



Número: **0804555-76.2020.8.15.0731**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Cabedelo**

Última distribuição : **01/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO (AUTOR)</b>	<b>GILBERTO GOMES DA SILVA NETO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31968 630	01/07/2020 15:23	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
31968 646	01/07/2020 15:23	<a href="#">1 Inicial - DPVAT</a>	Outros Documentos
31968 949	01/07/2020 15:23	<a href="#">2 Procuração e docs. pessoais</a>	Procuração
31968 954	01/07/2020 15:23	<a href="#">3 Declaração de hipossuficiencia</a>	Documento de Comprovação
31968 961	01/07/2020 15:23	<a href="#">4 - Boletim de ocorrência</a>	Documento de Comprovação
31968 966	01/07/2020 15:23	<a href="#">5 - Boletim do SAMU</a>	Documento de Comprovação
31968 967	01/07/2020 15:23	<a href="#">6 - Documento do veículo</a>	Documento de Comprovação
31968 971	01/07/2020 15:23	<a href="#">7 - Receitas e atestados</a>	Documento de Comprovação
31968 974	01/07/2020 15:23	<a href="#">8 - Imagnes do acidente</a>	Documento de Comprovação
31968 975	01/07/2020 15:23	<a href="#">9 - Relatório de Cirurgia</a>	Documento de Comprovação
32010 065	02/07/2020 16:51	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
32015 756	02/07/2020 19:46	<a href="#">Mandado</a>	Mandado

EM PDF.



Assinado eletronicamente por: GILBERTO GOMES DA SILVA NETO - 01/07/2020 15:21:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115212399500000030644594>  
Número do documento: 20070115212399500000030644594

Num. 31968630 - Pág. 1

**AO MM JUIZO DA \_\_\_\_ VARA DA COMARCA DE CABEDELO-PB.**

**RANNA BEATRIZ DE SENA FELÍCIO**, brasileira, casada, estudante, portadora no RG sob o nº 4.188.579 – 2<sup>a</sup> Via SSP/PB, inscrita no CPF sob nº 102.256.444-79, residente e domiciliada na Rua João Aleixo, nº 200, Centro, Lucena-PB, CEP 58315-000, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, por meio de seus procuradores signatários, conforme instrumento em anexo, mover a presente:

### **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT**

Em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, situada na rua: Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro|RJ, podendo ser citada por intermédio de via postal, com carta de aviso de recebimento nos estritos termos do art. 18, I, da Lei nº 9.099/95, pelas razões fáticas e jurídicas que passa a expor.

#### **I - DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA**

Tendo em vista que o Autor não possui condições financeiras de arcar com as custas e demais despesas processuais, sem que isso lhe acarrete prejuízo financeiro, para tanto com amparo na Constituição Federal de 1988, art. 5º, LXXXIV, e Lei 13.105/15, art. 98, pede que lhe seja concedida Assistência Judiciária Gratuita.

#### **II – DOS FATOS**

Em virtude do acidente de motocicleta, ocorrido em 18/11/2019, por volta das 14:45 horas, quando trafegava na estrada em sentido ao Centro de Lucena, quando ao passar por um quebra-molas no bairro de Gameleira do município de Lucena, perdeu o equilíbrio quanto a motocicleta e veio a colidir em um poste da rede pública de iluminação, quando foi ao solo ficando gravemente, fraturando um dedo, conforme imagens anexas.

Na ocasião, foi socorrida e conduzida pelo SAMU da cidade de Lucena até o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, na cidade de João Pessoa, onde deu entrada para realização de avaliação médica posteriormente transferida para o Complexo Hospitalar Tarcísio de Miranda Burity, no bairro de mangabeira.

Rua José Madruga Bezerra Cavalcanti, nº 600, salas 01, Centro, Lucena- PB –  
CEP: 58315-000 Telefone: (083) 9 8896-1617, e-mail:  
gilbertoneto.gg@gmail.com



Assinado eletronicamente por: GILBERTO GOMES DA SILVA NETO - 01/07/2020 15:21:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115212480700000030644610>  
Número do documento: 20070115212480700000030644610

Num. 31968646 - Pág. 1

Portanto, a requerente foi diagnosticada com a patologia **CID-10 S623** - Fratura de outros ossos do metacarpo e **CID – 10 S626** - Fratura de outros dedos, sendo submetida a procedimento cirúrgico e exames de raio x, tendo tratamento indicado antibióticos e repouso, onde ficou internada por 10(dez) dias, após o procedimento ficou em observação, recebeu alta médica para voltar para sua residência.

A partir de então, a autora, na qualidade de vítima, conforme documentação anexa, é a verdadeira detentora do direito de litigar o seguro por invalidez permanente, tendo em vista as sequelas que ficaram em decorrência do citado acidente.

A autora munida da documentação necessária, em decorrência do seu acidente, derivado de acidente de motocicleta, vem requerer o que de direito, qual seja o seguro DPVAT.

### III – DO DIREITO

O próprio nome do Seguro DPVAT é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda que os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.

Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz jus à indenização financeira pelas sequelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em anexo, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*:

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 suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

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

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

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



Apenas a título ilustrativo, cabe aludir que se considera invalidez a perda ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão. Essa perda ou redução é indenizada pelo Seguro DPVAT quando resulta de um acidente causado por veículo e é permanente, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável. A invalidez é considerada permanentemente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte.

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação mencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometem e o registro de ocorrência no órgão policial competente, estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:

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.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

**APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA 340/2006. PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO.** 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de 03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível N° 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74, com a redação dada pela Lei nº 8.441/92.

*Ex positis*, conclui-se que é suficiente, portanto, a apresentação do laudo médico e o registro da ocorrência no órgão policial, para o devido pagamento da indenização, sendo abusiva qualquer outra exigência fora dos itens supracitados.

Ademais, não há que se falar em graduar a invalidez permanece com base na Resolução nº 1/75 de 03/10/75, editado pelo Conselho Nacional de Seguros Privados –



CNSP, pois em se tratando de norma regulamentar não pode dispor de modo diverso da Lei nº 6.194/74, de hierarquia superior, de sorte que é incabível a limitação da indenização com base na resolução precitada. Nesse sentido são os arestos a seguir transcritos:

**SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE.**

Preliminar de carência de ação, por falta de interesse processual afastada. A quitação dada pelo autor não tem o condão de obstar o direito de cobrar a diferença entre o valor efetivamente indenizado e o previsto na Lei nº 6.194/74. Conforme o art. 5º da Lei nº 6.194/74, com a redação anterior à Lei 11.482/2007, o pagamento da indenização está condicionado apenas à prova do acidente e do dano decorrente. Outrossim, comprovada a invalidez permanente, o valor da indenização deve corresponder a até 40 vezes o salário mínimo vigente na época da liquidação do sinistro, porquanto a alínea `b do art. 3º da Lei nº 6.194/74 não faz diferenciação quanto ao grau da invalidez. Fixação da indenização em salários mínimos como critério de cálculo. Apelação desprovida. (Apelação Cível Nº 70023264666, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Leo Lima, Julgado em 21/05/2008).

**SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE.**

Preliminar de ilegitimidade passiva rejeitada. A indenização atinente ao Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) pode ser exigida de qualquer seguradora integrante do consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as seguradoras que operam no referido seguro. Preliminar de falta de interesse processual rejeitada. A quitação dada pelo autor não tem o condão de obstar o direito de cobrar a diferença entre o valor efetivamente indenizado e o previsto na Lei nº 6.194/74. Preliminar de falta de documento imprescindível ao exame da lide, também repelida, diante dos documentos juntados aos autos. Estando presente o nexo de causalidade entre o acidente e a invalidez permanente da parte autora, reconhecida pela seguradora na seara administrativa, é de 40 salários mínimos o valor da indenização, segundo o artigo 3º, alínea b da Lei nº 6.194/74. A Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92, é o único texto legal que confere competência para fixação dos valores das indenizações do seguro obrigatório, não havendo autorização legal que legitime as Resoluções do CNSP ou de qualquer outro órgão do Sistema Nacional de Seguros Privados para fixar ou alterar os valores indenizatórios cobertos pelo seguro obrigatório sobre danos pessoais causados por veículos automotores. À unanimidade, preliminares rejeitadas. Apelo desprovido, por maioria. (Apelação Cível Nº 70023291230, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Umberto Guaspari Sudbrack, Julgado em 23/04/2008).

Frisa-se que, em se tratando de seguro pessoal, não se pode investigar quanto à proporção do prejuízo sofrido, pois a vida ou a redução da capacidade produtiva não é passível de perfeita estimativa econômica, consoante estabelece o art. 789 do novel Código Civil, o que atentaria ao princípio da dignidade humana.

Destaca-se então o grau de reduções das funcionalidades do Autor, tendo em vista os inúmeros ferimentos, sendo eles diversas fraturas na face, o que impossibilita a comunicação da autora de forma efetiva, além das diversas dores que acometem a requerente, tornando-se evidente assim a impossibilidade de voltar ao serviço, uma vez que permanece debilitado.

Destarte, não há falar em aplicação de limitadores no valor da indenização, estabelecidos mediante graduação de invalidade permanente, arbitrados em normas de hierarquia inferior, pois não é dado à Resolução restringir benefício se a lei ordinária regulamentada não o fez. Atende-se. Com tal entendimento, a interpretação história da norma legal, valorando o verdadeiro e original espírito da lei, segundo almejado na “mens legislatoris”, bem assim a



hermenêutica sistemática do dispositivo legal em análise, adequando-o aos princípios da Constituição Federal.

Nesse sentido são os arestos a seguir transcritos:

**SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE.**  
Preliminar de carência de ação, por falta de interesse processual afastada. A quitação dada pelo autor não tem o condão de obstar o direito de cobrar a diferença entre o valor efetivamente indenizado e o previsto na Lei nº 6.194/74. Conforme o art. 5º da Lei nº 6.194/74, com a redação anterior à Lei 11.482/2007, o pagamento da indenização está condicionado apenas à prova do acidente e do dano decorrente. Outrossim, comprovada a invalidez permanente, o valor da indenização deve corresponder a até 40 vezes o salário mínimo vigente na época da liquidação do sinistro, porquanto a alínea 'b' do art. 3º da Lei nº 6.194/74 não faz diferenciação quanto ao grau da invalidez. Fixação da indenização em salários mínimos como critério de cálculo. Apelação desprovida. (Apelação Cível Nº 70023264666, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Leo Lima, Julgado em 21/05/2008)

**SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE.**  
Preliminar de ilegitimidade passiva rejeitada. A indenização atinente ao Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) pode ser exigida de qualquer seguradora integrante do consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as seguradoras que operam no referido seguro. Preliminar de falta de interesse processual rejeitada. A quitação dada pelo autor não tem o condão de obstar o direito de cobrar a diferença entre o valor efetivamente indenizado e o previsto na Lei nº 6.194/74. Preliminar de falta de documento imprescindível ao exame da lide, também repelida, diante dos documentos juntados aos autos. Estando presente o nexo de causalidade entre o acidente e a invalidez permanente da parte autora, reconhecida pela seguradora na seara administrativa, é de 40 salários mínimos o valor da indenização, segundo o artigo 3º, alínea b da Lei nº 6.194/74. A Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92, é o único texto legal que confere competência para fixação dos valores das indenizações do seguro obrigatório, não havendo autorização legal que legitime as Resoluções do CNSP ou de qualquer outro órgão do Sistema Nacional de Seguros Privados para fixar ou alterar os valores indenizatórios cobertos pelo seguro obrigatório sobre danos pessoais causados por veículos automotores. À unanimidade, preliminares rejeitadas. Apelo desprovido, por maioria. (Apelação Cível Nº 70023291230, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Umberto Guaspari Sudbrack, Julgado em 23/04/2008).

#### IV – DOS PEDIDOS

Diante do exposto, requer a Vossa Excelência:

- a) Nos termos do artigo 334 do Código de Processo Civil, se manifesta pelo desinteresse na audiência de conciliação, tendo em vista a necessidade de prova pericial;
- b) a citação da Requerida, por Carta com Aviso de Recebimento, no endereço declinado no preâmbulo, para contestar a presente ação, sob pena de revelia quanto aos fatos alegados, devendo acompanhar o processo até a sentença final;



- c) A condenação da Requerida ao pagamento do Seguro DPVAT a parte Autora, no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos mil reais), conforme previsto pela Lei nº 6.194/73, corrigidos pelo IGP-M desde a data do requerimento administrativo e juros de 1% ao mês desde a citação;
- d) A condenação da Requerida em custas e honorários advocatícios em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação;
- e) A produção de todos os meios de prova em direito admitidas, especialmente, a prova testemunhal, prova documental e perícia médica;
- f) A concessão do benefício de Gratuidade de Justiça, nos moldes do art. 98, da lei nº13.105/15, eis que o Autor, não tem possibilidade de arcar com as custas do presente feito e com seus ônus sucumbenciais, sem prejudicar seu próprio sustento e de sua família;
- g) Ao final a total procedência da presente demanda, para o pagamento do seguro devido ao Autor.

Dá-se a causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos,  
Pede deferimento.

Cabedelo-PB, 01 de junho de 2020.

**GILBERTO GOMES DA SILVA NETO**  
Advogado OAB\PB nº 9.585

6

Rua José Madruga Bezerra Cavalcanti, nº 600, Centro, Lucena- PB – Cep: 58315-000  
Telefone: (083) 9 8896-16-17 - Email: gilbertoneto.gg@gmail.com



Assinado eletronicamente por: GILBERTO GOMES DA SILVA NETO - 01/07/2020 15:21:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115212480700000030644610>  
Número do documento: 20070115212480700000030644610

Num. 31968646 - Pág. 6



## GGSN – ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

### PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,

**OUTORGANTE, RANNA BEATRIZ DE SENA FELÍCIO**, brasileira, solteira, estudante, inscrito no CPF sob nº 012.256.444-79 e no RG sob nº 4.188.579 – 2º via SSP/PB, residente e domiciliado na Rua João Aleixo, nº 200, Centro, Lucena-PB, CEP: 58.082-062.

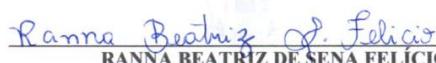
**OUTORGADO:** Drº **GILBERTO GOMES DA SILVA NETO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Paraíba sob nº 27.276, com escritório localizado na Rua José Madruga Bezerra Cavalcanti, nº 600, Centro, Lucena-PB, CEP: 58.315-000, endereço eletrônico: gilbertoneto.gg@gmail.com

**OBJETO:** representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga aos Advogados acima descritas, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARAS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015.

Lucena, 26 de fevereiro de 2019.

  
RANNA BEATRIZ DE SENA FELÍCIO

Av: Américo Falcão, 368, salas 01 e 02, Centro, Lucena- PB – CEP: 58.315-000  
Telefone: (083) 3293 1193/ 9 8899 0662 - Email: monteiroadvogado22@gmail.com



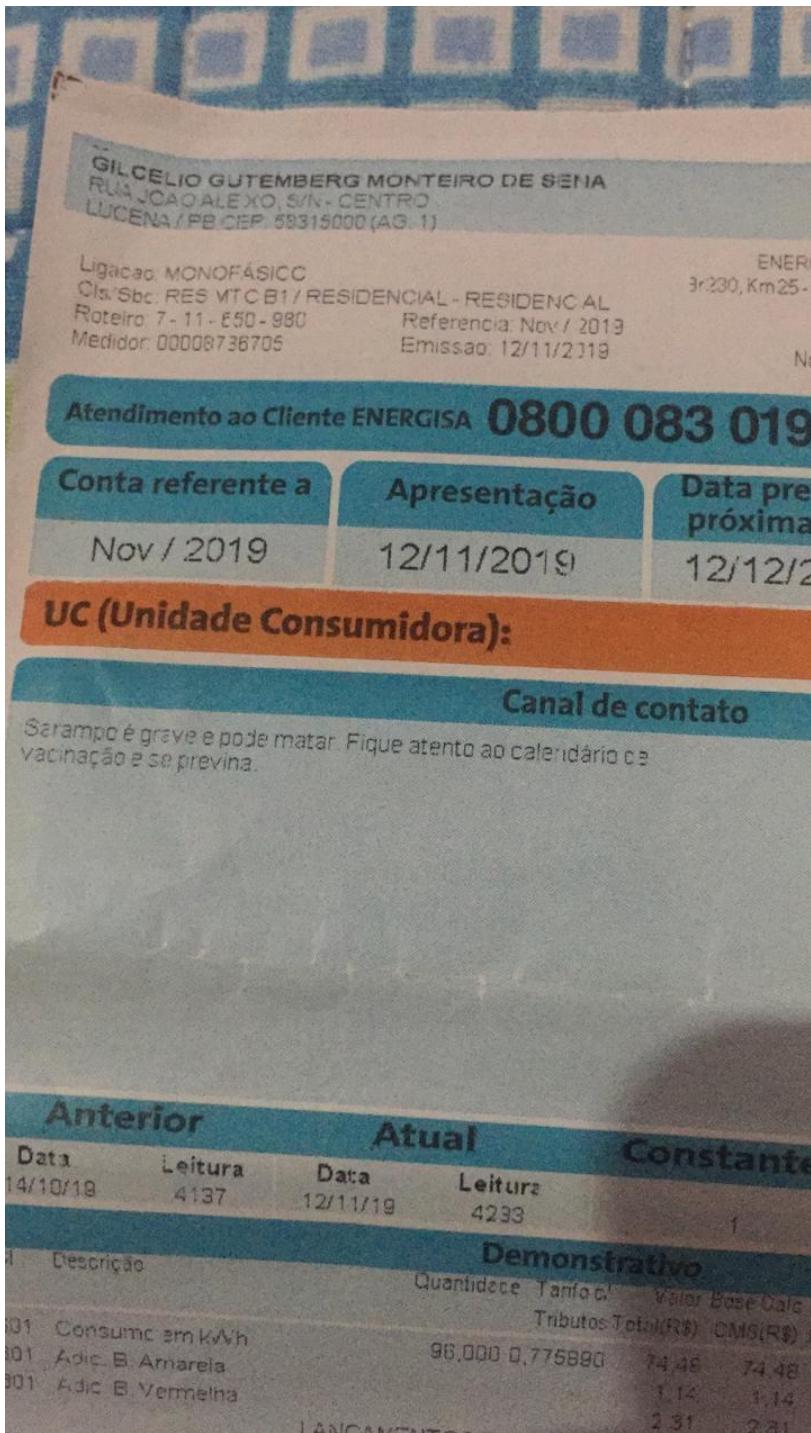
Assinado eletronicamente por: GILBERTO GOMES DA SILVA NETO - 01/07/2020 15:21:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115212536200000030644613>  
Número do documento: 20070115212536200000030644613

Num. 31968949 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: GILBERTO GOMES DA SILVA NETO - 01/07/2020 15:21:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115212536200000030644613>  
Número do documento: 20070115212536200000030644613

Num. 31968949 - Pág. 2



## ESTADO DA PARAÍBA TOMBO DE DOCUMENTOS - 2200

### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

07/07/2020

Assento de que o documento acima intitulado é fidedigno e verdadeiro.

Eu, **RANNA BEATRIZ DE SENNA FELICIO**, brasileiro, solteira, autônomo, portador do documento de identidade RG nº 4.188. 579 – 2º via SSP/PB e inscrito no CPF nº. 012.256.444-79, residente e domiciliado na rua João Aleixo, nº 200, Centro, Lucena-PB, CEP 58.315-000, venho declarar que, em razão de minha atual condição financeira, não tenho condições de arcar com nenhum tipo de pagamento de custos processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, da Constituição da República, da Lei nº 1.060/50, bem como nos artigos 82 e 98 do Novo Código de Processo Civil.

Reiterando minha incapacidade de custear quaisquer ações, quero solicitar, ainda, que tal benefício abranja todos os atos do processo, de acordo com o artigo 98 do novo Código de Processo Civil.

Lucena-PB, 26 de fevereiro de 2020.

Ranna Beatriz S. Felicio  
**RANNA BEATRIZ DE SENNA FELICIO**

CPF: 012.256.444-79

Assento de que o documento acima intitulado é fidedigno e verdadeiro.



Assinado eletronicamente por: GILBERTO GOMES DA SILVA NETO - 01/07/2020 15:21:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115212594900000030644618>  
Número do documento: 20070115212594900000030644618

Num. 31968954 - Pág. 1



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1º Superintendência Regional de Polícia Civil  
5º Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Lucena



Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00282.01.2019.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00282.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:47 horas do dia 11 de dezembro de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assassinado, compareceu **Ranna Beatriz de Sena Felicio**, conhecido(a) por Hanna E/u Bia, CPF nº 102.256.444-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Estudante, filho(a) de Hérica Virginia Nascimento de Sena e Ronaldo da Silva Felicio, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 06/05/1999 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Aleixo, Nº 200, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Rua Por Trás da Antiga Casa de Show Millennium, na cidade de Lucena/PB, telefone(s) para contato (83) 98831-5752.

#### Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Porfirio Guedes, nº S/N, Via Pública Na Localidade de Gameleira Nesta Comarca, De Frente a Loja de Conveniência do "arrozinho", Lucena/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/11/19 14:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias)**.

#### Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo BIZ 100 ES, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2015/2015, UF: PB, placa QFT-8848, chassi 9C2HC1420FR032943, renavam 0107664124-2, características gerais: N°. C.r.l.v.: 012650866995; n°. P.r.t.: 20160000026880-7; n°. Lacre: 0043237770; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: Lucena/pb; alienação Fiduciária: A. F. Administradora de Consórcio Nacional Honda L.t.d.a.; em Nome de Ricardo Lira Pereira.

#### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

NA DATA DO FATO PILOTEAVA A MOTOCICLETA JÁ DESCrita ANTERIORMENTE ACIMA, QUANDO AO PASSAR POR UM QUEBRA-MOLA DA ENTRADA DA LOCALIDADE DE GAMELEIRA NESTA COMARCA, PERDEU O EQUILÍBRIO E VEIO A BATER EM UM POSTE DA REDE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA VINDO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDA PELA EQUIPE DO "SAMU" LOCAL DIRETAMENTE PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTO HOSPITALARES, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO DE MIRANDA BURITI NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE PASSOU PELOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PERTINENTES, PERMANECENDO INTERNA PELO PERÍODO DE DEZ (10) DIAS NAQUELE COMPLEXO HOSPITALAR CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL.

#### ADENDO(S):

Que na data 11/12/2019, à(s) 11:19 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: A DECLARANTE FOI DIAGNOSTICADA COM A PATOLOGIA "CID-10 1623/1626", CONFORME ATESTADO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA. ASSINADO PELO MÉDICO RICARDO R. CHECANOVIC, C.R.M/PB-6801.. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0



SELO DIGITAL  
AJ074323-KMPN 1/2  
Consulte Autenticidade em:  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



Assinado eletronicamente por: GILBERTO GOMES DA SILVA NETO - 01/07/2020 15:21:27  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115212651500000030644975>  
Número do documento: 20070115212651500000030644975

Num. 31968961 - Pág. 1

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1<sup>o</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
5<sup>a</sup> Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Lucena



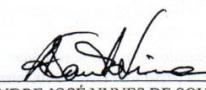
**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

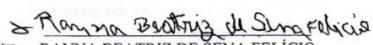
Sendo o que havia á constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Lucena/PB, 11 de dezembro de 2019.

  
ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

  
RANNA BEATRIZ DE SENA FELÍCIO

Noticiante



Procedimento Policial: 00282.01.2019.1.05.101

2/2



Assinado eletronicamente por: GILBERTO GOMES DA SILVA NETO - 01/07/2020 15:21:27  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115212651500000030644975>  
Número do documento: 20070115212651500000030644975

Num. 31968961 - Pág. 2



PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCENA-PB  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SAMU LUCENA USB 57

#### IDENTIFICAÇÃO /OCORRÊNCIA

Data 18.11.19	Ocorrência n: 2616 219	M.R. Márcia	Plantão Diurno <input checked="" type="checkbox"/> Noturno <input type="checkbox"/>	Hrs da saída 17 : 00	Hrs do retorno 22: 30
Paciente Maria Beatriz de Senna Felisberto				Idade 20	SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input checked="" type="checkbox"/>
Local da ocorrência R. Presidente			Bairro: Formelina	Cidade: Lucena	
Apoio no local PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> SEMOB <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/>					
QTA <input type="checkbox"/> Socorrido por terceiros <input type="checkbox"/> Recusou atendimento <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outros					

#### TIPO DE AGRADO

#### ANTECEDENTES

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	PEDIATRICO	AIDS	DOENÇA MENTAL
AGRESSÃO	PSIQUIÁTRICO	ALCOOLISMO	DOENÇA RENAL
CLÍNICO	AFOGAMENTO	AVC	DROGAS
DESABALAMENTO/SOTERRAMENTO	QUEDA-ALTURA	CIRURGIAS REALIZADAS	HIPERTENSÃO ARTERIAL
ELETROCUSSÃO	QUEIMADURAS	CONVULSÕES	INTERAMENTOS ANTERIORES
F.A.B	OUTROS	DIABETES	MEDICAMENTO DE USO CONTINUO
F.A.F		DOENÇA CARDÍACA	PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
GINECO-OBSTÉTRICO		DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	OUTROS
LESÕES TÉRMICAS			

Natureza da Ocorrência :  CLÍNICO  TRAUMA  GINECO-OBSTÉTRICO  PSIQUIÁTRICO

Motivo Acidente de moto

Hospital de Trauma	DESTINO DO PACIENTE( UNIDADE HOSPITALAR )	Responsável e função ( assinatura e carimbo )
<input type="checkbox"/> Atendido no local e liberado <input type="checkbox"/> Óbito no local <input type="checkbox"/> óbito durante atendimento <input type="checkbox"/> Óbito durante o transporte		
TRANSFERÊNCIA : <input type="checkbox"/>		
Hospital de origem: _____	Hospital de destino: <u>Ana Virginia L. de Oliveira</u>	
Responsável : <u>Carvalho</u>	Responsável : <u>CRM-RN</u>	

#### EXAME CLÍNICO ( PRINCIPAIS QUEIXAS E SINTOMAS )

DADOS VITAIS : P.A. 140x90mmHg FC 93 FR 16 TEMP. 37 HGT: SpO2-S/02 94 SpO2-C/02

VIAS AÉRIAS LIVRE  OBSTRUÍDA PARCIALMENTE  OBSTRUÍDA TOTALMENTE  EDEMA DE GLOTE

#### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM : ( Diagnóstico de Enfermagem )

- Ansiedade  Capacidade Adaptativa diminuída  Comunicação verbal prejudicada  Confusão aguda  Deambulação Prejudicada
- Débito cardíaco Diminuído  Desobstrução Ineficaz das VVA  Disreflexia Autônoma  Dor aguda  Hipertermia  Hipotermia
- Integralidade da Pele prejudicada  Integralidade Tissular prejudicada  Medo  Intolerância a atividade  Mucosa oral prejudicada
- Padrão respiratório ineficaz  Perfusion Tissular cerebral ineficaz  Perfusion Tissular cardiopulmonar ineficaz  Perfusion Tissular gastrintestinal ineficaz  Perfusion Tissular Renal ineficaz  Termo regulação ineficaz  Troca de Gases Prejudicado  Ventilação Espontânea prejudicada  Volume de líquido Deficiente  Volume Excessivo de líquido  Náuseas  Retenção Urinária  Percepção Sensorial Perturbada  Interção social Prejudicada  Incontinência Intestinal  Eliminação Urinaria Prejudicada  Constipação (Orientação da Regulação Médica) fazer postos, banho frio

recomendações paciente p/ o hospital de Trauma

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO (A) paciente consciente, orientada, escorições em m<sup>s</sup>s II, fratura exposta da mandíbula, da mandíbula direita, TE leve, sinus itais estanicos.



**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

*Esquife, nero, usares, fai nas, esparadrapo.*

**VENTILAÇÃO:**  Espontânea  Assistida  Ritmo Irregular  Parada Respiratória

**EXPANSIBILIDADE:**  Normal  superficial  Regular  Irregular **EDEMAS :**  Sim  Não \_\_\_\_\_

**PERFUSÃO**  Normal  Retardada 2 Seg  Ausente **PULSO:**  Regular  Irregular  Fino  Cheio  Ausente

**EXAME NEUROLÓGICO :** Glasgow 13 **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA :**  consciente  inconsciente

Orientado  Algo- Desorientado  Agitado  Hálito Etilico  Sonolência  Convulsão  Otorragia  Epitaxe

**IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS**  Midriase  Miose  Isocôricas  Anisocôricas

**EXAME GINECO-OBSTÉTRICO:**  Abortamento  Hemorragia Vaginal  Trabalho de parto  normal sem.

**ENCONTRADO**  Decúbito Dorsal  Lateral  Ventral  Sentado  Deambulando  Outro \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

Bomba de infusão	DEA ADUL <input type="checkbox"/> INF <input type="checkbox"/>	Sonda vesical	Desfibrilação
Cânula Orofaríngea	Desobstrução V.A	Sonda Nasogastrica	ASPIRAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical T:	Inalação de oxigênio	Massagem cardíaca	KED Adulto
Controle de hemorragia	Cateter o2	Prancha longa	KED Infantil
Cricotireidostomia	Mascara reservatório	Punção venosa J.	Outros
<input checked="" type="checkbox"/> Curativo	Mascara Venturi	Talas T.	<input checked="" type="checkbox"/>
Compressivo, <input type="checkbox"/> TRES P. <input type="checkbox"/>	Bolsa Válvula Mascara	Tração	

Descrição dos procedimentos

**PERTENCENTES DA VÍTIMA:**  SIM  NÃO Objetos : \_\_\_\_\_

**ENTREGUES A / Local**

**Assinatura com carimbo do recebedor**

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO**

**CONDUTOR**: *Caio*

**Matrícula**: \_\_\_\_\_

**TEC. ENFERMAGEM:** *Beatriz*

**COREN :** \_\_\_\_\_

**ENFERMEIRO**: *Kalinne*

**COREN:** *566 974*

Informações de preenchimento exclusivo do paciente :  Recusa Remoção  Recusa atendimento

Nome: \_\_\_\_\_ RG/CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura ( Rubrica ) \_\_\_\_\_ Observação \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETAN - PB	Nº 012650866995
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
A C R E	G.O. RENAVAM P.R.T. - 20150000026880-7 EXERCÍCIO 0107664124-2 09/00000000 2015
RICARDO LIRA PEREIRA	
08767900402	PLACA: QFT8948 / PE
NOVO	PLACA ANTIGUA: 9C2HC1420FR032943
COMBUSTÍVEL: GASOLINA	
HONDA HRV 1.8 E85 2015 - 2015	
2/97 /CI	CATEGORIA: PRETA
IPVA PAGO EM: 21/07/2016	VENCIMENTO DA COTA INICIAL: 25
*****	DATA DE PAGAMENTO: 26/01/2016
A.F. ADM. BR CONCE NACION HONDA LTDA	
DETAN - PB	DATA: 21/07/2016
42277	32217



Assinado eletronicamente por: GILBERTO GOMES DA SILVA NETO - 01/07/2020 15:21:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115212795500000030644981>  
 Número do documento: 20070115212795500000030644981

Num. 31968967 - Pág. 1



### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Ronilso S. S. Belchior portador(a) d identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(s) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, portador(a) d patologia CID-10 I623/I626, devendo permanecer afastado(s) de suas atividades laborativas por um período de 10 (dez) dias, a partir desta data.

João Pessoa

11/11/19

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1º VIA-PACIENTE

2º VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



## **LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME:	Ronaldo Bezerra S. Filho			PRONTUÁRIO N°		
IDADE:	SEXO:	DATA:	CLÍNICA	ENF.	LEITO	
DATA DE ADMISSÃO		18/11/19	DATA DE ALTA		28/11/19	TEMPO DE PERMANÊNCIA
DIAGNÓSTICO INICIAL						Fistula pélvica prox.ável - 2º(D) e 3º(D) CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO						D. Uterino
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PROCEDIMENTOS EXECUTADOS						Eros (K) 45
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDICÕES DE CURA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO	
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)						
Therapeuta: Mrcs (D)						
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA						
DIETA:						
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.						
MEDICAÇÕES PARA CASA:						
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.					
DATA: 28/11/19						
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIOS TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO						



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCENA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUARIO

Damia R. Seuc

Mrs 01

01/01/2020

01 CP  
de 818h -

28/01/2020

Av. Américo Falcão, 736, Centro, Lucena-PB CEP-583150-00  
E-mail: lucenasecura@gmail.com



Assinado eletronicamente por: GILBERTO GOMES DA SILVA NETO - 01/07/2020 15:21:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115212882500000030644985>  
Número do documento: 20070115212882500000030644985

Num. 31968971 - Pág. 3



**RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS**

NOME: Romulo S. & Filho

Uso Domiciliar

DISUPROFESSOR DSC - Dr.

TOMA DE P. 8/8h

28/11/19

Ricardo P. G. Cunha  
CRM-RJ 100321 CAA-SP 8881

Assinatura e Carimbo



 <b>JOÃO PESSOA</b> MUNICÍPIO DA BAHIA	 <b>Complexo Hospitalar</b> <b>MANGABEIRA</b> <small>GOVERNADOR TANCRELO MUNICIPIO</small>	 <b>MINISTÉRIO DA</b> <b>SAÚDE</b> <small>Sistema Único de Saúde</small>
---	--	--

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Ricardo S. F. Filho portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, portador(a) da patologia CID-10 S623/S626, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 10 (dez) dias, a partir desta data.

10/11/19  
 João Pessoa,  
Ricardo R. Chaves  
CREF00PE 10021 / CRM-PB 8801  
 Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1<sup>º</sup> VIA-PACIENTE      2<sup>º</sup> VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rue Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-354, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



## Receituário

Paciente: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO Idade: 20  
Data: null Sexo: Feminino CPF: Não Informado BAE: 1204575

AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA (COLISÃO C/ POSTE), QUEIXAS DE DOR EM MÃO D, JOELHO E, DORSO, TORNOZELO D E ABDOME. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA E TONTURA; NEGA VÔMITOS. REFERE CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS E NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. APRESENTA ESCORIACÕES EM DORSO, REGIÃO LOMBAR, JOELHO E E D, Perna E E D, PÉ E E D, MÃO D + FRATURA EXPOSTA DO 2º QDD + EDEMA NO TORNOZELO D. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA GRAVIDEZ NÃO SABE INFORMAR SOBRE VAT. AO EXAME: EGR, EUPNEICA, CORADA, IÚCIDA, ESTÁVEL, ACIANÓTICA, AGITADA (TEM HISTÓRIA DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA).

RAIO X: MÃO DIREITA COM FRATURA EXPOSTA DAS FALANGES PROXIMAL E MÉDIA DO 2º QDD E FRATURA 3º MTD + FRATURAS RÁDIO E URNA DISTAIS  
RAIO X JOELHO ESQUERDO E TORNOZELA DIREITO SEM SINAL DE FRATURA OU LUXAÇÃO.

CC: ORIENTAÇÕES  
ANTIBIÓTICO  
TETANOGLAMMA  
ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO  
ORIENTADA POR DR. ROBRIGO AMARAL

Dr. Bruno Roma  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 38075

Dr. BRUNO DE LUNA ROMA  
10075/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (\*\*83) 3216-5736 / 3216-5775





### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Mariana B. S. Fábio portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, portador(a) da patologia CID-10 S62., devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 (4 meses) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 05/12/19

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)  
Círio de Oliveira Filho  
CRM-4127

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE      2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, B/N. CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





Assinado eletronicamente por: GILBERTO GOMES DA SILVA NETO - 01/07/2020 15:21:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115212947300000030644988>  
Número do documento: 20070115212947300000030644988

Num. 31968974 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: GILBERTO GOMES DA SILVA NETO - 01/07/2020 15:21:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115212947300000030644988>  
Número do documento: 20070115212947300000030644988

Num. 31968974 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: GILBERTO GOMES DA SILVA NETO - 01/07/2020 15:21:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115212947300000030644988>  
Número do documento: 20070115212947300000030644988

Num. 31968974 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: GILBERTO GOMES DA SILVA NETO - 01/07/2020 15:21:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115212947300000030644988>  
Número do documento: 20070115212947300000030644988

Num. 31968974 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: GILBERTO GOMES DA SILVA NETO - 01/07/2020 15:21:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115212947300000030644988>  
Número do documento: 20070115212947300000030644988

Num. 31968974 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: GILBERTO GOMES DA SILVA NETO - 01/07/2020 15:21:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115212947300000030644988>  
Número do documento: 20070115212947300000030644988

Num. 31968974 - Pág. 6



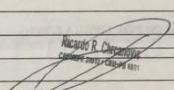


**FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA**

Nome:	Rauna Brath			Data da Admissão:	18/11/19
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:		
Nome da Mãe:					
Enderço:					
Cidade:	Estado:	Fone:	Bairro:		
Sexo: F ( ) M ( )	Cor:	Estado Civil:	Profissão:		
Escolaridade:	Data de Nascimento / /				
QPD:	Perecute caca in heda do				
HDA:	Hospital de Trauma agas acident				
Hora fa aperte 00:00 + hora Tudo o que fa é certo fa 30 min ( )					
an. tipo + anamnese Sintoma + Exame					
Medicações em uso:	Rx + m orienta				
Interrogatório Sintomatológico:	Eduardo Paz Lyrá <small>Médico Residente em Medicina Internista e Medicina de Família e Saúde Pública</small>				
Geral:	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Cansaço <input type="checkbox"/> Perda de Peso <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros:				
Pele:					
Cabeça e PESCOÇO:	<input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____				
AR e ACV:	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Outros: _____				
ABD:	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume				
AGU:	<input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____				
SME:	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Rigidez pós-repozo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos				
SN e PSQ:	<input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor				

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
<b>Posição e Preparo:</b>	Ausstine - Moquero Munho D.
<b>Incisão:</b>	Fixador externo fio D 35 2º QD D.
<b>Achados:</b>	RADI fio D 35 com D Procedimento sua intervenção.
<b>Conduta:</b>	
<b>Fechamento:</b>	
<b>OBS:</b>	

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



																																																																									
<b>RELATÓRIO DE CIRURGIA</b>																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3"><b>Nome:</b> <i>Ronni S. J. Filho</i></td> <td><b>Registro:</b></td> </tr> <tr> <td><b>Idade:</b></td> <td><b>Sexo:</b></td> <td><b>Cor:</b></td> <td><b>Clinica:</b></td> </tr> <tr> <td><b>Data:</b></td> <td colspan="2"><b>Cirurgião:</b> <i>Ricardo R. Chavesonic</i></td> <td><b>EMP:</b> _____ <b>LR:</b> _____</td> </tr> <tr> <td><b>2º Assistente:</b></td> <td colspan="2"><b>3º Assistente:</b></td> <td><b>1º Assistente:</b> <i>Orlano</i></td> </tr> <tr> <td><b>Anestesista:</b></td> <td colspan="2"><b>Tipo Anestesia:</b></td> <td><b>Instrumentador:</b> _____</td> </tr> <tr> <td><b>Horário:</b> I: _____ T: _____</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b></td> <td style="text-align: center;"><b>CID</b></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><i>Frostaz febre x-ray tatuado 2º cr (D) 3º tatuado (D)</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b></td> <td style="text-align: center;"><b>CID</b></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><i>O humor</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b></td> <td style="text-align: center;"><b>CÓDIGO</b></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><i>Abertura</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <b>Acidente durante Ato Cirúrgico:</b> 1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim            2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não         </td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top; padding-left: 10px;"><b>Descreva:</b></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <b>Biópsia de Congelação:</b> 1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim            2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não         </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:</b>            1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3 ( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico         </td> </tr> </table>			<b>Nome:</b> <i>Ronni S. J. Filho</i>			<b>Registro:</b>	<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Cor:</b>	<b>Clinica:</b>	<b>Data:</b>	<b>Cirurgião:</b> <i>Ricardo R. Chavesonic</i>		<b>EMP:</b> _____ <b>LR:</b> _____	<b>2º Assistente:</b>	<b>3º Assistente:</b>		<b>1º Assistente:</b> <i>Orlano</i>	<b>Anestesista:</b>	<b>Tipo Anestesia:</b>		<b>Instrumentador:</b> _____	<b>Horário:</b> I: _____ T: _____				<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>			<b>CID</b>	<i>Frostaz febre x-ray tatuado 2º cr (D) 3º tatuado (D)</i>				<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>			<b>CID</b>	<i>O humor</i>				<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>			<b>CÓDIGO</b>	<i>Abertura</i>																<b>Acidente durante Ato Cirúrgico:</b> 1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não			<b>Descreva:</b>	<b>Biópsia de Congelação:</b> 1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não			<b>Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:</b> 1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3 ( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico			
<b>Nome:</b> <i>Ronni S. J. Filho</i>			<b>Registro:</b>																																																																						
<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Cor:</b>	<b>Clinica:</b>																																																																						
<b>Data:</b>	<b>Cirurgião:</b> <i>Ricardo R. Chavesonic</i>		<b>EMP:</b> _____ <b>LR:</b> _____																																																																						
<b>2º Assistente:</b>	<b>3º Assistente:</b>		<b>1º Assistente:</b> <i>Orlano</i>																																																																						
<b>Anestesista:</b>	<b>Tipo Anestesia:</b>		<b>Instrumentador:</b> _____																																																																						
<b>Horário:</b> I: _____ T: _____																																																																									
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>			<b>CID</b>																																																																						
<i>Frostaz febre x-ray tatuado 2º cr (D) 3º tatuado (D)</i>																																																																									
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>			<b>CID</b>																																																																						
<i>O humor</i>																																																																									
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>			<b>CÓDIGO</b>																																																																						
<i>Abertura</i>																																																																									
<b>Acidente durante Ato Cirúrgico:</b> 1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não			<b>Descreva:</b>																																																																						
<b>Biópsia de Congelação:</b> 1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não																																																																									
<b>Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:</b> 1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3 ( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico																																																																									

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GO' TARCISIO BURITY		Ficha Nr: 279987 Atd: Nao Regul.
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARI S/N 58050-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 FAX: ( ) - CNPJ:		Data: 18/11/2019
		Hora: 23:48:11
		Repcionista: GIULIANA DE MENZES
		Clinica: ORTOPEDIA
<hr/>		
DADOS DO PACIENTE		
Nome: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO		Num. de vezes atendido: 1
Nome Social: NAO INFORMADO		Num. Prontuario: 2019.11.002180
CNPJ: 102.256.444-79		
CNS: 702507344422936 Sexo: F IDENTIDADE: 8188579 Fone: 988268694		
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/05/1999 Id: 20 ano(s)		
End.: RUA/ JOAO ALEJO,200		
Bairro: CENTRO Cidade: LUCENA UF :PB		
Mae: HERICA VIRGINIA NASCIMENTO DE SENA		Pai: RONALDO DA SILVA FELICIO
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO		
Ocupação: ESTUDANTE		Estado Civil: SOLTEIRO(A)
<hr/>		
INFORMACOES DE ENTRADA		
Resp.: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO		Escolaridade: NAO INFORMADO
T: Inc. Responsavel: 988268694 / IDENTIDADE: 8188579		
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA		
<hr/>		
Transporte utilizado: AMBULANCIA		
Vitima de acidente por: NAO		
Vitima de violencia por: NAO		
<input type="checkbox"/> Caso Policial		
<hr/>		
PRE-CONSULTA		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO		
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FCf:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
<input checked="" type="checkbox"/> Dor Principal		<input type="checkbox"/> Vomito
		Observacao
<hr/>		
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)		
<i>Partiu para cirurgia de Hospital durante essa noite as 18 horas</i>		
Diagnostico		Conduta
<i>0865X sono e V.S.</i>		<i>Zo</i>
<hr/>		
Prescricao		Horario da medicacao
<i>0865X sono e V.S.</i>		





**Poder Judiciário da Paraíba  
5ª Vara Mista de Cabedelo**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0804555-76.2020.8.15.0731

**DESPACHO**

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Recebo a inicial, deferindo pedido de justiça gratuita

Considerada a excepcional situação atual de pandemia decorrente do COVID19 e a consequente suspensão dos atos presenciais neste Tribunal, postergo para momento posterior a realização de audiência de conciliação, determinando a citação da ré para, querendo, contestar o pedido contido na presente ação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia e confissão, esclarecendo, ainda, que se presumem verdadeiros os fatos não impugnados.

CUMPRA-SE.

CABEDELO, 02 de julho de 2020.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: JOAO MACHADO DE SOUZA JUNIOR - 02/07/2020 16:51:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070216511328500000030682250>  
Número do documento: 20070216511328500000030682250

Num. 32010065 - Pág. 1

**Poder Judiciário da Paraíba  
5ª Vara Mista de Cabedelo  
BR230, KM 01, Camalaú, CABEDELO - PB - CEP: 58000-000  
CABEDELO( )**

Nº do processo: 0804555-76.2020.8.15.0731

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto(s): [Seguro]

**MANDADO DE CITAÇÃO**

Atravé sdo presente, e de ordem do MM. Juiz de Direito da 5ª Vara Mista de Cabedelo, **CITO** a parte

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, - de 58 ao fim - lado par, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205  
para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

CABEDELO, em 2 de julho de 2020.

De ordem, BRENDA LINS FERRER PEDROSA BEZERRA

Servidor



Assinado eletronicamente por: BRENDA LINS FERRER PEDROSA BEZERRA - 02/07/2020 19:46:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070219461645800000030686964>  
Número do documento: 20070219461645800000030686964

Num. 32015756 - Pág. 1