



Número: **0800250-19.2019.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Nova**

Última distribuição : **09/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DE FATIMA HENRIQUES COSTA (AUTOR)	ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
21068 070	09/05/2019 22:31	Petição Inicial	Petição Inicial
21068 071	09/05/2019 22:31	GuiaCustas	Guias de Recolhimento/ Deposito/ Custas
21068 072	09/05/2019 22:31	MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA_DADOS PESSOAIS E PROCURAÇÃO	Outros Documentos
21068 073	09/05/2019 22:31	MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA_PRONTUARIO MEDICO 1	Outros Documentos
21068 074	09/05/2019 22:31	MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA_PRONTUARIO MEDICO 2	Outros Documentos
21117 098	14/05/2019 10:50	Despacho	Despacho
30545 144	11/05/2020 13:49	Expediente	Expediente
30545 145	11/05/2020 13:49	Expediente	Expediente

**Excelentíssimo Senhor Doutor Juiz de Direito da Vara Única da Comarca De Alagoa Nova –
PB**

MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA, brasileira, casada, aposentada, portadora da cédula de identidade nº 952.939 SSP/PB, inscrita no cadastro de pessoa física do Ministério da Fazenda sob o nº 485.360.324-72, residente e domiciliado na Rua Domingos Varjão, 131, Centro, Alagoa Nova/PB, CEP: 58125.000, por seu advogado legalmente constituído, conforme procuração em anexo, vem, muito respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor

AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT c/c REPARAÇÃO DE DANOS

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro-RJ, CEP- 20.031.205, CNPJ: 09.248.608/0001-04, pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos:

1. 1. DA JUSTIÇA GRATUITA

Incialmente, faz-se necessário pedir o deferimento referente ao benefício da assistência judiciária gratuita, por se tratar a parte de pessoa carente de recursos financeiros para custear a demanda processual, nos moldes do artigo 98 do NCPC. Portanto, para que a Promovente goze do direito da assistência judiciária gratuita que ora lhe assiste, basta o requerimento formulado junto à exordial, ficando a cargo da parte adversa o ônus de provar que o alegado em juízo pelo autor da demanda não corresponde à verdade.

2. DOS FATOS

A autora foi vítima de acidente automobilístico em via terrestre no dia 16 de Setembro de 2018, aproximadamente às 13h20min, estava sendo conduzida por seu marido em um veículo tipo motocicleta numa estrada vicinal que da acesso ao centro da cidade, no bairro do "Mutirão", na cidade de Alagoa Nova/PB, quando caiu ao solo ao perder o equilíbrio na subida de uma ladeira, sofrendo ferimentos graves.

Conforme Certidão de Ocorrência Policial fornecida pela 2º Delegacia de Polícia Civil de Campina Grande – PB, a vítima foi conduzida no veículo HONDA CG 150 FAN ESI, cor preta, ano/modelo 2011/2012, placa OFB-4799/PB, CHASSI 9C2KC1670CR459695, licenciada em nome de Fernando Cirino da Silva.

Após o acidente, a autora foi conduzida para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde após o atendimento médico foi constatado que o mesmo sofreu



FRATURA NA Perna DIREITA, onde foi submetida a tratamento cirúrgico.
O requerente foi submetido à intervenção cirúrgica devido a FRATURA NA Perna DIREITA.
Cujo procedimento cirúrgico comprometeu as funções do respectivo membro.

3. DO DIREITO

O Seguro DPVAT é disciplinado pela Lei nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que assegura o recebimento de indenização às vítimas de acidente de trânsito nos casos de morte, invalidez permanente, e/ou para as vítimas que recebam cuidados médicos e gastos com medicamentos.

Segue abaixo o teor do art. 3º da Lei nº 6.194/74:

“Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, **por invalidez permanente, total ou parcial**, e por despesas de assistência médica e suplementar, nos valores e conforme as regras que seguem, por pessoa vitimada”.

- I – R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de morte;
- II – até 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 a vítima no caso de despesas de assistências médicas e suplementares devidamente comprovadas).

De acordo com o artigo supratranscrito, a lei assegura o direito de receber a título de indenização como prêmio desse seguro o valor mencionado conforme o tipo de dano suportado pelo acidentado e neste sentido deve a seguradora ser condenada a indenizá-la pelo seguro obrigatório.

Dispõe a Lei 6.194/74, que o valor referente ao pagamento da indenização do seguro DPVAT deverá seguir o que reza no Art. 3º da referida lei que dispõe sobre o quantum deverá ser pago em caso de morte ou invalidez permanente. Logo, como o requerente ficou invalido deverá receber o valor total da indenização, e não o pagamento parcial e o art. 5º da Lei nº 6.194/94 é extremamente claro ao elencar a possibilidade de indenização.

Segue abaixo o teor do referido art. 5º da Lei nº 6.194/94:

“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.”

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP.

Assim estabelece o presente julgado:

EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE DO VEICULO IRRELEVANTE. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso tornar se a imposição – de limites por Resolução. (Acordão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ – MA em 06/07/01).

Tornando desta forma inviável qualquer tipo de alegação da parte promovida de que não seja responsável ao pagamento da indenização do seguro obrigatório devido ao promovente, ocasionado por acidente de veículo que resultou em sua invalidez permanente.

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de



trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

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

Insta salientar que o autor deu entrada administrativamente junto à Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, tendo seu pedido PAGO PARCIALMENTE, no valor de R\$ 1.687,50 (Hum mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), razão pela qual está requerendo via judicial.

DOS JUROS MORATORIOS

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) aplicou o entendimento, já consolidado na Súmula 54, de que os juros moratórios fluem a partir do evento danoso, em caso de responsabilidade extracontratual.

Acontece que o valor da indenização decorrente do DPVAT, não pode ficar a critério da demandada, visto que, se existe uma norma que regula os valores da indenização estas devem ser respeitadas.

DA PERÍCIA

Como meio de provar todo o alegado, a requerente fica a disposição para submeter – se aos testes necessários para a devida comprovação da sua invalidade permanente decorrente do acidente de veículo. Deste modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

Importante salientar que se tem um convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER em relação a perícia médica.

4. DO PEDIDO

Diante de todo o exposto, requer a Vossa Excelência, com fundamento no art. 186 do Código Civil c/c os Art. 3º e 5º da Lei 6.196/74 a total procedência da presente ação bem como:

1. Defira a assistência judiciária gratuita, nos termos do artigo 98 do NCPC, por não dispor a autora de recursos suficientes para o custeio deste processo, sem que seja comprometido o seu sustento, bem como o de sua família;
2. Para que, no prazo legal, apresente, se entender, a contestação, sob pena de revelia;
3. Atendendo ao disposto no artigo [319](#), inciso [VII](#) do [NCPC](#), a autora **informa que não possui interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação**;
4. **Protesta e requer** o deferimento de produção de todas as provas admitidas em juízo, notadamente de provas testemunhais que serão arroladas em momento oportuno e comparecerão a audiência de instrução e julgamento independentemente de intimação e, em especial, a produção de prova pericial a ser operada pelo Instituto de Medicina Legal ou equiparado, observando-se ainda o convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER.

5. NO MÉRITO, após exaurido o devido processo legal e comprovado por prova pericial a



debilidade da autora, incline-se em JULGAR PROCEDENTE o pleito para condenar a Seguradora Líder ao pagamento do Seguro Obrigatório do DPVAT no valor de **R\$ 7.762,50 (Sete mil, setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)** ou por parâmetro da debilidade comprovada pela perícia médica (STF. ARE 704.520/RG), tudo por ser medida de acerto e de distribuição de justiça;

6. Nos termos do art. 85 § 2º DO NCPC, com estrita, arbitre os honorários advocatícios devidos ao causídico, em valor condizente ao trabalho realizado e sobre total da condenação.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 7.762,50 (Sete mil, setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

Nestes termos, pede deferimento.

Alagoa Nova – PB, 09/05/2019.

ISRAEL DE SOUZA FARIAS
OAB/PB nº 25.670

QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE: _____.

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA ____ / ____ / ____ , por volta das _____ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA (), de que forma?

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQUÊLAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENTIONAR O MEMBRO, SENTIDO ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):

4) EXISTEM SÍQUELAS RESIDUAIS ? :

5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU, G R A V E ? :



Sem mais, em ____ / ____ / ____.

(assinatura – carimbo – CRM)



 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via da parte)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 004.1.19.00237/01
	Alagoa Nova	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 09/05/2019
Número da guia: 004.2019.600237 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/05/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 501,20 - Taxa Judiciária: R\$ 116,44 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,12
			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 618,99
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866900000062 189909283187 520190531001 411900237016</p>			Valor final: R\$ 618,99

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do processo)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 004.1.19.00237/01
	Alagoa Nova	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 09/05/2019
Número da guia: 004.2019.600237 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/05/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 501,20 - Taxa Judiciária: R\$ 116,44 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,12
			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 618,99
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866900000062 189909283187 520190531001 411900237016</p>			Valor final: R\$ 618,99

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do banco)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 004.1.19.00237/01
	Alagoa Nova	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 09/05/2019
Número da guia: 004.2019.600237 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/05/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 501,20 - Taxa Judiciária: R\$ 116,44 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,12
			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 618,99
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866900000062 189909283187 520190531001 411900237016</p>			Valor final: R\$ 618,99





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 004.2019.600237

Data Vencimento: 31/05/2019

Data Emissão: 09/05/2019

Comarca: Alagoa Nova

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA

Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT

Valor da Causa: R\$ 7.762,50

Despesas Processuais: R\$ 0,00

Custas: R\$ 501,20

Taxa: R\$ 116,44

Total da Guia: R\$ 617,64

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

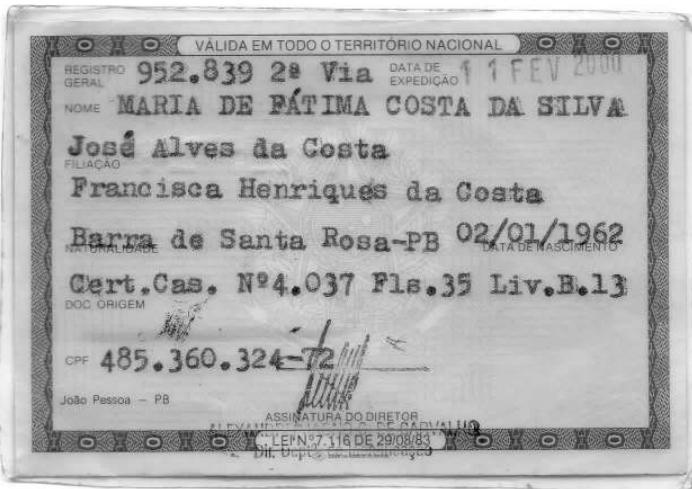
Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



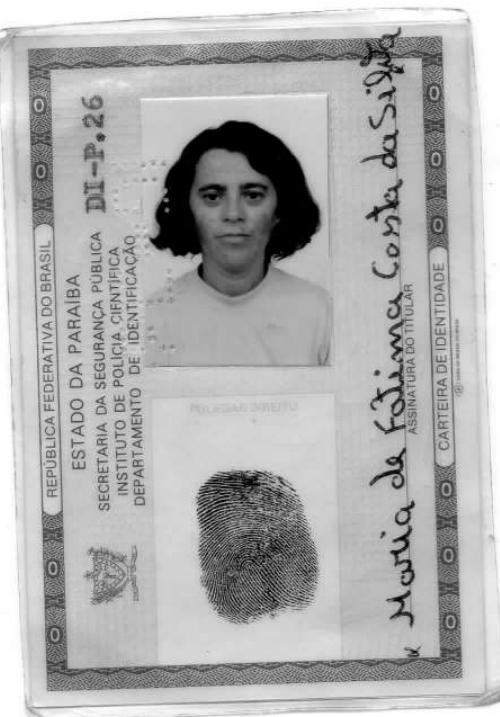
Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/05/2019 22:30:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050922304034400000020487331>
Número do documento: 19050922304034400000020487331

Num. 21068071 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/05/2019 22:30:42
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050922304130300000020487332
Número do documento: 19050922304130300000020487332

Num. 21068072 - Pág. 1



8

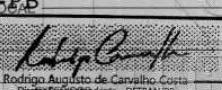


Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 09/05/2019 22:30:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050922304130300000020487332>

Número do documento: 19050922304130300000020487332

Num. 21068072 - Pág. 2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		PB Nº 011753516565	
VIA CÓD. RENAVAM PRT 20140100106345-4 EXERCÍCIO 1 0040665701-7 00/00000000 2014		ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br	
NOME FERNANDO CIRINO DA SILVA		SAC DPVAT 0800 022 1204	
CPF / CNPJ 27746847811		PLACA OFB4799/PB	
PLACA ANT / UF NOVO PB		CHASSI 9C2KC1670CR459695	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI		ANO FAB / ANO MOD. 2011 2012	
CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI		CATEGORIA PARTIC	
FAIXA I.P.V.A. *****		COR PREDOMINANTE PRETA	
COTA ÚNICA IPVA PAGO EM		VENC. COTA ÚNICA 01/10/2014	
FAIXA I.P.V.A. *****		VENC / COTAS 1º 2º 3º	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) *****		IOF (R\$) SEGURO PAGO	
PRÉMIO TOTAL (R\$) 01/10/2014		DATA DE PAGAMENTO 01/10/2014	
OBSERVAÇÕES A.F AYMORE CRED FINANC E INVEST SA DOCUMENTO DE PÓRTE OBRIGATÓRIO REST. BEN.TRIBUTARIO 0 ALAGOA NOVA, PB			
35351			
DATA 01/10/2014		DATA 14761	
Selo do Detran-PB Rodrigo Augusto de Carvalho Costa Diretor Superintendente - DETRAN-PB			
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2014 01/10/2014			
VIA 1		CPF / CNPJ 27746847811	
RENAVAM 00406657017		MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI	
ANO FAB. 2011		CAT TARIF. 9	
PARCELMAMENTO / COTAS 0		N° CHASSI 9C2KC1670CR459695	
FNS (R\$) *****		DENATRAN (R\$) *****	
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		CUSTO DO SEGURO (R\$) *****	
PAGAMENTO <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		PAGAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO	
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) PAGO			
DATA PAGO 01/10/2014			
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04 www.seguradoralider.com.br			
14761-1453198-20141001			



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAZ - 09/05/2019 22:30:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050922304130300000020487332>
 Número do documento: 19050922304130300000020487332

Num. 21068072 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE ALAGOA
CENTRO - ALAGOA NOVA -

OCORRÊNCIA Nº 000384/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000384/18 registrada em 17/09/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos dezessete dias do mês de setembro do ano de 2018, nesta cidade de ALAGOA NOVA, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE ALAGOA NOVA, quando encontrava-se presente a Bela. MALON CASIMIRO DE ALBUQUERQUE, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 13:20 horas, compareceu a Sra. MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA, com 56 anos de idade, filha de JOSE ALVES DA COSTA e FRANCISCA HENRIQUES DA COSTA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de BARRA DE SANTA ROSA - PB, Casada, escolaridade Superior Completo, profissão APOSENTADA, portadora da Cédula de Identidade Nº 952839, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 48536032472, residindo à rua DOMINGOS VARJÃO, bairro CENTRO, na cidade de ALAGOA NOVA - PB.

Declarou que:

QUE seu marido de nome CARLOS AUGUSTO DA SILVA estava trafegando com sua motocicleta de marca HONDA CG 150 FAN ESI, DE COR PRETA, ANO 2011 / 2012, PLACA OFB 4799/ PB, CHASSI 9C2KC1670CR459695, REGISTRADA EM NOME FERNANDO CIRINO DA SILVA e sua pessoa estava na "garupa" da mesma; QUE ao subir uma ladeira no Bairro do Multirão nesta cidade próximo ao posto de saúde daquele Bairro, perdeu o equilíbrio do seu corpo e caiu ao solo; QUE ao cair machucou o pé direito, sofrendo ferimentos graves; QUE passou por cirurgia no Hospital de Trauma na Cidade de Campina Grande - PB. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou Fé.

ALAGOA NOVA, Segunda-feira, 17 de Setembro de 2018

Maria de Fatima Costa da Silva
MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA

Declarante

THIAGO BRANDAO

Escrivão





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

M^a Jayma S. Rebet

fx celiânto (B)

Offta da oftalmia

4
10
2/2
Rx
M. de Aranjo

MOD. 001

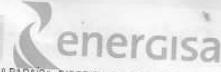
1 / 1

_____ Médico



CARLOS AUGUSTO DA SILVA
RUA DOMÍNGOS VARJÃO, 181 - CENTRO
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 (AG: 71)

Emissão: 11/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Subcl.: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
Roteiro 5 - 77 - 815 - 7800 Nº medidor: 00000048404



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 09.096.183/0001-40 - Insc. Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°012.117.296
Cód. para Déb. Automático: 00002415792

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2018	11/09/2018	10/10/2018	971.960.682-7 Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora):

5/241579-2

Canal de contato

CCI	Descrição	Demonstrativo						
		Quantidade	Tarifa c/	Valor Base Calc.	Aliq. Icms(R\$)	Base Calc.	Pis(R\$)	Coafis(R\$)
0801	Consumo em kWh	152.000	0,780570	118,84	118,84	27	32,03	118,84
0801	Adic. B. Vermelha			11,09	11,09	27	2,99	11,09
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			3,11	0,00	0	0,00	0,00
								0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 132,84 129,73 35,02 129,73 1,04 4,82

Média últimos meses (kWh)
185

VENCIMENTO
18/09/2018
TOTAL A PAGAR
R\$ 132,84

Histórico de Consumo (kWh)

182		183		184		202		187		176		212		185		183		199		178		171
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ag/18											

RESERVADO AO FISCO

47ad.3430.5aae.4740.2f0b.705f.a7ee.fcf1.

Indicadores de Qualidade

Límites da ANEEL	Ajurado	Limite de Tensão (V)
DIC/MENSAL	12,94	1,81
DIC TRIMESTRAL	12,94	NOMINAL
DIC ANUAL	25,88	220
FIC/MENSAL	3,80	1,00
FIC/TRIMESTRAL	8,87	CONTRATADA
FIC/ANUAL	13,95	LIMITE INFERIOR
DMC	3,80	LIMITE SUPERIOR
DICRI	12,22	231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	28,99	21,62
Companhia de Energia	46,50	36,51
Serviço de Transmissão	8,50	6,39
Encargos Setoriais	8,88	6,56
Impostos Diretos e Encargos	43,89	33,12
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	132,84	100,00

Valor do EUSD (Ref.7/2018) R\$ 47,18

ATENÇÃO

Reajuste Tarifário - Vigência: 26/08/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Baixa Tensão 16,41% Médio
Reajuste Tarifário - Vigência: 26/08/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Alta Tensão 16,75% Médio

Faturas em atraso



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190198505 Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 24/06/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA

Informemos que o pagamento da indenização é:

abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
Solução: 50% - 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalides Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002655-7

Conta: 00000160283-7

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

Atmospheric composition

Seguro das Líderes DIAVAT

Environ Monit Assess (2008) 142:1–10



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 09/05/2019 22:30:42
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905092230413030000020487332>
Número do documento: 1905092230413030000020487332

Núm. 21068072 - Pág. 7

PROCURAÇÃO

Outorgante: MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA, brasileira, casada, aposentada, portadora da cédula de identidade nº 952.939 SSP/PB, inscrita no cadastro de pessoa física do Ministério da Fazenda sob o nº 485.360.324-72, residente e domiciliado na Rua Domingos Varjão, 131, Centro, Alagoa Nova/PB, CEP: 58125.000.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000. FONE: (83) 98116-7741 / 99631-8671 Endereço Eletrônico: israelfariasadv@gmail.com, onde o outorgado deverá receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

Poderes e fins: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu procurador e para defender seus interesses perante o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância ou tribunal, ficando, o mesmo, investido no poder para o foro em geral, usando de todos os recursos legais e acompanhando-a até decisão final. Confere ainda aos outorgados os poderes especiais para requerer, desistir, transacionar, conciliar, assinar termo de denúncia e conciliação, renunciar, desistir, transigir, em juízo ou fora dele, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Alagoa Nova/PB, 06/05/2019.

Maria de Fátima Costa da Silva
Assinatura do outorgante



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fractura calcânea (D)
(avulsão t. calcânea)

Paciente

Manoel de Fátima.

Alojamento

Leito

L14

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Dietas que após URGPA
SFONH, 1500ml p/24hr
Drenagem de 300ml EV 6/6hr
Tiratip zinc + ZD EV 12/12hr
Trauma lumbosacral 1000ml SF EV 8/8hr
Nasogastric 0,5L EV 8/8hr - SN
Sangramento 100ml EV 6/6hr
clauda 600ml EV 6/6hr

CTE
x/ob

Horário: 14:00

Admissionado

trauma lumbosacral há ± 2h
(deformidade + edema)
hemorragia calcânea (D)

Noite alterada

Col. do Braço curto

P/ Recuperação

Vane

Hallissson Karlos Almeida
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGIA

Dr. Wagner Falcão
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

Dr. Wagner Falcão
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

Fr. O. c/ 100g de sangue

Fr. P. M. T. e T. T. B.



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 09/05/2019 22:30:43
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050922304237300000020487333>
Número do documento: 19050922304237300000020487333

Num. 21068073 - Pág. 2



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente	Marie		Nº Prontuário
Data da Operação	27/06/10	Enf.	Leito
Operador	Dr. João Paulo		
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Fract + avulsão da tenda de aponéfrose		
Tipo de Operação	Redução + Fixação		
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato	SIM		
Acidente Durante a Operação	Não		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e	Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1/ T	2/ R
2/ A	3/ C
3/ R	4/ V
4/ V	5/ V
5/ V	6/ V
6/ V	7/ S
7/ S	

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
MEDICINA DO TRABALHO
CRM-PB 9551





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/05/2019 22:30:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050922304237300000020487333>
Número do documento: 19050922304237300000020487333

Num. 21068073 - Pág. 4



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Maria de Fátima Costa da Silva	Idade:	56 anos
Convênio:		Data:	24/06/16
Procedimento:	Frot + anágese de tendão de aquileia		
Cirurgião:	Dra. Ignez Paula	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Leonardo
Início:		Término:	Anestesia: Ráque

Observações:	
	<p>Alc ort II</p> <p>Alc ort</p>

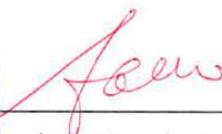
Assinatura Anestesista

Circulante



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		



Assinatura do anestesista



abre ob pto emitir ob pcom

PGPFAL ob us po alaz
alas dae. 26 ^{Coletivo avião avião} ob cabinet ob
transports. 26 ^{Coletivo} lepar

04:06

06:06 8106.20.18

20

10

10

20

20

10

06

10

transito

20

68

20

20

18

10

7 80

AM 2,8 X2 obrigado
~~obrigado~~ 80

aproximad 80
omobilização

20 servidors ob reis 80

8

obrigado 20

10

8

80



CONTROLE CIRÚRGICO

Materials Cirúrgicos

0255 ● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 20.362.200/0001-20

MA Maria de Fátima Costa da Silva
cliente:

Paciente: _____

Hospital:

卷之三

一一

卷之三

Prontuário:

— 4 —

הנני רוחני

Materiais Utilizados

Códigos

Médico Responsável _____





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NO ME:	Medeiros								PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:		
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>							
DADOS CLÍNICOS:									Gol
MATERIAL A EXAMINAR:									RAIO X REALIZADO EM: 24/06/18
EXAMES SOLICITADOS:									R-X tny D Reff R-X axil calcaneus
URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>						FIDELISSIMOS PLATOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - PE 5562
DATA:	24/06/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:					Carimbo e Assinatura do Médico		

802





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/05/2019 22:30:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050922304341600000020487334>

Número do documento: 19050922304341600000020487334

Num. 21068074 - Pág. 2

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	<i>Maria de Fátima</i>								PRONTUÁRIO:	<i>776</i>	
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:				
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>									

DADOS CLÍNICOS:

*RAIO X
REALIZADO EM:
21/06/18*

MATERIAL A EXAMINAR:	
----------------------	--

EXAMES SOLICITADOS:	
<i>R-X tng D ap/latif</i>	

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	<i>Hallisson Santos de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA C.R. 00000000000000000000</i>
DATA: <i>24/06/18</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Carimbo e Assinatura do Médico





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/05/2019 22:30:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050922304341600000020487334>
Número do documento: 19050922304341600000020487334

Num. 21068074 - Pág. 4

Data da internação: 24/06/2018 Hora: 17:58:08

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA			6 - N.º DO PRONTUÁRIO 1679945	
7 - CARTÃO DO SUS 708101532693930		8 - DATA DE NASCIMENTO 02/01/1962	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA HENRIQUES DA COSTA			11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N.º DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º,BAIRRO) DOMINGOS VARJAO , 33 , CENTRO		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 250040	15 - UF PB	16 - CEP 58125000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Tranca p/ moto q/ estre + deformidade em c/traus D</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessita tr/ auxílio</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>R x auxílio</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fx calcaneus (P)</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)	29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 706500355121696	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE HALLISSON BARROS DE ALMEIDA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 24/06/2018	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Hallisson Barros de Almeida ORTOPEDISTA TRAUMATO</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N.º DO BILHETE	38 - SÉRIE	
34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR	(<input type="checkbox"/>) AUTÔNOMO	(<input type="checkbox"/>) DESEMPREGADO	(<input type="checkbox"/>) APOSENTADO	(<input type="checkbox"/>) NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)	46 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			

+ enviar os atos \q - mort
1 (1) para o Poder Judiciário

assinado em 07/05/2019

Assinado por:

(S) Israel de Souza Farias



Data da internação: 24/06/2018 Hora: 17:58:08

Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA			6 - N° DO PRONTUÁRIO 1679945	
7 - CARTÃO DO SUS 708101532693930		8 - DATA DE NASCIMENTO 02/01/1962	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA HENRIQUES DA COSTA			11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) DOMINGOS VARJAO , 33 , CENTRO				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alagoa Nova		14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO 250040	15 - UF PB	16 - CEP 58125000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Tranc p/ mto d'água + desidratação em c/lesão</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS (DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>laringite</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL <i>02</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>exames</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)	29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 706500355121696	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE HALLISSON BARROS DE ALMEIDA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 24/06/2018	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Hallisson Barros de Almeida</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA			37 - N° DO BILHETE
34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE
35 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				39 - CNPJ EMPRESA
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR	40 - CNAE DA EMPRESA			41 - CBOR
	(<input type="checkbox"/>) AUTÔNOMO	(<input type="checkbox"/>) DESEMPREGADO	(<input type="checkbox"/>) APOSENTADO	(<input type="checkbox"/>) NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/>) CNS	46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR (<input type="checkbox"/>) CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/05/2019 22:30:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050922304341600000020487334>
Número do documento: 19050922304341600000020487334

Num. 21068074 - Pág. 8



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRÁUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Maria de Fátima Costa da Silveira		
End:	Rue Domingos Valadão 33	Bairro:	Alagozinha
Data de Nascimento:	02/01/62	Documento de Identificação:	
Queixa:	Queleira	Data do Atend.:	2010618 Hora: 17:00 Documento:
Acidente de trabalho?	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: (<input 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 type="checkbox"/>) Normocorada		
Deambulação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Livre			(<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas		
(<input type="checkbox"/>) Maca					

Estratificação

MOD. 110

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

Henriqueta S. Cavalcanti
Amarelo - atendimento até 1 hora
Azul - atendimento ambulatorial
ENFERMEIRA
REN: PB 754.490

Assinatura e carimbo do profissional



CÓPIA DIGITALIZADA
CONFERE COM O ORIGINAL
26 / 08 / 18
ASS. On



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/05/2019 22:30:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050922304341600000020487334>
Número do documento: 19050922304341600000020487334

Num. 21068074 - Pág. 10



Hospital Sofia de Castro Costa

CNPJ: 05.700.684/0001-46

Av. São Sebastião, s/n - Fone: (83) 3365-1011
CEP 58125-000 - Alagoa Nova - Paraíba

Paciente:

Endereço:

ECLAMPSIA
DO ORTOPEDISTA

Maria da Fátima Costa
Silva, 56 anos, com histori-
co de queda de moto há 1
ano. Vias normais. Pressão
arterial, arterial normal.
ECG: ST, arritmia den-
samente e intensidade de
múltiplas e curvaturas
distal.

MD-Trauma degenerativo
CH = Sólico, agressivo, crônico
e não doloroso.
OBS: O paciente não volta pro de Rx

Lsgato,

JULIO CÉSAR

Raissa Monteiro

MEDICO

0805

Secretaria Municipal de

Saúde

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/05/2019 22:30:44

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050922304341600000020487334
Número do documento: 19050922304341600000020487334



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/05/2019 22:30:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050922304341600000020487334>
Número do documento: 19050922304341600000020487334

Num. 21068074 - Pág. 12

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

<p>DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ : _____ hs.</p>			
<p>SERVÍCIOS REALIZADOS:</p>			
CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico			<input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input type="checkbox"/> A revélia
<input type="checkbox"/> Internação (setor)			<input type="checkbox"/> Decisão Médica
<input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL			<input type="checkbox"/> Óbito
<p><u>Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</u></p>			



R. H.

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade requerida.

Nos termos do art. 334, do Novo Código de Processo Civil, agende-se audiência de conciliação.
Cite-se o réu para audiência designada com o prazo mínimo de 20 (vinte) dias de antecedência.
Intime-se a parte autora, através de seu advogado.

O réu poderá apresentar contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data da audiência de conciliação.

Cumpra-se.

JUIZ DE DIREITO

Data e assinatura digital



CITAÇÃO À PARTE PROMOVIDA, POR SEU REPRESENTANTE LEGAL, PARA
COMPARECER A AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA PARA O DIA **09 (NOVE) DE**
OUTUBRO DE 2020, pelas 11:00h., no Fórum local, ficando advertida que o prazo para
contestação começará fluir a partir da realização da audiência, no prazo de 15 dias.



**AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA PARA O DIA 09 DE OUTUBRO DE 2020, PELAS
11:00H., NO FÓRUM LOCAL.
A PARTE AUTORA DEVERÁ SER CIENTIFICADA DA AUDIÊNCIA ATRAVÉS DO SEU
ADVOGADO.**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO MARCOS BEZERRA DE MELO - 11/05/2020 13:49:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051113492544400000029339215>
Número do documento: 20051113492544400000029339215

Num. 30545145 - Pág. 1