



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	
RODOLFO LINHARES DA SILVA (AUTOR)		ALINE RODRIGUES GOMES (ADVOGADO)	
		TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13019 038	12/03/2018 10:53	Petição Inicial	Petição Inicial
13019 091	12/03/2018 10:53	Petição Inicial	Outros Documentos
13019 097	12/03/2018 10:53	Procuração e Declaração de Hipossuficiência	Procuração
13019 103	12/03/2018 10:53	Documentos Pessoais e Comprovante de Residência	Documento de Identificação
13019 115	12/03/2018 10:53	Documento do Veículo e Declaração do Proprietário	Outros Documentos
13019 123	12/03/2018 10:53	Boletim de Ocorrência	Outros Documentos
13019 136	12/03/2018 10:53	Ficha de Atendimento SAMU	Outros Documentos
13019 145	12/03/2018 10:53	Ficha de Atendimento Ambulatorial	Outros Documentos
13019 156	12/03/2018 10:53	Encaminhamento e Ficha de Acolhimento Hospital de Trauma	Outros Documentos
13019 164	12/03/2018 10:53	Ficha de Atendimento Hospital de Trauma	Outros Documentos
13019 179	12/03/2018 10:53	Descrição da Operação realizada	Outros Documentos
13019 198	12/03/2018 10:53	Exame Tomografia do Crânio 25.10.2017	Outros Documentos
13019 244	12/03/2018 10:53	Imagens TCE	Outros Documentos
13019 252	12/03/2018 10:53	Exame Tomografia do Crânio 27.02.2018	Outros Documentos
13019 259	12/03/2018 10:53	Autorização de Pagamento e Declaração de Ausência de IML	Outros Documentos
13019 266	12/03/2018 10:53	Conta Bancária	Outros Documentos
13019 290	12/03/2018 10:53	Extrato Demonstrativo - Pagamento realizado	Outros Documentos
15697 543	02/08/2018 14:51	Despacho	Despacho

PETIÇÃO INICIAL EM ANEXO PDF.



**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
t.ewerton@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.

Cumprе 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 nexos 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 nexos 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, nexos



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 – 2ª Turma Recursal dos Juizados Especiais, ACJ n. 2001.01.1.095419-9, Relator Juiz Benito Augusto Tiezzi, julgado em 08/05/2002)”. (2º JEC, COMARCA DE JOÃO PESSOA, PROCESSO DE Nº 200.2005.008.340 – 7) (no mesmo sentido: processo nº 200.2005.060.373 – 3, 1º 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, conseqüentemente, 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
t.ewerton@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
t.ewerton@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 Thaila 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-las 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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGGIAN (DIRETTO)

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Assinatura do titular: *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
3.808.119

NOME
RODOLFO LINHARES DA SILVA

DATA DE EXPEDIÇÃO
05/11/2009

FILIAÇÃO
JOSÉ ROBERTO GOMES DA SILVA

NATURALIDADE
NAUBA LINHARES DA SILVA

POB-PA
NASC.N.30671 FLS.289 LIV.A.28

DATA DE NASCIMENTO
08/02/1993

CARTÓRIO POB-PA

CPF
Joaquim Passos - PB

ASSINADO DIRETOR

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

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

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
SIT MIMOSO, S/N - AREA RURAL
MIMOSO / PB CEP: 58900000 (A.G: 237)

energisa

Emissão: 23/11/2017 Referência: Nov / 2017 ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Subcl: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
Roteiro: 13 - 243 - 801 - 3950 Nº medidor: 00009293223 CNF: 008.085.165/0001-40 Insc. Est. 16.015.822-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001.022.374
Cód. para Dth. Automático: 90014829927

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.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 -
CADASTRO BIOMÉTRICO
A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELEITORES QUE AINDA
NÃO FAZERAM O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO PARA QUE
PROCUREM O CARTÓRIO ELEITORAL OU POSTO DE ATENDI-
MENTO MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 30/11/2017
PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO, COMPROVAN-
TE DE RESIDÊNCIA DOS ÚLTIMOS 3 MESES E TÍTULO ELEITORAL.
SE HOUVER, EM CASO DE DÚVIDAS, CONSULTAR O SITE:
WWW.TRE-PB.JUS.BR OU LIGAR PARA O FONE 3512-1381.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
24/10/17	11582	23/11/17	11778	

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/	Valor Base Calc.	Alto. Icms (R\$)	Base Calc. Pis (R\$)	Cofins (R\$)	Pis/Cofins (R\$)	(1,20291%) (6,1218%)
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS				
0801	Consumo em kWh	214,000	0,374090	80,05	0,00	0,00	80,05	1,07	4,90
0801	Adic. E Vermelha	10,75	0,00	0,00	0,00	0,00	10,75	0,14	0,65
0810	Subsídio	34,30	0,00	0,00	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	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2017	0,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2017	1,58	0,00	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	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2017	0,36	0,00	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	0,00
0906	Devolução Subsídio	-31,75	0,00	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) 137
VENCIMENTO 30/11/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 99,07

Histórico de Consumo (kWh)

223 | 216 | 218 | 180 | 178 | 230 | 215 | 227 | 180 | 176 | 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

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,30	5,34	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	22,61		
DIC ANUAL	45,22		
FIC MENSAL	1,74	1,00	CONTRATADA 202
FIC TRIMESTRAL	15,48		LIMITE INFERIOR 201
FIC ANUAL	30,98		LIMITE SUPERIOR 231
CMIC	6,19	5,34	
DICRI	16,60		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	29,21	29,48
Compra de Energia	42,26	42,66
Serviço de Transmissão	4,48	4,52
Encargos Setoriais	8,09	8,17
Impostos Diretos e Encargos	15,03	15,17
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	99,07	100,00

Valor do EUSD (Ref. 9/2017) R\$ 39,40

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(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 a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
Subvenção DEC-7.691/13 R\$ 91,75
Isento ICMS

Faturas em atraso

Out/17 91,20

energisa 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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 013747023982	
VIA 1 0019227077-0 00/00000000 2017		COD RENAVAM 201722000005984-2 (CICLO)		DATA EMISSÃO 05/09/2017	
NOME CLAUDINAL MONTEIRO DE ARAUJO		PLACA ANT/UF 70003037436 PB		PLACA MOT2174/PB	
CHASSI 9C2KC08108R165745		COMBUSTÍVEL GASOLINA		DATA EMISSÃO 05/09/2017	
FAV/MOTOCICLE/MAO APLIC HONDA/CG 150 TITAN KS		ANOS FAB / ANO MOD 2008 / 2008		PLACA MOT2174/PB	
CAPACID/CIL 2 E/149 /CI		CATEGORIA PARTIC		ANOS FAB / CAT TIRE 2008 / 9	
COTÁ UNICA 00/00/0000		VENG COTA UNICA 1º		IP CHASSI 9C2KC08108R165745	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000		PARCELAMENTO/COTAS 2º 3º		PREMIO TARIFARIO FNS (R\$) ***** DENATRA (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****	
DATA DE PAGAMENTO 01/08/2017		PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000		TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) P A G O	
SEM RESERVA DE DOMINIO		OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMINIO		DATA DE QUITAÇÃO 01/08/2017	
PAULISTA-PB		LOCAL 0		PARCELADO 01/08/2017	
31623		31054		31054-1114074-20170905	

DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 013747023982	
VIA 1 0019227077-0 00/00000000 2017		COD RENAVAM 201722000005984-2 (CICLO)	
NOME CLAUDINAL MONTEIRO DE ARAUJO		PLACA ANT/UF 70003037436 PB	
CHASSI 9C2KC08108R165745		COMBUSTÍVEL GASOLINA	
FAV/MOTOCICLE/MAO APLIC HONDA/CG 150 TITAN KS		ANOS FAB / ANO MOD 2008 / 2008	
CAPACID/CIL 2 E/149 /CI		CATEGORIA PARTIC	
COTÁ UNICA 00/00/0000		VENG COTA UNICA 1º	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000		PARCELAMENTO/COTAS 2º 3º	
DATA DE PAGAMENTO 01/08/2017		PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000	
SEM RESERVA DE DOMINIO		OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMINIO	
PAULISTA-PB		LOCAL 0	
31623		31054	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VANTERRESTRE VOU POR SU CARREGA A PESSOA TRANSFORMADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT		PB Nº 013747023982		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204		EXERCICIO 2017		DATA EMISSÃO 05/09/2017	
VIA 1 70003037436		CPF / CNPJ 00192270770		PLACA MOT2174/PB	
RENAVAM 00192270770		MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS		ANOS FAB / CAT TIRE 2008 / 9	
IP CHASSI 9C2KC08108R165745		PREMIO TARIFARIO FNS (R\$) ***** DENATRA (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****		TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) P A G O	
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		IOF (R\$) SEGURO		DATA DE QUITAÇÃO 01/08/2017	
PAGAMENTO 01/08/2017		PARCELADO 01/08/2017		COTA UNICA 01/08/2017	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 08.248.608/0001-04 31054-1114074-20170905		ASG-2017		31054	

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CLAUDINEI MONTEIRO DE ARAUJO.

RG nº 003.304.049, data de expedição 06/13/2020, Órgão SSP/PB,
portador do CPF nº 700.030.374-36, com Domicílio na
cidade de PAULISTA, no Estado de PARAIBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) SÍTIO MIMOSO,
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 LIMAES DA SILVA,
cujo o condutor era RODOLFO LIMAES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Ano: 2008

Modelo: CG TITAN 150 KS

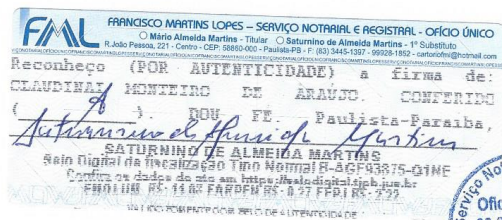
Placa: MOT 21741 PB

Chassi: 9C2KC08108R165745

Data do acidente: 25/10/2017

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

X Cláudio de Almeida Monteiro de Araujo
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



Consulte A Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpbjus.br>
 selo digital nº AGF-93875-Q1NE





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 n° 3.808.119
SSDS/PB, CPF n° 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.

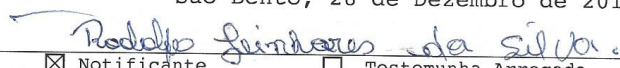
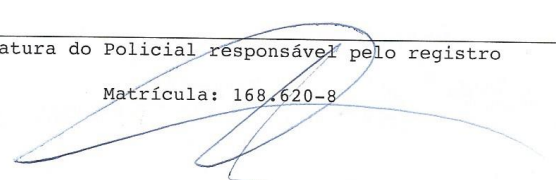
Sob a responsabilidade do(a) Bel^(a): Homero Perazzo Filho

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.

	
<input checked="" type="checkbox"/> Notificante	<input type="checkbox"/> Testemunha Arrogada
Assinatura do Policial responsável pelo registro	
Matrícula: 168.620-8	
	
<div>POLEGA DIREITO</div>	



SAND
192

DATA 02/08/2017	HORA 10:08:37	NOME Roberto Gonçalves de Silva	TÍTULO Est. de ensino	IDADE 47	SEXO M																																				
LOCAL DA OCORRÊNCIA		BAIRRO		MÉDICO REGULADOR																																					
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA DE: DESTINO:		APOIO LOCAL: <input checked="" type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> GPTRAN OUTRO:																																							
QTA: <input type="checkbox"/> NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL <input type="checkbox"/> ÓBITO NO TRANSPORTE <input type="checkbox"/> CANCELADO <input type="checkbox"/> OUTRO:																																									
MOTIVO DA CHAMADA Onda de calor																																									
EXAME			ESTADO INICIAL																																						
PELE: <input checked="" type="checkbox"/> ALÍDIO <input type="checkbox"/> CIANÓTICO <input type="checkbox"/> ICTÉRICO <input checked="" type="checkbox"/> SUDOREICO <input type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> ÚMIDA <input type="checkbox"/> FRIA <input type="checkbox"/> PEGAGOSA			CRÍTICO <input checked="" type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> LEVE INSTÁVEL <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input type="checkbox"/>																																						
VIAS AÉREAS: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> BRADIPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> APNEIA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> RESP. RUÍDOSA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> HEMOPTISE <input type="checkbox"/> TOSSE PRODUTIVA VENTILAÇÃO: <input type="checkbox"/> ESPONT. <input type="checkbox"/> VENT. ASSIST. AUSC. PULM.: <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> CREPTOS <input type="checkbox"/> SIBILES <input type="checkbox"/> RONCOS			SINAIS VITAIS E PARÂMETROS EVOLUTIVOS																																						
CARDI: <input type="checkbox"/> NORMOCÁDICO <input type="checkbox"/> BRADICÁDICO <input type="checkbox"/> TAQUICÁDICO <input type="checkbox"/> BCNF <input type="checkbox"/> BCNF <input type="checkbox"/> PRECORDIALGIA <input type="checkbox"/> NORMOTENSO <input type="checkbox"/> HIPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> JEDEMA - LOCAL: ENCH. CAP: <input type="checkbox"/> > 25 <input type="checkbox"/> < 25 CHOQUE: <input type="checkbox"/> HIPOV <input type="checkbox"/> ANAFIL <input type="checkbox"/> SÉPTICO <input type="checkbox"/> CARDIOG			HORA 7:50 PA mmHg 140x100 mmHg FR irpm 83 FC bpm 83 SPO ₂ % 98 T _{ax} °C 38.4 HGT mg/dl 130 mg/dl ECG — APGAR —																																						
DIGES: <input checked="" type="checkbox"/> NORM <input type="checkbox"/> EPIGASTRALGIA <input type="checkbox"/> HDA <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE			PROCEDIMENTOS REALIZADOS																																						
ABD: <input checked="" type="checkbox"/> NORM <input type="checkbox"/> DISTENDIDO <input type="checkbox"/> DOLOROSO - LOCAL:			OXIGÊNIO: <input checked="" type="checkbox"/> 4 l/min <input type="checkbox"/> CAT. NASAL <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> SVM <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VVAA <input type="checkbox"/> ELEVAÇÃO DE DECUBITO <input type="checkbox"/> CAN. OROFARINGEA <input type="checkbox"/> ML <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SVD AVR. ABOCATH N.º 16 LOCAL: MSD																																						
NEUR: <input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> CONFUSO <input checked="" type="checkbox"/> DESORIENTANDO <input type="checkbox"/> MIDRIASE <input type="checkbox"/> MIÓSE <input type="checkbox"/> ANISÓCO <input type="checkbox"/> ISOCÓRICA <input type="checkbox"/> DEFICIT MOTOR <input type="checkbox"/> DEFICIT SENSITIVO <input type="checkbox"/> CONVULSÃO			CURATIVO: <input type="checkbox"/> COMPR. <input type="checkbox"/> SIMPLES <input type="checkbox"/> TORNIQUETE IMOBILIZAÇÃO - LOCAL: ASG <input type="checkbox"/> KED COLAR CERV. - TAM: G																																						
GINEC: <input type="checkbox"/> TRABALHO DE PARTO <input type="checkbox"/> ABORTAMENTO <input type="checkbox"/> DOR PÉLVICA <input type="checkbox"/> METRORRAGIA <input type="checkbox"/> NASCIM. <input type="checkbox"/> BOLSA ROTA CONTRAÇÕES/MIN: BCF <input type="checkbox"/> NORMOFO <input type="checkbox"/> HIPOFON			OUTROS: Presença de sinais vitais e as par de cateterizações																																						
QUEI: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>CAB</th> <th>PESC</th> <th>TANT</th> <th>TPQS</th> <th>PERI</th> <th>MSD</th> <th>MSE</th> <th>MID</th> <th>MIE</th> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			CAB	PESC	TANT	TPQS	PERI	MSD	MSE	MID	MIE	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>																							
CAB	PESC	TANT	TPQS	PERI	MSD	MSE	MID	MIE																																	
<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>																																			
ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> TABAGISTA <input type="checkbox"/> ETILISTA <input type="checkbox"/> ALERGIAS Não alergia a med MEDICAMENTOS EM USO: nao usar (72) ANTECEDENTES FAMILIARES: mento (52) QUEIXAS: Doa no MSE + urina																																									

Diagnóstico: ☒ Ansiedade (☐ Capacidade adaptativa intracraniana diminuída ☒ Comunicação verbal prejudicada ☒ Confusão aguda ☒ Desambulação prejudicada
☒ Débito cardíaco diminuído (☐ Desobstrução ineficaz das vias aéreas ☐ Disreflexia autonômica ☐ Dor aguda (☐ Hipertensão ☐ Hipotermia ☐ Integridade da pele prejudicada ☐ Integridade tissular prejudicada ☐ Medo (☐ Intolerância à atividade ☐ Músculos oral prejudicada ☐ Padrão respiratório ineficaz ☐ Risco de Perfução tissular cerebral ineficaz ☐ Perfução tissular cardiopulmonar ineficaz ☐ Risco de Perfução tissular gastrointestinal ineficaz ☐ Risco de Perfução tissular renal ineficaz ☐ Termorregulação ineficaz ☐ Trocas de gases prejudicadas ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Volume de líquidos deficientes ☐ Volume de líquidos excessivos ☐ Náusea ☐ Retenção urinária ☐ Interação social prejudicada ☐ Incontinência intestinal ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Constipação
Outros: baixa no MSE + cefaleia + náuseas + constipação

Intervenções: Realizado Protocolo de Imobilização do APH com esda cervical + Peneira rígida + Colar lateral + Ext. aberta.

Monitorização dos SSU

Administração de serviços de saúde + medicina e PM Ads

Implementações da assist. jurídica de enfermagem:

[illegible]

REPOSIÇÃO VOLÊMICA	VOLUME	MEDICAÇÕES	POSOLOGIA	VIA DE ADM	HORÁRIO
SOLUÇÃO RINGER LACTATO	500 ml				
SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9%					
SOLUÇÃO GLICOSADA 0,5%					
OUTRO					

140x100, HGT. 120. P. 85, SPG. 581. Em contato com as pias e
sem neuma, em nível no celular. Im. de células grandes, arredondadas, meto-
zo 20 Aft + 20 vie colaterais, meto. 4 e 10 - 2 requires em A.R.D. as



Wilton Nêda Trigueiro
Enfermeiro - 100.000.000 - Enf.
ENFERMEIRO: Wilton Nêda Trigueiro EQUIPE
COREN: 156.883 REC. ENFER.
LOCAL DE DESTINO: HR Pombal 190 RESPONSÁVEL: Dr. Carlos Alberto Feitosa
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: _____

RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____

TESTEMUNHA 02: _____

PERTENCES DO PACIENTE

DESCRIÇÃO: _____

NOME DO RECEPTOR: _____

FUNÇÃO: _____

ASSINATURA DO RECEPTOR: _____



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0

CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL

☐ VERDE

☐ AMARELA

☐ LARANJA

☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____

LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Robaldo binhares da Silva

COR: B

DATA DE NASCIMENTO: 08/02/1993

IDADE: 25 SEXO: M

NOME DA MÃE: Naulea binhares da Silva

PROFISSÃO: Agente de saúde

CARTÃO DO SUS: _____

RG/CNH: 3808119

MUNICÍPIO: Paulista

ENDEREÇO: 51 - São João

ESTADO: PB CEP: _____

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____

DATA DE ATEND.: 25/01/17

SINAIS VITAIS:

PA: 120 x 100 mmHg

SPO: 98%

FC: 80 bpm

R: _____

HGT: 1,70 m

T: _____

PESO: _____

GESTANTE: () SIM () NÃO

SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS:

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: () SIM (X) NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Paciente vitioso, de acidente de trânsito, com trauma cranioencefálico, com lesão de nível cervical C5-C6, com déficit de força e sensibilidade nos membros inferiores, com déficit de reflexos patêlniclos e aquilinos, com déficit de força e sensibilidade nos membros superiores, com déficit de reflexos bicipitais e braquiorradiais, com déficit de força e sensibilidade nos membros inferiores, com déficit de reflexos patêlniclos e aquilinos, com déficit de força e sensibilidade nos membros superiores, com déficit de reflexos bicipitais e braquiorradiais.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: Exame físico, Exame de força e sensibilidade, Exame de reflexos patêlniclos e aquilinos, Exame de reflexos bicipitais e braquiorradiais.

RESULTADOS:

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

- 1° Medicação: 100mg EV 2F
- 2° Medicação: 100mg EV 2F
- 3° Medicação: 100mg EV 2F
- 4° Medicação: 100mg EV 2F
- 5° Medicação: 100mg EV 2F
- 6° Medicação: 100mg EV 2F
- 7° _____
- 8° _____
- 9° _____
- 10° _____
- 11° _____
- 12° _____
- 13° _____
- 14° _____
- 15° _____
- 16° _____
- 17° _____
- 18° _____
- 19° _____
- 20° _____

Assinatura do Médico
Assinatura do Enfermeiro
Assinatura do Fisioterapeuta
Assinatura do Psicólogo
Assinatura do Nutricionista
Assinatura do Fonoaudiólogo
Assinatura do Odontólogo
Assinatura do Radiologista
Assinatura do Patologista
Assinatura do Cirurgião
Assinatura do Ginecologista
Assinatura do Pediatra
Assinatura do Geriatra
Assinatura do Neurologista
Assinatura do Psiquiatra
Assinatura do Dermatologista
Assinatura do Oftalmologista
Assinatura do Otorrinolaringologista
Assinatura do Endocrinologista
Assinatura do Nefrologista
Assinatura do Hepatologista
Assinatura do Pneumologista
Assinatura do Cardíologo
Assinatura do Angiologista
Assinatura do Hematologista
Assinatura do Oncologista
Assinatura do Radiologista
Assinatura do Patologista
Assinatura do Cirurgião
Assinatura do Ginecologista
Assinatura do Pediatra
Assinatura do Geriatra
Assinatura do Neurologista
Assinatura do Psiquiatra
Assinatura do Dermatologista
Assinatura do Oftalmologista
Assinatura do Otorrinolaringologista
Assinatura do Endocrinologista
Assinatura do Nefrologista
Assinatura do Hepatologista
Assinatura do Pneumologista
Assinatura do Cardíologo
Assinatura do Angiologista
Assinatura do Hematologista
Assinatura do Oncologista

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

trauma (Acidente de trânsito)

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

S. 45. Pós-venia da área amarela vítima de acidente de trânsito com PA = 110 x 70, 40T = 136 mmHg/dl, SPO₂ = 99%, FC = 71 bpm, orientado, calma apresentando prurido de corpo, foi avaliado por Dr. Felipe Barbo, toda medicação prescrita, RX e segue aguardando transf.

14:00.24 Transf. para Campana Grande com SA/SAMU, em ECE.

ASS./COREN: Deusa. com 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:

- ☐ 1 - PRESCRIÇÃO
- ☐ 2 - APLICADA
- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☐ OUTRO HOSPITAL
- ☐ RESIDÊNCIA
- ☐ ÓBITO
- ☐ INTERNAÇÃO
- ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
0204060029	22	51	65	

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

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

Clodimara Pereira de Araújo

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital Regional de Pombal

Senador "RUI CARNEIRO"

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

Nome: _____

Encaminhamento

*Atividade física - Linfomas -
A Sinais, 25 anos, citiano
de origem de modo, polipneumonia
consciente, amarelado, anorexia.*

*TC: - fraturas fraturas - fraturas
fraturas de fraturas
de fraturas de fraturas
de fraturas de fraturas
de fraturas de fraturas.*

*- fraturas de fraturas de fraturas
fraturas de fraturas de fraturas*

Data: ____/____/____


Médico

"Tudo posso naquele que me fortalece"



- flocos voluminosos
crispos voluminosos
- flocos azuis - azul
na alba corvixima
crispos fronto-lateral
crispos 1/5 da face
na cor de 1,4m, mais
flocos contidos com
rosto
- flocos e hiperpigmentação
na face e test, por lesão
cor de bolpi

Soluto logo e
flocos na área crissis


Dr. Felipe Rocha
Médico
CRM-PB 8009



Ficha de Acolhimento

Nome:	Rodolfo Lino da Silva		
End:	Sítio Ninoz		
Data de Nascimento:	08.02.1993	Documento de Identificação:	Paulista - PB
Queixa:	A. note	Hora:	17:00
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente	
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:			
Pressão arterial:	Temperatura axilar:			
Dosagem de HGT:	Mucosas:			() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca			

MOD. 110

Estratificação

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

Assinatura e carimbo do profissional



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

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





25/10/2017

GOVERNO
DA PARAIBA

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1530668 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 25/10/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Daniela Dos Santos Lima

Nascimento: 08/02/1993

PACIENTE: RODOLFO LINHARES DA CEPE: 58860000 Sexo: M Telefone: 024
Endereço: SÍTIO MIMOSO Idade: 24 Bairro: ZONA RURAL

SILVA RG: Nº: 0 Profissão: CNES: 36363636363333

Cidade: Paulista CPF: CONVÊNIO: SUS

Nome da Mãe: Responsável: Data de Atendimento: 25/10/2017

Estado Civil: União Estável Hora: 17:02:01

Motivo: ACIDENTE DE MOTO Especialidade: CRM:

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abrasão 19. Fratura óssea fechada

2. Amputação 20. Fratura óssea aberta

3. Avulsão 21. Hematoma

4. Contusão 22. Inguetamento Venoso

5. Crepitação 23. Laceração

6. Dor 24. Lesão tendinosa

7. Edema 25. Luxação

8. Empalhamento 26. Mordedura

9. Entesema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal

10. Emagamento 28. Objeto Encaixado

11. Equimose 29. Otorragia

12. F. Arma branca 30. Paralisia

13. F. Arma de fogo 31. Parestesia

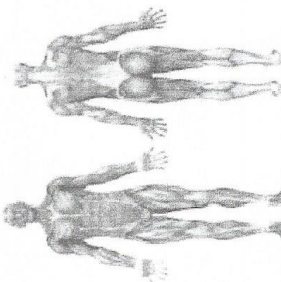
14. F. Cortado 32. Queimadura

15. F. Cortante 33. Rincorrágia

16. F. Corto-contuso 34. Sinais de isquemia

17. F. Perfuro-contuso 35. Sinais de isquemia

18. F. Perfuro-cortante 36.



OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID: Acidente de moto / TCS

http://10.1.1.148/projetohtcg/imprimir/gencia.php?contar=1530668

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - OS CLÍNICOS

Prontuário: 1530668
Visto de: 25/10/2017
Causa: Acidente de moto - TCS
Data: 25/10/2017
Hora: 17:02:01
Local: Pronto Socorro

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS

Glasgow: 15 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Neu. / / às : Dia / /

Especialista: / / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº 1 5/10/2017 10:00 / 10:00

2

3 Dupla de TCS

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Notário Gadea
CURTIDOR GERAL
CRM 11730

25/10/2017

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Panel Administrativo

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

() Centro cirúrgico
(X) Internação (setor) ALBERTO PEREIRA OLIVEIRA
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar /
() Decisão Médica
() Óbito

Isabel Oliveira A. Cabral
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CSO

IDADE

http://10.1.1.148/projctchcg/impreurgencia.php?contar=1530668





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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Data da Operação		Enf.	Leito
Operador		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar		Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
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) Paciente sob anestesia
- 2) Incisão e separação de Esquarte
- 3) Ligadura e sutura do M.S.B.
- 4) Colocação de pontos, Círculos
- 5) Redução da Abdominal
- 6) Fixação de 02 fios de Stemon 25
- 7) Sutura da pele
- 8) Ps - Coateral.

Dr. Acemir Costa Wanderley
CRM: 25230
CRO: 25230
R.D. UFRN 25230
TEL: 3322-2318

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



01	Kanakion amp.	015	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
01	Lasix amp. Paracetamol		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrothinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
02	Plasil amp. Talatol	03	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
02	Prolamina. Cefazolin		Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda	02	SF para limpeza
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PROTESE
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica	02	Flu Steermanh 215mm
01	Xilocaina 2% S/V		Sonda Uretral nº		
03	Nitroglicerina 0,5% S/V		Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
02	Agulha desc. 25x7 40412		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Latex		
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	8 Veloxo		
	Agulha p/ raque nº	00	85000		
015	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon 15				
02	Ataduras de Gessada 15				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

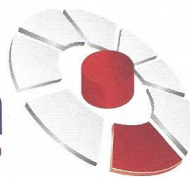
EQUIPAMENTOS

- | | |
|-----------------------|---------------------------|
| (x) Oxímetro de Pulso | (x) Foco Auxiliar central |
| () Serra | (x) Eletrocautério |
| () Desfibrilador | () Oxícapiógrafo |
| () Foco Frontal | (x) Cardiomonitor |
| () Fonte de Luz | () Perfurador Elétrico |

Manoel GILANIE RESPONSÁVEL
Téc. ENFERMAGEM
COREN-PB 32851

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 CLÍNICA:

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.

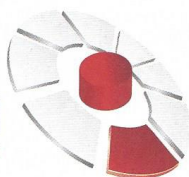
Apagamento difuso dos sulcos corticais.

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.

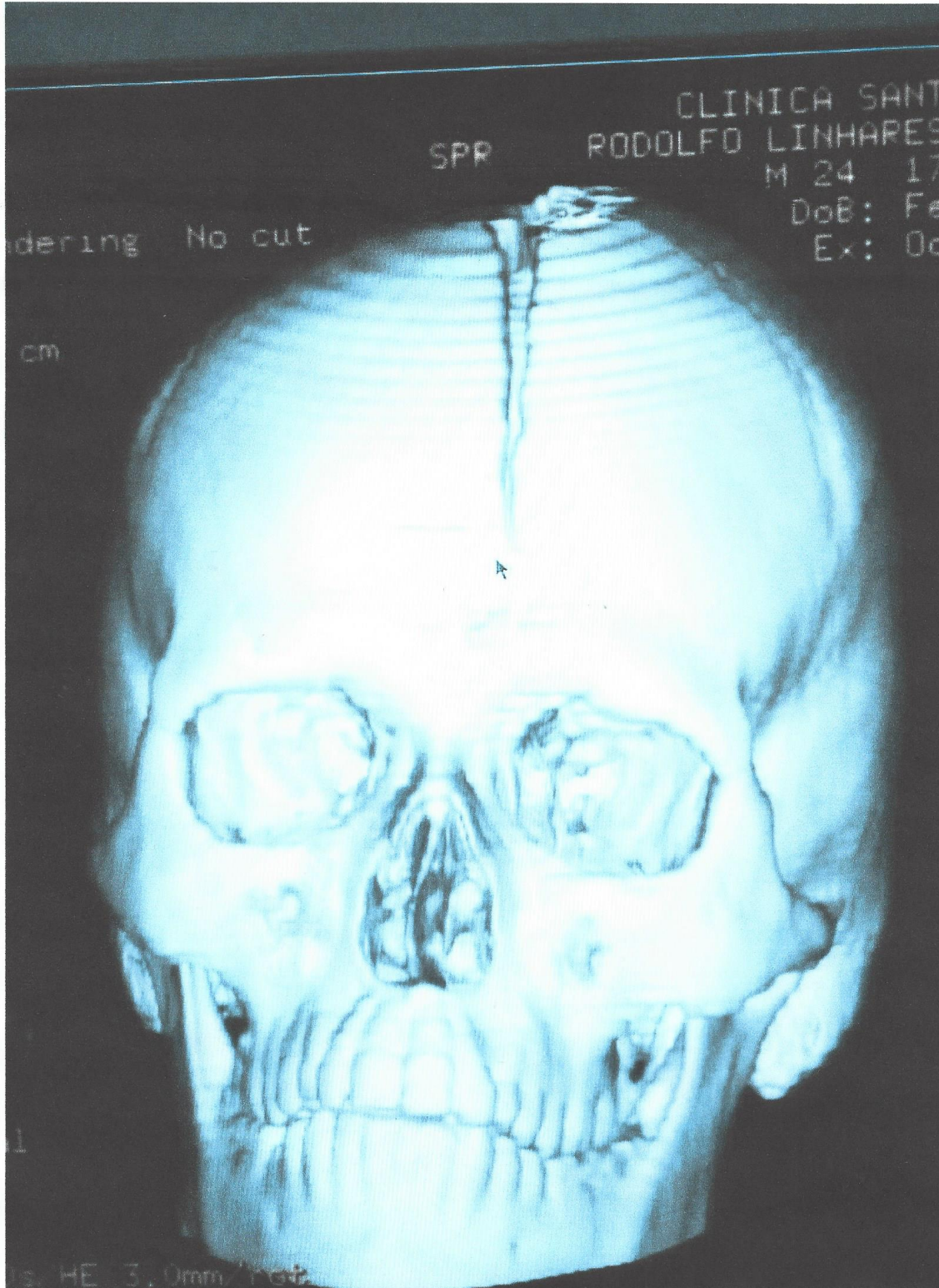
Raquel Tavares

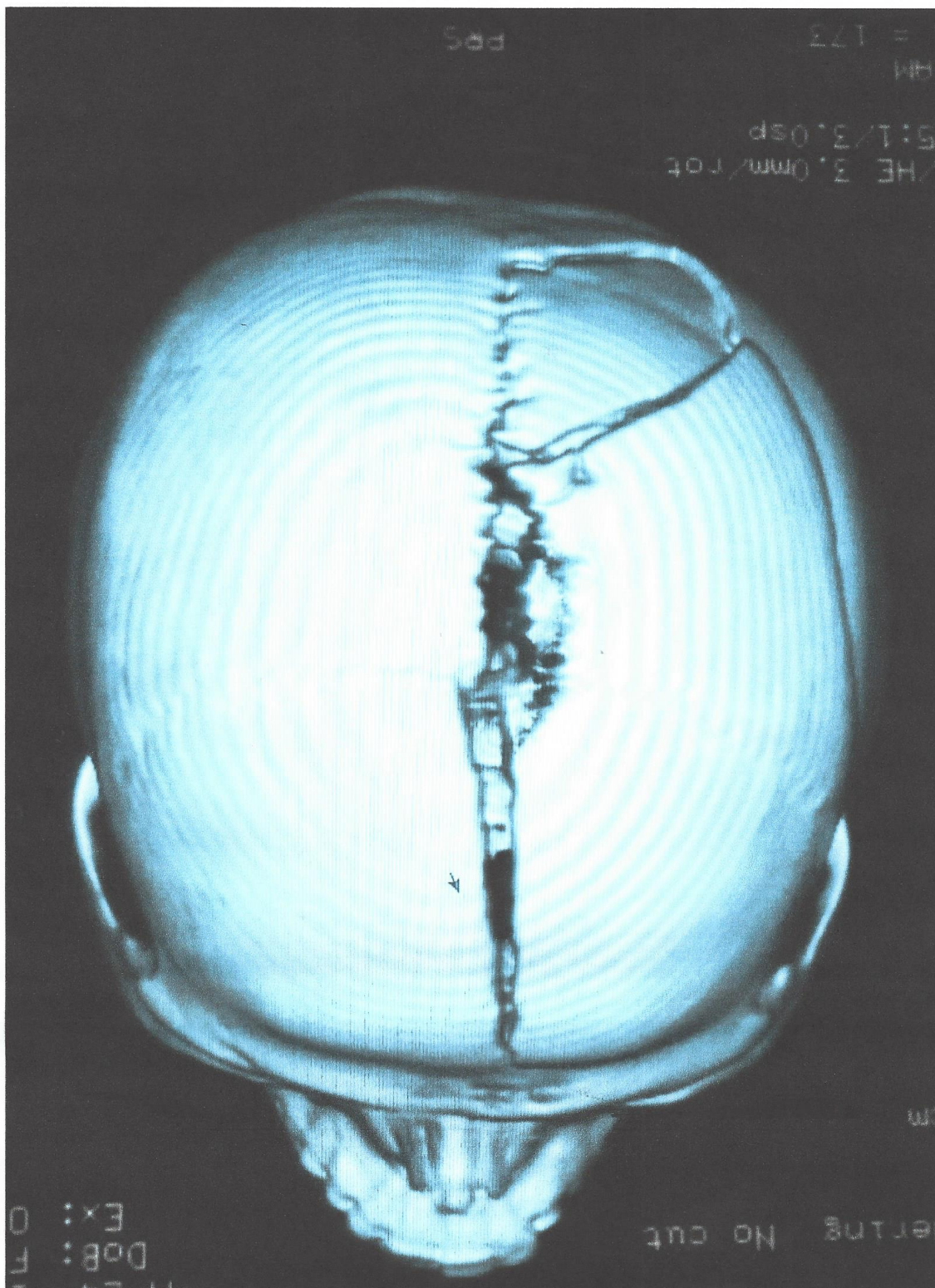
Assinado Eletronicamente por: Dra Raquel Tavares CRM 52-78160-6 RJ
| Médico-radiologista RQE 26853-RJ através de Telelaudo Tecnologia Médica
Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 25/10/2017
10:50:11 GMT -3 (Brasília Time)

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

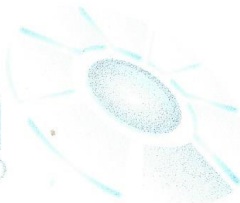






Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Paciente: RÓDOLFO 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 CLÍNICA:

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 encefalomalácia 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, cissuras 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 encefalomalácia 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

100.445.884-71

Nome completo da vítima

RODOLFO LINHARES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	RODOLFO LINHARES DA SILVA	CPF titular da conta	100.445.884-71	Profissão	AGRICULTOR
Endereço	SÍTIO MIMOSO	Número	SIN	Complemento	-
Bairro	ZONA RURAL	Cidade	PAULISTA	Estado	PB
Email	T.EWERTON@HOTMAIL.COM	CEP	58.860-000	Telefone (DDD)	(83) 94900 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

☒ RECUSO 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

NÍVEL

2198

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NÍVEL

10074

(Informar dígito se existir)

D/V

7

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NÍVEL

AGÊNCIA

NÍVEL

D/V

CONTA

NÍVEL

D/V

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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PAULISTA - PB, 02 de JANEIRO de 2018

Local e Data

x Rodolfo Linhares da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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 interdita 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 LIMAES 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.

PAVISTA - PB, 02 de JANEIRO de 2018
Local e Data

Rodolfo Limaes da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PAI 1.001 V001/2017



CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - POMBAL

DATA: 03/01/2018

HORA: 11:20:31

TERMINAL: 07321791

CONTROLE: 073217910345

2ª VIA

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

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



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
08/03/2018	R\$ 8.437,50	R\$ 0,00	R\$ 8.437,50





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 audiência** de 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

