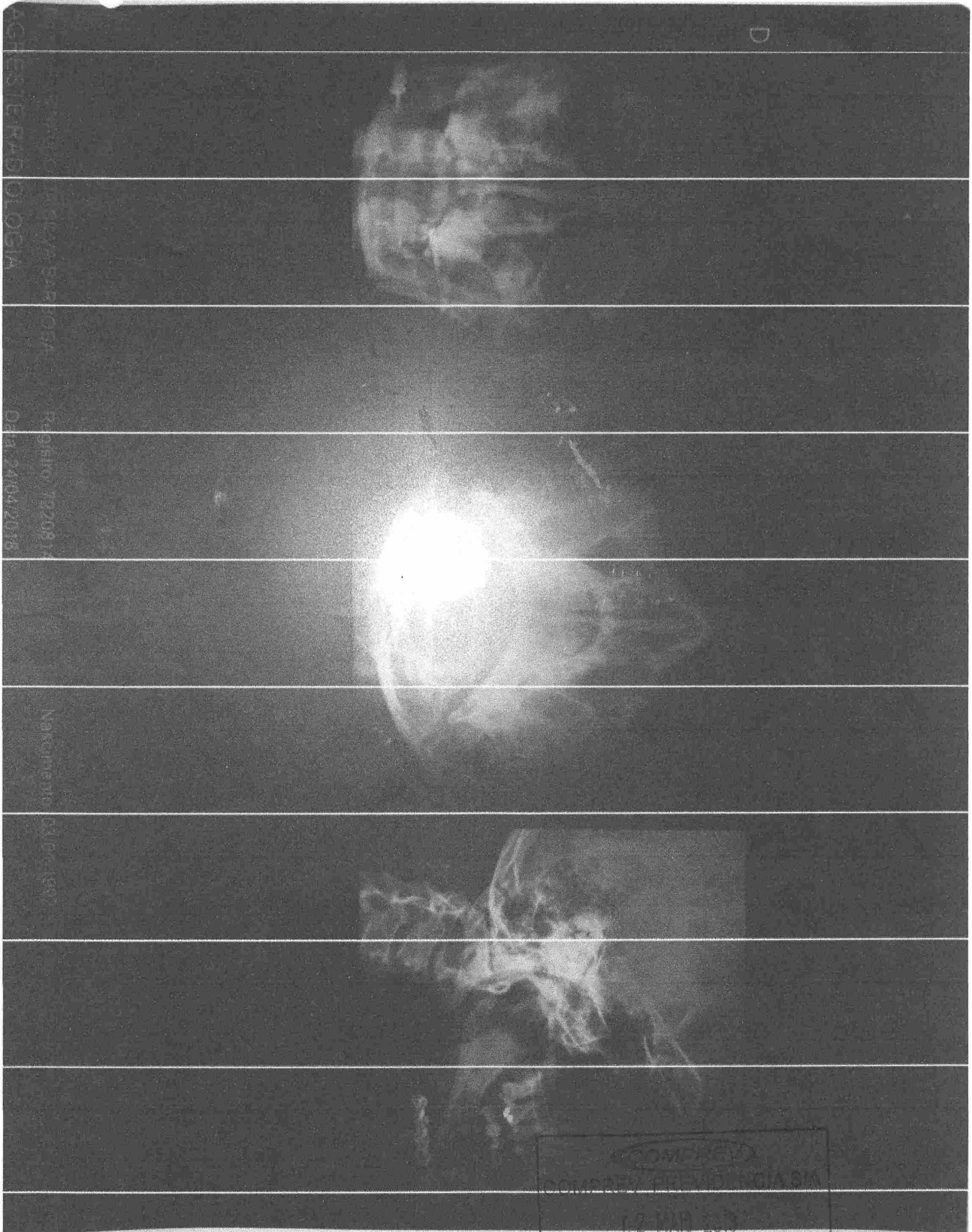
Até monitorizada, ventilada com M2D# 726, parâmetros estáveis em 100% Ventilação de (1-2-3-4) INT com Tubo de endotraqueia Nº 6,5 sob pressão e laço gástrico de nível mantido sob ventilação + aspiração.

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Danilo P. Rogério

Stamp: COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 02 MAIO 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

Handwritten: (RM-PB 7567)





COMPANHIA  
COMERCIAL DE ENERGIA S/A  
02 MAR 2018  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**





Rua da Central, 48 - Centro - Santo Antônio - RN

Tels.: (84) 3282-2521

Número de Controle:  
201804/2300

Código de autenticação:  
31uYyV1VSkauD87JkFstg

Laudo Radiográfico

Nome: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Indicação: AVALIAÇÃO MÉDICA (CLÍNICO)

Data do exame: 24/04/2018

Data de Nascimento: 03/01/1992 (26 a. 3 m.)

Empresa: PARTICULAR

Sexo: MASCULINO

FACE - AP e Perfil

Conclusões:

Controle de osteossíntese metálica de face e mandíbula.  
Nível hidroaéreo do seio maxilar direito.



Santo Antônio, 24 de abril de 2018.

Dr. Henrique Trigo Bianchessi  
CRM 20999 - Radiologista

[www.maislaudo.com.br](http://www.maislaudo.com.br)

Qualquer adulteração ou rasura invalida este laudo.



**Poder Judiciário da Paraíba**  
**17ª Vara Cível da Capital**

Av. João Machado, s/n, Centro, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58.013-520  
Tel.: (83) 3208-2495; e-mail: jpa.17varacivel@tjpb.jus.br

**Nº do Processo: 0877912-96.2019.8.15.2001**

Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assuntos: [SEGURO]

AUTOR: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

**CERTIDÃO DE CONCLUSÃO DOS AUTOS**

Certifico e dou fé que nesta data faço os autos conclusos para apreciação deste MM Juízo.

João Pessoa, 13 de janeiro de 2020

ELIZABETH DE AQUINO ALVES





**Poder Judiciário da Paraíba  
17ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0877912-96.2019.8.15.2001

**DESPACHO**

**Vistos, etc.**

**Defiro a gratuidade judiciária requerida.**

**Cite-se** a parte ré, por carta, para apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias (NCPC, art. 335, caput).

Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (NCPC, art. 344), salvo as exceções previstas no art. 345 do NCPC.

**CÓPIA DESTE DESPACHO SERVIRÁ COMO CARTA.**

P.L. e Cumpra-se.

João Pessoa, data fornecida pelo sistema.

**Juiz(a) de Direito**

