



Número: **0875766-82.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO (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
26428 837	21/11/2019 17:34	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
26429 223	21/11/2019 17:34	<a href="#">BOLETIM DE OCORRÊNCIA - JOSÉ BELIZÁRIO</a>	Documento de Comprovação
26429 230	21/11/2019 17:34	<a href="#">DECLARAÇÃO E PROCURAÇÃO - JOSÉ BELIZÁRIO</a>	Documento de Comprovação
26429 232	21/11/2019 17:34	<a href="#">DOC PESSOAL - JOSÉ BELIZÁRIO</a>	Documento de Identificação
26429 241	21/11/2019 17:34	<a href="#">SINISTRO - JOSÉ BELIZÁRIO</a>	Documento de Comprovação
26429 246	21/11/2019 17:34	<a href="#">DOC MÉDICA - JOSÉ BELIZÁRIO-otimizado_1</a>	Documento de Comprovação
26429 499	21/11/2019 17:34	<a href="#">DOC MÉDICA - JOSÉ BELIZÁRIO-otimizado_2</a>	Documento de Comprovação
26429 502	21/11/2019 17:34	<a href="#">DOC MÉDICA - JOSÉ BELIZÁRIO-otimizado_3</a>	Documento de Comprovação
26429 505	21/11/2019 17:34	<a href="#">DOC MÉDICA - JOSÉ BELIZÁRIO-otimizado_4</a>	Documento de Comprovação
26430 601	22/11/2019 09:16	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
27926 860	03/02/2020 18:05	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
28677 026	02/03/2020 14:15	<a href="#">Ato Ordinatório</a>	Ato Ordinatório
28677 997	02/03/2020 14:26	<a href="#">Expediente</a>	Expediente

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

**JOSÉ BELIZÁRIO RIBEIRO FILHO**, brasileiro, casado, agricultor, portador do CPF sob o nº 357.304.044-68 e RG sob o nº 900.731 SSP/PB, residente e domiciliado Sítio Carnaúba, 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

### **AÇÃO 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**



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 21/11/2019 17:32:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112117324227100000025526059>  
Número do documento: 19112117324227100000025526059

Num. 26428837 - Pág. 1

A parte autora foi vítima de acidente automobilístico em 23/10/2016, tendo sofrido FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, tendo se submetido a tratamento cirúrgico, o que acarretou nas seguintes debilidades permanentes: **DEBILIDADE PERMANENTE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO DE MOVIMENTO, DADA A 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\$ 843,75 (Oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, 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*:

**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).

**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 ÓNUS 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\$ 9.450,00 (NOVE MIL QUATROCENTOS E CINQUENTA 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\$ 8.606,25 (Oito mil seiscentos e seis reais e vinte e cinco centavos).

João Pessoa, 19 de novembro de 2019.



MARTINHO CUNHA MELO FILHO

OAB/PB 11.086

Hérica Coeli

OAB/PB 18.925



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 21/11/2019 17:32:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112117324227100000025526059>  
Número do documento: 19112117324227100000025526059

Num. 26428837 - Pág. 8



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 001/2019

Ocorrência nº. 322/2019

Aos DEZOITO dias de SETEMBRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de ARARUNA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **SYMONE ROSEMBERG SILVA DE MEDEIROS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 16h:10min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSÉ BELISÁRIO RIBEIRO FILHO, conhecido(a) por BELISÁRIO, Identidade nº 900.731-SSP/PB, CPF nº 357.304.044-68, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de JOSÉ Belisário Ribeiro e Josefa Maria da Conceição, natural de Cacimba de Dentro/PB, nascido(a) em 05/06/1963 (56 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Carnaúba, tendo como ponto de referência: Igreja Católica, na cidade de Araruna/PB, fone(s) para contato: 99947.9100.

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: 23 de outubro de 2016;
- 3) Horário do fato: 15h:30min;
- 4) Local do fato: Sítio Limão;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a): Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo? SIM;
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ele) habilitado? NÃO;
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias? NÃO

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

MOTOCICLETA HONDA CG 125 TITAN COR AZUL - PLACA MNQ2611/PB ANO/MODELO 1997/1998 CHASSI 9C2JC250WVRO85986 LICENCIADA EM NOME DE JOSÉ AILTON MIGUEL DA SILVA

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

**JOSÉ AILTON MIGUEL DA SILVA - SÍTIO LIMÃO - ARARUNA/PB TEL: 98159.9710**  
**JOSÉ ANULINO ISÍDIO - SÍTIO CARNAÚBA - ARARUNA/PB**

8) Breve resumo do fato:

QUE no dia 23 de outubro 2016 por volta das 15h:30min o noticiante pilotava a moto supracitada nas imediações do Sítio Limão; QUE nas proximidades do açude do Limão o noticiante perdeu o controle da moto vindo a colidir com uma estaca; QUE sofreu uma queda tendo fraturado a cavícula; QUE foi socorrido por populares até o hospital de Araruna e de lá encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes; QUE se submeteu a procedimento cirúrgico de acordo com o laudo em anexo; 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.

*José Belisário Ribeiro Filho*  
JOSE BELISÁRIO RIBEIRO FILHO

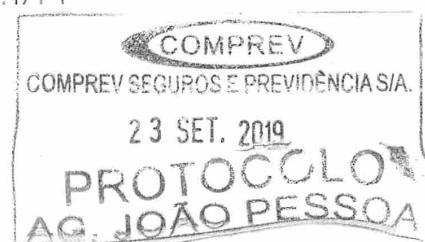
Comunicante

*HJL*  
Escrivã(o)/Agente

Matrícula nº 168.474-4



Modelo\_Delegado\_1LMILTO



## **DECLARAÇÃO DE POBREZA**

*José Belisário Ribeiro Filho, brasileiro, casado, agricultor, portador do CPF 357.304.044-68, residente e domiciliado no Sítio Laranjeira, Marumã/PB, eEP: 5823300.*

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 à custa deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

João Pessoa/PB,

*José Belisário Ribeiro Filho*

DECLARANTE



## • PROCURAÇÃO

**OUTORGANTES:** José Belisário Ribeiro Filho, brasileiro, casado, agricultor, portador do CPF 357.304.044-67, residente e domiciliado no Sítio Carnaúba, Areia Branca/PB, CEP: 58233000

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, Hérika 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, \_\_\_\_\_.

*José Belisário Ribeiro Filho*  
OUTORGANTE

Scanned by CamScanner





República Federativa do Brasil  
Cartório do Único Ofício de Notas  
Tabelião: Antônio Martins de Sousa  
Escrevente: Avanira Fernandes Matias Nobre  
Praça Barão do Rio Branco, nº 36  
CEP 58.233-000 - Araruna/Paraíba  
Fone: (083) 373-1270

Traslado: 1º

Livro: 108

Folhas: 91

Procuração bastante que faz José Belizário Ribeiro Filho a José Alves Pessoa, para os fins abaixo:

Saibam quantos este público Instrumento de Procuração virem, que no Ano do Nascimento de Nosso Senhor Jesus Cristo, de dois mil e dezoito (2018), aos vinte e dois (22) dias o mês de Janeiro, nesta cidade de Araruna/PB, perante mim Escrevente, compareceu como outorgante **JOSÉ BELIZÁRIO RIBEIRO FILHO**, brasileiro, viúvo, agricultor, CPF nº 357.304.044-68, RG nº 900.731-SSP/PB, residente e domiciliado no Assentamento "Barbaço", município de Japi/RN.

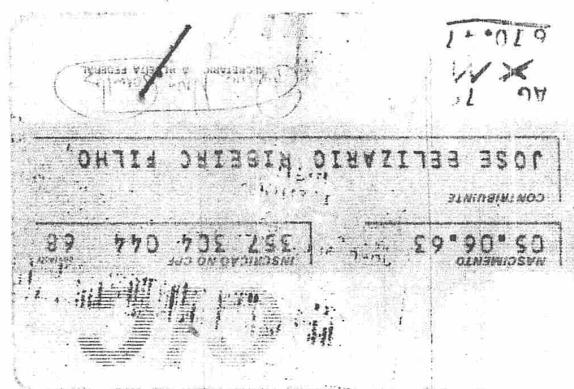
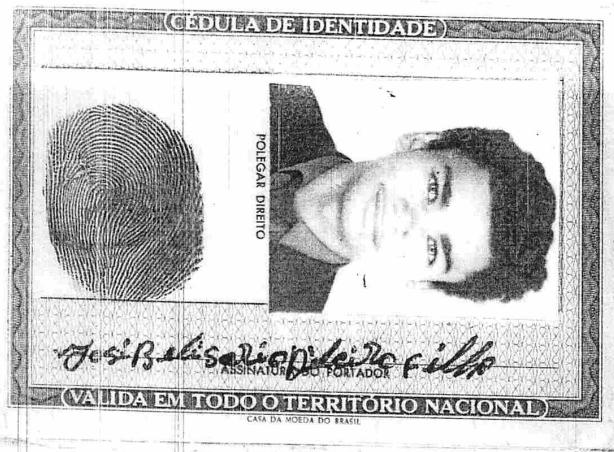
Reconhecido como o próprio por mim Escrevente, do que dou fé; por ele me foi dito que por este instrumento público, nomeava e constituía seu bastante procurador: **JOSE ALVES PESSOA**, brasileiro, casado, agricultor, RG nº 2511611-SSP/PB, CPF nº 037.201.024-59, residente na Rua José Felipe Neri, 50, Araruna/PB, a quem confere amplos poderes para representá-lo junto ao Hospital de Trauma, na cidade de Campina Grande/PB, com a finalidade de receber Prontuário e/ou Laudo Médico em nome do outorgante; podendo, para tanto, dito procurador assinar requerimento, papéis e documentos necessários à referida finalidade, pagar taxa se for o caso, passar recibo, dar quitação, praticar todos os demais atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato; enfim resolver tudo onde diga respeito a presença e assinatura do outorgante com relação a finalidade supra; usar e dispor dos demais poderes em direito permitidos e cabíveis à espécie, inclusive substabelecer se preciso for. Os dados constantes na presente procuração foram fornecidos pelo outorgante, que responde civil e criminalmente por quaisquer eventualidades que venham a ocorrer. E de como assim disse do que dou fé, lavrei este instrumento, que sendo-lhe lido, aceitou e assina o outorgante, independente de testemunhas instrumentárias de acordo com o provimento nº 03/87, da Corregedoria Geral de Justiça do estado, comigo Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente que digitei. E eu, Antônio Ataulfo Targino de Sousa, Tabelião Substituto, subscrevo, dou fé, dato e assino com o sinal do meu uso. Araruna, 09 de Janeiro de 2018. Em test.º (sinal) da verdade. O Tabelião Substituto: Antônio Ataulfo Targino de Sousa. (a) José Belizário Ribeiro Filho. Está conforme o original. Eu, Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente, digitei dato e assino.

Araruna, 09 de Janeiro de 2018

Avanira Fernandes M. Nobre

SELO DIGITAL  
**AGE70961-5MT8**  
Consulte Autenticidade em:  
<https://selodigital.tjb.pjbr.jus.br>





## SINISTRO 3190545667 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO

**CPF/CNPJ:** 35730404468

### Posição em 08-10-2019 08:20:16

Seu pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT.

O prazo regulamentar para conclusão da análise é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando o processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/10/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75





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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	José Belisário Ribeiro Filho	
End:	R. Sítio Boqueirão	Bairro: Ataracama P-3
Data de Nascimento:	05.06.63	Documento de Identificação:
Queixa:	Ac. moto	Data do Atend.: 23.10.16 Hora: 18:40 Documento:
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não

### Classificação de Risco

Nível de consciência: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Bom ( <input type="checkbox"/> ) Regular ( <input type="checkbox"/> ) Baixo	Aspecto: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Calmo ( <input type="checkbox"/> ) Fáceis de dor ( <input type="checkbox"/> ) Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normocorada ( <input type="checkbox"/> ) Pálida
Deambulação: ( <input type="checkbox"/> ) Livre ( <input type="checkbox"/> ) Cadeira de rodas ( <input type="checkbox"/> ) Maca	

### Estratificação

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

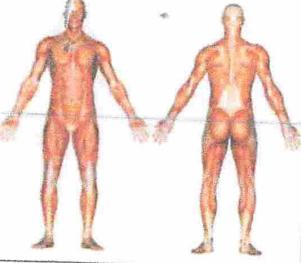
- (  ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
(  ) Azul - atendimento ambulatorial

MOD. 110

Maria Aparecida da Silva  
Especialista - Saúde Família  
COREN-PB 16336

### Assinatura e carimbo do profissional



Mai - 2014a Mário da Conceição																																							
<b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>  SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		EXAME PRIMARIO - DADOS CLÍNICOS <span style="float: right;">ORTHO</span>																																					
<b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>																																							
<b>UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO</b> Código da Unidade: 00023671 CNPJ:08-778.268/0001-60 Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAÍBA UF:25																																							
<b>DADOS DO PACIENTE</b> PRONTUÁRIO Nº:1343211 Nome: JOSE BELISARIO RIBEIRO FILHO Sexo: MASCULINO Profissão: AGRICULTOR 98503291 [JO] Documento 900731 RG End.: ST.BARBACO, Bairro: ZONA RURAL Município: ARARUNA Estado: PB EP: Data Atendimento: 23 / 10 / 2016 18:36h Código do Município: 250100 Cartão do SUS: DTA. NASCIMENTO: 05/06/1983 QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO																																							
<b>MECANISMOS DO TRAUMA</b> LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)																																							
		<table border="1"> <tr> <td>1. Abrasão</td> <td>19. Fratura óssea fechada</td> </tr> <tr> <td>2. Ampolação</td> <td>20. Fratura óssea aberta</td> </tr> <tr> <td>3. Avulsão</td> <td>21. Hematoma</td> </tr> <tr> <td>4. Contusão</td> <td>22. Inurgitamento venoso</td> </tr> <tr> <td>5. Crepilação</td> <td>23. Laceração</td> </tr> <tr> <td>6. Dor</td> <td>24. Lesão tendínea</td> </tr> <tr> <td>7. Edema</td> <td>25. Luxação</td> </tr> <tr> <td>8. Empaixamento</td> <td>26. Mordedura</td> </tr> <tr> <td>9. Enfisema subcutâneo</td> <td>27. Movimento torácico paradoxal</td> </tr> <tr> <td>10. Esmagamento</td> <td>28. Objeto encravado</td> </tr> <tr> <td>11. Equimose</td> <td>29. Otorragia</td> </tr> <tr> <td>12. F. Arma branca</td> <td>30. Paralisia</td> </tr> <tr> <td>13. F. Arma de fogo</td> <td>31. Paresia</td> </tr> <tr> <td>14. F. Contuso</td> <td>32. Parestesia</td> </tr> <tr> <td>15. F. Cortante</td> <td>33. Queimadura</td> </tr> <tr> <td>16. F. Corte-contuso</td> <td>34. Rinorrágia</td> </tr> <tr> <td>17. F. Perfuro-contuso</td> <td>35. Sinais de isquemia</td> </tr> <tr> <td>18. F. Perfuro-cortante</td> <td>36.</td> </tr> </table>		1. Abrasão	19. Fratura óssea fechada	2. Ampolação	20. Fratura óssea aberta	3. Avulsão	21. Hematoma	4. Contusão	22. Inurgitamento venoso	5. Crepilação	23. Laceração	6. Dor	24. Lesão tendínea	7. Edema	25. Luxação	8. Empaixamento	26. Mordedura	9. Enfisema subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal	10. Esmagamento	28. Objeto encravado	11. Equimose	29. Otorragia	12. F. Arma branca	30. Paralisia	13. F. Arma de fogo	31. Paresia	14. F. Contuso	32. Parestesia	15. F. Cortante	33. Queimadura	16. F. Corte-contuso	34. Rinorrágia	17. F. Perfuro-contuso	35. Sinais de isquemia	18. F. Perfuro-cortante	36.
1. Abrasão	19. Fratura óssea fechada																																						
2. Ampolação	20. Fratura óssea aberta																																						
3. Avulsão	21. Hematoma																																						
4. Contusão	22. Inurgitamento venoso																																						
5. Crepilação	23. Laceração																																						
6. Dor	24. Lesão tendínea																																						
7. Edema	25. Luxação																																						
8. Empaixamento	26. Mordedura																																						
9. Enfisema subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal																																						
10. Esmagamento	28. Objeto encravado																																						
11. Equimose	29. Otorragia																																						
12. F. Arma branca	30. Paralisia																																						
13. F. Arma de fogo	31. Paresia																																						
14. F. Contuso	32. Parestesia																																						
15. F. Cortante	33. Queimadura																																						
16. F. Corte-contuso	34. Rinorrágia																																						
17. F. Perfuro-contuso	35. Sinais de isquemia																																						
18. F. Perfuro-cortante	36.																																						
OBS.: QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = ____ %: Grau: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau DIAGNÓSTICO / CID:																																							
EXAMES SOLICITADOS: ( ) Laboratório ( ) Ultrassonografia: ( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias: ( ) Tomografia Computadorizada ( )																																							
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO: Especialista: _____ / ____ ás. ____ : ____ hs Dia ____ / ____ / ____ Especialista: _____ / ____ ás. ____ : ____ hs Dia ____ / ____ / ____ MÉDICO SOLICITANTE:																																							
PROCEDIMENTOS REALIZADOS: PREScrições e CONDUTAS: HORÁRIO REALIZADO																																							
1 2 3 4 5 6																																							
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO																																							





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUNA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO  
2º NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE  
MÓDULO ASSISTENCIAL DE ARARUNA

## FICHA DE REFERÊNCIA

NOME DO USUÁRIO: José Belchior Ribeiro Filho  
DATA DE NASCIMENTO: 05 / 06 / 63 SEXO: Masculino  Feminino   
UNIDADE DE ORIGEM: Hospital Municipal de Araruna - PB  
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Fratura de clavícula direita  
H.D.A.: Início de vítima de queda da pésseira, relata dor em clavícula direita com dor e inflamação (edema), limitando movimento, sem instabilidade. Ausência assintomática de clavícula, com exames sugestivos de fratura, não se sabe.  
AO EXAME: COTE, ANGULAR, ACOSTADO, DORSAL, LATERAL, LUMBAR E PÓSITO = ADG16  
ACU: RCA cm 21,5 BM 1,5 RC: 86,0  
AB: MED cm 14,5 SM: 14,5 AD: 11,0 = UNI  
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS: Radiografia da clavícula direita  
Anamnese da Osteopatia

DATA: 23 / 10 / 2016

*Carimbo e Assinatura do Responsável pelo Encaminhamento*

## FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

UNIDADE DE ATENDIMENTO:  
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:  
DIAGNÓSTICO:  
CONDUTA INSTITUÍDA:  
DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.  
23 SET. 2019  
**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

*Carimbo e Assinatura do Responsável pelo Encaminhamento*

ATENÇÃO: Enviar em duas vias (carbonadas)





SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

*José Belsonus*

*Belson Filho*

*Pós operatório  
de paciente de  
dorres no colo  
ca osso frangido  
do lado esquerdo*

*6/12/16*

MOD. 001

Dr Aristóteles Queiroz Neto  
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA OMBRO E COTOVELO  
CRM 6817 TEOT 12637  
Clínica CTJ/Rua Dr Chateaubriand 206  
Tel 3341-2560 / 3341-2566

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Médico



DIAGNÓSTICO

TAN  
BILANG

BIBLIA DI FRANCESCO VOLTI ADO

Rx 1/3 medico cointrolle



## The Library

DEMO DE MIGRATION à MOUDAO

DIAG



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )	
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastroenterologia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há ____ dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica   Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas ( ) Secas   Manifestações de sede: ( ).	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória   Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Paciente evolui com ECR j/ hipertensão mas não tema cunhado há ± 1 ano. Nega alergia a medicamentos sem quixes e sem intercorrência, HCPM, em seu caso cuidados da equipe de enfermagem e aguarda cura j/ com Ortopédico.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 24/10/16 HORA: ____ h	
Amy Karoline L. Carvalho ENFERMEIRA COREN-PB, 484.332	

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





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Belisário | Registro: | Leito: F-2 | Setor Atual:

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência:  Consciente  Orientado  Confuso  Letárgico  Torporoso  Comatoso  Outro  
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas:  Isocóricas  Anisocóricas  D>E  E>D  Fotorreagentes  Mióticas  Midriáticas

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:

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

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração:  Espontânea  Cateter Nasal  Venturi % l/min  Traqueostomia  Ayre/Tubo T  
 VMNI  VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

Eupnéia;  Taquipnégia  Bradipnégia  Dispneia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruídos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva | Expectoração:  Quantidade e aspecto:

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

##### SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação:

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? _____	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: _____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações: _____	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros: _____	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações: _____	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica   Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas   Manifestações de sede: <input type="checkbox"/> .	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____ / ____ / ____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____ / ____ / ____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____ / ____ / ____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória   Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações: _____	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: _____	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros: _____	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações: _____	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
Acresc. J. Santos Enfermeiro CRF-RN 8420512	
DATA: <u>25/11/16</u> HORA: _____ h	

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





### Diagnóstico

*Fractura media clavicular  
(E).*

#### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	José Belisário	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
23/10	1) Dextrofene 10mg IV HAS <del>as</del> 2) SFT 0,97. 1000ml, EV, m 24H <del>as</del> <del>re</del> 3) 2. Finovate 1FA, EV, 6/6H <del>as</del> <del>re</del> 4) Tilitril 20mg, EV, 1x/dia <del>as</del> 5) Fronal 100mg, EV, 1/12H <del>as</del> 6) SSVU + e.y - <del>as</del>		<i>R.EG, estabil AP NIVEL 2020 prematuridade</i>	
			<i>CD = UPM Ex. PNEOF anestesia</i>	
			<i>Dr. Jefferson Bento A. Rocha Ortopedista e Traumatólogo CNPJ 42.000.000/0001-07</i>	
				MOD. 035





Praça João XXIII, 74 - Centro - Passa e Fica - RN  
Tels.: (84) 3288-2159 / (84) 98777-8574

Número de Controle:  
201909/1836  
Código de autenticação:  
ah3AQjKoSE2ZwmDaFy3B4w

### Laudo Radiográfico

**Nome:** JOSE BELISARIO RIBEIRO FILHO

**Data de nascimento:** 05/06/1963 (56 a. 3 m.)

**Sexo:** MASCULINO

**RG:** 900.731

**Indicação:** AVALIAÇÃO MÉDICA (CLÍNICO)

**Data do exame:** 16/09/2019

**Empresa:** ADVANCE DIAGNÓSTICO

#### CLAVÍCULA - Esquerdo - AP

##### Conclusões:

Controle de fratura completa da diafise clavicular, com encurvamento da mesma, em consolidação.  
Placas e parafusos sem sinais de soltura

Passa e Fica, 16 de setembro de 2019.

Dr. Alberto Luis Fukuda

CRM: 140906

Radiologista

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

Qualquer adulteração ou rasura invalida este laudo.



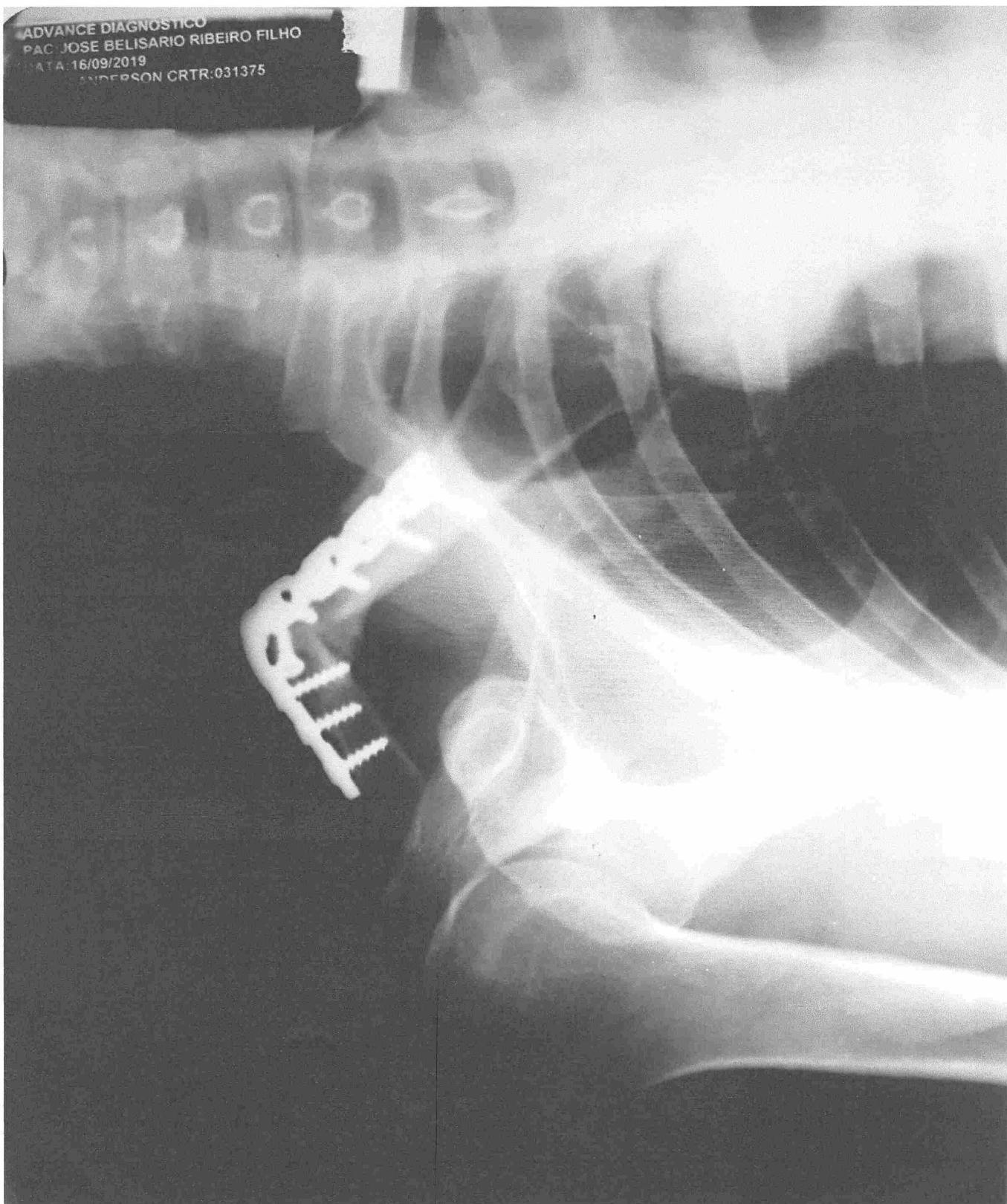
ADVANCE DIAGNOSTICO  
PAC JOSE BELISARIO RIBEIRO FILHO  
DATA 16/09/2019  
WANDERSON CRRR:031375

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 21/11/2019 17:32:59  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112117325802800000025526725>  
Número do documento: 19112117325802800000025526725

Num. 26429505 - Pág. 2

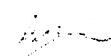


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 21/11/2019 17:32:59  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112117325802800000025526725>  
Número do documento: 19112117325802800000025526725

Num. 26429505 - Pág. 3

<b>ADVANCE</b>	Praça João XXIII, 74 - Centro - Passa e Fica - RN Tels.: (84) 3288-2159 / (84) 98777-8574	Número de Controle: 201909/1836
Laudo Radiográfico		
<b>Nome:</b> JOSE BELISARIO RIBEIRO FILHO <b>Data de nascimento:</b> 05/06/1963 (56 a. 3 m.) <b>Sexo:</b> MASCULINO <b>RG:</b> 900.731		<b>Indicação:</b> AVALIAÇÃO MÉDICA (CLÍNICO) <b>Data do exame:</b> 16/09/2019 <b>Empresa:</b> ADVANCEDIAGNÓSTICO
<b>CLAVÍCULA - Esquerdo - AP</b> <b>Conclusões:</b>  Controle de fratura completa da diafise clavicular, com encurvamento da mesma, em consolidação. Placas e parafusos sem sinais de soltura		
Passa e Fica, 16 de setembro de 2019.		
 Dr. Alberto Luis Fukuda CRM: 140906 Radiologista		
<a href="http://www.maislaudo.com.br">www.maislaudo.com.br</a>		
<i>Qualquer adulteração ou rasura invalida este laudo.</i>		



Vistos, etc.

Considerando a impossibilidade de audiência na mediação por falta de perícia passo a decidir:

Nos termos do **Convênio n. 015/2014** celebrado entre o Tribunal de Justiça e a Mafre Seguros Gerais S/A, **determino a designação de audiência de conciliação entre as partes com a realização de perícia** a cargo da Seguradora, neste Juízo e Fórum Cível de João Pessoa.

Para tanto, determino a escrivania a nomeação perito judicial constante dos quadrados do Tribunal de Justiça, nos termos da Cláusula primeira, item 1.2, que deverá ser intimado para comparecer a audiência e realização da perícia, ficando facultado às partes a indicação de assistentes de perito, nos termos do Convênio.

O valor da perícia será de R\$ 200,00 (duzentos reais), a ser pago pela Seguradora, no prazo de 15 dias, a partir da intimação e antes da audiência.

Consigne-se que o não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação é considerando ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revestida em favor da União ou Estado, nos moldes do art. 334, § 8º, do NCPC.

P. e Intimem-se as partes, devendo o Advogado do autor comparecer acompanhado de seu constituinte.

João Pessoa, 21 de novembro de 2019

Juiz de Direito





Poder Judiciário da Paraíba  
7ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

---

Número do Processo: 0875766-82.2019.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto:  
Polo ativo: AUTOR: JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO  
Polo passivo: RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

### CERTIDÃO

Certifico e dou fé, processo paralisado na pasta designar audiência aguardando designação de perito DPVAT.

JOÃO PESSOA, 3 de fevereiro de 2020  
ADALBERTO SARMENTO DE LIMA SILVA



Assinado eletronicamente por: ADALBERTO SARMENTO DE LIMA SILVA - 03/02/2020 18:05:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020318052091400000026938690>  
Número do documento: 20020318052091400000026938690

Num. 27926860 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba  
7ª Vara Cível da Capital**

**AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520**

---

**0875766-82.2019.8.15.2001 [SEGURO]  
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**Ato Ordinatório**

Intimo a Perita ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA, CRM PB 4183, para realizar as Perícias.

Intimo a seguradora para no termo do convênio nº 015/2014, fazer o depósito no valor da perícia que será de R\$ 200,00 (duzentos reais), no prazo de 15 dias, a partir da intimação.

Intimo a parte autora através do seu advogado para comparecer a pericia médica no dia 23.04.2020, a partir das 15:00 horas, no endereço *Rua Sílvio Almeida, nº 725 Expedicionários* (Ponto Cardio), Fone: 83-3225.4090, devendo apresentar-se **portando documento pessoal com foto, copias do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico inicial, no dia da perícia.**

João Pessoa-PB, em 2 de março de 2020

ROSSANA COELI MARQUES BATISTA

Analista/Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: ROSSANA COELI MARQUES BATISTA - 02/03/2020 14:15:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030214151818900000027644262>  
Número do documento: 20030214151818900000027644262

Num. 28677026 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba  
7ª Vara Cível da Capital**

**AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520**

---

**0875766-82.2019.8.15.2001 [SEGURO]  
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**Ato Ordinatório**

Intimo a Perita ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA, CRM PB 4183, para realizar as Perícias.

Intimo a seguradora para no termo do convênio nº 015/2014, fazer o depósito no valor da perícia que será de R\$ 200,00 (duzentos reais), no prazo de 15 dias, a partir da intimação.

Intimo a parte autora através do seu advogado para comparecer a pericia médica no dia 23.04.2020, a partir das 15:00 horas, no endereço *Rua Sílvio Almeida, nº 725 Expedicionários* (Ponto Cardio), Fone: 83-3225.4090, devendo apresentar-se **portando documento pessoal com foto, copias do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico inicial, no dia da perícia.**

João Pessoa-PB, em 2 de março de 2020

ROSSANA COELI MARQUES BATISTA

Analista/Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: ROSSANA COELI MARQUES BATISTA - 02/03/2020 14:15:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030214151818900000027644262>  
Número do documento: 20030214151818900000027644262

Num. 28677997 - Pág. 1