



Número: **0843708-94.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/09/2017**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MASSILON DO NASCIMENTO SILVA (AUTOR)</b>	<b>KLEBERT MARQUES DE FRANCA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
95369 07	04/09/2017 13:13	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
95369 77	04/09/2017 13:13	<a href="#">DOCUMENTAÇÃO-otimizado 1</a>	Documento de Identificação
95369 82	04/09/2017 13:13	<a href="#">DOCUMENTAÇÃO-otimizado 2</a>	Documento de Identificação
95369 71	04/09/2017 13:13	<a href="#">PROCURAÇÃO E OUTROS</a>	Procuração
11424 072	04/12/2017 15:16	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
12450 510	06/02/2018 17:22	<a href="#">Petição de juntada</a>	Petição
12450 652	06/02/2018 17:22	<a href="#">COMPROVANTE DE PAGAMENTO</a>	Outros Documentos
12450 620	06/02/2018 17:22	<a href="#">procuração parte II</a>	Procuração
12450 614	06/02/2018 17:22	<a href="#">PROCURAÇÃO PÚBLICA</a>	Procuração
21053 245	09/05/2019 13:30	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
22076 187	17/06/2019 19:59	<a href="#">Petição de juntada</a>	Petição
22076 196	17/06/2019 19:59	<a href="#">DOCS JUNTOS</a>	Outros Documentos
29116 669	17/03/2020 20:35	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

AO JUÍZO DA \_\_\_\_ VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA-PB

**MASSILON DO NASCIMENTO SILVA**, brasileiro, solteiro, desempregado, pedinte, RG:1573573 SSP/PB, CPF: 84049502453, residente e domiciliado em um **BARRACO** junto da r. Agrícola Montenegro, s/n, Miramar, João Pessoa-PB, CEP: 58032210, por meio de seu advogado signatário, legalmente constituído por instrumento de mandato em anexo, vem, mui respeitosamente, perante Vossa Excelência, promover a presente...

**AÇÃO DE COBRANÇA DPVAT.**

... em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, CNPJ: 09.248.608/0001-04, cujo endereço já é cadastrado neste juizado, o que faz pelos fatos e fundamentos a seguir declinados:



## **I – DA JUSTIÇA GRATUITA.**

A parte promovente não tem condições de arcar com custas e despesas processuais, em detrimento do seu sustento próprio e familiar, pois não tem emprego e não tem mais condições físicas de trabalhar, vivendo como pedinte e recebendo ajuda de caridade da população, motivo pelo qual se pede a concessão dos benefícios assistenciais para os devidos fins de direito.

## **II – DOS FATOS**

A parte autora fora vítima de acidente de trânsito no dia **02/12/2016** na Av. Flávio Ribeiro Coutinho, Manaíra, nesta cidade, por volta das 10:40h, onde estava em bicicleta, abalroado por uma moto, sofrendo várias sequelas físicas, tendo, inclusive que ficar internado, fazer cirurgia e passar semanas para tratamento e recuperação da cirurgia.

Como visto em documentação anexa, vê-se que foram várias intervenções cirúrgicas, inclusive, com implantação de pinos e placas, cuja invalidez se torna permanente, não tendo condições sequer de ficar em pé por muito tempo, pois o joelho incha, dói, não tendo mais condições sequer de trabalhar para sobreviver.

Ocorre que a parte promovente ingressou com pedido administrativo para recebimento do referido seguro dpvat, acreditando que receberia o valor integral de R\$ 13.500,00 reais, contudo, só recebeu o valor de R\$ 2.700,00 reais e nada mais, mesmo tendo sido demonstrada toda a sequela irreversível na perna.

O presente fato autoriza a complementação do valor devido em grau máximo do seguro, já que as sequelas são irreversíveis, em grau total, cuja invalidez permanente não autoriza sequer a parte autora a trabalhar. O seguro naturalmente dará uma garantia a dignidade para que haja a possibilidade, ao menos, de se tentar algum tipo de tratamento, mas sem o dinheiro é impossível tal esperança.



### **III - DO DIREITO**

O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974 pela Lei Federal nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determina que todos os veículos automotores, paguem anualmente uma taxa que garante, na ocorrência de acidentes, o recebimento de indenização tanto no caso de ferimento quanto no caso de morte.

Em conformidade com o art. 3º da lei nº. 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, vejamos o que nos diz este artigo com sua alínea:

*“Art. 2º – Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei nº. 73, de 21 de Novembro de 1966, a alínea “l” nestes termos:*

*Art. 20, l – Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas não transportadas ou não.*

*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;*

*Art. 4º – A indenização no caso de morte será paga, na constância do casamento ao cônjuge sobrevivente; na sua falta, aos herdeiros legais. Nos demais casos o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados.*



Assim, resta claro que a requerente deve ser indenizada pelo seguro, como medida de direito, visto é cônjuge sobrevivente da vítima.

O artigo 5º da lei do seguro DPVAT estabelece que o pagamento da indenização deverá ser 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. Quaisquer das seguradoras privadas podem ser açãoadas pela vítima para o pagamento do seguro quando da ocorrência do dano.

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. Vejamos o seguinte julgado:

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

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:

**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. (grifo nosso)

Desse modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.



#### **IV - DA PERÍCIA**

Pelos documentos acostados, verifica-se cabalmente a deformidade permanente, cuja realidade poderá ainda ser vista pessoalmente, diligência judicial, atestando a veracidade do juízo, por ser fato notório, a deformidade no braço da autora, não se fazendo necessária perícia técnica para o fato que já se tem outros meios de provas cabíveis anexos e que demonstram a certeza do fato.

Entretanto, caso o juízo não se convença da deformidade permanente descrita e provada documentalmente, pede-se que haja a perícia judicial, para os devidos fins de direito.

#### **IV - DO PEDIDO**

Diante do exposto, passa-se a requerer:

A citação do requerido, para que compareça à audiência previamente designada, apresentando defesa caso queira no prazo legal, sob pena de revelia, prosseguindo-se nos ulteriores termos de Direito, para no final ser a ação julgada procedente com a condenação do requerido ao pagamento do Seguro Obrigatório (DPVAT), no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), acrescidos de juros de mora, atualização monetária, custas processuais e honorários de advogado na base usual de 20% sobre o valor total do débito e demais cominações legais.

Conceda ao Promovente os benefícios da Justiça Gratuita, nos termos da Lei processual civil, com as alterações posteriores, em virtude da parte requerente ser hipossuficiente e não ter condições de arcar com as despesas judiciais sem prejuízo do sustento próprio, para os devidos fins recursais, se necessário for.



Pretende e requer provar o alegado por todos os meios de provas em Direito admitidas, em especial o documental, além do depoimento pessoal do PROMOVENTE e PROMOVIDO, se necessário for.

Finalmente, condenar a Ré ao pagamento das custas processuais que a demanda por ventura ocasionar e honorários sucumbenciais na ordem de 20% (vinte por cento), sobre o valor da condenação, informando que seja incluso o processo nos multirões judiciais pertinente ao caso, para maior celeridade processual.

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

Nestes Termos

Pede e Espera Deferimento.

João Pessoa/(PB), 04 de setembro de 2017.

**KLEBERT MARQUES DE FRANÇA**

OAB/PB 11.193



Assinado eletronicamente por: KLEBERT MARQUES DE FRANCA - 04/09/2017 13:12:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17090413123407300000009330360>  
Número do documento: 17090413123407300000009330360

Num. 9536907 - Pág. 6

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta nº: 10954907

A/C: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170246081 ASL-0168323/17  
Vitima: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA  
Data Acidente: 02/12/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: WILMA PAIVA DE MELO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

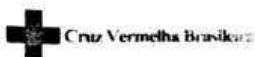
Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Scanned by CamScanner





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 964963



#### Identificação do paciente

ID 1111944	Nome MARCILON DO NASCIMENTO SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 29/02/1972	Idade 44 anos 9 meses 1 dia	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe ANATILDE DO NASCIMENTO SILVA		Religião NAO INFORMADA
Escolaridade NAO INFORMADO		Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986044876	Pai JOAO SEVERINO DA SILVA
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Responsável (Parentesco) JESSICA NASCIMENTO - SOBRINHO(A)
Local de procedência MANAIRA		DDD Fixo
Email	Naturalidade ALAGOA GRANDE	Fone Fixo
		Nº Crs
		Tipo BAIRRO
		UF PB
		CB/R

#### Endereço

CEP 58032210	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro AGRICOLA MONTENEGRO
Número SN	Complemento		Bairro MIRAMAR

#### Admissão

Data e Hora 02/12/2016 11:36:38	Número da pulseira 1000004661978	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE BICICLETA	Detalhe do acidente MOTO X BICICLETA

#### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou SAMU		

#### Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

#### Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TET []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos					

Diagnóstico

Atendido por  
PRISCILA JORGE DA SILVA

CID

Tempo  
06min 20seg

Scanned by CamScanner





**CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA**

## FICHA DE ANESTESIA

ol  
HEETSHL

Digitized by srujanika@gmail.com

Anestesiologista  
CRM 4229  
Início 05-1

— 1 —

EF (DRAFT) ASCE R-19-1

F.(W.G.) ASER-F.W.G.-1

Scanned by CamScanner





## Nota de Sala Cirúrgica

NO. DO PACIENTE	Maurilson do Nascimento Silveira		
IDADE	44	SEXO	MASCULINO
CIRURGIA	100 - cir. FUTURO DE HABITACAO	ENFERMAGEM	16 LENO 05
CIRURGÃO	Dr. Valdir Rayan	DR. ANEST.	Dr. Carlos
ANESTESIA	Regan	ANESTESISTA	Dr. Anderson - Dr. Diogo
INSTRUMENTADOR	Cirurgião		
DATA	13/12/16	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO	13:09:40
		FIM	13:11:30
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)	ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )		
GRAU DE CONTAMINAÇÃO ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD. FIOS
ALFENTANILA		JELCO Nº18	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	1 550,97	JELCO Nº20	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22	FIO DE AÇO Nº
CETAMINA	5 R\$	JELCO Nº24	FIO DE AÇO Nº
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	FIO DE NYLON Nº
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI Nº11	FIO DE NYLON Nº 3-0
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍlico 70%	OR LÂMINA BISTURI Nº15	FIO POLIGLACTINA Nº
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	OR LÂMINA BISTURI Nº23	FIO POLIGLACTINA Nº
FLUAMAZENIL	PVPI TINTURA	OR LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLIGLACTINA Nº
ISOFLURANO	PVPI TOPICO	LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIPROPILENO Nº
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO Nº
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OR FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	OR LUVA ESTÉRIL Nº7,0	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAINA S/ VASO	AGULHA 25X07	OR LUVA ESTÉRIL Nº7,5	FIO POLIGLECAPRONE Nº
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	OR LUVA ESTÉRIL Nº8,0	FIO SEDA Nº
MORFINA 0,2 mg	1 AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	FITA CARDIACA
NIMBIBUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MASCARA CIRÚRGICA	OR MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS	CATETER DE PIC
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PENFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO
PROPOFOL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19	CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21	FIO DE KIRSCHNER Nº
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER Nº
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	FIO STEINMAN Nº
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN Nº
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	HEMOST ABSORVIVEL
ADRENALINA		CÂNLULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	KIT DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA	OR	CATETER DE OXIGÊNIO	PROTESE VASCULAR
ATROPINA		CATETER EMOBOLE ARTERIAL N	KIT PAM
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17	EMPRESA
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18	
DIPRIONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSO	PARAFUSOS CORTICais
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO	PARAFUSOS CORTICais
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	PARAFUSOS ESPIONJOSO
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	PARAFUSOS ESPIONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	PLACA
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	PLACA
PROSTIGMINE	1	EQUIPO TRANSF. SANGUE	EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		EQUIPO MICROGOTAS	
TENOXICAN		ESPONJA DE PVPI	
		ESPARADRAPO	
		ESQUÍSES	
		ESSES ALGODOADAS	
		GEL ELETROLÍTICO	
		JELCO Nº14	
		JELCO Nº16	
		3,5 M - Pneumônico	
		OR - Placa T 3x3	
		OR - Placa M3 vulcan	
		OR - Fuxos	
		Paral. Cerebral m 28/0M	
		m 2/03	
		m 36	
		(04)	
		Paral. Urinário	
		m 56 (01)	
		Ypelate P.	
		Scalp	
		FING. ASCIA	

MR. 56 (6) 12/20/68 J. S. M. (10) 12/20/68

Scanned by CamScanner





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIPÇÃO DA CIRURGIA	
<b>Posição e Preparo:</b>	
① PCT em ORA, SOB ANESTESIA ② ANESTESIA + ESTERILIZAÇÃO DE M. (C) (C) ③ AEROTOMIA DE CAMPOM DE CIRURGIA	
<b>Incisão:</b>	
④ VIA BORDO-URDUM DA PLEIA PROLUNA (C) ⑤ VIA ANTERIOR-URDUM DA PLEIA PROLUNA (C) ⑥ DIVULGIO PELA PLEIA ATÉ PRIMO OSSO.	
<b>Achados:</b>	
⑦ IDENTIFICADO OS POCO DE PLEIA ⑧ AFUNDOAMENTO ANTUM.	
<b>Conduta:</b>	
⑨ MUSCULOS AGUTA + FLEXO OS PLEIA MUSCULOS COM PINA M "T" 3X5 FUNDOS + 5 PRINCIPIOS CONTINUAIS	
⑩ MUSCULOS AGUTA + FLEXO OS PLEIA MUSCULOS COM 2 PRINCIPIOS VARIACOES 103 (COM TANDEM) + PINA 1 OS TUDO 5 FUNDOS + PRINCIPIOS CONTINUAIS 3	
⑪ LIMPA COM SF 99%.	
⑫ FUNDAMENTO PELA PLEIA	
⑬ SERRA DE PLEIA	
⑭ CORTAGEM PLEIA.	
⑮ FEZ OS CANTOES.	
<b>Fechamento:</b>	
⑯ VIA DE INVESTIGACAO (CIRURGIA)	

João Pessoa, 13/12/18

Médico/CRM: 

F(NG).ASCIR.009-1

Scanned by CamScanner





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Márcio da Mota Sá BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Clínica/Setor: Onco EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Ex. de próstata (V)  
 Cirurgião: DR. MAFRA UMM 1º Assistente: DR. Cesar Mota  
 2º Assistente: DR. Mota (RJ) 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: DR. Mota  
 Tipo de Anestesia: Mon Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>O Ex. de próstata (V)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>O ex. eminal do fêmur com placa + parafusos</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa, 13/12/16

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

F(NG).ASCIR.009-1

Scanned by CamScanner





## EVOLUÇÃO DO PACIENTE



## BE/PRONTUÁRIO

**Nome do paciente**

Masselón do Noronheith Silva

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
03/12/16		<u>Serviço Social</u>
		realizando orientações anexado termo de admissões, solicitação doadores de sangue e reunião dos vacinados
		<i>Kathleen Barroso</i> Técnica de Medicina - Kathleen Barroso Assistente Social CRESS 4399-128 Regiao 1/PE
12/12/16	15:00	<p>Psicólogo:</p> <p>Paciente no momento consciente, orientado, estado emocional estável, humor estável, contactando bem. Realizou apoio psico- lógico.</p> <p><i>Maria Alice Vieira D. de Lima</i> Psicóloga Clínica Cognitivo- comportamental Especialista em Neuropsicologia CRP 13/6167</p>

EONG ENF 015-1

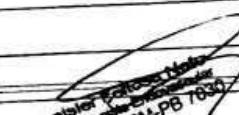
Scanned by CamScanner





## EVOLUÇÃO DO PACIENTE



DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
02.12.16	16H25'	# Next
		búcio, PIFR, Øpicit
		Rx amigdala - C6: Ø Eratius -
		ct. CVA (ta de app e Oriente)
		 Dr. Lauro Lacerda Neurocirurgião Neurocirurgião CRM-PB 780
		
		F(NG).ENF.018-1

F(NG) ENF 018-1

Scanned by CamScanner



 L000004661878 BE : 964963 MARCILON DO NASCIMENTO SILVA DT. NASC. : 28/02/1972 MRS. ANATILDE DO NASCIMENTO SILVA		 00000000000000000000000000000000	
<b>B.E./PRONTUÁRIO</b>			
<b>AVALIA</b> END. : AGR. ICOLA MONTENEGRO N. SN - MIRIMAR JORO PESSOR NOME DO FA : FONE: ( ) CELULAR: (63) 986844876 IDADE: 44 DT. ENTRADA:		IDADE: DATA: <input type="checkbox"/> Ambulância de resgate <input type="checkbox"/> Ambulância SAMU <input type="checkbox"/> Polícia	
<b>PROCEDÊNCIA:</b> <input type="checkbox"/> Ambulância de resgate <input type="checkbox"/> Ambulância SAMU <input type="checkbox"/> Polícia			
<b>TIPO DE ACIDENTE:</b> <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Incêndio <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Armas de Fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Outros _____			
<b>TIPO DE LESÃO:</b> <input type="checkbox"/> Fratura fechada <input type="checkbox"/> Ferimento aberto <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Objeto encravado <input type="checkbox"/> Ferimento contínuo <input type="checkbox"/> Amputação membro <input type="checkbox"/> Outros _____			
<b>LOCAL DA LESÃO:</b> <input type="checkbox"/> Membros sup. <input type="checkbox"/> Membros inf. <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Outros _____			
<b>DADOS CLÍNICOS (sintomas)</b>  <b>DATA DE INÍCIO DOS SITOMAS:</b> / /			
<b>EXAME FÍSICO</b> PA _____ mmHg P _____ bpm SpO2 _____ Tax _____			
<b>Sistema Neurológico:</b> Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado Síntese: <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Tamanho: <input type="checkbox"/> Mídrise Avaliação das pupilas: <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Miosis			
<b>Sistema Respiratório:</b> <input type="checkbox"/> Ventilação invasiva <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea <input type="checkbox"/> Vias aéreas pélvias <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Respiração rápida <input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo <input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas			
<b>Sistema Circulatório:</b> <input type="checkbox"/> P脉 suspenso <input type="checkbox"/> Pele fria e úmida <input type="checkbox"/> Perfusão tissular esclatadora <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Perfusion tissular comprometida <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Outros _____			
<b>Sistema Digestório:</b> <input type="checkbox"/> HDA <input type="checkbox"/> Uso de SNG <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial <input type="checkbox"/> HDB <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda Outros _____ <input type="checkbox"/> Rápido abdômen <input type="checkbox"/> Distensão abdominal			
<b>Sistema Genito-urinário:</b> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Outros _____			
<b>HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:</b> <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cirurgias <input type="checkbox"/> Internações <input type="checkbox"/> Outros: Especificar: _____			
<b>USO DE MEDICAÇÃO?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar: _____			
<b>HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:</b>			
<b>IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:</b> <i>Paras de transito pelo S. Am. e África, com achaques de leish. Cefal. Sopro de CDT posteriormente a reabilitação. As consultas em especialista.</i>			
DESTINO:	ENFERMEIRO:	COREM:	F(NG) ENF 022-1



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MASSILON DO NASCIMENTO SILVA
DATA DE NASCIMENTO	29/02/72
NOME DA MÃE	ANATILDE DO NASCIMENTO SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	98.993
BOLETIM DE ENTRADA N.º	964.963
DATA DO ATENDIMENTO	02/12/16
HORA DO ATENDIMENTO	11:36
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE BICICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO + FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA
CID 10	S82.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, colisão entre moto e bicicleta, referindo dor, edema e limitação funcional de membro inferior esquerdo. Abdômen sem queixas. Pupilas fotorreagentes. Glasgow 15. Presença de fratura de platô tibial esquerdo e fratura de fibula esquerda. Internação para cirurgia. Operado e evoluiu bem.

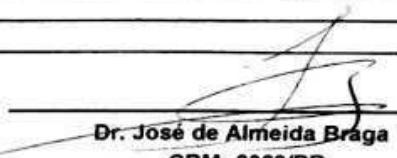
### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de joelho esquerdo AP/P

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	16/12/16
DATA DA EMISSÃO:	17/02/17

  
Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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

CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: <i>Manoel de Britto</i>			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <i>02/12/16</i>			Data da alta: <i>16/12/16</i>		
Diagnóstico inicial: <i>Tumor pleural tibial</i>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
<i>PAR 4 de 4,5</i>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim ( ) não ( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( )					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <i>Cirurgia tibial - fez cirurgia dia 13/12/16</i> <i>po de 200g de sangue</i>					
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, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatório: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa:					
<b>Retorno:</b> Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto _____ Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>16</u> de <u>12</u> de <u>16</u> _____ Ass. Médico / CRM: <u>3110</u>					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

Scanned by CamScanner





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



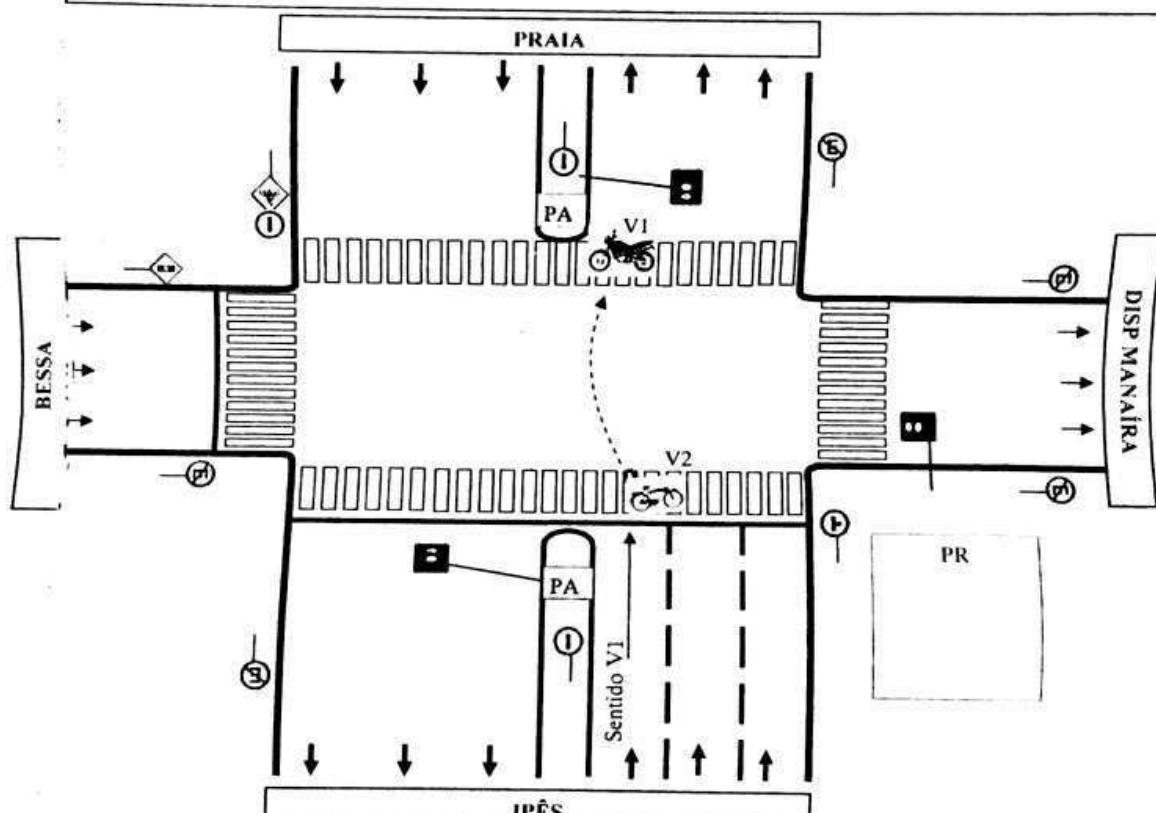
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0871/ 2016

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Flávio Ribeiro Coutinho 13,50metros  
VIA "B" - Rua Manoel Arruda Cavalcanti 08,20metros

PR (Ponto de Referência) Manaíra Shopping  
PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Eixos Diancero Esquerdo 00.10 e Traseiro Esquerdo 00.15 metros para (PA)  
V2 (Veículo 02) Eixos Diancero Esquerdo 05.60 e Traseiro Esquerdo 05.80 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRAТИVO NÃO OBDECE A ESCALA.

AVARIAS



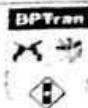
*Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM*  
Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM  
Responsável pelo Levantamento

Scanned by CamScanner





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I/CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0871 - 2016	Responsável pelo Levantamento do Acidente: Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho				Posto/Graduação: SD/PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. Governador Flávio Ribeiro Coutinho/Manoel Arruda Cavalcanti		Horas 10:15	Bairro Manaira	Município: João Pessoa	UF PB
Data/Ocorrência 02/12/2016	Dia da Semana Sexta-Feira	C/S Vítima (QT) Com	Natureza do Acidente Abalroamento	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos		Controle do tráfego no local Cruzamento Com Semaforo			

CONDUTOR 01

Nome Arligio Batista de Sousa	Sexo Masculino	Nascimento 05/09/1961	RG 707011
----------------------------------	-------------------	--------------------------	--------------

Endereço

Av. Manoel Moraes, 565, Apt.103, Manaira, João Pessoa PB – Tel.(083)99841-7045

1ª Habilidaçao 28/09/1987	Categoria AE	Registro CNH N. <sup>o</sup> 01999069417	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 16/07/2018	Usava cinto -	Usava Capacete Sim
------------------------------	-----------------	---	------------	--------------------	-------------------------------	------------------	-----------------------

Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Permaneceu no Local
--------------------------------------	--

VEÍCULO 01

Marca Honda	Especie Motocicleta	Placa NPU-8258	Categoria Particular	Municipio João Pessoa	U.F. PB
----------------	------------------------	-------------------	-------------------------	--------------------------	------------

Nome do Proprietário

Juberlando Martins da Silva

Seguradora DPVAT	Bilhete N. <sup>o</sup> 012030798403	Renavan N. <sup>o</sup> 00164251252	Data da Emissao 18/08/2015
---------------------	---	--	-------------------------------

Defeitos

Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: Trafegava na Via A pela faixa da esquerda sentido Ipes/Praia, quando ao passar pelo cruzamento com o semáforo verde se deparou com o V2 atravessando a Via, momento que freou sem conseguir livrar-se do impacto.

CONDUTOR 02

Nome Massilon do Nascimento Silva	Sexo Masculino	Nascimento 29/02/1972	RG 15735732
--------------------------------------	-------------------	--------------------------	----------------

Endereço

R. Agricola Montenegro, 52, Miramar, João Pessoa PB – Tel.(083)98885-9188

1ª Habilidaçao	Categoria	Registro CNH N. <sup>o</sup>	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
----------------	-----------	------------------------------	------	-------------	-----------------	-------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Socorrido ao Hospital
--------------------------------------	--

VEÍCULO 02

Marca	Especie	Placa	Categoria	Municipio	U.F.
-------	---------	-------	-----------	-----------	------

Nome do Proprietário

Seguradora DPVAT	Bilhete N. <sup>o</sup>	Renavan N. <sup>o</sup>	Data da Emissao
---------------------	-------------------------	-------------------------	-----------------

Defeitos

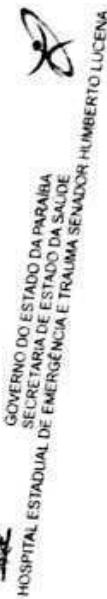
Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor foi ouvido na sala do Setor de BOAT do BPTRAN no dia 05/01/2017 as 12:00 e que declarou que: Trafegava no sentido Disp Manaira/Bessa, o mesmo estava cruzando a Via , quando o V1 colidiu no V2, o sinal estava amarelo para o V1.

Scanned by CamScanner





## CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Marcos da Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 1/01/2017  
Nº PRONTUÁRIO: 1  
MÉDICO (CARIMBO): Dr. Luciano  
DIAGNÓSTICO: Fratura de tibia  
PROCEDIMENTO: Ray

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
23/12	Reabilitação	07:00	
16/01/2018	Urgente	07:00	
06/01/17	Urgente	07:00	
16/01/2018	Urgente	07:00	
30/01/17			
27/03/17	Reabilitação	07:00	
05/06/17	Reabilitação	07:00	

Scanned by CamScanner





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CPNDI 09.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Avenida Diógenes Chianca, 1777  
Bairro: Manaíra - João Pessoa - PB  
Número: 3218.9242, 3218.9125

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 703/004, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1521181, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente MASSILON DO NASCIMENTO SILVA idade 45 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Atropelamento) no dia 02/12/2016, na Avenida Governador Flávio Ribeiro Coutinho, Bairro: Manaíra - João Pessoa - aproximadamente às 10:40 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 06 de Março de 2017.

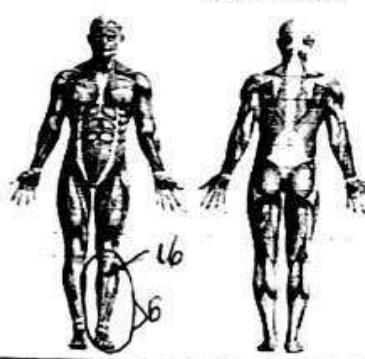
*Jefferson da Rocha Augusto*  
Estatístico  
CREJ/6ª Região: 10171

**Jefferson da Rocha Augusto**  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242, 3218.9125

Scanned by CamScanner



EXAME SECUNDÁRIO																																														
ALERGIA:	<input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Sim: _____																																													
MEDICAMENTOS:	<input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Sim: _____																																													
IMUNIZAÇÃO:	<input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Sim: _____																																													
PATOLOGIA:	<input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Sim: _____																																													
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Sim: _____																																													
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado 																																													
	<table border="0"> <tr><td>1 Abrasão</td><td>19 Fratura Óssea Fechada</td></tr> <tr><td>2 Amputação</td><td>20 Fratura Óssea Aberta</td></tr> <tr><td>3 Avulsão</td><td>21 Hematoma</td></tr> <tr><td>4 Contusão</td><td>22 Ingurgitamento Nervoso</td></tr> <tr><td>5 Crepitação</td><td>23 Laceração</td></tr> <tr><td>6 Dor</td><td>24 Lesão Tendinea</td></tr> <tr><td>7 Edema</td><td>25 Luxação</td></tr> <tr><td>8 Empalamento</td><td>26 Mordedura</td></tr> <tr><td>9 Efirsema subcutâneo</td><td>27 Movimento torácico paradoxal</td></tr> <tr><td>10 Esmagamento</td><td>28 Objeto Encravado</td></tr> <tr><td>11 Equimose</td><td>29 Otorragia</td></tr> <tr><td>12 F. Arma Branca</td><td>30 Paralisia</td></tr> <tr><td>13 F. Arma de Fogo</td><td>31 Paresia</td></tr> <tr><td>14 F. Contuso</td><td>32 Parestesia</td></tr> <tr><td>15 F. Cortante</td><td>33 Queimadura</td></tr> <tr><td>16 F. Corto-Contuso</td><td>34 Rinorragia</td></tr> <tr><td>17 F. Perfuro-Contuso</td><td>35 Sinais de Isquemia</td></tr> <tr><td>18 F. Perfuro-Cortante</td><td>36</td></tr> </table>	1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada	2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta	3 Avulsão	21 Hematoma	4 Contusão	22 Ingurgitamento Nervoso	5 Crepitação	23 Laceração	6 Dor	24 Lesão Tendinea	7 Edema	25 Luxação	8 Empalamento	26 Mordedura	9 Efirsema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal	10 Esmagamento	28 Objeto Encravado	11 Equimose	29 Otorragia	12 F. Arma Branca	30 Paralisia	13 F. Arma de Fogo	31 Paresia	14 F. Contuso	32 Parestesia	15 F. Cortante	33 Queimadura	16 F. Corto-Contuso	34 Rinorragia	17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinais de Isquemia	18 F. Perfuro-Cortante	36									
1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada																																													
2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta																																													
3 Avulsão	21 Hematoma																																													
4 Contusão	22 Ingurgitamento Nervoso																																													
5 Crepitação	23 Laceração																																													
6 Dor	24 Lesão Tendinea																																													
7 Edema	25 Luxação																																													
8 Empalamento	26 Mordedura																																													
9 Efirsema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal																																													
10 Esmagamento	28 Objeto Encravado																																													
11 Equimose	29 Otorragia																																													
12 F. Arma Branca	30 Paralisia																																													
13 F. Arma de Fogo	31 Paresia																																													
14 F. Contuso	32 Parestesia																																													
15 F. Cortante	33 Queimadura																																													
16 F. Corto-Contuso	34 Rinorragia																																													
17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinais de Isquemia																																													
18 F. Perfuro-Cortante	36																																													
OBS.:																																														
QUEIMADURA:	Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: <input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> 3º grau																																													
EXAMES SOLICITADOS	<input type="checkbox"/> Radiografias <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada	<input type="checkbox"/> Lavado peritoneal <input type="checkbox"/> Gasometria arterial <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea																																												
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CONDUTAS E PROCEDIMENTOS</th> <th>CÓDIGO</th> <th>ASSINATURA E CARIMBO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr> </tbody> </table>		CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO	1	0	0		2	0	0		3	0	0		4	0	0		5	0	0		6	0	0		7	0	0		8	0	0		9	0	0		10	0	0	
CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO																																											
1	0	0																																												
2	0	0																																												
3	0	0																																												
4	0	0																																												
5	0	0																																												
6	0	0																																												
7	0	0																																												
8	0	0																																												
9	0	0																																												
10	0	0																																												
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO	<p>Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____ / _____ / _____</p> <p>Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____ / _____ / _____</p> <p>DESTINO DO PACIENTE</p> <p>DATA _____</p> <p>SAÍDA _____</p> <p>HORAS: _____</p> <p> <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico  <input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde)  <input type="checkbox"/> Internado (setor)  <input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> A reavaliação <input type="checkbox"/> Desistência  <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Até 48 hs. <input type="checkbox"/> Após 48 hs. <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO         </p>																																													
ASSINATURA/CARIMBO	ASSIN	ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL																																												

F(NG).CC.001-1

Scanned by CamScanner





1800004641970  
MARCILTON DO NASCIMENTO SILVA BE 964963  
DT. NASC.: 29/02/1972  
MRE: MARILDE DO NASCIMENTO SILVA  
END.: R. AGR. ICOLA MONTENEGRO  
N. 59 - MARIMAR  
JORD. PESSOA  
FONE: (83) 386844876  
CELULAR: (83) 986844876  
IDADE: 44  
DT. ENTRADA:

PRIMEIRO

NOME DO P

DATA:

### Primeiro Atendimento Médico



B.E.

DATA:

#### DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de bracelete. Nas  
aplicou brasa / vanta / Guincho de ar v. col po.  
e do eu MTT

#### ANAMSE PRIMÁRIA

VIAS AÉREAS  Permeáveis  Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA:  Sim  Não

#### VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA  Sim  Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA  Sem dificuldade

Com dificuldade

#### VENTILAÇÃO MECÂNICA

Apnéia

#### AUSCULTA PULMONAR:

##### 1- MURMURÍO VESICULAR

<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Presente e normal
<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Rude
<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Diminuído
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente

##### 2- RUIDOS

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Roncos	<input type="checkbox"/> Roncos
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Sibilos
	<input type="checkbox"/> Estertores	<input type="checkbox"/> Estertores

FR: imp SaO<sub>2</sub> %

#### DÉFICIT NEUROLOGICO

Pupilas:  Fotoreageente  Paralisadas  Isocôricas  Anisocôricas

Escala de Glasgow:

ABDOMEN: NDN

(diferença = mm)

#### CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

Normal  Pálida  Cianótica

Pletórica  Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

Normal  Quente  Fria

PULSO

Normal  Aumentado

Fino  Ausente

#### AUSCULTAÇÃO CARDÍACA

RÍTIMO

Regular  Irregular  Ausente

Normotímicas  Hipotímicas

BULHAS

Hipotímicas  Ausente

Presente  Ausente

SOPRO

Sim  Não

BE OU 84

ECG:

ABDOMEN:

#### ABERTURA OCULAR

#### ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA

MELHOR RESPOSTA VERBAL

(<4anos)

#### MELHOR RESPOSTA MOTORA

Spontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticção)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

F(NG).CC.001-1

Scanned by CamScanner



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
SENADOR HUMBERTO LUCENA

## REQUISIÇÃO DE EXAMES



NAME: MASSILON NO 183224-N NO. BE: \_\_\_\_\_

SEXO: M ( ) F ( ) NASCIDO EM: / / ENF. / LEITO: CLÍNICA:  
DADOS CLÍNICOS:

## MATERIAL

**EXAMES SOLICITADOS:**

- ) HEMOGRAMA COMPLETO
  - ) COAGULOGRAMA
  - ) GLICEMIA DE JEJUM
  - ) URÉIA
  - ) CREATININA
  - ) SÓDIO / POTÁSSIO
  - ) GASOMETRIA
  - ) SUMÁRIO DE URINA (EAS)

**OUTROS:**

R of society (E) P

**OBS**

DATA E HORA - SOLICITAÇÃO

Dr. Umberto Urcel  
Oncologia e Trasplantologia  
CRM AB 5763

SINATURA E CARIMBO - MÉDICO

DATA E HORA - COLETA

---

**ASS. E CARIMBO - TÉCNICO COLETADOR.**

---





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168.v  
Vítima: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA  
CPF: 840.495.024-53

3171246087  
CPF de Proprio

Data do Acidente: 02/12/2016  
Titular do CPF: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato de sinistro  
Declaração de Inexistência de IM  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### MASSILON DO NASCIMENTO SILVA : 840.495.024-53

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
**WILMA PAIVA DE MELO : 076.370.814-35**  
Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSCR 145.12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

03/05/2017  
Nome: WILMA PAIVA DE MELO  
CPF/CNPJ: 076.370.814-35

WILMA PAIVA DE MELO

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 03/05/2017  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Scanned by CamScanner





Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta n°: 10956985

A/C: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170246081 ASL-0168323/17  
Vitima: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA  
Data Acidente: 02/12/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: WILMA PAIVA DE MELO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Scanned by CamScanner



# PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

**OUTORGANTE**(s): Nome: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA  
brasileiro(a), Estado Civil: SOLTEIRO, profissão: PEDEREIRO  
RG: 1.573.573 SSP/PB CPF: 840 495 024 53,  
Endereço: R. AGRICOLA MONTENEGRO SN MIRAMAR, JN  
PESSOA, CEP: 58.030-310, TEL: 98746-5160

**OUTORGADO**(s): KLEBERT MARQUES DE FRANÇA, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob o número 11.193 e com endereço profissional na Av. Bossuet Wanderley, 916, Patos-PB; Av. Josefa Taveira, 1235, sala 05, João Pessoa-PB. TEL. 99919.1180/98804-3786/klebertmarques@hotmail.com

**PODERES**: A quem confere(m) amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad juditia", para representá-lo (la) e defender os interesses e Direitos do (a) **OUTORGANTE** (s) nas Ações e Processos em seus nomes, notadamente, na presente ação até sentença, onde se apresentar como autores, réus, assistentes, em qualquer instância judicial e ou nas extrajudiciais, podendo variar ações, recorrer, requerer e habilitar-se em seu nome e por conta, tomar vistas em outros processos, transferir, modificar e/ou extinguir direitos, desistir, transigir, efetuar e assinar acordos e cessões de crédito, renunciar, ajuizar ações, representá-lo (la) em audiência de conciliação e julgamento, como se presente fosse, nos termos do art. 477 e 488, do CPC, bem como, praticar todos os atos inerentes ao bom desempenho do presente mandato, podendo, ainda, praticar todos os atos "ad negotia" de interesse do **OUTORGANTE**(s), agindo para tanto em conjunto ou separadamente, podendo substabelecer os poderes que lhes foram outorgados especialmente, na pessoa de outro profissional, com ou sem reservas, tudo com o fim de levar a bom termo seus interesses. E dando tudo por bom, firme e valioso firma a presente procuração. Em especial para processo judicial no juizado especial federal já em andamento. Processo n. 0514112-17.2016.4.05.8200.

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**: Declaram para fins de Direito, sob as penas da Lei nº. 1.060/50, que não possui condições de arcar com as custas processuais, sem comprometer o próprio sustento e de sua família.

**AUTORIZAÇÃO**: Fica acordado entre as partes o percentual de 30% até o trânsito em julgado da decisão referente a acompanhamento recursal, independente da sucumbência. Custas e despesas processuais ficam à cargo do(a) Outorgante. Válido como contrato entre as partes.

J. Pessoa (PB), 24 de julho de 2017

OUTORGANTE

X TESTEMUNHA: Francisco M. Guimarães

Raquel Mayane Paixão Neira  
CPF: 082.854.804-88

Scanned by CamScanner



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MASSILON DO NASCIMENTO SILVA, portador(a) do RG nº 1.573.573 SSP/PB, expedido em 05/10/15, pelo SSP/PB, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 84049502453, DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e domiciliado na R. AGRÍCOLA MUNICIPAL, S/N, MIRAMAR, JOÃO PESSOA, CEP: 58.032-210

Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, *in verbis*:

*"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."*

João Pessoa/PB, 24 de julho de 2017.



DECLARANTE

TESTEMUNHA: Francisca Lúcia Ferreira  
CPF: 030.249.324.07

Rachel Bayane Paixão Vieira  
CPF: 082.854.804-88

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: KLEBERT MARQUES DE FRANCA - 04/09/2017 13:12:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17090413072989900000009330419>  
Número do documento: 17090413072989900000009330419

Num. 9536971 - Pág. 3

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

1.573.573 - 2<sup>a</sup> VIA

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

05/10/2015

NOME

MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

FILIAÇÃO

JOÃO SEVERINO DA SILVA  
ANATILDE DO NASCIMENTO

NATURALIDADE

ALAGOA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO

29/02/1972

DOC ORIGEM

CERT. NASC. Nº24516 - LIV.A-26 - FLS.141 - CARTORIO 2º JOÃO  
PESSOA/PB

CPF

840.495.024-53

João Pessoa - PB

MASSILON DO NASCIMENTO  
ANATILDE DO NASCIMENTO

DATA DE EXPEDIÇÃO 29/08/83

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: KLEBERT MARQUES DE FRANCA - 04/09/2017 13:12:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17090413072989900000009330419>  
Número do documento: 17090413072989900000009330419

Num. 9536971 - Pág. 4

**JOSÉFA ALVES DA SILVA**  
RUA AGRÍCOLA MONTE NEGRO, SN - MIRAMAR  
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58032210 (AG. 1)

**energisa**

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAMA RENDA MONOFÁSICO B1230, Km 05, Centro, Edifício: João Pessoa/PB - CEP 58071-68  
Roteiro: 2 - 8 - 88 - 8730 Referencia: Out/2016 CNR: 009 055 183/0001-40 Ins Est: 16 015 823-  
Nº medidor: 00008372815 Emissao: 06/10/2016 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°00014115  
Código para Débito Automático: 0001614829

**Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

<b>Conta referente a</b>	<b>UC (Unidade Consumidora):</b>	<b>5/1614829-8</b>																																																													
<b>Out / 2016</b>	<b>Canal de contato</b>																																																														
<b>Apresentação</b>	- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.																																																														
<b>06/10/2016</b>	<b>Data prevista da próxima leitura</b>																																																														
<b>07/11/2016</b>																																																															
<b>CPF/ CNPJ/ RANI</b> 4744852417 Ins Est:	<b>Anterior</b>	<b>Atual</b>	<b>Constante</b>	<b>Consumo</b>	<b>Dias</b>																																																										
	08/09/16	6574	08/10/16	6710	1	136	29																																																								
<b>Demonstrativo</b>																																																															
<table border="1"> <tr> <td><b>Descrição</b></td> <td><b>Quantidade</b></td> <td><b>Preço</b></td> <td><b>Valor (R\$)</b></td> </tr> <tr> <td>Consumo até 30kWh-BR</td> <td>30</td> <td>0,15083</td> <td>4,51</td> </tr> <tr> <td>Consumo - 31 a 100kWh-BR</td> <td>70</td> <td>0,25823</td> <td>18,07</td> </tr> <tr> <td>Consumo - 101 a 220kWh-BR</td> <td>36</td> <td>0,38735</td> <td>13,94</td> </tr> <tr> <td>Subsídio</td> <td></td> <td></td> <td>23,35</td> </tr> <tr> <td>ICMS</td> <td></td> <td></td> <td>23,81</td> </tr> <tr> <td>PIS</td> <td></td> <td></td> <td>0,85</td> </tr> <tr> <td>COFINS</td> <td></td> <td></td> <td>3,84</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b></td> </tr> <tr> <td>CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA</td> <td></td> <td></td> <td>2,16</td> </tr> <tr> <td>JUROS DE MORA 08/2016</td> <td></td> <td></td> <td>0,79</td> </tr> <tr> <td>MULTA 08/2016</td> <td></td> <td></td> <td>1,35</td> </tr> <tr> <td>ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2016</td> <td></td> <td></td> <td>0,05</td> </tr> <tr> <td>Devolução Subsídio</td> <td></td> <td></td> <td>-23,35</td> </tr> </table>								<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Preço</b>	<b>Valor (R\$)</b>	Consumo até 30kWh-BR	30	0,15083	4,51	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,25823	18,07	Consumo - 101 a 220kWh-BR	36	0,38735	13,94	Subsídio			23,35	ICMS			23,81	PIS			0,85	COFINS			3,84	<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			2,16	JUROS DE MORA 08/2016			0,79	MULTA 08/2016			1,35	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2016			0,05	Devolução Subsídio			-23,35
<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Preço</b>	<b>Valor (R\$)</b>																																																												
Consumo até 30kWh-BR	30	0,15083	4,51																																																												
Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,25823	18,07																																																												
Consumo - 101 a 220kWh-BR	36	0,38735	13,94																																																												
Subsídio			23,35																																																												
ICMS			23,81																																																												
PIS			0,85																																																												
COFINS			3,84																																																												
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>																																																															
CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			2,16																																																												
JUROS DE MORA 08/2016			0,79																																																												
MULTA 08/2016			1,35																																																												
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2016			0,05																																																												
Devolução Subsídio			-23,35																																																												
<b>Histórico de Consumo (kWh)</b>																																																															
<table border="1"> <tr> <td><b>Set/16</b></td> <td><b>183</b></td> </tr> <tr> <td><b>Ago/16</b></td> <td><b>153</b></td> </tr> <tr> <td><b>Jul/16</b></td> <td><b>142</b></td> </tr> <tr> <td><b>Jun/16</b></td> <td><b>148</b></td> </tr> <tr> <td><b>Mai/16</b></td> <td><b>133</b></td> </tr> <tr> <td><b>Abr/16</b></td> <td><b>127</b></td> </tr> <tr> <td><b>Mar/16</b></td> <td><b>145</b></td> </tr> <tr> <td><b>Fev/16</b></td> <td><b>131</b></td> </tr> <tr> <td><b>Jan/16</b></td> <td><b>127</b></td> </tr> <tr> <td><b>Dez/15</b></td> <td><b>101</b></td> </tr> <tr> <td><b>Nov/15</b></td> <td><b>111</b></td> </tr> <tr> <td><b>Out/15</b></td> <td><b>110</b></td> </tr> </table>								<b>Set/16</b>	<b>183</b>	<b>Ago/16</b>	<b>153</b>	<b>Jul/16</b>	<b>142</b>	<b>Jun/16</b>	<b>148</b>	<b>Mai/16</b>	<b>133</b>	<b>Abr/16</b>	<b>127</b>	<b>Mar/16</b>	<b>145</b>	<b>Fev/16</b>	<b>131</b>	<b>Jan/16</b>	<b>127</b>	<b>Dez/15</b>	<b>101</b>	<b>Nov/15</b>	<b>111</b>	<b>Out/15</b>	<b>110</b>																																
<b>Set/16</b>	<b>183</b>																																																														
<b>Ago/16</b>	<b>153</b>																																																														
<b>Jul/16</b>	<b>142</b>																																																														
<b>Jun/16</b>	<b>148</b>																																																														
<b>Mai/16</b>	<b>133</b>																																																														
<b>Abr/16</b>	<b>127</b>																																																														
<b>Mar/16</b>	<b>145</b>																																																														
<b>Fev/16</b>	<b>131</b>																																																														
<b>Jan/16</b>	<b>127</b>																																																														
<b>Dez/15</b>	<b>101</b>																																																														
<b>Nov/15</b>	<b>111</b>																																																														
<b>Out/15</b>	<b>110</b>																																																														
<b>BASE DE CÁLCULO</b>																																																															
<table border="1"> <tr> <td><b>ICMS</b></td> <td><b>88,57</b></td> <td><b>ALIQUOTA</b></td> <td><b>VALOR R\$</b></td> </tr> <tr> <td>ICMS</td> <td>88,57</td> <td>27,00</td> <td>23,81</td> </tr> <tr> <td>PIS</td> <td>88,57</td> <td>0,9898</td> <td>0,85</td> </tr> <tr> <td>COFINS</td> <td>88,57</td> <td>4,4581</td> <td>3,84</td> </tr> </table>								<b>ICMS</b>	<b>88,57</b>	<b>ALIQUOTA</b>	<b>VALOR R\$</b>	ICMS	88,57	27,00	23,81	PIS	88,57	0,9898	0,85	COFINS	88,57	4,4581	3,84																																								
<b>ICMS</b>	<b>88,57</b>	<b>ALIQUOTA</b>	<b>VALOR R\$</b>																																																												
ICMS	88,57	27,00	23,81																																																												
PIS	88,57	0,9898	0,85																																																												
COFINS	88,57	4,4581	3,84																																																												
<b>VENCIMENTO</b>				<b>TOTAL A PAGAR</b>																																																											
133 kWh				14/10/2016 R\$ 69,57																																																											
<b>RESERVADO AO FISCO</b>																																																															
8e9b.ee7f.8ca7.4566.2c02.24d8.3e75.3890.																																																															
<b>Indicadores de Qualidade</b> - 8/2016 - Tambem																																																															
<b>Limites da ANEEL</b>	<b>Apurado</b>	<b>Limite de Tensão (V)</b>	<b>Discriminação</b>	<b>Valor (R\$)</b>	<b>%</b>																																																										
DIC MENSAL	5,07	0,00	NOMINAL	13,88	19,85																																																										
DIC TRIMESTRAL	10,15		220	18,24	23,34																																																										
DIC ANUAL	20,30			0,95	1,27																																																										
FIC MENSAL	2,23	0,00	CONTRATADA	5,45	7,83																																																										
FIC TRIMESTRAL	6,47		LIMITE INFERIOR	23,05	47,61																																																										
FIC ANUAL	12,95		LIMITE SUPERIOR	0,00	0,00																																																										
DMC	2,86	0,00																																																													
DICRI	12,22																																																														
<b>Total</b> 69,57 100,00																																																															
Valor do EUSD (Ref 8/2016) R\$21,75																																																															
<b>ATENÇÃO</b>																																																															
<p>- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relatada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 21/10/2016. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem.</p> <p>Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.</p> <p>- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$23,35</p>																																																															

Scanned by CamScanner





**Poder Judiciário da Paraíba  
15ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0843708-94.2017.8.15.2001

**DESPACHO**

Emende-se a inicial, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de indeferimento da inicial, para juntar aos autos instrumento público de procuração, outorgada em favor do advogado do Promovente, por ser este analfabeto, bem como para comprovar o pagamento da indenização, administrativamente, no valor de R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais), conforme se afirma na exordial.

Defiro a gratuitade judicial.

João Pessoa, 04 de dezembro de 2017.

Assinatura Digital



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 15 º VARA DA CIVEL DA CAPITAL

Processo nº 0843708-94.2017.8.15.2001

**MASSILON DO NASCIMENTO SILVA**, já qualificados nos autos supra, em **AÇÃO DE COBRANÇA DPVAT**, por seu procurador infra-assinado, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência requerer a juntada do comprovante de pagamento e do instrumento público de procuração, conforme **ID 11424072**.

**ANTE O EXPOSTO**, pelos motivos acima delineados, requer que seja promovido o devido andamento ao feito.

Termos em que pede deferimento.

João Pessoa/PB, 06/02/2018

KLEBERT MARQUES DE FRANCA  
OAB 11.193



Assinado eletronicamente por: KLEBERT MARQUES DE FRANCA - 06/02/2018 17:21:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18020617215093400000012170648>  
Número do documento: 18020617215093400000012170648

Num. 12450510 - Pág. 1



ATO-ATENDIMENTO - PRAIA DE TAMBAU  
DATA: 01/06/2017 HORA: 19:31:39  
TERMINAL: 07351012 CONTROLE: 073510120501

AGÊNCIA: 0735 - PRAIA DE TAMBAU  
CONTA: 013.00003946-9  
CLIENTE: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

#### SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS DE POUPANÇA POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2017  
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
03/05	10,00

#### RESUMO EM 31/05

SAÍDO	1.697,50
-------	----------

#### RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO:	0,00
SALDO DISPONIVEL	1.697,500
SALDO TOTAL	1.697,500

O PAGAMENTO DO ABONO SALARIAL 2016/2017

ENCERRA EM 30/06/2017. CONSULTE VIA APP

CAIXA TRABALHADOR OU 0800 726 0207

"Pense antes de imprimir, conserve o meio ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Central de atendimento: 0800 726 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

Scanned by CamScanner



Rodrigo Octávio Gusmão Serres da Silva  
(Escrevente)



LIVRO.: 0367

\* 0 3 6 7 4 5 7 V \*

FOLHA.: 182V

quem este Instrumento Público interessar. Recolhidas as Taxas FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 5,14, FARPN - Fundo de Amparo ao Registrador de Pessoas Naturais, no valor de R\$ 9,48, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 2,37, sendo os Emolumentos R\$ 47,40.. . Selo Digital: **AGH83114-H3U8**. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lhe sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando o Sr. FRANCISCO MIGUEL NUNES, brasileiro, casado, agricultor, maior e capaz, portador da cédula de identidade RG nº 1.259.798 2ª Via SSDS/PB, inscrito no CPF/MF nº 030.249.224-07, residente e domiciliado na Rua Agrícola Montenegro, s/n, Miramar, João Pessoa-PB, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo do outorgante que DECLAROU SER ANALFABETO e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. A presente procuração pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. Eu, **Rodrigo Octávio Gusmão Serres da Silva** (4), Escrevente Autorizado, lavrei, rubriquei e encerrei este ato, conferindo toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, **JOÃO RICARDO CAVALCANTI TRAVASSOS - Titular do TRAVASSOS - SERVICO NOTARIAL**, subscrovo e assino, estando conforme o original.

João Pessoa-PB, 06 de fevereiro de 2018.  
Em testemunho (4) da verdade.

Rodrigo Octávio Gusmão Serres da Silva  
Escrevente do 4º Serviço de Notas  
JOÃO RICARDO CAVALCANTI TRAVASSOS  
- TITULAR -

Rodrigo Octávio Gusmão Serres da Silva  
(Escrevente)



Scanned by CamScanner



**TRAVASSOS**

4º Tabelionato de Notas  
João Pessoa - Estado da Paraíba  
João Ricardo C. Travassos  
Tabelião

Rodrigo Octávio Gusmão Sereis da Silva  
(Escrevente)



Escrituras, Procurações  
Autenticações, Testamentos  
Reconhecimento de firma,  
Inventários e Divórcios

LIVRO.: 0367



FOLHA: 182

\* 0 3 6 7 1 8 2 \*

## PROCURAÇÃO PÚBLICA

QUE FAZ(EM): o Sr. MASSILON DO NASCIMENTO SILVA, na forma abaixo:

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos seis dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e dezoito (06.02.2018), neste TRAVASSOS - SERVICO NOTARIAL, situado na Av. Nego, 366 - Tambaú, João Pessoa - PB, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, JOÃO RICARDO CAVALCANTI TRAVASSOS - Titular, compareceu(ram) como OUTORGANTE: o Sr. MASSILON DO NASCIMENTO SILVA, brasileiro, solteiro, pedreiro, maior e capaz, portador da cédula de identidade RG nº 1.573.573 2ª Via SSDS/PB, inscrito no CPF/MF nº 840.495.024-53, residente e domiciliado na Rua Agrícola Montenegro, s/n. Miramar, João Pessoa-PB; identificado(s) como o(s) próprio(s) por mim Notário(a), à vista dos documentos de identificação apresentados, do que dou fé; perante mim por ele(s) me foi dito que constituía(m) e nomeava(m) seu(s) bastante(s) PROCURADOR: o Dr. KLEBERT MARQUES DE FRANÇA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº 11.193, inscrito no CPF/MF nº 029.774.234-51, com endereço profissional na Av. Josefa Taveira, nº 1235, Gal. Bela Vista, Sala 05, João Pessoa-PB: a quem concede(m) amplos e ilimitados para o Foro em Geral, com os da **CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA JUDICIA** em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo, em conjunto ou separadamente, propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a)s nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando até Superior Instâncias, conferindo ainda, poderes especiais para confessar, depor, desistir, transigir, concordar, discordar, firmar compromissos ou acordos, pedir e ter vista de processos, apresentar razões de desesas, recursos e pedidos de reconsideração, solicitar, juntada e desentranhamento de documentos, apresentar e retirar documentos, assinar e requerer tudo que for necessário, interpor os recursos legais, passar recibos, receber, dar quitação, receber e assinar citações, intimações e notificações, pagar taxas, guias e impostos, defender os interesses do(a) mencionado(a) do(a)s outorgante(s) em qualquer ação em que seja(m), réu(s), autor(es), assistente(s), oponente(s) ou de qualquer forma interessado(a)s, variar de ações, nomear advogados em especial de representá-la junto a qualquer seguradora conveniada com **DPVAT**, onde poderá receber requerer e assinar todos os documentos que se fizerem necessários para o recebimento do **DPVAT** (Seguro Obrigatório de Danos Pessoais de Veículos Auto Motores de via Terrestre), podendo, para tanto, propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a)s nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando até Superior Instância, conferindo ainda, poderes especiais para confessar, depor, desistir, transigir, concordar, discordar, firmar compromissos ou acordos, apresentar e retirar documentos, assinar e requerer tudo que for necessário, interpor os recursos legais, passar recibos, e finalmente usar de tudo mais que se faça preciso ao inteiro e cabal desempenho deste mandato, inclusive estabelecer no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, a quem dará(ão) tudo por bom, firme e valioso. Certifico ainda que a qualificação do(a)s Outorgado(a)s e a descrição do presente mandato foram devidamente declarados pelo(a)s Outorgante(s), sendo deste(s) toda responsabilidade civil e criminal por sua inteira veracidade, devendo a prova destas declarações ser exigida diretamente pelos órgãos ou pessoas a

Travassos - 4º Tabelionato de Notas

Av. Nego, 366 - Tambaú - João Pessoa/PB - CEP: 58.039-100

Tel: (83) 3221.2478 / 3241.9439 - E-mail: cartorio.travassos.notas@hotmail.com

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: KLEBERT MARQUES DE FRANCA - 06/02/2018 17:22:06

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1802061719081720000012170745

Número do documento: 1802061719081720000012170745

Num. 12450614 - Pág. 1



**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA  
15ª Vara Cível da Capital**

Processo nº 0843708-94.2017.8.15.2001

AUTOR: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

**DESPACHO**

O Promovente afirma, na petição inicial, que recebeu administrativamente, a título de indenização do seguro DPVAT, o valor de R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais).

Instado a comprovar o recebimento desses valores, o Promovente se limitou a juntar um extrato de saldo em conta-poupança, no valor de R\$ 1.697,50 (mil, seiscentos e noventa e sete reais e cinquenta centavos) (ID 12450652).

Ora, tal documento não é hábil a comprovar o recebimento administrativo do seguro DPVAT, tanto por se tratar de valor diverso do que se afirma na exordial, quanto porque não há referência a quem efetuou o depósito de tal valor na poupança do Promovente.

Assim, intime-se o Promovente, mais uma vez, por seu advogado, para comprovar o requerimento administrativo do seguro DPVAT, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de indeferimento da inicial.

João Pessoa, 9 de maio de 2019.

Assinatura Digital



Assinado eletronicamente por: KEOPS DE VASCONCELOS AMARAL VIEIRA PIRES - 09/05/2019 13:30:39  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050913303812200000020473445>  
Número do documento: 19050913303812200000020473445

Num. 21053245 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: KEOPS DE VASCONCELOS AMARAL VIEIRA PIRES - 09/05/2019 13:30:39  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050913303812200000020473445>  
Número do documento: 19050913303812200000020473445

Num. 21053245 - Pág. 2

**AO JUÍZO DA 15<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA CAPITAL**

**MASSILON DO NASCIMENTO SILVA**, vem através do seu advogado, requerer a juntada dos documentos em anexo que comprovam o requerimento administrativo do promovente, assim como comprova o valor recebido no total de R\$ 1.687,50, restando claro que o valor descrito na exordial trata-se apenas de um equívoco.

Pede deferimento

Patos/PB, 17 de junho de 2019

THALITA PIMENTEL DE SOUSA

OAB/PB 23.687

KLEBERT MARQUES DE FRANÇA

OAB/PB 11.193



Assinado eletronicamente por: KLEBERT MARQUES DE FRANCA - 17/06/2019 19:59:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061719592843900000021435523>  
Número do documento: 19061719592843900000021435523

Num. 22076187 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta nº: 10956985

A/C: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170246081 ASL-0168323/17**

**Vitima:** MASSILON DO NASCIMENTO SILVA  
**Data Acidente:** 02/12/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** WILMA PAIVA DE MELO

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2017

Carta nº: 11107595

A/C: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

Sinistro: 3170246081 ASL-0168323/17  
Vitima: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA  
Data Acidente: 02/12/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: WILMA PAIVA DE MELO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000735

Conta: 000000043946-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta n°: 10954907

A/C: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170246081 ASL-0168323/17  
**Vitima:** MASSILON DO NASCIMENTO SILVA  
**Data Acidente:** 02/12/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** WILMA PAIVA DE MELO

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Pag. 00495/00496 - carta\_03

00070248  


Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2017

Carta nº: 11033889

A/C: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

**Sinistro:** 3170246081 ASL-0168323/17  
**Vítima:** MASSILON DO NASCIMENTO SILVA  
**Data Acidente:** 02/12/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** WILMA PAIVA DE MELO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA  
15ª Vara Cível da Capital**

Processo nº 0843708-94.2017.8.15.2001

AUTOR: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

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

**DESPACHO**

Deixo de designar audiência de conciliação, nos termos do art. 334 do CPC, ante a natureza da demanda, que indica ser inviável o acordo entre as partes, pela experiência comum. Não se deve ocupar indevida e desnecessariamente a pauta de audiências, já repleta, com atos inócuos e que mais retardam o andamento do processo do que promovem a sua solução.

Defiro a gratuidade.

CITE-SE pela via postal, para apresentação de contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia.

João Pessoa, 15 de março de 2020.

Assinatura Digital



Assinado eletronicamente por: IVANOSKA MARIA ESPERIA DA SILVA - 17/03/2020 20:35:09  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031515252906900000028054921>  
Número do documento: 20031515252906900000028054921

Num. 29116669 - Pág. 1