



Número: **0800073-94.2018.8.15.1171**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Paulista**

Última distribuição : **12/03/2018**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>RODOLFO LINHARES DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>ALINE RODRIGUES GOMES (ADVOGADO)</b> <b>TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13019 038	12/03/2018 10:53	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
13019 091	12/03/2018 10:53	<a href="#">Petição Inicial</a>	Outros Documentos
13019 097	12/03/2018 10:53	<a href="#">Procuração e Declaração de Hipossuficiência</a>	Procuração
13019 103	12/03/2018 10:53	<a href="#">Documentos Pessoais e Comprovante de Residência</a>	Documento de Identificação
13019 115	12/03/2018 10:53	<a href="#">Documento do Veículo e Declaração do Proprietário</a>	Outros Documentos
13019 123	12/03/2018 10:53	<a href="#">Boletim de Ocorrência</a>	Outros Documentos
13019 136	12/03/2018 10:53	<a href="#">Ficha de Atendimento SAMU</a>	Outros Documentos
13019 145	12/03/2018 10:53	<a href="#">Ficha de Atendimento Ambulatorial</a>	Outros Documentos
13019 156	12/03/2018 10:53	<a href="#">Encaminhamento e Ficha de Acolhimento Hospital de Trauma</a>	Outros Documentos
13019 164	12/03/2018 10:53	<a href="#">Ficha de Atendimento Hospital de Trauma</a>	Outros Documentos
13019 179	12/03/2018 10:53	<a href="#">Descrição da Operação realizada</a>	Outros Documentos
13019 198	12/03/2018 10:53	<a href="#">Exame Tomografia do Crânio 25.10.2017</a>	Outros Documentos
13019 244	12/03/2018 10:53	<a href="#">Imagens TCE</a>	Outros Documentos
13019 252	12/03/2018 10:53	<a href="#">Exame Tomografia do Crânio 27.02.2018</a>	Outros Documentos
13019 259	12/03/2018 10:53	<a href="#">Autorização de Pagamento e Declaração de Ausência de IML</a>	Outros Documentos
13019 266	12/03/2018 10:53	<a href="#">Conta Bancária</a>	Outros Documentos
13019 290	12/03/2018 10:53	<a href="#">Extrato Demonstrativo - Pagamento realizado</a>	Outros Documentos
15697 543	02/08/2018 14:51	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

PETIÇÃO INICIAL EM ANEXO PDF.



Assinado eletronicamente por: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA - 12/03/2018 10:52:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18031210531993300000012718775>  
Número do documento: 18031210531993300000012718775

Num. 13019038 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(ÍZA) DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE PAULISTA – PARAÍBA.**

**RODOLFO LINHARES DA SILVA**, brasileiro, união estável, agricultor, portador do RG nº 3.808.119 – SSDS/PB, inscrito no CPF sob o nº 120.445.884-71, residente e domiciliado no Sítio Mimoso, s/n, Zona Rural da Cidade de Paulista – PB, por seus advogados que esta subscrevem consoante se infere do instrumento procuratório adiante acostado, vem respeitosamente à presença de V. Exa. com fulcro nas leis 1.060/50 e 6.194/74, ajuizar a presente

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

em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, podendo ser intimada através de seu departamento jurídico localizado na Rua Senador Dantas, 74/14º andar, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031.205, pelas razões de fato e direto a seguir articuladas:

**I – DA JUSTIÇA GRATUITA:**

---

Inicialmente, a parte por se adequar nas hipóteses da LAJ, requer a Vossa Excelência que sejam deferidos os benefícios da Justiça Gratuita, com fulcro artigo 98 e seguintes do CPC e na Lei 1.060/50, com as alterações introduzidas pela Lei 7.150/86, por não ter condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

**II – DOS FATOS:**

---

Rua Domingos de Medeiros, nº. 115, Centro-  
Pombal – PB – CEP.: 58.840-000  
[83] 99900 0530 – (83) 99936 7717  
tewerton@hotmail.com  
alinegomes152@hotmail.com

1



Ocorre que, no dia **25/10/2017**, quando trafegava nas imediações do Sítio Mimoso, o requerente foi vítima de sinistro de trânsito, que lhe ocasionou **TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO** e **FRATURA DO PUNHO ESQUERDO**, conforme o Boletim de Ocorrência Policial da Delegacia Civil de São Bento - PB.

O autor foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Pombal. Diante da falta de vaga o requerente foi transferido para o Hospital de Trauma na Cidade de Campina Grande - PB, **sendo submetido a tratamento cirúrgico e permanecendo internado por mais de 30 (trinta) dias**, tendo ficado incapacitado para suas ocupações habituais. **(Cópia dos prontuários médicos e da ficha de atendimento do hospital anexos).**

O promovente, ciente da existência do seguro obrigatório DPVAT e de posse da documentação exigida em Lei, postulou junto à requerida o recebimento da indenização e após procedimento administrativo demasiadamente burocrático, **recebeu apenas a quantia de R\$ 8.437,50 (Oito mil, quatrocentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, referente à natureza invalidez conforme Extrato Demonstrativo - Pagamento realizado que segue incluso.

Resta claro e evidente, Excelência, o pagamento a menor do devido seguro, pois o valor indenizado está muito aquém do estabelecido em Lei e sem qualquer justificativa, porquanto a seguradora não disponibilizou o acesso ao processo administrativo e nem a perícia que foi realizada.

Cumpre ressaltar que o valor recebido administrativamente **NÃO FOI ATUALIZADO**, onde deveria ter sido corrigido pelos índices legais e com juros de mora de 1,0% a contar da data do sinistro, como determina a legislação vigente.

Logo, nos leva a concluir pelas sequelas permanentes do mesmo, em face do prejuízo e do constrangimento, frustração e desamparo e diante da obrigação de pagar e da má-fé da seguradora conveniada ao consórcio DPVAT, não restou alternativa ao demandante, senão pleitear seu direito na via judicial.

### **III - DO DIREITO:**

---

A Lei nº 6.194/74, alterada pelas Leis nº 8.441/92, nº 11.482/07 e 11.945/09 dispõe sobre seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestres, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Em conformidade com o artigo 3º da citada Lei, 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:

**Art. 3º.** Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º 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; e**

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

A parte autora buscou na via administrativa, a satisfação do seu direito nos termos da legislação que regula o Seguro DPVAT, entretanto, teve o seu direito preterido em face de pagamento a menor do que a legislação determina, pois o valor a ela pago foi o de **R\$ 8.437,50 (Oito mil, quatrocentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, referente à natureza invalidez, restando à diferença que ora pleiteia, já que o correto valor determinado pela Lei 6.194/74 (com as alterações introduzidas pela Lei 11.482/07) é de **R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)** para **Perda completa da mobilidade de um dos**



**punhos e Lesões de órgãos e estruturas craniofaciais**, que são o caso da parte demandante.

Denota-se, portanto, que o demandante não recebeu o valor devido, qual seja: o equivalente a **R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)** com relação a invalidez, nos termos da Lei nº 6.194/74, que dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não, devendo ser indenizado pelo seguro, como medida de direito.

Salienta-se que o requerente faz jus ao valor da **Perda completa da mobilidade de um dos punhos e Lesões de órgãos e estruturas craniofaciais**, uma vez que resta comprovado na documentação acostada aos autos **o nexo causal entre o acidente e a lesões permanentes**, pois conforme o Art. 5º da Lei 6.194/74, não há que se discutir acerca da culpabilidade da vítima no evento danoso, devendo-se reconhecer a responsabilidade objetiva, visto que o pagamento da indenização do seguro obrigatório se satisfaz diante da comprovação do acidente e do nexo causal, independentemente da aferição de culpa pelo sinistro, senão 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).

Há que se ressaltar que, na época própria, toda a documentação exigida pela Lei foi apresentada à Seguradora que fez o referido pagamento, pois se assim não fosse, obviamente, a mesma não teria efetuado o pagamento nem mesmo do citado valor.

Logo, não cabe à demandada, a esta altura, achar de exigir apresentação de quaisquer outras documentações para provar o sinistro, nexo



causal e direito da parte autoral, já que tais provas foram cristalinamente consubstanciadas com tal documentação já em poder da demandada.

Ainda sobre o direito do requerente, a jurisprudência dominante, seguindo orientação do STJ, orienta que em havendo debilidade permanente no segurado, cabe a este o direito de receber da seguradora **a indenização, desde que haja a comprovação do acidente e seja configurado o caráter permanente da lesão sofrida, não havendo necessidade de comprovação de pagamento do DUT, tão pouco de graduação da debilidade**, senão vejamos:

**"A lei não distingue a invalidez permanente em total ou parcial, ou seja, não perquire se leve ou grave a debilidade, bastando a configuração da permanência.**  
**A jurisprudência assim já se posicionou afirmando que, mesmo caracterizada debilidade permanente em grau mínimo, é devida a indenização** (TJDF – 2<sup>a</sup> Turma Recursal dos Juizados Especiais, ACJ n. 2001.01.1.095419-9, Relator Juiz Benito Augusto Tiezzi, julgado em 08/05/2002)". (2<sup>º</sup> JEC, COMARCA DE JOÃO PESSOA, PROCESSO DE Nº 200.2005.008.340 – 7) (no mesmo sentido: processo nº 200.2005.060.373 – 3, 1<sup>º</sup> JEC, Comarca João Pessoa). (Grifo nosso).

#### **IV – DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA:**

---

No caso em tela temos que a relação entre a seguradora e o destinatária final da indenização do seguro DPVAT caracteriza-se como uma relação de consumo, já que estão presentes todos os elementos subjetivos e objetivos da relação, descritos nos art. 2º e 3º do CDC.

Prescreve o inciso VIII do art. 6º do CDC:

**Art. 6º.** São direitos básicos do consumidor:

(...)

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do Juiz, for verossímil a alegação ou



quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;

Desse dispositivo depreende-se que havendo hipossuficiência do consumidor, é direito básico seu a facilitação da defesa de seus direitos **com a inversão do ônus da prova**. Trata-se do Princípio da Isonomia, pois o consumidor é a parte mais fraca e vulnerável na relação de consumo, devendo ser tratado de forma diferenciada, a fim de que seja alcançada a igualdade real entre os participantes da relação de consumo.

**Assim, visando a economia processual, requer, desde já, o deferimento do benefício da inversão do ônus da prova, a fim de que a PROMOVIDA seja compelida a apresentar o processo administrativo referente ao seguro obrigatório – DPVAT, vez que toda documentação aludida ao processo ficou retida com a seguradora.**

#### **V - DA JURISPRUDÊNCIA:**

---

A legislação do seguro obrigatório não faz qualquer diferenciação entre invalidez total ou parcial. Tal lei apenas exige, para que o lesionado faça jus ao recebimento da indenização, em seu limite máximo, que a invalidez tenha sido permanente. Destarte, ainda que se trate de invalidez parcial, desde que seja permanente, o lesionado tem direito ao recebimento integral da indenização, conforme artigo 3º inciso II, da Lei 6.194/74, já que esta não faz distinção quanto ao alcance da invalidez.

**Demonstrado está o direito do autor em receber o valor de indenização de seguro obrigatório que culminou em debilidades permanentes, restando à requerida o dever de efetuar o seu pagamento, devidamente corrigido desde a data do fato.**

Ademais, a jurisprudência se posiciona no sentido de que:

**"Não há, para efeito de pagamento da indenização, obrigatoriedade da apresentação do laudo do instituto Médico Legal quantificando as lesões sofridas pelo segurado. Isto, aliás, fica evidenciado no § 1º do Art. 5º da Lei do DPVAT que exige, para o pagamento do seguro obrigatório, apenas registro policial do sinistro e, consequentemente, prova dos danos pessoais sofridos". (RT 54025-2).** (Grifo nosso).

Por fim, a parte autora, não encontrando outra forma de solucionar o litígio, vem invocar a tutela jurisdicional do Estado, por intermédio de seu órgão judiciário, para dirimir tal conflito.

## **VI - DOS PEDIDOS:**

---

Assim, com fulcro na Lei 6.194/74 alterada parcialmente pela Lei 8.441/92, nos art. 186, 927 do CCB, no art. 6º, VI e VIII do CDC, no art. 161, § 1º do CTN, Resolução da SUSEP, requer:

a) Que seja deferida a **inversão do ônus probandi** em face da **hipossuficiência da parte promovente** e com base na economia processual, a

fim de que a promovida seja compelida a apresentar o processo administrativo relativo ao seguro obrigatório DPVAT da parte autora, vez que toda documentação aludida àquele processo ficou, sem que esta concedesse o acesso às informações ali contidas, uma vez que pode auxiliar no deslinde da demanda de modo mais célere, sob pena de se considerarem verdadeiros os fatos relatados na inicial.

b) A **citação da promovida**, através de AR (Correios), no endereço retro declinado, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão.

c) A **PROCEDÊNCIA DA AÇÃO**, para condenar a promovida a pagar a quantia que corresponde à **diferença** entre o valor legal de **R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)** e o montante pago até o momento, referente ao seguro DPVAT, o que totaliza o valor de **R\$ 5.062,50 (Cinco mil, sessenta e dois**

**reais e cinquenta centavos)** face a invalidez permanente sofrida pela parte autora adquirida através de sinistro de acidente de trânsito, devidamente corrigida e com juros de mora desde a data do sinistro **(25/10/2017)**, conforme entendimento dos Tribunais Superiores e conforme farta documentação acostada;

d) Seja a demandada condenada em honorários advocatícios em 20% sobre o valor da condenação, mais custas e despesas processuais.

e) Requer seja deferido o benefício da justiça gratuita, por ser a parte demandante pobre na forma da lei, não podendo arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo próprio ou de sua família (Artigo 98 e seguintes do CPC e Lei 1.060/50).

f) Que o autor seja submetido **A PERÍCIA MÉDICA JUDICIAL**.

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, especialmente documental, depoimentos pessoal das partes, sem prejuízos das demais possíveis.

Dá-se a presente, o valor de R\$ 5.062,50 (Cinco mil, sessenta e dois reais e cinquenta centavos), para efeitos fiscais.

Nestes Termos,

Pede e Espera deferimento.

Pombal - PB, 12 de março de 2018.

---

**TARCÍSIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA**  
**OAB/PB nº 19.975**

Rua Domingos de Medeiros, nº. 115, Centro-  
Pombal - PB - CEP.: 58.840-000  
[83] 99900 0530 - (83) 99936 7717  
tewerton@hotmail.com  
alinegomes152@hotmail.com

8

---

**ALINE RODRIGUES GOMES OLIVEIRA**  
**OAB/PB nº 20.768**

Rua Domingos de Medeiros, nº. 115, Centro-  
Pombal - PB - CEP.: 58.840-000  
[83] 99900 0530 - (83) 99936 7717  
tewerton@hotmail.com  
alinegomes152@hotmail.com

9



## PROCURAÇÃO

Outorgante: RODOLFO LINHARES DA SILVA, brasileiro, união estável, agricultor, inscrito no RG sob nº 3.808.119 - SSDS/PB e CPF nº120.445.884-71, residente e domiciliado no Sítio Mimoso, s/n, Zona Rural da cidade de Paulista – Paraíba.

Outorgados: BEL. TARCÍSIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 19.975, Seccional da Paraíba e a BELA. ALINE RODRIGUES GOMES OLIVEIRA, brasileira, casada, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 20.768, Seccional da Paraíba, ambos com endereço profissional na Rua Domingos de Medeiros, nº 115, Empresarial Thaíla Vitória, Centro, CEP: 58.840.000, Pombal, Estado da Paraíba.

**PODERES:** Por este instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** confere aos **OUTORGADOS** os mais amplos e ilimitados para o foro em geral, perante qualquer juízo, instância, tribunal, ou fora deles, propor quaisquer ações, defendê-lo nas que lhe forem propostas, representação igualmente válida perante autoridades administrativas e policiais, podendo promover quaisquer medidas preliminares, preventivas ou assecuratórias de seus direitos e interesses, inclusive os da cláusula "ad judicia" e outros, por mais especiais que sejam, para confessar, desistir, fazer acordos, prestar compromisso de inventariante, receber e dar quitação, receber e levantar alvará judicial ou guia de retirada, requerer falências, impetrar mandado de segurança, levantar depósito de qualquer natureza, transigir, praticar, enfim, todos os atos em direito admitidos e que julgar necessário ao bom e fiel desempenho na defesa dos interesses do(a) outorgante, independentemente, da ordem de colocação dos nomes, conjunta ou separadamente, podendo também substabelecer no todo ou em parte, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, inclusive para representá-lo junto a autarquias públicas federais, estaduais e municipais, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

PAULISTA - PB, em 02 de fevereiro de 2018.

Rodolfo Linhares da Silva

RODOLFO LINHARES DA SILVA



### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, **RODOLFO LINHARES DA SILVA**, brasileiro, união estável, agricultor, inscrito no RG sob nº 3.808.119 - SSDS/PB e CPF nº120.445.884-71, residente e domiciliado no Sítio Mimoso, s/n, Zona Rural da cidade de Paulista – Paraíba, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos do Artigo 98 e seguintes do CPC e da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

**PAULISTA - PB, em 02 de fevereiro de 2018.**

Rodolfo Linhares da Silva.

**RODOLFO LINHARES DA SILVA**





MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**120.445.884-71**

Nome  
**RODOLFO LINHARES DA SILVA**

Nascimento  
**08/02/1993**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	DATA DE EMISSÃO
3.808.119	05/11/2009
NAME	
RODOLFO LINHARES DA SILVA	
QUALIFICAÇÃO	
JOSÉ ROBERTO GOMES DA SILVA	
NAÚBA LINHARES DA SILVA	
NATURALIDADE	
POMBAL-PB	
DOC ORIGEM	
NASC.N.30671 FLS.289 LIV.A 28	
CARTÓRIO POMBAL PB	
CPF	

DATA DE NASCIMENTO  
08/02/1993

LEI N.7.116 DE 29/09/83

CÓDIGO DE CONTROLE  
**9E71.8F81.28B1.E4A8**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 10:29:34 do dia 21/04/2015 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00



CARMEM LUCIA PEREIRA DA SILVA  
ST MIMOSO, S/N - ÁREA RURAL  
MIMOSO/PB CEP: 58860000 (AG: 237)

Emissão: 23/11/2017 Referência: Nov / 2017  
Classe/Subcls: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO B280, Km25- Cristo Redentor-João Pessoa /PB- CEP 58071-680  
Roteiro: 13- 243-801-3950 N° medidor: 00008283223

energis

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ:09.985.183/0001-40 Insc Est. 16.015.822-0  
Cód. para Dts. Automáticos: 00014628927

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2017	23/11/2017	21/12/2017	6160290479 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1452592-7

Canal de contato

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL -  
CARTÓRIO ELEITORAL CONVOCA OS ELETORES QUE AINDA  
NÃO FIZERAM O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO PARA QUE  
PRECUREM O CARTÓRIO ELEITORAL OU POSTO DE ATENDIMENTO  
MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 30/11/2017  
PARA QUE POSSAM REALIZAR O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO  
DE REPOSIÇÃO DOS ÚLTIMOS 3 MESES. TÍTULO ELEITORAL,  
SE HOUVER, EM CASO DE DÚVIDAS, CONSULTAR O SITE:  
WWW.TRE-PB.JUS.BR OU LIGAR PARA O FONE 3512-1331.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias			
24/10/17	11582	23/11/17	11778	1 214 30			
Demonstrativo							
CCI Descrição Quantidade Tarifa c/ Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS/ Total(R\$) Pct/Consumo(R\$) Cofins(R\$) Cofins(R%) (1.2281%)(6.1216%)							
0801 Consumo em kWh	214.000,00	80,05	0,00	0,00	80,05	1,07	4,30
0801 Adic. B. Vermelha	10,75	0,00	0,00	0,00	10,75	0,14	0,65
0810 Subsídio	34,30	0,00	0,00	34,30	0,45	2,10	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0804 JUROS DE MORA 08/2017	1,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 09/2017	0,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 08/2017	1,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 09/2017	1,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2017	0,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2017	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0908 Devolução Subsídio	-31,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 99,07 0,00 0,00 125,10 1,88 7,85

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 30/11/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 99,07

Histórico de Consumo (kWh)  
223 | 216 | 218 | 180 | 178 | 230 | 215 | 227 | 180 | 178 | 185 | 175  
Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16 Nov/16

RESERVADO AO FISCO  
e66c.5191.6d6a.b75b.5cb7.67ab.e1b4.0f7c.

Indicadores de Qualidade 9/2017 - São Bento		Composição do Consumo		
Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$) %
DIG-MENSAL	11,30	5,34	Serviços de Dist. da Energia/PB	28,21 29,48
DIG-TRIMESTRAL	22,61	NOMINAL	Compra de Energia	42,26 42,68
DICANUAL	45,22	220	Serviço de Transmissão	4,48 4,52
FIG-MENSAL	1,74	1,00	Encargos Setoriais	0,07 0,17
FIG-TRIMESTRAL	14,98	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	15,03 15,17
FIGANUAL	30,98	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00 0,00
DMC	6,19	LIMITE SUPERIOR	Total	99,07 100,00
DICRI	15,60	231	Valor do EUSD (Ref. 9/2017) R\$39,40	

ATENÇÃO  
- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso este(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 08/12/2017. 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.  
Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.  
Subvenção DEC.7.891/13 R\$ 31,75  
Isento ICMS

PARAIBA  
Roteiro: 13- 243- 801- 3950  
Matrícula: 1452592-2017-11-6

VENCIMENTO 30/11/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 99,07

83610000000-6 99070054000-0 14525922017-9 11600243019-1



Assinado eletronicamente por: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA - 12/03/2018 10:52:55  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18031210465190600000012718839  
Número do documento: 18031210465190600000012718839

Num. 13019103 - Pág. 2

<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>		<b>MÍNISTERO DAS CIUDADES</b>	
<b>DETRAN - PB</b>			
Nº 013747023982			
<b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO</b>			
AC 0019227077-0		2017	
B 00/00000000		2017	
CLAUDINAI MONTEIRO DE ARAUJO			
NOME			
PRAIA GRANDE			
ENDERÉSOS			
07000 3037435			
PLACA			
MOT2174/PB			
CHASSI			
B52RCC0108R165745			
COMBUSTÍVEL			
GASOLINA			
TIPO DE VÉHICULO			
PAS / MOTOCICLETA / MÁO APLIC			
MARCAS/MODELOS			
HONDA/CG 150 TITAN ES			
CATEGORIA			
2 / P / 149 / CI / PARTIC			
COR PREDOMINANTE			
AZUL			
VENCIMENTO/VALIDADE			
2008 / 2008			
ANO FAB.			
0015221070770			
ANO TAB.			
2008			
PREMIO TARIARO			
9			
922RC0108R165745			
PRÉMIO TOTAL (R\$)			
00,00 / 00,00			
PAGAMENTO			
01/08/2017			
DATA DE PAGAMENTO			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
05/09/2017			
CUSTO DA SERVIÇO/SEGURADO (R\$)			
0			
DATA DE QUITAÇÃO			
01/08/2017			
PAGAMENTO			
PARCELA			
COTA ÚNICA			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
0			
DATA			
31/05/2017			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudinai Monteiro de Araújo,  
RG nº 003.304.049, data de expedição 06/03/2010 Órgão SSP/PB,  
portador do CPF nº 700-030-374-36, com Domicílio na  
cidade de PAULISTA, no Estado de PARAÍBA, onde  
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Mimosa,  
nº 511, complemento, ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que  
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Rodolfo Límhares da Silva,  
cujo o condutor era Rodolfo Límhares da Silva.

Veículo: Motocicleta  
Ano: 2008  
Modelo: CG TITAN 150 KS  
Placa: MOT 21741 PB  
Chassi: 9C2KC 08108R 165745  
Data do acidente: 25/10/2017

Local e data: PAULISTA - PB, 02 de Janeiro de 2018

Claudinai Monteiro de Araújo  
Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

Francisco Martins Lopes - Serviço Notarial e Registral - Ofício Único  
○ Mário Almeida Martins - Titular ○ Saturnino de Almeida Martins - 1º Substituto  
R. João Pernambucano, 100 - Centro - CEP 58800-000 - Paulista/PB - F: (83) 3445-1397 - 99928-1852 - caronofm@gmail.com  
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de:  
CLAUDINAI MONTEIRO DE ARAÚJO. CONFERIDA  
A. RON. FE. Paulista-Paraíba,  
Saturnino de Almeida Martins  
Selo Digital da Firma do Tito Nogueira - AGF-93875-Q1NE  
Clique no link da assinatura para conferir: <https://selodigital.tpbjus.br>  
selo digital nº AGF-93875-Q1NE



Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil  
18ª Delegacia Seccional de Polícia  
Delegacia de São Bento  
Fone (83) 3444-2804 Disque Denúncia 197



# GOVERNO DA PARAÍBA



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 1280/2017

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**  
Data do fato: **25/10/17** hora: **07h:00min**

Notificante: **RODOLFO LINHARES DA SILVA**, alcunha "RODOLFO",  
Nacionalidade: brasileiro, solteiro, agricultor, naturalidade: Pombal/PB, nascido em 08/02/93, documento: RG nº 3.808.119 SSDS/PB, CPF nº 120.445.884-71, filho(a) de José Roberto Gomes da Silva e de Nauba Linhares da Silva, endereço: Sítio Mimoso, Zona Rural de Paulista/PB, referência: TEL. (83)9-9912 5571.

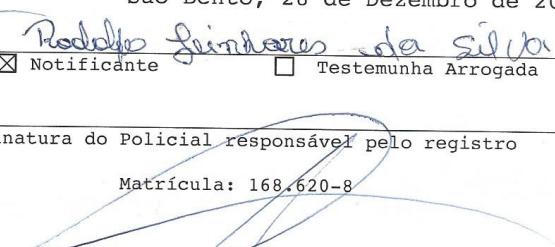
Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): Homero Perazzo Filho

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: ,  
naturalidade: , idade: \*\*\*, nascido em / / , cor/raça: \*\*\*\*\*, Estado Civil: \*\*\*\*\* ,  
Profissão: , Escolaridade: \*\*\*\*\* , documento: ,  
filiação: e de , endereço: \*\*\*\*\* , referência:  
Tel/Cel: ( ) ;

### HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE O NOTICIANTE INFORMA QUE NA DATA 25/10/17 POR VOLTA DAS 07h:00min O MESMO VINHA CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA MODELO HONDA CG 150 TITAN KS, FAB/MOD 2008/2008, COR AZUL, CHASSI 9C2KC08108R165745, RENAVAM 0019227077-0, REGISTRADO EM NOME DE CLAUDINAI MONTEIRO DE ARAÚJO, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DO SÍTIO MIMOSO EM UMA ESTRADA VICINAL O NOTICIANTE PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E SE COLIDIU CONTRA UMA CERCA DE UMA PROPRIEDADE; QUE O NOTICIANTE DESMAIOU E FOI SOCORRIDO PELO SAMU DA CIDADE DE PAULISTA/PB. Nada mais a consignar.

São Bento, 28 de Dezembro de 2017. Às 09:00 horas.

  
 Notificante  Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Matrícula: 168.620-8

POLICIA DIREITO





**PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**SERVÍCIO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA**  
**FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO USB 12**



#### - IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA 25/05/2014		HORA 10:00:37		ID 400537		PACIENTE/USUÁRIO Adelmo Bonfáres de Oliveira		IDADE 47		SEXO M		
LOCAL DA OCORRÊNCIA St. de mato						BAIRRO —		MÉDICO REGULADOR Dr. Soárez Neto				
() TRANSFERÊNCIA DE: DESTINO:			APOIO LOCAL: ( ) PM ( ) RESGATE/BOMBEIROS ( ) PRF ( ) CPTTRAN			OUTRO:						
QTA: ( ) NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL ( ) RECUSOU ATENDIMENTO ( ) SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ( ) LOCAL NÃO ENCONTRADO												
() ÓBITO NO LOCAL ( ) ÓBITO NO TRANSPORTE ( ) CANCELADO ( ) OUTRO:												
MOTIVO DA ATIVAÇÃO Anada de mato												
EXAME						ESTADO INICIAL						
PELE	<input checked="" type="checkbox"/> PALIDO ( ) CIANÓTICO ( ) ICTÉRICO <input checked="" type="checkbox"/> SUDOREICO ( ) CORADA <input checked="" type="checkbox"/> LÍMIDA ( ) FRIA ( ) PEGASOSA						<input checked="" type="checkbox"/> CRÍTICO <input checked="" type="checkbox"/> INSTAVEL					
							<input checked="" type="checkbox"/> GRAVE <input checked="" type="checkbox"/> ESTÁVEL					
VIAS AÉREAS	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) BRADIPNÉIA ( ) TAQUIPNEIA ( ) APNÉIA ( ) DISPNEIA <input checked="" type="checkbox"/> RESP. RUÍDOSA ( ) OBSTRUÇÃO ( ) HEMOPTISE ( ) TOSSE PRODUTIVA <input checked="" type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ( ) ESPONT. ( ) VENT. ASSIST. AUSC. PULM: ( ) MV ( ) RA- ( ) CRESTOS ( ) SIBILOS ( ) RONCOS						<input checked="" type="checkbox"/> MÓDICO <input checked="" type="checkbox"/> ESTÁVEL					
							<input checked="" type="checkbox"/> MÓDICO <input checked="" type="checkbox"/> ESTÁVEL					
CARDI	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCARDÍCICO ( ) BRADOCARDÍCICO ( ) TAQUICARDÍCICO ( ) BCFN ( ) BCFM <input checked="" type="checkbox"/> PRECORDIALGIA ( ) NORMOTENSO ( ) HIPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input checked="" type="checkbox"/> PCR ( ) EDEMA - LOCAL: ENCH. CAP: ( ) > 25 ( ) < 25 CHOQUE: ( ) HIPOV ( ) ANAFI ( ) SÉPTICO ( ) CARDIO						<input checked="" type="checkbox"/> MÓDICO <input checked="" type="checkbox"/> ESTÁVEL					
							<input checked="" type="checkbox"/> MÓDICO <input checked="" type="checkbox"/> ESTÁVEL					
DIGES	<input checked="" type="checkbox"/> NORM ( ) EPIGASTRALGIA ( ) HDA ( ) HEMATEMÉSE						<input checked="" type="checkbox"/> MÓDICO <input checked="" type="checkbox"/> ESTÁVEL					
							<input checked="" type="checkbox"/> MÓDICO <input checked="" type="checkbox"/> ESTÁVEL					
ABDO	<input checked="" type="checkbox"/> NORM ( ) DISTENDIDO ( ) DOLOROSO - LOCAL:						<input checked="" type="checkbox"/> MÓDICO <input checked="" type="checkbox"/> ESTÁVEL					
							<input checked="" type="checkbox"/> MÓDICO <input checked="" type="checkbox"/> ESTÁVEL					
NEUR	<input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) CONFUSO <input checked="" type="checkbox"/> DESORIENTANDO <input checked="" type="checkbox"/> MIDRÍASE ( ) MIOSÉ ( ) ANISOCÓRICA <input checked="" type="checkbox"/> ISOCÓRICA ( ) DEFÍCIT MOTOR <input checked="" type="checkbox"/> DEFÍCIT SENSITIVO ( ) CONVULSÃO						<input checked="" type="checkbox"/> MÓDICO <input checked="" type="checkbox"/> ESTÁVEL					
							<input checked="" type="checkbox"/> MÓDICO <input checked="" type="checkbox"/> ESTÁVEL					
GINEC	<input checked="" type="checkbox"/> TRABALHO DE PARTO ( ) ABORTAMENTO ( ) DOR PÉLVICA <input checked="" type="checkbox"/> METRORRAGIA ( ) NASCIM. ( ) BOLSA ROTA CONTRAÇÕES/MIN: BCF: ( ) NORMOFÔ ( ) HIPOFÔN						<input checked="" type="checkbox"/> MÓDICO <input checked="" type="checkbox"/> ESTÁVEL					
							<input checked="" type="checkbox"/> MÓDICO <input checked="" type="checkbox"/> ESTÁVEL					
QUEI	CAB	PESC	TANT	TPDS	PERI	MSD	MSE	MID	MRE			
	X				X							
	II											
III												
ANTECEDENTES: ( ) DIABETES ( ) HAS ( ) CARDIOPATIA ( ) TABAGISTA ( ) EITILISTA ( ) ALERGIAS: <i>Não alega, e malas-</i>												
MEDICAMENTOS EM USO: <i>não usa (Ste)</i> ANTECEDENTES FAMILIARES: <i>mento (Ste)</i>												
QUEIXAS: <i>Dor no MSC + estriô</i>												

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Diagnóstico:  Ansiedade ( ) Capacidade adaptativa intracraniana diminuída ( ) Comunicação verbal Prejudicada ( ) Confusão aguda ( ) Desembalagem prejudicada ( ) Débito cardíaco diminuído ( ) Desobstrução ineficaz de vias aéreas ( ) Disfunção autonômica ( ) Dor aguda ( ) Hipertensão ( ) Hipotermia ( ) Integridade da pele prejudicada ( ) Integridade tissular prejudicada ( ) Medo ( ) Intolerância à atividade ( ) Náusea oral prejudicada ( ) Padrão respiratório ineficaz ( ) Risco de Perfusionamento tissular cerebral ineficaz ( ) Perfusionamento tissular cardiolpulmonar ineficaz ( ) Risco de Perfusionamento tissular gastrintestinal ineficaz ( ) Risco de Perfusionamento tissular renal ineficaz ( ) Termoregulação ineficaz ( ) Troca de gases prejudicada ( ) Ventilação espontânea prejudicada ( ) Volume de líquidos deficientes ( ) Volume de líquidos excessivo ( ) Náuseas ( ) Retenção urinária ( ) Interagção social prejudicada ( ) Incontinência intestinal ( ) Eliminação urinária prejudicada ( ) Constelação ( ) Outros: Dor no MS e cínicos nervos e estresse

Intervenções: Realizado Protócolos de Imobilização dos AFP com cinta elástica + Protase rígida + Coletes laterais + kit arreia.

Intervenções dos SSU: administrar doses de venoclise + medicações e/ou Adm. de suporte, evitar risco de IHN. Implementar a assist. / avaliação enfermagem.

REPOSIÇÃO VOLÉMICA	VOLUME	TERAPÉUTICA INSTITUÍDA	VIA DE ADM	HORÁRIO
SOLUÇÃO RINGER LACTATO	500 ml	MEDICAÇÕES	POSOLOGIA	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%				
SOLUÇÃO GLICOSADA 0,5%				
OUTRO				

40x100, H&E, 110, per 85; SPG, 381. Em contacto com os fiel-  
denses, sem níveis celulares. Imobilizadas segundo o mate-  
riais de APT + os que estiverem níveis A e B, ou em regimes de A e B as

Willian Keda Trigueiro  
Enfermeiro - Enfermeira - Enfermeiro

ENFERMEIRO: *M* EQUIPE  
COREN: 156 883 TEC. ENFER.

LOCAL DE DESTINO: *HR Pombal PB* RESPONSÁVEL: *Dra. Cláudia M. Feitosa*  
Josinal Dantas da Silva  
Conselheira Socorrista  
Nº: 401 RG: 7.349.201

FUNÇÃO: *Médico*

### TERMO DE RECUSA

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELO SAMU / PAULISTA - PB, NESTA OPORTUNIDADE:  
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA 01: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA 02: \_\_\_\_\_

### PERTENÇES DO PACIENTE

DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME DO RECEPTOR: \_\_\_\_\_

FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RECEPTOR: \_\_\_\_\_





# HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

trauma (Acidente de trânsito)

## OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

08:45 Pt. veio da Zona Rural com vítima de acidente de trânsito com PA → 110x70 HbT → 136 mg/dL SpO<sub>2</sub> → 99% FC → 71 bpm, orientado. Palmar representando pulsos de cricoide, foi avaliado por Dr. Felipe Reis. Foi medicado paracetamol RX e segue à espera de transf. pt. encaminhado em EGE.

14:00 Pt. Transf. para Campina Grande com USA (SAMU) via em EGE.

ASS./COREN: ~~Ass. coren 357 340~~

## CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

## PROCEDIMENTO

### TIPO DE ATENDIMENTO:

- 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
- 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
- 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
- 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
- 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
- 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
- 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

### MEDICAÇÃO:

- |   |   |                                     |                                     |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - PRESCRIÇÃO | <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO     | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> 2 - APLICADA   | <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL | <input type="checkbox"/> ÓBITO      | <input type="checkbox"/> OUTROS     |

### SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
013030606209	21	51	61	

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (S) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

*Chidimara Pereira de Araújo*

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

## Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Nome: \_\_\_\_\_

*Encaminhamento*

*Alvaro de Souza Lima Neto  
M. Sines, 25 mos, c. Tiro  
ao arco no n.º 10 Linschitz  
Conselheiros, em ótimo, contatos.*

*TC: - fachada frontal - Simpatico  
Gordura d. Atrovento  
e insensibilidade  
Isolamento e relaxamento  
do sistema nervoso.  
- foco hanseniano no membro  
esquerdo 130*

Data: 11/11/2018

Médico

*"Tudo posso naquele que me fortalece"*



Selective web or  
forms as micro-analys

Drº Felipe Rocha  
Médico  
CRM-PB 8009





Saue

### Ficha de Acolhimento

Nome:	<u>Pedrolio Lomhares da Silva</u>
End:	<u>Sítio Minas</u>
Bairro:	<u>Quirau / PB</u>
Data de Nascimento:	<u>08.02.1993</u>
Document de Identificação:	<u>Paulista</u>
Queixa:	<u>A. moto</u>
Data do Atend.:	<u>25/10/17</u>
Hora:	<u>17:00</u>
Document:	
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

### Classificação de Risco

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

### Estratificação

Verde

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

MOD. 110

Assinatura e carimbo do profissional



Data da internação: 25/10/2017 Hora: 17:08:31

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	<b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
<b>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			<b>2 - CNES</b>	<b>2362856</b>
<b>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			<b>4 - CNES</b>	<b>2362856</b>
<b>Identificação do Paciente</b>				
<b>5 - NOME DO PACIENTE</b> <b>RODOLFO LINHARES DA SILVA</b>			<b>6 - N.º DO PRONTUÁRIO</b>	<b>1530670</b>
<b>7 - CARTÃO DO SUS</b>	<b>8 - DATA DE NASCIMENTO</b>	<b>9 - SEXO</b>	<b>10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL</b>	
	<b>08/02/1993</b>	<b>Masc</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>1</b> <b>Fem</b> <input type="checkbox"/> <b>2</b>		
			<b>11 - TELEFONE DE CONTATO</b>	<b>N.º DE TELEFONE</b>
			<b>DD</b> <b>83</b>	
<b>12 - ENDEREÇO (RUA, N.º,BAIRRO)</b> <b>SITIO MIMOSO , 0 , ZONA RURAL</b>				
<b>13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b> <b>Paulista</b>			<b>14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO</b>	<b>15 - UF</b>
			<b>251090</b>	<b>PB</b>
			<b>16 - CEP</b>	<b>58860000</b>
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>				
<b>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b> <i>Vítima de queijo de mob com TCE s/ díctf mahr, s/ afália</i>				
<b>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b> <i>TCE</i>				
<b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b> <i>TCE de cláus. HED lamírias, s/ ocoptia</i>				
<b>20 - DIAGNÓSTICO INICIAL</b> <i>TCE</i>	<b>21 - CID 10 PRINCIPAL</b>	<b>22 - CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>	
<b>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> <i>TCE</i>	<b>25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>			
<b>26 - CLÍNICA</b> <i>Ncl</i>	<b>27 - CARATER DA INTERNAÇÃO</b> <i>02</i>	<b>28 - DOCUMENTO</b> <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	<b>29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b> <i>132537998900008</i>	
<b>30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b> <i>ALEXANDRE MAGNO DA NOBREGA MARINHO</i>		<b>31 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b> <i>25/10/2017</i>	<b>32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)</b> <i>Alexandre Magno da Nobrega Marinho</i>	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>				
<b>33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	<b>36 - CNPJ DA SEGURADORA</b>	<b>37 - N.º DO BILHETE</b>	<b>38 - SÉRIE</b>	
<b>34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</b>				
<b>35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</b>	<b>39 - CNPJ EMPRESA</b>	<b>40 - CNAE DA EMPRESA</b>	<b>41 - CBOR</b>	
<b>42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</b> <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<b>( ) AUTÔNOMO</b>	<b>( ) DESEMPREGADO</b>	<b>( ) APOSENTADO</b>	<b>( ) NÃO SEGURADO</b>
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
<b>43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>	<b>44 - COD. ORGÃO EMISSOR</b>	<b>49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
<b>45 - DOCUMENTO</b> <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	<b>46 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>			
<b>47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</b> <i>/ /</i>	<b>48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>			





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



ATENDIMENTO URGÊNCIA  
PRONT (B.E) Nº 1530668

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malfinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 25/10/2017  
Atendente : Daniel dos Santos Limeira

BOLETIM DE EMERGÊNCIA (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: RODOLFO LINHARES DA CEP:58860000

Nascimento:08/02/1993

Endereço:SITIO MIMOSO

Sexo:M

Idade:024

Bairro:ZONA RURAL

RG: N°:0

Nome da Mãe:

Profissão:

CPF:

Responsável:

Estado Civil:União Estável

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 17:02:01

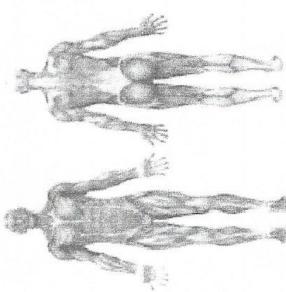
Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema aéreo
10. Ensaioamento
11. Esmagamento
12. Fratura aberta
13. Fratura fechada
14. Hematoma
15. Injúria venosa
16. Lesão tendinosa
17. Lise
18. Mordedura
19. Múltiplas fraturas
20. Objeto enterrado
21. Ossificação
22. Paralisia
23. Parese
24. Paroxismo
25. Queloides
26. Quemadura
27. Múltiplas fraturas paroxismais
28. Síndrome
29. Tumor
30. Paroxismo
31. Parese
32. Paroxismo
33. Queloides
34. Inchaço
35. Síndrome de aquapênia
36. Perfurado
37. Perfurado-contuso
38. Perfurado-contuso

OBS:

QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = ACIMA DE 20% %  
DIAGNÓSTICO / CID: TCS

<http://10.1.1.148/projetohtcg/impurgencia.php?contar=1530668>

EXAME PRIMÁRIO - OS CLÍNICOS	Veneno de escorpião de Arábia
Exames:	Coagulação: Vários Vários
Contato:	Agente: Vários
Medicamentos:	Medicamento: Vários
Patologias:	Patologia: Vários
Exame Físico	
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Fotoreagentes <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/> Isocôricas
Glasgow	<u>15</u> PA
HGT:	<u>10</u> / <u>10</u> / <u>10</u>
Sat02:	<u>98</u> / <u>98</u> / <u>98</u>

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:	<b>TOMOGRAFIA</b>	
Especialista:	<u>Neur.</u> / _____	
Especialista:	<u>Neur.</u> / _____	
MÉDICO SOLICITANTE		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:		
Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<u>Sangria: 1:1000</u>	<u>10:00</u>
2		
3	<u>Divinice 2000</u>	<u>10:00</u>
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:	<u>Dr. Henrique Góes</u> <u>DR. GÉO GÉO</u> <u>CRM 7730</u>
---------------------------------	---



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

<http://10.1.1.148/projetohtlcg/impreurgencia.php?contar=1530668>

313

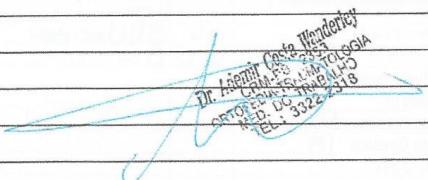


Assinado eletronicamente por: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA - 12/03/2018 10:53:06  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18031210490641300000012718899>  
Número do documento: 18031210490641300000012718899

Num. 13019164 - Pág. 2

Nome do Paciente	Rodolfo Linsos da Silva		Nº Prontuário
Data da Operação	12/11/2017	Enf.	Leito
Operador	Dr. Teixeira W.	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Dr. Felipe	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Febrexa. Pediátrico distal		
Esquerdo			
Tipo de Operação			
Ressecção + Fixação per. Cinturão			
do fígado pediátrico distal esq.			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O pescoco			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
① Presente Ato fechado
② Tumor e órgão de Esquerda
③ Angulo e Anterior do M. C. B.
④ Colorectal anas. Cimícos
⑤ Redução da hérnia
⑥ Peso de 02 fios de Vicryl 2/0
⑦ Quelíco 2000
⑧ - Costeletti

Dr. Alenir Costa Wanderley CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA CIRURGIA DE TRAUMA E ORTOPEDICA N.º 0. 3322-2318
Mod. 018

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



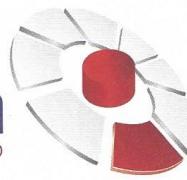
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		
02	Aguilha desc. 25x7 H0412	Latese.	EQUIPAMENTOS
	Aguilha desc. 28 x 28		( <input checked="" type="checkbox"/> ) Oxímetro de Pulso ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Foco Auxiliar <i>central</i>
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05 <i>816brode</i>	( <input type="checkbox"/> ) Serra ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Eletrocautério
	Aguilha p/ raque nº	00 <i>850000</i>	( <input type="checkbox"/> ) Desfibrilador ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Oxicapiôgrafo
015	Álcool de Enfermagem		( <input type="checkbox"/> ) Foco Frontal ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Cardiomonitor
	Álcool Iodado ml		( <input type="checkbox"/> ) Fonte de Luz ( <input type="checkbox"/> ) Perfurador Elétrico
02	Ataduras de Crepon 15		
02	Ataduras de Gessada 15		
	Azul metíleno amp.		
	Benzina ml		

MARCAÇÃO DA ENFERMAGEM  
TÉC. ENFERMAGEM  
COREN-PB 32851

MCS

MOD 066





Paciente: RODOLFO LINHARES DA SILVA

Nº do Paciente: 17000080293

Data de Nascimento: 08/02/1993

Solicitante: Dra. Camila Pires Feitosa

Data do Exame: 25/10/2017

Nº do Exame:

Procedência: Paciente Interno

Sexo: M

Convênio:

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO

### **INDICAÇÃO CLINICA:**

TCE Grave.

### **TÉCNICA:**

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

### **RESULTADO:**

Fratura fronto-parietal esquerda, com afundamento de fragmentos parietais posteriores e alargamento da sutura sagital (topografia do seio venoso).

Fratura parietal lateral esquerda.

Hematoma extra-axial na alta convexidade craniana fronto-parietal esquerda, com espessura de cerca de 1,4 cm, apagando sulcos corticais correspondentes.

Focos hemorrágicos no parênquima parietal posterior esquerdo.

Hematomas intraparenquimatosos basofrontais, por provável contragolpe.

Redução volumétrica das cavidades ventriculares supratentoriais.

Apagamento difuso dos sulcos corticais.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

Cerebelo anatômico.

Rua Cel. Carneiro, 368 - Centro (Ao lado da Prefeitura)  
Fone: (83) 3431.2020 • 99989.0097 • Pombal-PB



**CONCLUSÃO:**

Fratura fronto-parietal esquerda, com afundamento de fragmentos parietais posteriores e alargamento da sutura sagital (topografia do seio venoso).

Fratura parietal lateral esquerda.

Hematoma extra-axial na alta convexidade craniana fronto-parietal esquerda, com espessura de cerca de 1,4 cm, apagando sulcos corticais correspondentes.

Focos hemorrágicos no parênquima parietal posterior esquerdo.

Hematomas intraparenquimatosos basofrontais, por provável contragolpe.

Sinais de hipertensão intracraniana.

*Raquel Tavares*

Assinado Eletronicamente por: Dra Raquel Tavares CRM 52-78160-6 RJ  
| Médico-radiologista RQE 26853-RJ através de Telelaudo Tecnologia Médica  
Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 25/10/2017  
10:50:11 GMT -3 (Brasília Time)

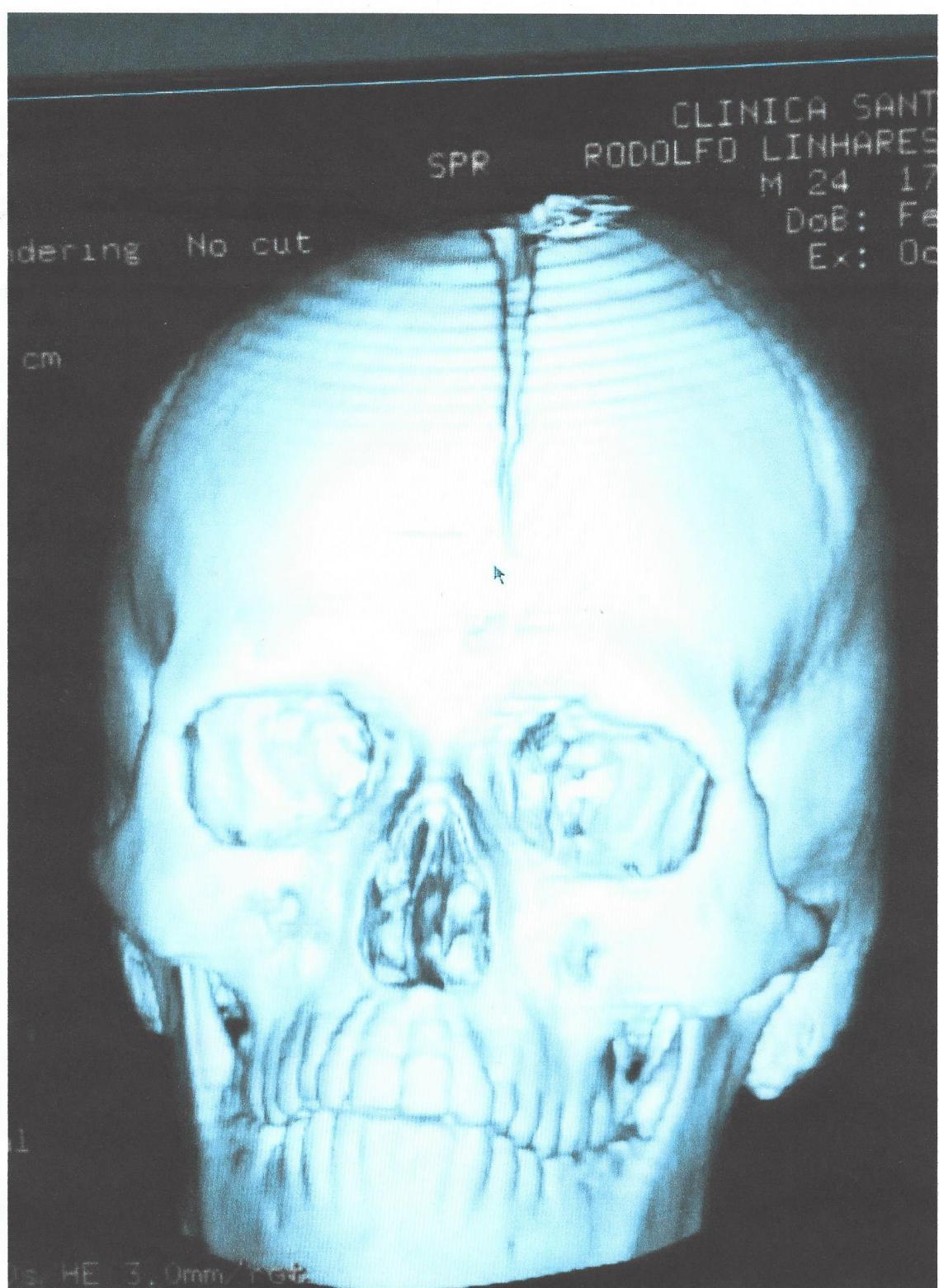
Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

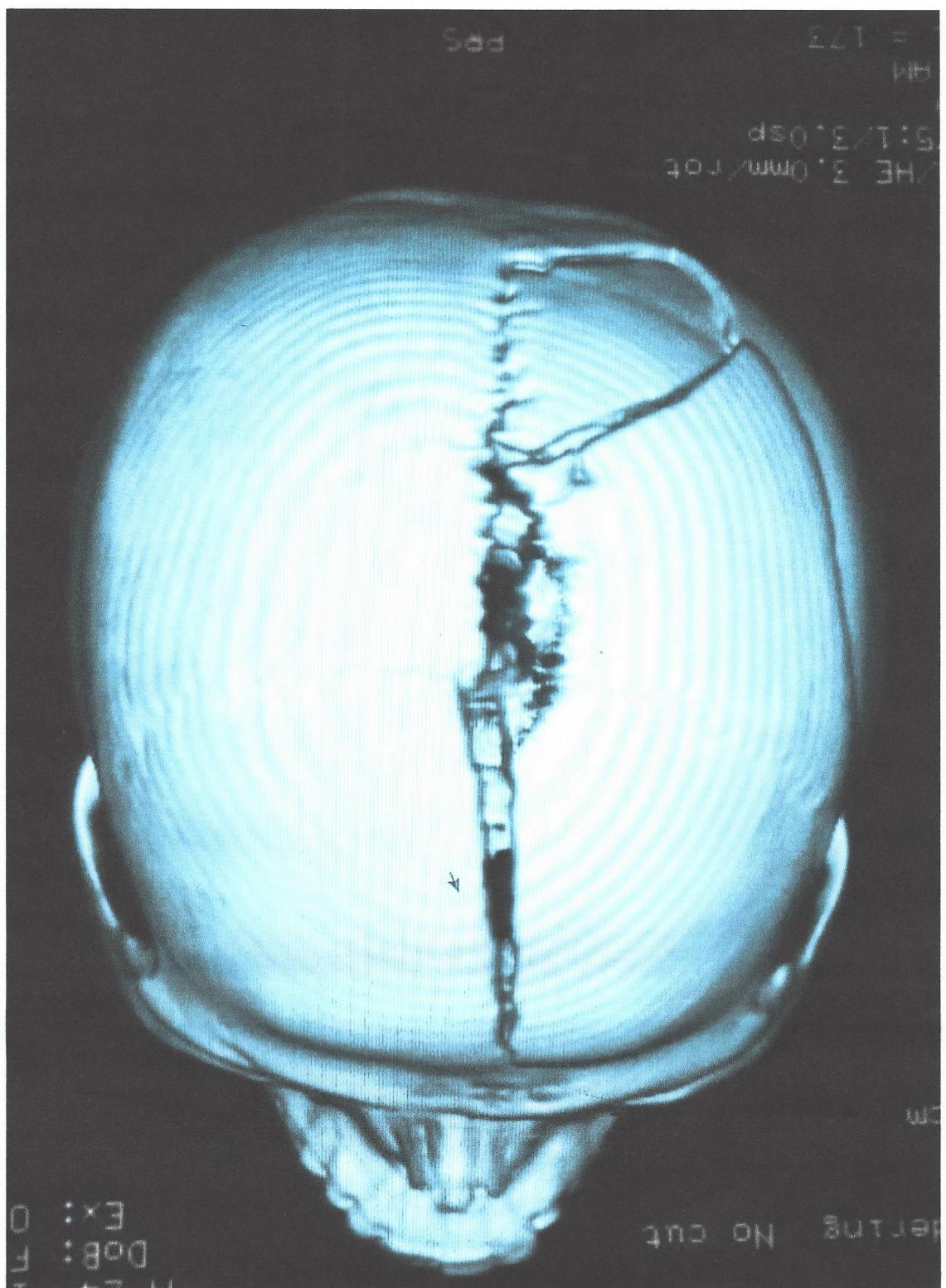
Rua Cel. Carneiro, 368 - Centro (Ao lado da Prefeitura)  
Fone: (83) 3431.2020 • 99989.0097 • Pombal-PB

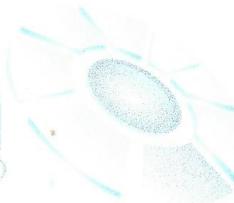


Assinado eletronicamente por: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA - 12/03/2018 10:53:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18031210494976800000012718932>  
Número do documento: 18031210494976800000012718932

Num. 13019198 - Pág. 2







Paciente: RÔDOLFO LINHARES DA SILVA

Nº do Paciente: 18000080293

Data de Nascimento: 08/02/1993

Solicitante: Dr. Geraldo Arnaud de A. Júnior

Data do Exame: 27/02/2018

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO

### INDICAÇÃO CLINICA:

Avaliação de TCE prévio.

### TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

### RESULTADO:

Fratura frontoparietal alta, com diástase da sutura sagital.

Pequenas áreas de encefalomácia parietoccipital e no giro inferior do lobo frontal à esquerda de aspecto cicatricial.

O restante do parênquima cerebral apresenta forma, posição, dimensões e densidade usuais.

Sulcos entre os giros corticais, fissuras de Sylvius, sistema ventricular supratentorial e cisternas da base de aspecto usual para a faixa etária.

Estruturas da linha média centradas.

Não há evidências de lesões focais detectáveis ao método na fossa posterior.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

### CONCLUSÃO:

Fratura frontoparietal alta, com diástase da sutura sagital.

Pequenas áreas de encefalomácia parietoccipital e no giro inferior do lobo frontal à esquerda de aspecto cicatricial.

Assinado Eletronicamente por: Dr Bernardo Ganino Valladares CRM 919721-RJ | Médico-radiologista RQE 26237-RJ através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 27/02/2018 08:41:39 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL  CPF da Vítima  Nome completo da vítima

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Rodolfo Linhares da Silva	CPF titular da conta	120.445.884-71	Profissão	AGRICULTOR
Endereço	Sítio Mimoso	Número	S/N	Complemento	-
Bairro	Zona Rural	Cidade	PAULISTA	Estado	PB
Email	T.EWERTON@HOTMAIL.COM				
	Telefone (DDD) (83) 99900 0530				

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO INFORMAR  SEM RENDA  ATÉ R\$ 1.000,00  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00  ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
2108		10074	7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*Paulista - PB, 02 de FEVEREIRO de 2018*  
Local e Data

*Rodolfo Linhares da Silva.*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Floripa - SC - 2018





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **Rodolfo Linhares da Silva** | CPF da Vítima **120.445.884-71** | Data do Acidente **25/10/2017**

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
 O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*Rodolfo Linhares da Silva*  
Local e Data

*Rodolfo Linhares da Silva*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

25/10/2017 00:00:00





AUTO-ATENDIMENTO - POMBAL  
DATA: 03/01/2018 HORA: 11:20:31  
TERMINAL: 07321791 CONTROLE: 073217910345 1  
2a VIA 5  
COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA  
DE VALORES - TEV

REMETENTE  
CGC/AGÊNCIA : 0732 / POMBAL  
CONTA : 013.00.030.050-2  
NOME : TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIR

FAVORECIDO  
CGC/AGÊNCIA : 4917 / SAO BENTO DA PARAIBA  
CONTA : 013.00.010.074-7  
NOME : RODOLFO LINHARES DA SILVA

VALOR : [REDACTED]

DATA DE EFETIVAÇÃO : 03/01/2018

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



Assinado eletronicamente por: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA - 12/03/2018 10:53:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18031210514386200000012718999>  
Número do documento: 18031210514386200000012718999

Num. 13019266 - Pág. 1

## SINISTRO 3180034979 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** RODOLFO LINHARES DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

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

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** RODOLFO LINHARES DA SILVA

CPF/CNPJ: 12044588471

**Posição em 07-03-2018 09:32:43**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/03/2018	R\$ 8.437,50	R\$ 0,00	R\$ 8.437,50



Assinado eletronicamente por: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA - 12/03/2018 10:53:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18031210522219500000012719023>  
Número do documento: 18031210522219500000012719023

Num. 13019290 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba  
Vara Única de Paulista**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800073-94.2018.8.15.1171

**DESPACHO**

**1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.**

2. Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e arts. 8º e 139, II, ambos do CPC, **deixo de designar a incontinenti audiênciade conciliação do art. 334 do CPC**, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do CPC.

3. **CITE-SE/INTIME-SE** a parte requerida, por carta com AR ou outro meio idôneo, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), cientificando-a, ainda, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais arbitro desde já no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), a ser pago em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba.

4. Por economia processual, no prazo de defesa a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico, se for o caso.

5. Apresentada contestação, a parte autora deve ser intimada para que se manifeste **no prazo de 15 (quinze) dias** (arts. 350 e 351, ambos do CPC), podendo, **no mesmo prazo**, apresentar seus quesitos a serem respondidos pela perícia, indicar assistente técnico, se for o caso.

**6. Após, renove-se a conclusão.**

Cumpra-se com os expedientes e diligências necessárias.

PAULISTA, 2 de agosto de 2018.

Natan Figueredo Oliveira

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: NATAN FIGUEREDO OLIVEIRA - 02/08/2018 14:49:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18080214491600300000015306883>  
Número do documento: 18080214491600300000015306883

Num. 15697543 - Pág. 1