



Número: **0830650-24.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/06/2017**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ERIVAN BATISTA DA SILVA (AUTOR)	DIOGENES PSAMETICO FIGUEIREDO HENRIQUE DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
8438037	27/06/2017 08:26	Petição Inicial	Petição Inicial
8438306	27/06/2017 08:26	Ação de Cobrança DPVAT - ERIVAN BATISTA DA SILVA	Documento de Comprovação
8438309	27/06/2017 08:26	Procuração e declaração	Documento de Comprovação
8438320	27/06/2017 08:26	Comprovante de residência	Documento de Comprovação
8438327	27/06/2017 08:26	Boletim de atendimento	Documento de Comprovação
8438331	27/06/2017 08:26	Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
8438344	27/06/2017 08:26	Declaração SAMU	Documento de Comprovação
8438352	27/06/2017 08:26	Laudo para cirurgia	Documento de Comprovação
8438355	27/06/2017 08:26	Raio X	Documento de Comprovação
8438359	27/06/2017 08:26	Laudo Médico	Documento de Comprovação
8438369	27/06/2017 08:26	Resumo de alta - atestado médico	Documento de Comprovação
8438380	27/06/2017 08:26	Despesa remédios	Documento de Comprovação
8438387	27/06/2017 08:26	Remarcação exame pericial	Documento de Comprovação
15678801	01/08/2018 16:03	Despacho	Despacho
18329366	12/12/2018 19:55	Certidão	Certidão
24185549	06/09/2019 05:58	Certidão	Certidão
24185550	06/09/2019 05:58	2019-09-06 (1)	Outros Documentos

TERMO DE PETICIONAMENTO EM PDF

PETICIONANTE:

ADVOGADO: DIÓGENES PSAMÉTICO FIGUEIRÊDO HENRIQUE

Procedo à juntada, em anexo, de petição em arquivo eletrônico, tipo “Portable Document Format” (.pdf), de qualidade padrão “PDF-A”, nos termos do artigo 1º, § 2º, inciso II, da Lei nº 11.419, de 19 de dezembro de 2006, sendo que eventuais documentos que a instruem também serão anexados.

27 de Junho de 2017.

DIÓGENES PSAMÉTICO FIGUEIRÊDO HENRIQUE

OAB/PB 14.348



EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA
CIVIL DE JOÃO PESSOA/PB.

ERIVAN BATISTA DA SILVA, brasileiro, solteiro,
cozinheiro, RG nº 1.909.849 SSP/PB, CPF nº 022.951.784-60, residente e domiciliado na
Rua Ary Barroso, 22 - Alto do Mateus - João Pessoa/PB - CEP.: 58.090-780, vem por meio
de seu advogado, adiante assinado, vem com mui respeitosamente à presença de vossa
Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, CNPJ:
09.248.608/0001-04, situada na Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, CEP 20031-205, Rio de
Janeiro - RJ, onde deverá ser citada na pessoa de seu representante legal para, querendo,
responder aos termos da presente demanda, sob pena de revelia e confissão pelos motivos
fáticos e jurídicos a seguir:

Rua Desembargador Souto Maior | N°46 | Edifício Dunas
Sala 05 | Centro | João Pessoa/PB | CEP: 58013-190



I - DA JUSTIÇA GRATUITA

Preliminarmente o Promovente declara ser pobre na forma da lei e não ter condições de arcar com as despesas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, pelo que requer desde já os benefícios da Justiça Gratuita nos termos da lei 1060/50, (doc. Anexo).

II - DOS FATOS

O promovente, no dia 20 de novembro de 2016, por volta das 13:00 horas, sofreu acidente de trânsito (colisão carro x moto). O fato se deu na Rua Flodoaldo Peixoto Filho, Bairro Valentina - João Pessoa/PB.

O acidente ocorreu em sua moto de marca HONDA - CG 150 TIPO FAN - COR PRETA - ANO 2012 - MODELO 2012 - PLACA NPX 3672/PB - CHASSI Nº 9C2KC1670DR442274.

Foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital de Emergências e Trauma Senador Humberto Lucena, conforme declaração do mesmo.

Em razão do acidente teve luxação **GLENO-UMERAL DO OMBRO E + FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA D.** Sendo submetido a tratamento cirúrgico, conforme laudo médico em anexo.

Em decorrência do acidente surgiram diversas sequelas, a saber: dor quando realiza esforços, limitação articular no ombro bem como perna, impossibilidade de correr, bem como praticar esforço físico, conforme resumo de alta em anexo, diminuindo substancialmente suas condições de trabalho. O autor está tendo gastos mensais com remédios, em média R\$ 100,00 (cem reais).



Nos meses subsequentes ao acidente, iniciou-se o enorme sofrimento do promovente, sempre com a esperança de recuperar-se daquela sequela, haja vista o fato de que, para um colaborador nas despesas familiares, que necessita trabalhar, ter de permanecer com restrição na mobilidade de seu membro é particularmente traumatizante.

Diante de tal fato, o promovente vindo a tomar ciência acerca dos direitos que lhe cabe, vem perante a este juízo, esperando ser devida e completamente indenizado, na forma do Art. 3º, inciso III, da Lei nº 6.194/74, com redação dada pela Lei nº 11.482/2007.

Ante ao exposto, recorre ao Poder Judiciário para solução da lide, no sentido de receber o valor, estipulado em Lei Federal.

III - DO DIREITO

LEI Nº 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974:

Dispõe sobre o seguro obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: [Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009](#). [\(Produção de efeitos\)](#).



II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e [\(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#)

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\)](#). [\(Produção de efeitos\)](#).

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\)](#). [\(Produção de efeitos\)](#).

ANEXO - [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\)](#). [\(Produção de efeitos\)](#).

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)



Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis	
de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo Polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da Mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10



VI - DA PROVA PERICIAL

Por se fazer imprescindível a prova pericial, com fim de determinar o quantum indenizatório, conforme estabelece o inciso II, do §1º do art. 3º da Lei nº. 6.194/74, requer que esta seja realizada com seus dispêndios a cargo da Ré, em razão da inversão do ônus da prova, ou a cargo estado conforme dispõe jurisprudência do STJ, a seguir:

STJ - RECURSO ESPECIAL REsp 1245684 MG 2011/0042885-0 (STJ)

Data de publicação: 16/09/2011

Ementa: PROCESSUAL CIVIL. ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA. ARTS. 3º, V, E 11 DA LEI 1.060/50, 19 E 33 DO CPC. HONORÁRIOS PERICIAIS. ANTECIPAÇÃO PELO ESTADO, QUANDO O EXAME FOR REQUERIDO POR BENEFICIÁRIO DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA. DESCABIMENTO. REALIZAÇÃO DA PERÍCIA. RESPONSABILIDADE DO ESTADO EM COLABORAÇÃO COM O PODER JUDICIÁRIO. 1. A controvérsia posta em debate diz respeito ao ônus pela antecipação dos honorários do perito em ação em que o autor da demanda, postulante da perícia, é beneficiário da justiça gratuita. 2. O fato de o beneficiário da justiça gratuita não ostentar, momentaneamente, capacidade econômica de arcar com o adiantamento das despesas da perícia por ele requerida, não autoriza, por si só, a inversão do ônus de seu pagamento. 3. Tendo em vista que o perito nomeado não é obrigado a realizar o seu trabalho gratuitamente, incumbe ao magistrado requisitar ao Estado, a quem foi conferido o dever constitucional de prestar assistência judiciária aos hipossuficientes, o ônus de promover a





HENRIQUE & HENRIQUE

A D V O G A D O S

realização da prova técnica, por meio de profissional de estabelecimento oficial especializado ou de repartição administrativa do ente público responsável pelo custeio da produção da prova, o que deve ocorrer em colaboração com o Poder Judiciário. 4. Recurso especial provido.

VI - DO PEDIDO

Que Vossa Excelência designe data para realização de Audiência de Conciliação, **nos termos do artigo 319, VII, do CPC/2015, já com perito judicial, com intuito de realização de PERÍCIA MÉDICA ESPECIALIZADA**, conforme convênio firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, como forma de produzir as provas necessárias para a concessão do seguro obrigatório DPVAT, expedindo-se o competente mandado de citação ao Réu no endereço fornecido pelo autor, citação essa que deverá ser por **CORREIOS COM AVISO DE RECEBIMENTO (AR)**, nos termos dos Arts. 246, inciso I e 247, do CPC, para nela comparecer, caso queira, apresentar contestação no prazo legal, sob pena de confissão e revelia;

Preliminarmente, requer a V. Exa. o benefício da Justiça Gratuita, com fundamento na Lei 1.060/50, uma vez que o autor não tem condições de efetuar o pagamento das custas processuais;

A condenação do Promovida ao pagamento de custas e Horários Advocatícios de sucumbência não inferior a 20% do valor da causa conforme dispõe o art. 389 e 404 do Código Civil; bem como juros moratórios, desde o evento danoso (SÚMULA 54 DO STJ) e correção monetária.

Protesta-se provar o alegado por todos os meios de julgamento, provas admitidas em direito, especialmente, a exibição de documentos, a oitiva

Rua Desembargador Souto Maior | N°46 | Edifício Dunas
Sala 05 | Centro | João Pessoa/PB | CEP: 58013-190



de testemunhas, perícia, enfim, tudo o que for necessário para o devido andamento processual e prudente.

Dá-se à presente causa o valor de R\$ 13.525,00 (treze mil, quinhentos e vinte e cinco reais), apenas para fins de alçada.

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

João Pessoa/PB, 27 de junho 2017.

Diógenes Psamético Figueirêdo Henrique
OAB/PB 14.348

Rua Desembargador Souto Maior | N°46 | Edifício Dunas
Sala 05 | Centro | João Pessoa/PB | CEP: 58013-190





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(s) : ERIVAN BATISTA DA SILVA, brasileiro, solteiro, cozinheiro, RG 1.909.849 SSP/PB, CPF 022.951.784-60, residente e domiciliado na rua compositor Ary Barroso, 22 - Alto do Mateus - João Pessoa/PB - CEP 58.090-780.

OUTORGADO(s) : O bel: DIÓGENES PSAMÉTICO FIGUEIREDO HENRIQUE DA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/PB 14.348 e DIÁGORAS RANIERE FIGUEIREDO HENRIQUE DA SILVA, brasileiro, solteiro, estagiário, OAB/PB 10.485-E, ambos com escritório profissional na rua Des. Souto Maior, 46 sala 05 Ed. Dunas Centro - João Pessoa/PB, CEP: 58.013-190 - Fones: (83) 3043.8986, 8848.0017.

PODERES : Os da cláusula *ad et extra juditia*, para o foro em geral podendo representar o(s) outorgante(s) em qualquer juízo ou tribunal e/ou Polícia Militar da Paraíba, Caixa Beneficente da Polícia Militar da Paraíba, em ação ou demanda em que o(s) mesmo(s) seja(m) autor(es), réu(s) opoente(s) ou de algum modo interessado(s), podendo para tanto, ditos procuradores, ajuizar, constar e desistir de demandas ou ações; a tudo requerendo, declarando, propondo, transigindo e confessando; firmar termos de compromissos, acordos, bem como receber Alvará, seguros por morte, com atuação conjunta ou em separado, podendo inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes.

João Pessoa/PB, 17 de maio de 2017.

OUTORGANTE

Rua Desembargador Souto Maior | Nº46 | Edifício Dunas
Sala 05 | Centro | João Pessoa/PB | CEP: 58013-190

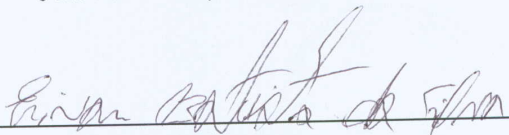


DECLARAÇÃO

Eu ERIVAN BATISTA DA SILVA, brasileiro, solteiro, cozinheiro, RG 1.909.849 SSP/PB, CPF 022.951.784-60, residente e domiciliado na rua compositor Ary Barroso, 22 - Alto do Mateus - João Pessoa/PB - CEP 58.090-780, DECLARO para fins de direito, com base da Lei 7.115 de 29.08.83, para fazer prova da situação sócio-econômica da mesma, face requerer a Justiça Gratuita, com arrimo no art. 2º parágrafo único e art. 4º da lei 1.060/50 e com o art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal que sou pobre na forma da lei, não podendo arcar com as despesas processuais sem que interfira na minha manutenção.

Declaro ainda, que sou responsável pelas afirmações aqui mencionadas.

João Pessoa/PB, 17 de maio de 2017.



Declarante





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

68164394

REFERENCIA

MAI/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

ERIVAN BATISTA DA SILVA
RUA ARI BARROSO S/N

ALTO DO MATEUS
JOÃO PESSOA

58090-780

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.11.110.0023	0	Residencial	Comercial	Industrial	Pública	68164394
001.11.110.0023	0	1	0	0	0	68164394
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A04X050478	16/09/2004	4	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m3) NUM. DE DIAS PROXIMA LEITURA						
1721	1737	16	31	10/06/2017		
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT.		QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.				
NOV/2016	13	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
DEZ/2016	13	0	COL.TOTAIS	294	291	291
JAN/2017	14	0	COL.TERMOT	0	0	0
FEV/2017	14	0	CLORO	294	291	291
MAR/2017	14	0	TURBIDEZ	294	291	290
ABR/2017	14	0	COR	77	113	113
MEDIA(M)	14		DADOS REFERENTES A:MAR/2017			

DATA DA LEITURA: 12/05/2017	HORA DA LEITURA: 08:18:54		
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	10	36,84	
			TOTAL(R\$)
DE 11m A 20m	6	28,50	R\$28,50
TOTAIS		65,34	
047-JUROS DE MORA			R\$1,08
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.			R\$3,36

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R\$6,04 PIS E COFINS. LEI 12.741/12

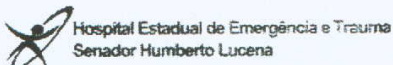
VENCIMENTO:

24/05/2017

Total a Pagar:

R\$69,78





ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 962314



Identificação do paciente				
ID 679752	Nome ERIVAN BATISTA DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 22/08/1976	Idade 40 anos 2 meses 29 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 91937
Mãe MARIA LUCIA BATISTA DA SILVA	Pai SEBASTIAO SALUSTRO DA SILVA			
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) ERIVALDO BATISTA DA SILVA - IRMAO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988740731	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1909849	Nº Cns 126907504400000		
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R Cozinheiro geral		
Endereço				
CEP 58090780	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ARI BARROSO	
Número 22	Complemento	Bairro ALTO DO MATEUS		
Admissão				
Data e Hora 20/11/2016 14:05:07	Número da pulseira 1000004663644	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
			ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><i>Red. inclemente</i></p> <p><i>20/11/2016</i></p> <p><i>De</i></p> <p><i>AS/10/1</i></p> <p>Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO</p> </div> <div> <p>TOMOGRRAFIA</p> <p>TIPO... <u>JOELHO (D)</u></p> <p>DATA... <u>21/11/16</u></p> <p>HORA... <u>20:10</u></p> <p>NOME TÊC. RAD.: <u>Wosley</u></p> <p>ASS.: <u>[Assinatura]</u></p> <p>Imprimir</p> </div> <div> <p>TOMOGRRAFIA</p> <p>TIPO... <u>OMÓRDE</u></p> <p>DATA... <u>20/11/16</u></p> <p>HORA... <u>13:30</u></p> <p>NOME TÊC. RAD.: <u>Mickel</u></p> <p>ASS.: <u>[Assinatura]</u></p> <p>Tempo 02min 36seg</p> </div> </div>				

20/11/2016 14:07



UF: VERMELHA
BRASIL: 2014

Primeiro Atendimento Médico



1000004663644 BE.: 962314
ERIVAN BATISTA DA SILVA
DT. NASC.: 22/08/1976
MAE: MARIA LUCIA BATISTA DA SILVA

ETSHL

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

END.: ARI BARROSO
N. 22 - ALTO DO MATEUS
JOAO PESSOA

FONE: ()
CELULAR: (83) 988740731
IDADE: 40
DT. ENTRADA:

ADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Vítima de acidente de motocicleta repara-
dos, dor em ombro esquerdo e joelho
direito. Não perda de consciência.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS ☒ Patentes () Obstruídas

NECK: CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim () Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: ☒ Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☒ Sem dificuldade
() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1 - MURMÚRIO VESICULAR:

HTD: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

HTE: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

2 - RUÍDOS

() Sim

HTD: ☒ Roncos
Sibilos
Estertores

HTE: ☒ Roncos
Sibilos
Estertores

☒ Não

imp

SaO₂ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☒ Normal () Pálida () Cianótica
() Pleotórica () Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☒ Normal () Quente () Fria

PULSO

☒ Normal () Aumentado
() Fino () Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO

☒ Regular () Irregular () Ausente

BULHAS

☒ Normotónicas () Hipofonéticas

() Hipofonéticas () Ausente

SOPRO

() Presente () Ausente

BE OU B4

() Sim () Não

FC: ____ bpm PA: ____ X ____ mmHg T: ____ °C

ECG:

ABDOMEN:

Normal

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreagente

() Paralisadas

() Isocóricas

() Anisocóricas

(diferença = ____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:	15				

F(NG).CC.001-1



Assinado eletronicamente por: DIOGENES PSAMETICO FIGUEIREDO HENRIQUE DA SILVA - 27/06/2017 08:25:14

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1706270821072950000008262498

Número do documento: 1706270821072950000008262498

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:

() Não () Sim:

MEDICAMENTOS:

() Não () Sim:

IMUNIZAÇÃO

() Não () Sim:

PATOLOGIA

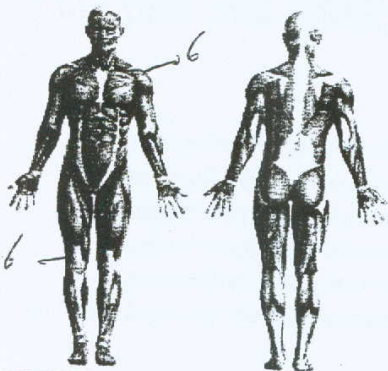
() Não () Sim:

ALIMENTOS INGERIDOS:

() Não () Sim:

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 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

() 1º grau

() 2º grau

() 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias

() Ultrassonografia (FAST)

() Tomografia computadorizada

() Lavado peritoneal

() Gasometria arterial

() Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	1. Abandono		
2	2. Sutura		
3	3. Transfusão de sangue + 100ml 5% Dextrose IV		
4	4. Transfusão de sangue + 100ml 5% Dextrose IV		
5	5. Transfusão de sangue + 100ml 5% Dextrose IV		
6	6. Transfusão de sangue + 100ml 5% Dextrose IV		
7	7. Transfusão de sangue + 100ml 5% Dextrose IV		
8	8. Transfusão de sangue + 100ml 5% Dextrose IV		
9	9. Transfusão de sangue + 100ml 5% Dextrose IV		
10	10. Transfusão de sangue + 100ml 5% Dextrose IV		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Ortopedia

Solicito parecer da _____

às _____ do dia _____

às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

() Centro cirúrgico

() Transferência (unidade de saúde)

() Internado (setor)

() Alta hospitalar

() Óbito

() Até 48 hs.

() Decisão médica

() Após 48 hs.

() A pedido

() Família

() JIML

() A reavalia

() Desistência

() SVO

ASSIN

ASSIN

ASSIN

ASSIN

F(NG).CC.001-1



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00861.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00861.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:57 horas do dia 08 de maio de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Erivan Batista da Silva**, CNH nº 05590236923, CPF nº 022.951.784-60, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Cozinheiro, filho(a) de Maria Lucia Batista da Silva e Sebastião Salustro da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/08/1976 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ari Barroso, Nº 22, bairro Alto do Mateus, tendo como ponto de referência Ponto Final dos Ônibus 701, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98874-0731.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Flodoaldo Peixoto Filho, Após o Contorno, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/11/16 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 FAN ESI, COR PRETA, ANO 2012, PLACA NPX3672/PB, CHASSI 9C2KC1670DR442274, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, com sua esposa ADRIANA DOS SANTOS na garupa, quando passava pela Rua Flodoaldo Filho ao desviar de um AUTOMÓVEL não identificado que seguia à sua frente e entrou repentinamente à esquerda sem ligar a seta perdeu o controle da motocicleta vindo a cair ao solo e lesionar-se, conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 18.04.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que sua esposa veio a ter apenas escoriações leves.

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

João Pessoa/PB, 08 de maio de 2017.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

ERIVAN BATISTA DA SILVA
Noticiante

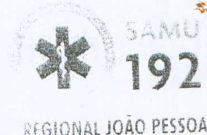
Procedimento Policial: 00861.01.2017.1.00.420

1/1





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



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
R. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP: 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 705/005, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1507053, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ERIVAN BATISTA DA SILVA** idade 40 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 20/11/2016, na R. Flodoaldo Peixoto Filho, Bairro: Valentina - João Pessoa - aproximadamente às 13:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

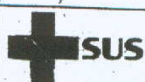
João Pessoa, 05 de Maio de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREFIS Região: 10171

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

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





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.E.T.S.H.L

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jonian Batista da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

962314

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masc.

1

Fem.

3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Cx 4,5 Kompaço

01 - Placa em L 5 Furos

01 - Parafuso Espomoso Nº 45

01 - Parafuso Espomoso Nº 75

01 - Parafuso Espomoso Nº 80

Cx 3,5 Kompaço

01 - Placa OCP 5 Furos Estreito

01 - Parafuso Cortical Nº 34

01 - Parafuso Cortical Nº 38

01 - Parafuso Cortical Nº 46

02 - FIOS de Kirschner 2.0 (Antsintese)

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

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

Jéssyka Emilia F. Rabelo

CRM 10045/PS

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
- Antibiótico profilático	
- Paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia	
- Círculo + antisséptico do membro inferior direito	
- Círculo de Círculo Elástico	
- Realizado alongamento - medial ao longo proximal do fêmur	
- Direções por planos com alometria	
- Direção para o osso	
- Realizado alongamento de fêmur com alinhamento	
->	- Realizado colateral, realismo do alinhamento e fixação com placa de 3.5 + parafusos
- Realizado alongamento lateral do fêmur, com direções por planos e alometria e realismo de fêmur	
- Realizado alongamento do membro com ruído	
->	- Realizado colateral com alometria de fêmur sobre
Conclusão: - Colocação de fundamento do platô tibial com apoio de exportar	
->	- Fixação do subcondral com fio K
->	- Colocação imanta com alometria da curva ilíaca
->	- Direção e direção do platô lateral com placa e 2 + parafusos
- Problemas foram resolvidos no controle radiográfico	
- Controle alometria dos alometria com S&A	
- Plano da Amortecimento	
- Alinhamento por planos	
- Curativo lateral	
- Rx controle	
Observações	
① Comprimido no pré-operatório com a planta e sua esposa e aplicado o propofol no local, realizou sutura de hematomas peroneo, região do pé e do articular.	
Observações	

Jéssyka Emilia F. Rabêlo
Médica
CRM 10045/PB

João Pessoa, 30/12/16

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

D

000000009018 ERIVAN BATISTA DA SILVA M
12.04.2017
HTOP





000000009018 ERIVAN BATISTA DA SILVA M
12.04.2017
HTOP





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ERIVAN BATISTA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 22/08/76
NOME DA MÃE MARIA LUCIA BATISTA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 962.314
Nº PRONTUARIO 91.937
DATA DO ATENDIMENTO 20/11/16
HORA DO ATENDIMENTO 14:05
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) LUXAÇÃO GLENO-UMERAL E + FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA D
CID 10 S 43.0 + S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor e deformidade + limitação funcional em ombro E e joelho D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do ombro E
TC do joelho D
RX do ombro E - AP Verdadeiro e Axilar
RX do joelho D - AP e P

TRATAMENTO:

Luxação gleno-umeral posterior do ombro E + fratura do extremidade proximal da tibia D às TC's e aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Heisenberg Almeida no 1º tempo e pelo Dr. Thales Seabra e Dr. Milton Linhares no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 02/01/17
DATA DA EMISSÃO: 18/04/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO C.R.M. 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA		LAUDO MÉDICO RESUMO DE ALTA	
NOME: ERIVAN BATISTA DA SILVA		REGISTRO BE 962314	
IDADE 40 ANOS	SEXO MASCULINO	COR	CLÍNICA ORTOPEDIA
DATA DE ADMISSÃO 20/11/2016		DATA DA ALTA 02/01/2017	ENFERMARIA 12
DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO		LEITO 03	
DIAGNÓSTICO FINAL O MESMO		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
OUTROS DIAGNÓSTICOS		CID-10	
PRINCIPAIS EXAMES: EXAMES LABORATÓRIAS + RADIOLÓGICOS			
CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE TTO CIRÚRGICO DE FRATURA RELATADA POR DR. THALES SEABRA E DR MILTON DIA 30 / 12 / 17			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA ATB+ CLEXANE			
FERIDA OPERATÓRIA INFECÇÃO	SIM	X	NÃO
COLETA DE MATERIAL	SIM	X	NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA:			

CONDIÇÕES DE ALTA	X	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	OBITO
RESUMO CLÍNICO: HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLATO TIBIAL D. FO LIMPA E SECA, SEM QUEIXAS ALGICA IMPORTANTES NOMOMENTO. ENV PRESERVADO NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR. ORIENTADA RETORNO E SEGUIMENTO AMBULATORIAL RIGOROSO.						

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
DIETA:	GERAL
REPOUSO:	Relativo em casa 30 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 60 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 90 dias, e com esforço maior em 180 dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: CURATIVO DIÁRIO, RETIRAR PONTOS APÓS 15 DIAS OU A CRITÉRIO DE MÉDICO ASSISTENTE, FISIOTERAPIA EM CASO DE DOR, CALOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO NO LOCAL OU FEBRE. PROCURAR IMEDIATAMENTE O HEETSHL.	
MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALEXINA, CLEXANE, ARFLEX, DEOCIL	
RETORNO	No ambulatório do HTOP, com Dr. BARTOLOMEU em 1 semana, para seguimento ambulatorial.
DATA	02/01/2017
MÉDICO RESPONSÁVEL	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO	

Av. Orestes Lisboa, S/N, Conjunto Pedro Gondim, João Pessoa/PB

CEP: 58031-000 Fones: (83) 3216-5736 / 3216-5775





Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Hospital de Traumatologia e Ortopedia da Paraíba
Secretária Estadual de Saúde da Paraíba

HEETSHL

PACIENTE: ERIVAN BATISTA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

VIA ORAL

1. CEFALEXINA 500MG ----- 28.COMP
TOMAR 1CP DE 6/6 HORAS POR 7 DIAS

VIA SUBCUTÂNEA

2. VERSA 40 MG ----- 28 AMPOLAS
FAZER 1 AMPOLA SC 1X DIA POR 28 DIAS

CURATIVO

3. REALIZAR 1X DIA COM SF0,9% + GASES + FAIXA/MICROPORE

Glauber M. Novaes Miranda
Médico
CRM-PB 0000

Carimbo e assinatura do Médico

João Pessoa, 02/01/2017.

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL
Av. Orestes Lisboa, s/n – Conj. Pedro Gondim – CEP: 58031-090 – João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5

F(NG).APC.001-2





Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Hospital de Traumatologia e Ortopedia da Paraíba
Secretária Estadual de Saúde da Paraíba

HEETSHL

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para todos os devidos fins de direito, que o (a) Sr(a).
ERIVAN BATISTA DA SILVA foi atendido (a) neste serviço de Ortopedia,
portador de CID 10: **S82.1**, devendo ausentar-se de suas atividades regulares por um
período de **90 (NOVENTA)** dias, permanecendo em repouso segundo recomendação
médica.

AUTORIZAÇÃO

Eu, **ERIVAN BATISTA DA SILVA**, autorizo o Dr. **GLAUBER
MELO NOVAIS MIRANDA**, a registrar o diagnóstico codificado CID 10 neste
atestado médico.

Glauber Melo Novais Miranda
Carimbo e assinatura do Médico

João Pessoa, 02/01/2017

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL
Av. Orestes Lisboa, s/n – Conj. Pedro Gondim – CEP: 58031-090 – João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5

F(NG).APC.001-2



FARMACIAS BIG BEN
NEW DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA
RUA VISCONDE DE PELotas, 279 CENTRO CEP: 58013-000
FONE: (83) 3222-3670 JOAO PESSOA - PB
CNPJ: 09.546.827/0028-61 IE: 16.211.988-7
IM: 118945-0

047012017 13:38:21 CCF:082283 C00:122720

CUPOM FISCAL

ITEM CODIGO DESCRICAO QTD UN VL UNIT RS ST AUT VL ITEM R\$
001 090731 LUVA MUCAMBO 1UND 118,00% 3,99
002 090731 LUVA MUCAMBO 1UND 118,00% 3,99
003 090732 LUVA MUCAMBO 1UND 118,00% 3,99
004 090732 LUVA MUCAMBO 1UND 118,00% 3,99
005 334573 COMPRESSA DE G 1PCT F1 0,99
006 334573 COMPRESSA DE G 1PCT F1 0,99
007 334573 COMPRESSA DE G 1PCT F1 0,99
008 334573 COMPRESSA DE G 1PCT F1 0,99
009 484200 ESPARADUPO IM 1UND F1 6,99
010 003756 ATADURA CREPON 1UND F1 5,99
011 003756 ATADURA CREPON 1UND F1 5,99
012 264421 AGUA MABELO/VF 1FR F1 12,99
TOTAL R\$ 57,87

Cartao 57,87
MD5: 1A36B7C8A36E2E679CC93654238F92CD
VAL APROX TRIBUTOS R\$13,94 (23,92%) FONTE: IDPT
SEU DESCONTO FOI DE 5,06

***** CARTAO GERENCIA *****
SIS76 MÓDULO POS
VERSÃO 3.4

106 A124A 2C1BE E90087 AD EF81A3 86652 14726 054
DARUMA AUTOMACAO MACH I
RCF-IF VERSAO: 01.00.00 ECF: 002 LJ:
88888888888888888888 04/01/2017 13:43:40
FAB: DR08138R000000358914

FARMACIAS BIG BEN
NEW DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA
RUA VISCONDE DE PELotas, 279 CENTRO CEP: 58013-000
FONE: (83) 3222-3670 JOAO PESSOA - PB
CNPJ: 09.546.827/0028-61 IE: 16.211.988-7
IM: 118945-0

047012017 13:43:44 GNF:087983 C00:122721
C00:0012

NÃO É DOCUMENTO FISCAL
COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO
Cartao
1ª VIA

COD do documento vinculado: 122720
Valor da compra R\$ 57,87
Valor do pagamento R\$ 57,87

REDE
HIPERCARD
COMPR: 502198028 VALOR: 57,87
ESTAB: 041773039 BIG BEN CENTRO
04.01.17-14:34:32 TERM: PV611223/040015
NUMERO PARCELAS: 02
CARTAO: xxxxxxxxxxxx9427
AUTORIZACAO: 058040
ARQC: 49D7181D1131823C

TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL

MD5: 1054A5C18C0A566C31D02504
PYN000065120
trib apox R\$ 49,03 Fed e 0,00
Fonte: ITP1 W99E1
Balc: 817 N. Controle: 3129024
Informações dos tributos totais
Federal 12,74/2017: R\$ 49,03

WCA DROGATIM DROGARIAS LTDA - LJ42 - FARMACIA
PERMANENTE

CNPJ: 06.198.519/0020-00 IE: 161495737

AV PRES EPITACIO PESSOA, 1648, 1648 -
TORRE, JOAO PESSOA - PB

DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica para Consumidor Final
NFC-e não permite aproveitamento de crédito ICMS

DETALHE DA VENDA

NDC: 4201367501

PRODUTOS

Código	Descrição	Ts	Qtd	Un	Unit	Desc	Total
0250030	CEFALEXINA 500MG 10CPR GEN EMS	F	1	UN	27,37	10,98	16,42
0250030	CEFALEXINA 500MG 10CPR GEN EMS	F	1	UN	27,37	10,98	16,42
0004546	CEFALEXINA 500MG 8CPR EMS GEN EMS A			LN	23,23	9,28	13,94

QTD. TOTAL DE ITENS 3

Dinheiro 46,78

VALOR TOTAL R\$ 46,78

PAGO: 100,00 TROCO: 53,22

OPERADOR: 6458 - WILLIAMS TEIXEIRA DA SILVA - LJ 41

VENDEDOR: 6516 - EMMANUELLY ROSALLINE CARUOSO

MD5: 9b32a9d415bfae84229ad907480e289b

Tributos Totais Incidentes (Lei 12.741/2012) 9,88 (21,12 %)

EMITIDA EM CONTINGENCIA

NFC-e nº 000.0-8.317-Serie 001

Emissão: 02/01/2017 14:45:57

Via do Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em

http://www.sitiositefisco.fazenda.gov.br/nfc/ConsultaFisco.jsp?CODUNIC=PB_141

CHAVE DE ACESSO

2617 0106 1986 1900 2000 6500 1000 0483 1791 0048 3170

Protocolo de Autorização: 333160040357679 18/02/16 07-02-00

CONSUMIDOR

CLIENTE NÃO IDENTIFICADO

Consulta via leitor QR Code



REDEPHARMA LTDA FL 03 CNPJ: 0
R. VISCONDE DE PELotas, 279, C
PB
Documento Auxiliar da Nota Fis
Eletrônica
Código de Acesso 1010 UN 1
0769131745150 VERSA 40MG SOL
QTD. TOTAL DE ITENS 3
VALOR TOTAL R\$ 57,87
Cartao de Crédito
Número: 132109 Série: 1
Emissão: 04/07/2017 13:09:30 - Via de C
Consulte pela Chave de Acesso
https://www5.receita.pb.gov.br
Safefuncão: ISP/ocufuncao
2517 0101 1986 1900 2000 6500 1000
Protocolo de Autorização: 04/01
Consumidor NÃO IDENT





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: JOAO PESSOA BELA VISTA

REMARCAÇÃO DE EXAME PERICIAL
REQUERIMENTO Nº 179908326

Prezado (a) Sr(a)

ERIVAN BATISTA DA SILVA

(Nome do segurado)

Informamos que foi remarcado seu exame pericial para a data, hora e local a seguir discriminados:

Data: 09/05/2017
Hora: 10:00
Endereço: RUA BARAO DO TRIUNFO,307
VARADOURO
JOAO PESSOA - PB

Compareça ao exame pericial agendado, levando RG (Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Considerando que já houve solicitação de remarcação, informamos que o não comparecimento na data acima agendada ensejará no indeferimento do requerimento ou cessação do benefício.

Joao Pessoa, 26 de abril de 2017

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em ____/____/____

Assinatura do Requerente/Rep. Legal





Poder Judiciário da Paraíba
17ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0830650-24.2017.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita.

Trata-se de ação de Cobrança de Seguro DPVAT.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

Cumpra-se

João Pessoa, data definida no sistema

Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário da Paraíba
17ª Vara Cível da Capital

Número do Processo: 0830650-24.2017.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)
Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]
Polo ativo: AUTOR: ERIVAN BATISTA DA SILVA
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

CERTIDÃO

Certifico que dei cumprimento ao despacho de id nº 15678801.

Certifico e dou fé.

João Pessoa - PB, 12 de dezembro de 2018

DEUSDETE RUFINO DE CARVALHO

Técnico Judiciário





**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
17ª Vara Cível da Capital**

PROCESSO Nº 0830650-24.2017.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: ERIVAN BATISTA DA SILVA
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO

Certifico e dou fé que, nesta data, faço JUNTADA de Carta de Citação aos presentes autos do(s) documento(s) em anexo.

17ª Vara Cível da Capital - PB, 6 de setembro de 2019.

DEUSDETE RUFINO DE CARVALHO

Técnico Judiciário





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
17ª Vara Cível da Capital

PROCESSO Nº 0830650-24.2017.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: ERIVAN BATISTA DA SILVA
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

CARTA DE CITAÇÃO

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, nos termos do art. 334 e seguintes do CPC, **CITO** Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205, para que tome conhecimento de todo o conteúdo da Ação supra, e, querendo, contestá-la, no prazo de **15** (quinze) dias, nos termos do artigo 247 e seguintes, do CPC. A contestação deverá ser elaborada e instruída nos moldes do art. 335 e seguintes do CPC. Não contestada a ação presumir-se-ão como verdadeiros os fatos articulados pela parte autora.

João Pessoa - PB, 5 de setembro de 2019.

DEUSDETE RUFINO DE CARVALHO
Técnico Judiciário

Arthur A. Zarkaski Gama Lima
Chefe do Setor de Expedição
Mat. 478.223-2

05/09/19

05/09/2019 16:34



PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "**Número do documento**" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: ID Nº 8438037

PARA VISUALIZAR O DESPACHO ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "**Número do documento**" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: ID Nº 15678801



Assinado eletronicamente por: **DEUSDETE RUFINO DE CARVALHO**

05/09/2019 16:32:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: **24176173**



19090516320657100000023413450

imprimir

