



Número: **0813693-40.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/03/2020**

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	
JOAO BATISTA MOLA (AUTOR)		ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
28782319	04/03/2020 16:43	Petição Inicial	Petição Inicial
28782328	04/03/2020 16:43	adm_joao batista mola_bam	Documento de Comprovação
28782334	04/03/2020 16:43	adm_joao batista mola_BO_samu_laudo	Documento de Comprovação
28782335	04/03/2020 16:43	adm_joao batista mola_PAD	Documento de Comprovação
28782341	04/03/2020 16:43	adm_joao batista mola_proc	Documento de Comprovação
29395527	25/03/2020 15:17	Despacho	Despacho

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ___ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.

Justiça Gratuita

JOÃO BATISTA MOLA, brasileiro, aposentado, inscrito no CPF sob o nº 016.561.632-68., residente e domiciliado na Av. Carneiro da Cunha, 1644, Torre, CEP: 58041-243, João Pessoa – Paraíba, *não possui email*, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO JUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE



em face da **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, devendo ser citado na pessoa de seu representante legal, o que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante elencados:

PRELIMINARMENTE

Do Benefício da Gratuidade Processual

O promovente, à luz do que dispõe a Lei nº 1.060/50 e o Art. 98 do CPC, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual por ser pobre na forma da lei, conforme atesta declaração acostada.

DOS FATOS

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em **28.02.2018**, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

-



A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS NO ART. 5º DA LEI QUE REGE O PAGAMENTO PELO SEGURO DPVAT, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, COM ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

“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.”

Diante desses fatos, resta à parte requerente ingressar na justiça para fazer valer o direito dela.

DO DIREITO

1. DA LEGITIMIDADE ATIVA *AD CAUSAM*

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – **DPVAT**, conhecido popularmente como **SEGURO OBRIGATÓRIO**, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

No caso em comento, é direito da promovente perceber uma indenização por danos pessoais, ante a sua debilidade permanente decorrente de acidente automobilístico.



Vale a pena destacar, que a legitimidade ativa da autora na presente demanda é cristalina. Neste sentido, dúvidas não há, ante a dicção legal do art. 4º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.

§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.”. (GRIFO NOSSO)

2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA *AD CAUSAM*

O art. 7º da Lei 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao referido consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo da demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

“Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **BRADESCO SEGUROS S/A**.

Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:



CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NA APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SEGUROS DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. VÍTIMA FATAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. ARGUMENTAÇÃO DA SEGURADORA RECORRENTE QUE NÃO É CAPAZ DE MODIFICAR A DECISÃO ATACADA. AGRAVO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS. 1. Trata-se de Agravo legal em face da decisão terminativa que deu parcial provimento ao recurso de Apelação, reformando a sentença apenas para afastar a litigância de má-fé e fixar juros de mora a partir da citação 2. Concessão de indenização na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de complementação do seguro DPVAT, por acidente automobilístico que vitimou o pai do apelado. 3. Rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva, tendo em vista que qualquer seguradora integrante do consórcio do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT) pode ser acionada para pagar o valor da indenização de seguros. 4. Juros de mora contados a partir da citação, consoante o disposto no Enunciado Sumular 426 do STJ e correção monetária a partir da ocorrência do evento danoso. 5. Recurso a que se nega provimento. (TJ-PE - AGV: 3796438 PE, Relator: Waldemir Tavares de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 17/03/2016, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 2ª Turma, Data de Publicação: 01/04/2016)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontroversa qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

“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)



Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

“A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei”. (destaque nosso).

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na Corte do **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**. Vejamos:

“STJ. SÚMULA 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização”.

É incontestável, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

4. DO VALOR



Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é regulamentado pela regra constante do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

‘Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos 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.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25%



(vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico. Devendo o valor exato ser aquilatado mediante perícia médica, afim de que as debilidades da vítima sejam enquadradas na tabela anexa à lei.

5. DA POSTULAÇÃO

EX POSITIS, requer a Vossa Excelência:

- a) ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
- b) ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além as correções legais e honorários sucumbenciais
- c) Conceder os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser a autora pobre na forma da lei;
- d) Caso seja necessária, seja designada audiência de conciliação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, quais sejam: depoimento pessoal do representante legal do Réu, juntada de novos documentos e realização de perícia médica a ser realizada **por médico especialista**.



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

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 26 de fevereiro de 2020.

Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968



Quesitos para a perícia:

1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:

2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.

3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?

4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.

5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?

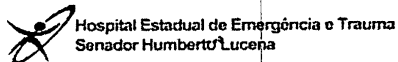
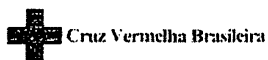
6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?

7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?

8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?

9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.





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

Boletim de Atendimento: 1132193



Identificação do paciente						
ID 1360071	Nome JOAO BATISTA MOLA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 29/08/1943	Idade 75 anos 5 meses 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe ARLETE DE SOUZA			Pai GILBERTO FRANCISCO MOLA			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) NELIO FRANCISCO MOLA - IRMAO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987332869		DDD Fixo	Fone Fixo		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2350134		Nº Cns			
Local de procedência TORRE			Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R			
Endereço						
CEP 58040240	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CARNEIRO DA CUNHA - ATÉ 793/794			
Número 1644	Complemento		Bairro TORRE			
Admissão						
Data e Hora 28/12/2018 09:24:21	Número da pulseira 100007121196		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco			Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE BICICLETA		Detalhe do acidente VEICULO X BICICLETA			
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU		Quem transportou				
Sinais Vitais						
PA 130 x 90 mmHg	Pulso 86	Temperatura 100,1				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Roberto Cyfura de Afonso - 1º episódio, 6ta trauma pelo SUV, encaminhado p/o CDJ						
Diagnóstico					CID	
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO					Tempo 01min 16seg	

Imprimir

28/12/2018 09:23





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



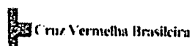
GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

paciente: JOAO BATISTA MOLA

Idade 75

ata: 11/01/2019 07:19:56

Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1132193

TA HOSPITALAR

ONDUTA:

ACIENTE VITIMA DE QUEDA AO SOLO, EVOLUI COM FRATURA SUBTROCANTERICA, REALIZADA CIRURGIA -DCS DR UMBERTO JANSEN- SEM INTERCORRENCIAS.

RESULTADO DE EXAMES:

COM FRAUTRA DE FEMUR

RATAMENTO:

REALIZADO OSTEOSSINTESE DE FEMUR DIREITEO (DCS) E UMEMO DIREITO (PLACA ILUS) SEM INTERCORRENCIAS.

ID10:

ATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO SUBTROCANTERICA

ECOMENDAÇÕES:

URGA ZERO - TROCAR CURATIVO DIARIAMENTE EM PSF - TOMAR MEDICAÇÃO

RESCRITA - RETONAR AO HTOP COM 15 DIAS-

Daniel Conserva Arruda
MEDICO
CRM 11134

DR. DANIEL CONSERVA ARRUDA

11134/PB

ETGHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Orestes Lisboa, Sn, Pedro Gondim, João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

	Data Baixa
	Telefone de Contato (83) 987332869
	Prontuário
	UF PB
MIGA	Nº Cons. Regional 8085/PB

NO QUADRIL.

UERDO

IO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE

ÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLOVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30.0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT<60)



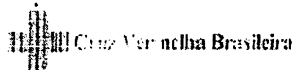
CUIDADOS	
CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)	
HGT 6/6HS	
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	
INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)	
SSVV + CCGG	
EXAME LABORATORIAL	
CREATININA	
GLICOSE	
HEMOGRAMA COMPLETO	
POTASSIO	
SODIO	
UREIA	
IONOGRAMA	
COAGULOGRAMA COMPLETO	
EXAME DE IMAGEM	
ELETROCARDIOGRAMA	
CID10	
Código	Descrição
S72.8	Fraturas de outras partes do fêmur
Conduta	
Em observação	

JOAO BATISTA MOLA

TIAGO MARTINS FORMIGA
(CRM: 8085/PB)

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOAO BATISTA MOLA	BAE 1132193	Data/Hora Entrada 23/12/2018 09:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 29/06/1943	Idade 75a 5m 29d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987332869
Mãe ARLETE DE SOUZA			Prontuário
Endereço CARNEIRO DA CUNHA - ATÉ 793/794, 1644	Bairro TORRE	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE BICICLETA	Profissional JOSE CALIXTO DA SILVA FILHO	Nº Cons. Regional 3650/PB
Data/Hora Classificação 23/12/2018 09:24:21		Data/Hora Prescrição 23/12/2018 09:34:28	

Anamnese

ACIDENTE TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE ATROFELAMENTO REFERINDO DOR NO QUADRIL,
TÓRAX E ABDOMEN NORMAL
ECG 15
ROTAÇÃO MIE

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conclusão

Em observação

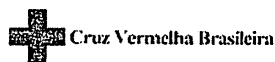
JOAO BATISTA MOLA

Dr. Jose Calixto da Silva Filho
Cirurgião Geral
CRM: 3650

JOSE CALIXTO DA SILVA FILHO
(: 3650/PB)

Boletim registrado por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO em: 23/12/2018 09:18:37





INTERNO, S/N -
CNES: 454552 - Tel.:



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: LOUISE
NATHALIE QUEIROGA FONTES
MARQUES
Em: 10/01/2019 21:48:30

Nome JOAO BATISTA MOLA	Boletim de Atendimento 1132193	Data/Hora Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 29/06/1943	Idade 75	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data Internação 28/12/2018 14:07:35	Permanência na Unidade: 13d 12h 24min	Permanência no Leito: 22h 42min

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (LOUISE NATHALIE QUEIROGA FONTES MARQUES - 10/01/2019 18:19:51)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE SEM USO DE VASOATIVOS, VENTILANDO EM AR AMBIENTE, FOI ADMITIDO NESTA UNIDADE, POR UM QUADRO DE IRA PRE RENAL PARA FAZER DIALISE, POREM APÓS VISUALIZAR OS EXAMES DE HJ, A NEFROLOGISTA CONTRA INDICOU DIALISE DEVIDO A GRANDE MELHORA DOS MESMOS. POS-OP DE FRATURA DE FÊMUR CORRIGIDA, EUPNEICO, AFEBRIL E ANICTERICO. ACESSO VENOSO CENTRAL EM VSCD, NIVEIS PRESSORICOS MANTIDOS SEM DVA, HIPOCORADO +/4+

Obs. Paciente nega ter previamente DM, HAS, doença renal, nega tabagismo ou etilismo (relata ter fumado por 2 anos)

REPETI OS EXAMES LABORATORIAIS POR 2 VEZES HOJE E OBTIVE OS SEGUINTE VALORES

5h UR 107 E CR 2,6

10h UR 101 E CR 1,5

16h UR 78 E CR 1,5 - FALEI COM BIOQUIMICO QUE ME FALOU RESULTADO POR TELEFONE, LIGUEI INUMERAS VEZES PARA QUE O LAB COLOCASSE O RESULTADO NO SISTEMA E ATE O MOMENTO NAO O FIZERAM

POTASSIO 4,0

ALTA PARA ENFERMARIA

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1.: FRATURA SUBTROCANTÉRICA ESQUERDA 2.: 2 DPO DE CORREÇÃO CIRURGICA DA FRATURA DE FEMUR

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1.: SUPORTE CLINICO 2.: ACOMPANHAMENTO DA NEFROLOGIA

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

VEIO PARA AVALIAÇÃO DA NEFROLOGIA E SUPORTE DIALITICO. DIALISE NAO INDICADA

ANTIBIÓTICOS

1.: CIPROFLOXACINO 2.: CLINDAMICINA

SONDAS, DRENOS E CATETERES

1.: SVD 2.: AVC VSCD

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO ESCALA DE RASS: NENHUM

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA: ESPONTÂNEA SECREÇÕES: NENHUM

SISTEMA CARDIOVASCULAR



Nome JOAO BATISTA MOLA		Boletim de Atendimento 1132193	Data/Hora Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 29/06/1943	Idade 75	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113124
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data Internação 28/12/2018 14:07:35	Permanência na Unidade: 13d 12h 24min		Permanência no Leito: 22h 42min

FC: 102.00

PA: 120/65

SPO₂: 96.00

EVOLUÇÃO:

SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: ABERTO -4

RV: ORIENTADO -5

RM: OBEDECE COMANDOS - 6

EVOLUÇÃO:

DROGAS: SEM SEDATIVOS

PUPILAS: ISO E FOTO +

PARESIA: NÃO

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

DIETA: ORAL BRANDA

EVOLUÇÃO:

SISTEMA TÓXICO/INFECIOSO

EVOLUÇÃO: ANTIBIOTICOTERAPIA , ANTIBIOTICOTERAPIA ADEQUADA

SISTEMA RENAL/METABÓLICO

DIURETICO, QUAL?: SEM

DIURESE PARA ÚTILMAS 24HS: 1400.00

ACUMULADO (ML): -419.00

EDEMA: NAO

EVOLUÇÃO:

EVOLUÇÕES FINAIS

CONCLUSÕES:

CDT

1. AVALIAÇÃO DA NEFROLOGIA, CONTRA INDICOU DIALISE
2. SUPORTE CLINICO
3. AUMENTO HIDRATAÇÃO VENOSA
4. ALTA PARA ENFERMARIA

Seção: UPO - ENF 30 SALA 03 Leito: 9002

Profissional responsável pela informação: LOUISE NATHALIE QUEIROGA FONTES MARQUES

Número Conselho: 9182





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 4545454 - Tel.:

Impresso por: BRENO
GRACIOSO CARDOSO
Em: 09/01/2019 23:23:00

Nome JOAO BATISTA MOLA	Boletim de Atendimento 1132193	Data/Hora Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 29/06/1943	Idade 75	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão NOTURNO
Data de Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data Internação 28/12/2018 14:07:35	Permanência na Unidade: 12d 13h 59min	Permanência no Leito: 17min

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (BRENO GRACIOSO CARDOSO - 09/01/2019 23:11:08)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

RECEBO PACIENTE DO BLOCO CIRURGICO EM PO DE CORREÇÃO DE FRATURA SUBTROCANTÉRICA ESQUERDA. PACIENTE VEM SEM SEDAÇÃO, ORIENTADO, SOCIÁVEL, SEM DEFICIT MOTOR APARENTE, LIMITAÇÃO FUNCIONAL PELA FRATURA DE FEMUR ESQUERDO; VENTILA ESPONTANEAMENTE SEM O2 SUPLEMENTAR, PADRÃO RESPIRATORIO CONFORTAVEL; ACESSO VENOSO CENTRAL EM VSCD, NIVEIS PRESSORICOS MANTIDOS COM USO DE BAIXOS TITULOS DE NORADRENALINA. HIPOCORADO +/- (HB 11,6), DISCRETA DESIDRATAÇÃO DE MUCOSAS; SEM EDEMA, DIURESEDE ASPECTO ALGO CONCENTRADO +/-+. MOTIVO DA INTERNAÇÃO NESTE SETOR É UM QUADRO DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (HOJE, CREATININA 11,44 E UREIA 230, POTASSIO DE ONTEM EM 5,9, SODIO EM 122).
Obs. Paciente nega ter previamente DM, HAS, doença renal, nega tabagismo ou etilismo (relata ter fumado por 2 anos)

CDT

1. AVALIAÇÃO DA NEFROLOGIA
2. CORRIGIR HIPONATREMIA E HIPERCALEMIA, OPTO POR NÃO INICIAR SOLUÇÃO POLARIZANTE (SEM SINAIS CLINICOS DE HIPER-K, K na gasometria de 5,2)
3. SOLICITO GASOMETRIA ARTERIAL PARA AVALIAR E CORRIGIR POSSIVEL ACIDOSE
4. AUMENTO HIDRATAÇÃO VENOSA
5. RETIRAR DROGAS NEFROTOXICAS
6. LABORATORIO, IONOGRAMA, CULTURAS DE ADMISSÃO
7. RX DE TORAX, USG DE VIAS URINÁRIAS
8. DESLIGO NORADRENALINA

Obs. gasometria arterial com pH 7,4; HCO3- 19; Na 139, K5,2.

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

- 1.: FRATURA SUBTROCANTÉRICA ESQUERDA
- 2.: 2 DPO DE CORREÇÃO CIRURGICA DA FRATURA DE FEMUR
- 3.: INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (NTA?)

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

- 1.: SUPORTE CLINICO
- 2.: ACOMPANHAMENTO DA NEFROLOGIA

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

VEIO PARA AVALIAÇÃO DA NEFROLOGIA E SUPORTE DIALITICO

ANTIBIÓTICOS

- 1.: CIPROFLOXACINO
- 2.: CLINDAMICINA

SONDAS, DRENOS E CATETERES

- 1.: SVD
- 2.: AVC/USOD

CHECAGEM DE METAS

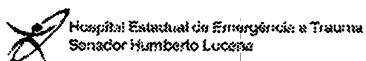
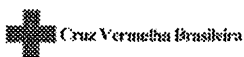
EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO

ESCALA DE RASS: NENHUM



07/01/2019

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=446377&dataInicial=07/01/2019 07:09:57&dataFin...



AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 07/01/2019 07:10:07

Nome JOAO BATISTA MOLA		Boletim de Atendimento 1132193	Data/Hora Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 29/06/1943	Idade 75	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113124
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data Internação 28/12/2018 14:07:35	Permanência na Unidade: 9d 21h 46min		Permanência no Leito: 9d 9h 1min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 07/01/2019 07:09:57)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA SUBTROCANTERICA EXAME

LAB OK CD: AGUARDANDO ECO

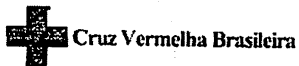
Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0012

Profissional responsável pela Informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=446377&dataInicial=07/01/2019%2007:09:57&dataFinal=07... 1/1





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 03/01/2019 09:32:03

Nome JOAO BATISTA MOLA	Boletim de Atendimento 1132193	Data/Hora Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 29/06/1943	Idade 75	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data Internação 28/12/2018 14:07:35	Permanência na Unidade: 6d 8min	Permanência no Leito: 5d 11h 23min

EVOLUÇÃO MEDICA (EDSON DELGADO TINOCO - 03/01/2019 09:31:52)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

#FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FEMUR ESQUERDO
AGUARDA ECOCARDIOGRAMA PARA FINALIZAR RISCO CIRURGICO
EXAMES PRE OP OK

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0012

Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142

EDSON DELGADO TINOCO
CRM: 10.123/2018
Région de Santé: 00123456789
Cartão de Identificação: 123456789



31/12/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=446377&dataInicial=31/12/2018 06:54:59&dataFin...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 31/12/2018 06:55:20

Nome JOAO BATISTA MOLA	Boletim de Atendimento 1132183	Data/Hora Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 29/08/1943	Idade 75	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão NOTURNO
Data de Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data Internação 28/12/2018 14:07:35	Permanência na Unidade: 2d 21h 31min	Permanência no Leito: 2d 8h 46min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 31/12/2018 06:54:59)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE QUEDA AO SOLO
SEM QUEIXAS NO MOMENTO
FRATURA SUBTROCANTERICA

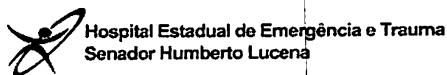
AGUARDA CIRURGIA

CD:VPM

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0012

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



INTERNO, S/N -
CNES: 454552 - Tel.:

Impresso por: IUARA PAIVA
SILVA
Em: 10/01/2019 21:50:13

Nome JOAO BATISTA MOLA		Boletim de Atendimento 1132193	Data/Hora Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 29/06/1943	Idade 75	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113124
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão NOTURNO
Data de Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data Internação 28/12/2018 14:07:35	Permanência na Unidade: 13d 12h 26min		Permanência no Leito: 22h 44min

FISIOTERAPÊUTICA (IUARA PAIVA SILVA - 10/01/2019 21:49:51)

ESTADO GERAL

EVOLUÇÃO: REGULAR

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE , ACORDADO

SINAIS VITAIS

F.C (BPM): 113.00

P.A (MMHG): 97/75

F.R (IRPM): 15.00

SPO2: 97.00

EVOLUÇÃO:

AValiação RESPIRATÓRIA

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO

EVOLUÇÃO: REGULAR , SIMÉTRICA

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNEIA

REFLEXO DA TOSSE: PRESENTE

SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: AR AMBIENTE

CONDUTA

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA: TERAPIA DE HIGIENE BRONQUICA

EVOLUÇÃO: TERAPIA DE EXPANSÃO PULMONAR ATIVA , MONITORIZAÇÃO RESPIRATÓRIA , POSICIONAMENTO TERAPÊUTICO

FISIOTERAPIA MOTORA: ELEVAÇÃO DE CABECEIRA

Seção: UPO - ENF 30 SALA 03 Leito: 9002
Profissional responsável pela informação: IUARA PAIVA SILVA

Número Conselho: 95852





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM
CNES: 2592983 - Tel.: 8332165700

Impresso por: FRANCISCA
LUCIA PEREIRA DE SOUSA
Em: 10/01/2019 18:22:36

Nome JOAO BATISTA MOLA	Boletim de Atendimento 1132193	Data/Hora Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 29/06/1943	Idade 75	Sexo Masculino	CNS 113124
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data Internação 28/12/2018 14:07:35	Permanência na Unidade: 13d 8h 58min	Permanência no Leito: 19h 16min

FISIOTERAPÊUTICA (FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA - 10/01/2019 18:22:21)

ESTADO GERAL

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO: REGULAR

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE , ACORDADO , ORIENTADO , CONTACTUANTE , COLABORATIVO

SINAIS VITAIS

F.C (BPM): 92.00

P.A (MMHG): 138/76

F.R (IRPM): 18.00

SPO2: 96.00

EVOLUÇÃO: NORMOTERMIA

AValiação Respiratória

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO

DRIVE: PRESENTE

EVOLUÇÃO: REGULAR , SIMÉTRICA

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNÉIA

SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: AR AMBIENTE

AValiação Motora

TÔNUS: NORMAL

DIMINUÍDA: MIE

DÉFICIT MOTOR: AUSENTE

FORÇA MUSCULAR: DIMINUÍDA

INSPEÇÃO: EDEMA

EVOLUÇÃO:

SEGM.(S): MIE

CONDUTA

EVOLUÇÃO: MONITORIZAÇÃO RESPIRATÓRIA , POSICIONAMENTO TERAPÊUTICO , ORIENTAÇÕES GERAIS

FISIOTERAPIA MOTORA: ELEVAÇÃO DE CABECEIRA

OBSERVAÇÕES:

TARDE-REGULAR,CONSCIENTE,RE,AA.CD-MONITORIZAÇÃO RESPIRATORIA,POSICIONAMENTO.

Seção: UPO - ENF 30 SALA 03 Leito: 9002
Profissional responsável pela informação: FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA

Número Conselho: 15094





SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H-E-E-T-S-H 2

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H-E-E-T-S-H 2

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Batista Mota

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1132193

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/6/1943

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTOE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTOE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTOE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

1 placa DC S cu 8 furos
1 parafuso deslizante Nº 75 + pino
3 - Parafusos vertical Nº 40 + Nº 42 (1)
1 - Moleto Nº 64 [OBS: foi usada caixa
de Kirschner Nº 2.0 - 60x150] DHS + T.M

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

REF: MXA232X20X70M
LOT: 3414276
Smiths Medical Deutschland GmbH

Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante
Ocupação (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. Victor D. M. S. M.
Médico
CRM 8.84-RN
CRM 10.394-PB

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - Cód. ORGÃO EMISSOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

NOME: **JOÃO BATISTA MOLA** BE/PRONTUÁRIO: **1120440**
IDADE: _____ SEXO: ☐ MASC ☒ FEM COR: _____ DATA: **9/1/2019**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: _____ LR: _____
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANterIANA DE FEMUR ESQUERDO**

CIRURGIÃO: **DR UMBERTO JANSEN** 1º ASS: **DR SANTINO**
2º ASS: **DR VICTOR MR2** 3º ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA SUBTROCANterIANA DE FEMUR ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANterIANA COM PLACA DCS + PARAFUSO DESLIZANTE E PARAFUSOS 4,5MM	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO
DESCRIÇÃO: _____
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
☒ ENFERMARIA _____ TERAPIA INTENSIVA
_____ RESIDÊNCIA _____ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____

DATA: **9/1/2019**

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: João Batista Mota

IDADE: 43 anos

CIRURGIÃO: Dr. Jansen

ANESTESIA: Dr. Jansen

INSTRUMENTADOR: Vilmar (Estudante)

DATA: 9/1/19

TEMPO CIRÚRGICO: INÍCIO: 12 FIM: 10

CIRURGIÃO INÍCIO: 14 FIM: 95

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS):

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	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	1	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº 2.0	11
VIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
LABORARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
ALFENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
AZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº 10	1
URANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		FIO SEDA Nº	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08		FITA CARDÍACA	
MORFINA		AGULHA 40X12		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
NIMBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		CATETER DE PIC	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		CIMENTO CIRÚRGICO	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		FIO DE KIRSCHNER Nº 20	1
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		FIO STEINMAN Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		PRÓTESE VASCULAR	
GUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		KIT. PAM	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		FIXADOR EXTERNO	
ATRA		CATETER EPIDURAL Nº16		EMPRESA	
FAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		PARAFUSOS CORTICAIS Nº 40	(3)
EXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS Nº 42	(1)
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	62 (1)
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		PLACA D.C. 5 de 8	1
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		ASPIRADOR	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		BISTURI ELÉTRICO	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		() CAPNÓGRAFO	
NOTA	5	GAZES		() CÁRDIOMONITOR	
Amidoclorina	1	GAZES ALGODOADAS		() DESFIBRILADOR	
		GEL ELETROLÍTICO		() FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº14		() FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº16		() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	

CIRURGIÃO: José J. J. da Silva

COREN/PA: 95115-TE

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 09/03/19

PRONTUÁRIO: 1132193

PACIENTE: Vitor Batista Meda

SEXO:

COR:

IDADE: 75

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO
 ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO
 EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO eupneico AP. CIRCULATÓRIO RC irregular
 AP. DIGESTIVO q ESTADO MENTAL ORIENTADO DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO nao ESTADO FÍSICO (ASA) III
 DOSE/HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO fratura colo fêmur e
 CIRURGIA REALIZADA tratamento cirúrgico de fratura do fêmur.

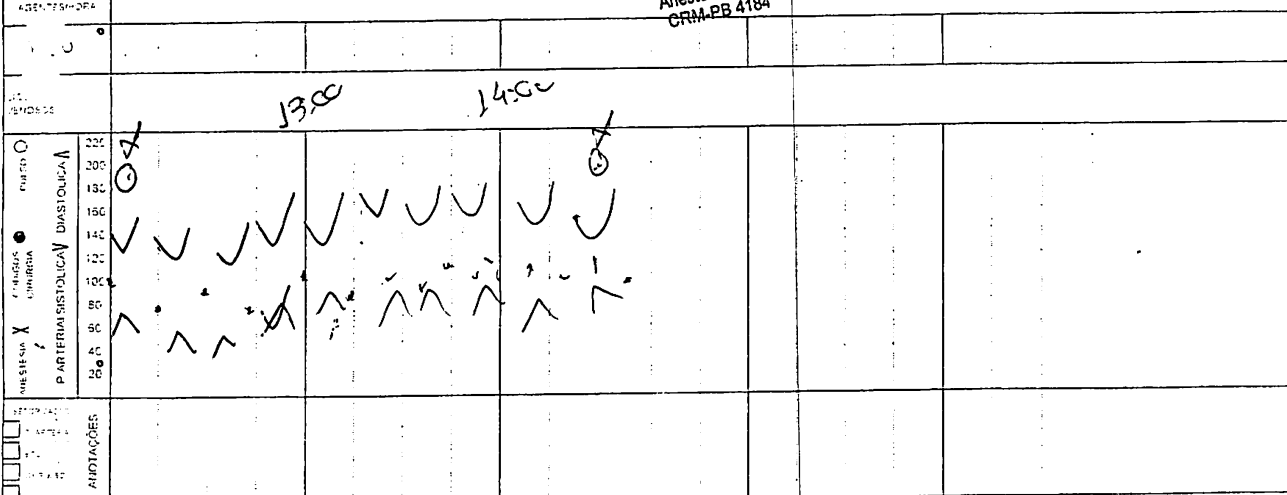
CIRURGIÃO Jansen AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 12:00 TÉRMINO DA ANESTESIA 14:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA 02:30

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH VALORES RS

ANESTESISTA Abdon CPF 4184

Dr. Abdon Moreira Lustosa
 Anestesiologista
 CRM-PB 4184



☐ ANESTESIA GERAL ☒ INTRADUVIDA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQUEIO ☐ BLOQUEIO NERVOS ☐ OUTROS

nulo de anestesia iniciado, por monitorização, aspiração do alveol a 70%, punção em L4-L5

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	belizolona 2g	11
2	Desamfetamina	12
3	Milzidrina 2g	13
4	Diazepam 2g	14
5	Bupivacaína 0.5% 12.5mg	15
6	Propofol 8mg	16
7	Amiodarona 1mg	17
8	Carvedilol	18
9		19
10		20

medicação única, cl. agudo 266 Curincha

Foi feita 2 unidades de hemácias e 2 plasma.

SVO: débito inicial 1300 ml.

ao final de cirurgia: 1500 ml.

Dr. Abdon Moreira Lustosa
 Anestesiologista
 CRM-PB 4184





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03325.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03325.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:19 horas do dia 26 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaías Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **João Batista Mole**, CPF nº 016.561.632-68, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Arlete de Souza e Gilberto Francisco Mola, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/06/1943 (75 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Carneiro da Cunha, Nº 1644, bairro Torre, tendo como ponto de referência Unimed, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98738-2869.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Feliciano Dourado, Mercado da Torre, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/02/18 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante pedalava um bicicleta, e estava indo a farmácia, quando um veículo gol prata de placa: NPZ 8458/PB veio e atropelou ao notificante; QUE o notificante relata que o causador do acidente ficou no local e deu assistência; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme **LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 21.03.2019 do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena**, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar CID 10 S72.2

ADENDO(S):

Que na data 27/03/2019, à(s) 11:14 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: **QUE O NOME DO NOTIFICANTE É JOÃO BATISTA MOLA, E DATA DO ACIDENTE FOI NO DIA 28/12/2018, AO INVÉS DE 28/02/2018..** Adendo registrado por: José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula: 1273345.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 209 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 27 de março de 2019.

JOSE INACIO DA SILVA NETO

Agente de Investigação

JOÃO BATISTA MOLE

Noticiante



Procedimento Policial: 03325.01.2019.1.00.401





SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
RUA DIÓGENES CHIANCA, 1777
CEP 58053-900
JOÃO PESSOA - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 903/003, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2304064, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente JOAO BATISTA MOLA idade 75 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Atropelamento) no dia 28/12/2018, na Av. Feliciano Dourado, Bairro: Torre - João Pessoa - aproximadamente às 08:00 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 2019.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREJ5ª Região: 10171

SAMU 192 JP
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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOÃO BATISTA MOLA

DADOS DE NASCIMENTO 26/06/43

NOME DA MÃE ARLENE DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.132.193

Nº PRONTUÁRIO 113.124

DATA DO ATENDIMENTO 28/12/18

HORA DO ATENDIMENTO 09:24

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE BICICLETA

FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FEMUR E

CID 10 S 72.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de bicicleta (atropelamento), trazido pelo SAMU, apresentando dor em quadril E e deformidade em membro inferior E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da bacia - AP
RX do quadril E - AP
RX do tornozelo E - AP e P
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Fratura subtrocantérica do femur E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Umberto Jansen e Dr. Santino Arnaud da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 11/01/19

DATA DA EMISSÃO: 21/03/19



DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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





Receituário Médico



JOÃO BATISTA MOZA

UNDO:

FRATURA SUBTROCANTERIANA DE
FÊMUR (E) SUBMETIDO À CIRURGIA
E PLACA DCS 85º, C/ LIMITAÇÃO
DA MARCHA + AUXÍLIO DE MULETA
B/ DEAMBULADOR

CID: S72

Data: 08/04/19


DR. ALBERTO JENSEN
ORÇ. RED. I. TRAUMATOLOGIA
CRM - PE 5769

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280290/19

Vítima: JOAO BATISTA MOLA

CPF: 016.561.632-68

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/02/2018

Titular do CPF: JOAO BATISTA MOLA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOAO BATISTA MOLA : 016.561.632-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Amc Raquel

sinistro no 03190491410

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 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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/08/2019
Nome: JOAO BATISTA MOLA
CPF: 016.561.632-68

JOAO BATISTA MOLA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 08994516-92



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 02810290/19

3 - CPF da vítima: 016561632-68

4 - Nome completo da vítima: JOAO BATISTA MOLA

5 - Nome completo: JOAO BATISTA MOLA

6 - CPF: 016561632-68

7 - Profissão: JAPANESE FORD

8 - Endereço: Av. Kennedy de Bumbura

12 - Cidade: Jaboão Pereira

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58041-243

16 - Tel.(DDD): 83-98738-2869

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ SEM RENDA ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Itaú (341) ☐ Bradesco (237) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0617 CONTA: 34647 (Informar o dígito se existir)

Nome do BANCO: BOXXE

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções)

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Vivo

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Vivos: ☐ Falecidos: ☐ nascituro (val nascer?) ☐ Não ☐ Sim

30 - Vítima deixou ☐ teve irmãos? ☐ Não ☐ Sim

31 - Vítima ☐ viveu ☐ Não ☐ Sim

32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Vivos: ☐ Falecidos: ☐ pais/avós vivos? ☐ Não ☐ Sim

33 - Vítima deixou ☐ pais/avós vivos? ☐ Não ☐ Sim

Estou cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido CPF legível de quem assina a rogo/a pedido Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

NÃO ALFABETIZADO

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

DADOS CADASTRAIS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

40 - Local e Data: Jaboão Pereira, 15/08/19

Assinatura da testemunha 15 Abr. 2019

39 - 2ª | Nome: CPF:

38 - 1ª | Nome: CPF:

TESTEMUNHAS

CAIXA Loterias CAIXA

CAIXA Loterias CAIXA

CAIXA Loterias CAIXA

CAIXA Loterias CAIXA

120-806714530-8

10/08/2019

HORA DE 10:55:12

LOT. 15.015435-0
LOCALIDADE: JOAO PESSOA
AG. VINCULADA: 0617

TERM 01501

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0617,00034647-7

NOME: JOAO BATISTA MOLA

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DIA LIMITE	SALDO
01/04	88,93
28/04	84,19

RESUMO EM 29/04	123,18
SALDO	


RESUMO DO DIA	0,00
SALDO BLOQUEADO	809,12 C
SALDO DISPONIVEL	809,12
SALDO TOTAL	

120-806714530-8

19 VIA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287567/19

Número do Sinistro: 3190491230

Vítima: JOAO BATISTA MOLA

CPF: 016.561.632-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/12/2018

Titular do CPF: JOAO BATISTA MOLA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

JOAO BATISTA MOLA : 016.561.632-68

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

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 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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/09/2019

Nome: JOAO BATISTA MOLA

CPF: 016.561.632-68

JOAO BATISTA MOLA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2019

Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

CPF: 614.058.096-04
06 SET. 2019

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03325.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03325.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:19 horas do dia 26 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaias Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **João Batista Mole**, CPF nº 016.561.632-68, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Arlete de Souza e Gilberto Francisco Mola, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/06/1943 (75 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Carneiro da Cunha, Nº 1644, bairro Torre, tendo como ponto de referência Unimed, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98738-2869;

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Feliciano Dourado, Mercado da Torre, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/02/18 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

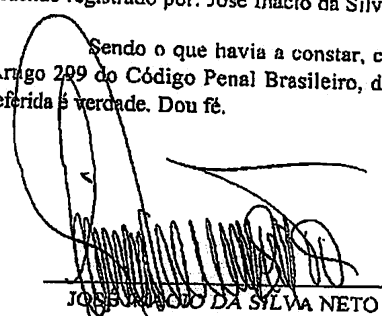
QUE o notificante pedalava um bicicleta, e estava indo a farmácia, quando um veículo gol prata de placa: NPZ 8458/PB veio e atropelou ao notificante; QUE o notificante relata que o causador do acidente ficou no local e deu assistência; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 21.03.2019 do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar CID 10 S72,2

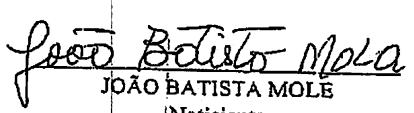
ADENDO(S):

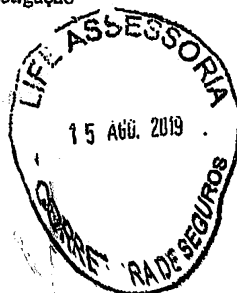
Que na data 27/03/2019, à(s) 11:14 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE O NOME DO NOTIFICANTE É JOÃO BATISTA MOLA, E DATA DO ACIDENTE FOI NO DIA 28/12/2018, AO INVÉS DE 28/02/2018.. Adendo registrado por: José Inácio da Silva Nero, Agente de Investigação, matrícula: 1273345.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 209 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 27 de março de 2019.


JOSE INACIO DA SILVA NETO
Agente de Investigação


JOÃO BATISTA MOLE
[Noticiante]



Procedimento Policial: 03325.01.2019.1.00.401

111



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - E

2 - Nº do sin.
31904

REGISTRO DE INI

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

3 - CPF da vítima: 016561632-68

4 - Nome completo da vítima:

ASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

6 - CPF: 016561632-68

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel.(DDD): 83.987382869

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0617

CONTA: 344647

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

VNN7/7N19

Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 04/03/2020 16:43:24

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030416432322000000027742743

Número do documento: 20030416432322000000027742743

Num. 28782335 - Pág. 6

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

1-36(0)

REFERENCIAL

JUL 201

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

ARIETE DE SOUZA

AV CARNEIRO DA CUNHA, 1644 - EXPEDICIONÁRIOS JOAO
PESSOA PB 58040-243

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.063.358.0047.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
001.063.358.0047.000	18.06.2013	AV CARNEIRO DA CUNHA	LIGADO	LIGADO

DATA	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE
25.06.2019	5	m³	0,9	m³
01.07.2019	5	m³	0,9	m³
01.08.2019	5	m³	0,9	m³
01.09.2019	5	m³	0,9	m³
01.10.2019	5	m³	0,9	m³
01.11.2019	5	m³	0,9	m³
01.12.2019	5	m³	0,9	m³
01.01.2020	5	m³	0,9	m³
01.02.2020	5	m³	0,9	m³
01.03.2020	5	m³	0,9	m³
01.04.2020	5	m³	0,9	m³
01.05.2020	5	m³	0,9	m³
01.06.2020	5	m³	0,9	m³
01.07.2020	5	m³	0,9	m³
01.08.2020	5	m³	0,9	m³
01.09.2020	5	m³	0,9	m³
01.10.2020	5	m³	0,9	m³
01.11.2020	5	m³	0,9	m³
01.12.2020	5	m³	0,9	m³
01.01.2021	5	m³	0,9	m³
01.02.2021	5	m³	0,9	m³
01.03.2021	5	m³	0,9	m³
01.04.2021	5	m³	0,9	m³
01.05.2021	5	m³	0,9	m³
01.06.2021	5	m³	0,9	m³
01.07.2021	5	m³	0,9	m³
01.08.2021	5	m³	0,9	m³
01.09.2021	5	m³	0,9	m³
01.10.2021	5	m³	0,9	m³
01.11.2021	5	m³	0,9	m³
01.12.2021	5	m³	0,9	m³
01.01.2022	5	m³	0,9	m³
01.02.2022	5	m³	0,9	m³
01.03.2022	5	m³	0,9	m³
01.04.2022	5	m³	0,9	m³
01.05.2022	5	m³	0,9	m³
01.06.2022	5	m³	0,9	m³
01.07.2022	5	m³	0,9	m³
01.08.2022	5	m³	0,9	m³
01.09.2022	5	m³	0,9	m³
01.10.2022	5	m³	0,9	m³
01.11.2022	5	m³	0,9	m³
01.12.2022	5	m³	0,9	m³
01.01.2023	5	m³	0,9	m³
01.02.2023	5	m³	0,9	m³
01.03.2023	5	m³	0,9	m³
01.04.2023	5	m³	0,9	m³
01.05.2023	5	m³	0,9	m³
01.06.2023	5	m³	0,9	m³
01.07.2023	5	m³	0,9	m³
01.08.2023	5	m³	0,9	m³
01.09.2023	5	m³	0,9	m³
01.10.2023	5	m³	0,9	m³
01.11.2023	5	m³	0,9	m³
01.12.2023	5	m³	0,9	m³
01.01.2024	5	m³	0,9	m³
01.02.2024	5	m³	0,9	m³
01.03.2024	5	m³	0,9	m³
01.04.2024	5	m³	0,9	m³
01.05.2024	5	m³	0,9	m³
01.06.2024	5	m³	0,9	m³
01.07.2024	5	m³	0,9	m³
01.08.2024	5	m³	0,9	m³
01.09.2024	5	m³	0,9	m³
01.10.2024	5	m³	0,9	m³
01.11.2024	5	m³	0,9	m³
01.12.2024	5	m³	0,9	m³
01.01.2025	5	m³	0,9	m³
01.02.2025	5	m³	0,9	m³
01.03.2025	5	m³	0,9	m³
01.04.2025	5	m³	0,9	m³
01.05.2025	5	m³	0,9	m³
01.06.2025	5	m³	0,9	m³
01.07.2025	5	m³	0,9	m³
01.08.2025	5	m³	0,9	m³
01.09.2025	5	m³	0,9	m³
01.10.2025	5	m³	0,9	m³
01.11.2025	5	m³	0,9	m³
01.12.2025	5	m³	0,9	m³
01.01.2026	5	m³	0,9	m³
01.02.2026	5	m³	0,9	m³
01.03.2026	5	m³	0,9	m³
01.04.2026	5	m³	0,9	m³
01.05.2026	5	m³	0,9	m³
01.06.2026	5	m³	0,9	m³
01.07.2026	5	m³	0,9	m³
01.08.2026	5	m³	0,9	m³
01.09.2026	5	m³	0,9	m³
01.10.2026	5	m³	0,9	m³
01.11.2026	5	m³	0,9	m³
01.12.2026	5	m³	0,9	m³
01.01.2027	5	m³	0,9	m³
01.02.2027	5	m³	0,9	m³
01.03.2027	5	m³	0,9	m³
01.04.2027	5	m³	0,9	m³
01.05.2027	5	m³	0,9	m³
01.06.2027	5	m³	0,9	m³
01.07.2027	5	m³	0,9	m³
01.08.2027	5	m³	0,9	m³
01.09.2027	5	m³	0,9	m³
01.10.2027	5	m³	0,9	m³
01.11.2027	5	m³	0,9	m³
01.12.2027	5	m³	0,9	m³
01.01.2028	5	m³	0,9	m³
01.02.2028	5	m³	0,9	m³
01.03.2028	5	m³	0,9	m³
01.04.2028	5	m³	0,9	m³
01.05.2028	5	m³	0,9	m³
01.06.2028	5	m³	0,9	m³
01.07.2028	5	m³	0,9	m³
01.08.2028	5	m³	0,9	m³
01.09.2028	5	m³	0,9	m³
01.10.2028	5	m³	0,9	m³
01.11.2028	5	m³	0,9	m³
01.12.2028	5	m³	0,9	m³
01.01.2029	5	m³	0,9	m³
01.02.2029	5	m³	0,9	m³
01.03.2029	5	m³	0,9	m³
01.04.2029	5	m³	0,9	m³
01.05.2029	5	m³	0,9	m³
01.06.2029	5	m³	0,9	m³
01.07.2029	5	m³	0,9	m³
01.08.2029	5	m³	0,9	m³
01.09.2029	5	m³	0,9	m³
01.10.2029	5	m³	0,9	m³
01.11.2029	5	m³	0,9	m³
01.12.2029	5	m³	0,9	m³
01.01.2030	5	m³	0,9	m³
01.02.2030	5	m³	0,9	m³
01.03.2030	5	m³	0,9	m³
01.04.2030	5	m³	0,9	m³
01.05.2030	5	m³	0,9	m³
01.06.2030	5	m³	0,9	m³
01.07.2030	5	m³	0,9	m³
01.08.2030	5	m³	0,9	m³
01.09.2030	5	m³	0,9	m³
01.10.2030	5	m³	0,9	m³
01.11.2030	5	m³	0,9	m³
01.12.2030	5	m³	0,9	m³
01.01.2031	5	m³	0,9	m³
01.02.2031	5	m³	0,9	m³
01.03.2031	5	m³	0,9	m³
01.04.2031	5	m³	0,9	m³
01.05.2031	5	m³	0,9	m³
01.06.2031	5	m³	0,9	m³
01.07.2031	5	m³	0,9	m³
01.08.2031	5	m³	0,9	m³
01.09.2031	5	m³	0,9	m³
01.10.2031	5	m³	0,9	m³
01.11.2031	5	m³	0,9	m³
01.12.2031	5	m³	0,9	m³
01.01.2032	5	m³	0,9	m³
01.02.2032	5	m³	0,9	m³
01.03.2032	5	m³	0,9	m³
01.04.2032	5	m³	0,9	m³
01.05.2032	5	m³	0,9	m³
01.06.2032	5	m³	0,9	m³
01.07.2032	5	m³	0,9	m³
01.08.2032	5	m³	0,9	m³
01.09.2032	5	m³	0,9	m³
01.10.2032	5	m³	0,9	m³
01.11.2032	5	m³	0,9	m³
01.12.2032	5	m³	0,9	m³
01.01.2033	5	m³	0,9	m³
01.02.2033	5	m³	0,9	m³
01.03.2033	5	m³	0,9	m³
01.04.2033	5	m³	0,9	m³
01.05.2033	5	m³	0,9	m³
01.06.2033	5	m³	0,9	m³
01.07.2033	5	m³	0,9	m³
01.08.2033	5	m³	0,9	m³
01.09.2033	5	m³	0,9	m³
01.10.2033	5	m³	0,9	m³
01.11.2033	5	m³	0,9	m³
01.12.2033	5	m³	0,9	m³
01.01.2034	5	m³	0,9	m³
01.02.2034	5	m³	0,9	m³
01.03.2034	5	m³	0,9	m³
01.04.2034	5	m³	0,9	m³
01.05.2034	5	m³	0,9	m³
01.06.2034	5	m³	0,9	m³
01.07.2034	5	m³	0,9	m³
01.08.2034	5	m³	0,9	m³
01.09.2034	5	m³	0,9	m³
01.10.2034	5	m³	0,9	m³
01.11.2034	5	m³	0,9	m³
01.12.2034	5	m³	0,9	m³
01.01.2035	5	m³	0,9	m³
01.02.2035	5	m³	0,9	m³
01.03.2035	5	m³	0,9	m³
01.04.2035	5	m³	0,9	m³
01.05.2035	5	m³	0,9	m³
01.06.2035	5	m³	0,9	m³
01.07.2035	5	m³	0,9	m³
01.08.2035	5	m³	0,9	m³
01.09.2035	5	m³	0,9	m³
01.10.2035	5	m³	0,9	m³
01.11.2035	5	m³	0,9	m³
01.12.2035	5	m³	0,9	m³
01.01.2036	5	m³	0,9	m³
01.02.2036	5	m³	0,9	m³
01.03.2036	5	m³	0,9	m³
01.04.2036	5	m³	0,9	m³
01.05.2036	5	m³	0,9	m³
01.06.2036	5	m³	0,9	m³
01.07.2036	5	m³	0,9	m³
01.08.2036	5	m³	0,9	m³
01.09.2036	5	m³	0,9	m³
01.10.2036	5	m³	0,9	m³
01.11.2036	5	m³	0,9	m³
01.12.2036	5	m³	0,9	m³
01.01.2037	5	m³	0,9	m³
01.02.2037	5	m³	0,9	m³
01.03.2037	5	m³	0,9	m³
01.04.2037	5	m³	0,9	m³
01.05.2037	5	m³	0,9	m³
01.06.2037	5	m³	0,9	m³
01.07.2037	5	m³	0,9	m³
01.08.2037	5	m³	0,9	m³
01.09.2037	5	m³	0,9	m³
01.10.2037	5	m³	0,9	m³
01.11.2037	5	m³	0,9	m³
01.12.2037	5	m³	0,9	m³
01.01.2038	5	m³	0,9	m³
01.02.2038	5	m³	0,9	m³
01.03.2038	5	m³	0,9	m³
01.04.2038	5	m³	0,9	m³
01.05.2038	5	m³	0,9	m³
01.06.2038	5	m³	0,9	m³
01.07.2038	5	m³	0,9	m³
01.08.2038	5	m³	0,9	m³
01.09.2038	5	m³	0,9	m³
01.10.2038	5	m³	0,9	m³
01.11.2038	5	m³	0,9	m³
01.12.2038	5	m³	0,9	m³
01.01.2039	5	m³	0,9	m³
01.02.2039	5	m³	0,9	m³
01.03.2039	5	m³	0,9	m³
01.04.2039	5	m³	0,9	m³
01.05.2039	5	m³	0,9	m³
01.06.2039	5	m³	0,9	m³
01.07.2039	5	m³	0,9	m³
01.08.2039	5	m³	0,9	m³
01.09.2039	5	m³	0,9	m³
01.10.2039	5	m³	0,9	m³
01.11.2039	5	m³	0,9	m³
01.12.2039	5	m³	0,9	m³
01.01.2040	5	m³	0,9	m³
01.02.2040	5	m³	0,9	m³
01.03.2040	5	m³	0,9	m³
01.04.2040	5	m³	0,9	m³
01.05.2040	5	m³	0,9	m³
01.06.2040	5	m³	0,9	m³
01.07.2040	5	m³	0,9	m³
01.08.2040	5	m³	0,9	m³
01.09.2040	5	m³</		



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: JOÃO BATISTA MOLA

marcius, representado

CPF/MF: 016561632-68

RG: 4203887 SSP PB

Endereço: Av. Barão da Cunha, 1644, Torre

58041-243

João Pessoa - PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e **ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO**, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 e seguintes do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 20 de junho de 2020.

João Batista Mola
Outorgante

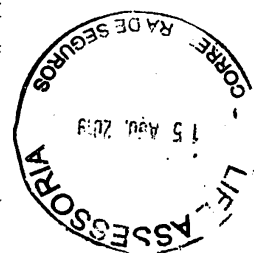


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

F-001

MAIOR DE 65 ANOS
João Batista Mola

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.203.887 DATA DE EMISSÃO 07/11/2013

NOME JOÃO BATISTA MOLA

FILIAÇÃO GILBERTO FRANCISCO MOLA
ARLETE DE SOUZA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 29/06/1943

DOC ORIGEM NASC.N. 41597 FLS. 375 LIV. 089
CAPTORIO JOÃO PESSOA/PB

CPF 016.561.632-68

LEI Nº 7.116 DE 29/03/1966



ARLETE DE SOUZA
W CARNEIRO DA LUNHA, 1644 - TORRE
JOAO PESSOA/PB CEP: 58041-243 (AS 1)

Ligação MONOFÁSICO
Clas/Sbc RES MTC B1: RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro 5 - 6 - 57 - 3820 Referência Mai/2019
Medidor: 09008239077 Emissão: 09/05/2019

ENERGISA PARAIBA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
(B-299) Km 25, Canto Redentor, João Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ 03.056.132/0001-40 Insc. Est. 16.016.923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 024.582.927
Cód. para Dab. Automático: 000003333-6

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Mai / 2019 09/05/2019 07/06/2019 646.026.678-20
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/33333-6

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinabrasil



Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 09/04/19	Lectura 14451	Data 09/05/19	Lectura 14620	

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Valor Base Calc. Aliq. ICMS(R%)	Base Calc. Ps(R%)	Ps(R%)	Colins(R%)
0801	Consumo em kWh	179,000	0,848390	151,50	151,50	27	40,90
0801	Adic. B. Amarela			0,78	0,78	27	0,21
0807	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			6,09	0,00	0	0,00
0804	JUROS DE MORA 04/2019			1,03	0,00	0	0,00
0805	MULTA 04/2019			3,62	0,00	0	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2019			0,77	0,00	0	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 163,80 152,29 41,11 152,29 1,47 6,81
Tarifa s/ Tributos 0,571770
Média últimos meses (kWh) 174

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

16/05/2019

R\$ 163,80

Histórico de Consumo (kWh)

137	165	158	152	147	246	206	212	172	93	185	212
Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19

6118.87d1.4afd.4551.5207.95a5.eeb0.178c.

Indicadores de Qualidade 3/2019 - João Pessoa

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL	5,07	0,00
DIC TRIMESTRAL	10,15	
DIC ANUAL	20,30	
FIC TRIMESTRAL	3,36	0,00
FIC ANUAL	6,72	
DMC	13,45	
DICR	2,86	
	12,22	

ATENÇÃO

- Leitura Informada pelo Cliente

Discriminação	Valor (R\$)	%
Servços de Dist. da Energisa/PB	35,88	21,90
Compra de Energia	52,95	32,33
Serviço de Transmissão	5,58	3,41
Encargos Setoriais	8,49	5,18
Impostos Deletos e Encargos	60,90	37,18
Outros Serviços	0,90	0,00
Total	163,80	100,00

Valor do EUSD (Ref. 3/2019) R\$ 55,93

Faturas em atraso

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

16/05/2019

R\$ 163,80

PARAIBA
Roteiro 5 - 6 - 57 - 3820
Matricula 33333-2019-05 3

83620000001-3 63800149000-9 00333332019-4 05300006019-3





Poder Judiciário da Paraíba
11ª Vara Cível da Capital

Vistos, etc.

1. Defiro a justiça gratuita;
2. Recebo a inicial vez que presente os requisitos previstos no art. 319 e seguintes do CPC;
3. Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, vez que se trata de ação de cobrança de DPVAT, onde a Seguradora somente concilia após realização de perícia, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF);
4. Cite-se e intime-se (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;
5. Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção);
6. Via digitalmente assinada deste *decisum* poderá servir como mandado.

Citações e intimações necessárias. Cumpra-se.

