



Número: **0821956-95.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **14/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELINALDO MIGUEL DA SILVA (AUTOR)		FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
21169442	14/05/2019 18:02	Petição Inicial	Petição Inicial
21169444	14/05/2019 18:02	DPVAT - Guia - ELINALDO MIGUEL DA SILVA	Guias de Recolhimento/ Deposito/ Custas
21169445	14/05/2019 18:02	DPVAT - Documentos - Elinaldo Miguel Da Silva - 02	Outros Documentos
21169446	14/05/2019 18:02	DPVAT - Documentos - Elinaldo Miguel Da Silva - 01	Outros Documentos
21169448	14/05/2019 18:02	DPVAT - Procuração - ELINALDO MIGUEL DA SILVA	Procuração
21169750	14/05/2019 18:02	DPVAT - INICIAL - ELINALDO MIGUEL DA SILVA	Outros Documentos
21538267	28/05/2019 21:49	Despacho	Despacho
21553807	29/05/2019 13:53	Expediente	Expediente
22547187	09/07/2019 00:30	Certidão	Certidão
27192970	19/12/2019 15:59	Despacho	Despacho

Anexo



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 200.6.19.08056/01
			Data de emissão: 28/03/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/03/2019
Número da guia: 200.2019.608056 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 49,54
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 990,80 - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.182,35
			Desconto total: R\$ 0,00
866700000114 823509283185 520190331204 061908056015 			Valor final: R\$ 1.182,35

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 200.6.19.08056/01
			Data de emissão: 28/03/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/03/2019
Número da guia: 200.2019.608056 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 49,54
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 990,80 - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.182,35
			Desconto total: R\$ 0,00
866700000114 823509283185 520190331204 061908056015 			Valor final: R\$ 1.182,35

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 200.6.19.08056/01
			Data de emissão: 28/03/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/03/2019
Número da guia: 200.2019.608056 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 49,54
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 990,80 - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.182,35
			Desconto total: R\$ 0,00
866700000114 823509283185 520190331204 061908056015 			Valor final: R\$ 1.182,35





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 200.2019.608056

Data Vencimento: 31/03/2019

Data Emissão: 28/03/2019

Comarca: Joao Pessoa

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Promovido: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Valor da Causa: R\$ 11.812,50

Despesas Processuais: R\$ 13,01

Custas: R\$ 990,80

Taxa: R\$ 177,19

Total da Guia: R\$ 1.181,00

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000860562

Idade: 59 anos

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Data: 21/10/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.
Não há calcificações patológicas.
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.
Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.
Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:03.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000860562

Idade: 59 anos

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Data: 21/10/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Cavidades paranasais com configuração, contornos e aeração normais.
Septo nasal sem desvios expressivos.
Estruturas ósseas conservadas.
Cavidades orbitárias sem alterações.
Fossas pterigopalatinas livres.
Rinofaringe com morfologia e contornos preservados.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:05.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839

Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:38.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000860562

Idade: 59 anos

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Data: 21/10/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:03.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000860562

Idade: 59 anos

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Data: 21/10/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Cavidades paranasais com configuração, contornos e aeração normais.

Septo nasal sem desvios expressivos.

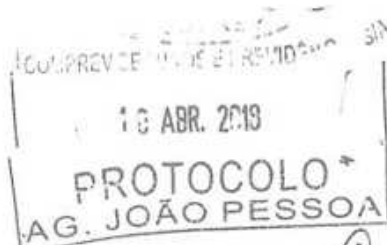
Estruturas ósseas conservadas.

Cavidades orbitárias sem alterações.

Fossas pterigopalatinas livres.

Rinofaringe com morfologia e contornos preservados.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:05.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839



Atendimento: 000000860562

Idade: 59 anos

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Data: 21/10/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Cavidades paranasais com configuração, contornos e aeração normais.

Septo nasal sem desvios expressivos.

Estruturas ósseas conservadas.

Cavidades orbitárias sem alterações.

Fossas pterigopalatinas livres.

Rinofaringe com morfologia e contornos preservados.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:05.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000860739

Idade: 59 anos

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Data: 21/10/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO DIREITO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fratura cominutiva do rádio distal, com extensão para a superfície articular.

Demais estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

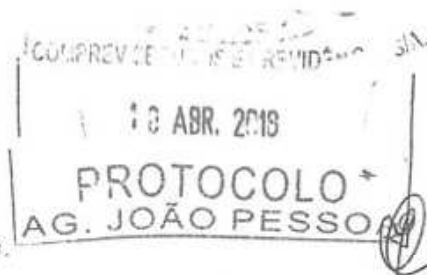
Espaços articulares conservados.

Pequeno derrame articular radiocarpal.

Densificação (edema) de partes moles periarticulares .

Densificação (edema) da tela subcutânea .

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:38.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839



000000/15476

000000/15476



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
ELINALDO MIGUEL DA SILVA ID: 000000043476
21.10.2017 IDADE: 59 SEXO: M
TECNICO: Hora: 03:18:10



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ELINALDO MIGUEL DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
477510 SSP PB

CPF
225.557.574-49

DATA NASCIMENTO
10/01/1958

FILIAÇÃO
ANTONIO MIGUEL DA SILVA
MARIA DAS MESSES FERREIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
00525340527

VALIDADE
20/08/2018

1ª HABILITAÇÃO
10/08/1986

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
20/08/2013

ASSINATURA DO EMISSOR

94445956014
PB026971194

JOÃO DEBBAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
818323404

COMPREVEIO DE HABILITAÇÃO
10 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013221284445

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 20170000233537-3 ANO: 2017

0100387371-2 00/00000000

NOME: **ELINALDO MIGUEL DA SILVA**

CPE / CNPJ: 22555757449 PLACA: OXO6464/PB

PLACA ANT / UF: NOVO PB CHASSI: 9C2KC1650ER022856

ESPÉCIE / TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN ESD ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014

CAP / POT / CIL: 2 P/149 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA: 1º

FAIXA I.R.V.A.: ***** PARCELAMENTO / COTAS: 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$): ***** IOF (R\$): 0 PREMIO TOTAL (R\$): 0 DATA DE PAGAMENTO: 29/06/2017

OBSERVAÇÕES: A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

NAO VALE PARA TRANSFERENCIA 0

JOAO PESSOA PB DATA: 29/06/2017

14303

3797

COMPREV DE VENC. E REVID. SIM

10 ABR. 2018

PROTOCOLO*

AG. JOÃO PESSOA



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Apresente para sempre pagamento da conta fiscalizada da energia elétrica. Nº 004.186.353



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 50711-400
CNPJ 09.895.183 / 0001-40 Insu-Ext. 15.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOANA DARC DE OLIVEIRA PAULO
RUA HENRIQUE SALES MONTEIRO 38
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/220763-7

REFERÊNCIA

MAR/2018

APRESENTAÇÃO

27/03/2018

CONSUMO

0

VENCIMENTO

04/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,54

Acesse: www.energisa.com.br



Clique aqui

JOANA DARC DE OLIVEIRA PAULO

Roteiro: 16-006-330-1080

83620000000-5 24540149000-9 02207632018-7 03100006019-9

VENCIMENTO

04/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,54

MATRÍCULA

220763-2018-03-1

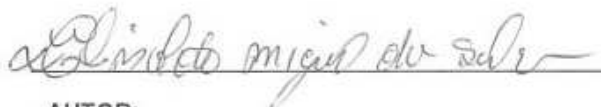


DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Declaro para todos os fins e efeitos que, no momento, não disponho de recursos econômicos para custear quaisquer despesas processuais tanto de custas processuais, depósito recursal e honorários sem prejuízo do meu sustento e da minha família, posto que encontro-me desprovido de recursos para tal desiderato nos termos do Art. 1º da lei 7.115/83 de 29 de Agosto de 1983, da lei 1.060/50 e legislação pertinente, responsabilizando-me pelos termos dessa declaração.

Sendo a expressão da verdade, firmo a presente declaração, sob as penas da lei.

João Pessoa, _____ de _____ de 20____



AUTOR:

CPF:



SINISTRO 3180228539 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ELINALDO MIGUEL DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO ELINALDO MIGUEL DA SILVA**CPF/CNPJ:** 22555757449**Posição em 15-02-2019 16:24:58**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/06/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00651.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00651.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:47 horas do dia 05 de abril de 2018, 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 **Elinaldo Miguel da Silva**, CPF nº 225.557.574-49, nacionalidade brasileira, estado civil viúvo(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Serviços, filho(a) de Maria das Mescês Ferreira e Antonio Miguel da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/01/1958 (60 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Henrique Sales Monteiro, Nº 38, bairro Altiplano Cabo Branco, tendo como ponto de referência Mercadoria do Matuto, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98889-6255.

Dados do(s) Fatos:


Local: Ph 008, Próximo Ao Centro de Convenções, João Pessoa/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 20/10/17 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN ESD, VERMELHA, 2014/2014, PLACA OXO6464/PB, CHASSI 9C2KC1650ER022856, registrada em nome do noticiante, quando o pneu traseiro estourou fazendo com que o noticiante perdesse o controle e caísse ao solo lesionando-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 09.03.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 05 de abril de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


ELINALDO MIGUEL DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 00651.01.2018.1.00.420





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ELINALDO MIGUEL DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 10/01/58
NOME DA MÃE MARIA DAS MESCÊS FERREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1035758
DATA DO ATENDIMENTO 20/10/17
HORA DO ATENDIMENTO 23:17
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO
CID 10 S62

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, letárgico eupneico falando com dificuldade. apresenta ferimento no lábio e mucosa da boca, contusão no punho dir. ,

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX punho direito
TC punho direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de radio distal
TC: fratura de radio distal com extensão articular

TRATAMENTO:

Sutura dos ferimentos da boca. Imobilização do punho direito. Encaminhado ao hospital Ortopedia de Mangabeira. Medicado.

ALTA HOSPITALAR: 21/10/17
DATA DA EMISSÃO: 09/03/18

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

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


PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA





HOSPITAL DE TRAI
FISILOGIA E ORTOPIEDIA DA LAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	MARIA ROSINEIDE COSTA DA SILVA	Data de	06/05/1962	Idade	56a 22d	Sexo	FEMININO	Nº	1084357	Nº Prontuário	108953	Data Prescrição	28/05/2018 07:39:48
Motivo do Atendimento	Convenio SUS	Enfermeia / Leito	HTOP - APARTAMENTO 06 / LEITO 02		Matricula		Validade da Prescrição		28/05/2018 23:59:00 - 29/05/2018 23:59:00		Senha		
													

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 DIETA HIPOSSODICA	0.0			ORAL			
2 HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO	0,25	ML		S.C.		12/12H	
3 CEFALOTINA 1G	1.0	MG		E.V.		6/6H	
4 GENTAMICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML)	8.0	ML		E.V.		1X AO DIA	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 TRAMADOL 50MG ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	Observação: LENTO, SN	E.V.		8/8H	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
6 IOMEPRAZOL	40.0	MG	Observação: EM JEJUM	ORAL		1X AO DIA	
7 PROPRANOLOL	40.0	MG		ORAL		8/8H	
8 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1000.0	ML		ORAL		24H	
9 CURATIVO	0.0		Observação: DIÁRIO	E.V.			
10 SSVV + CCGG	0.0						

SAVIO BRUNO SILVA BARROS
CRM: 5675

28/05/18 RA 170x100

06 AGO. 2018

REV PREVIDENCIA S/A

Assinatura e Carimbo do Profissional

28 de Maio de 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 20/10/17	ID de Ocorrência: 18585	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 601	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 08:17 HS	Hora de Chegada no Local: 08:21 HS
Paciente / Usuário: <u>Guilherme André Silva</u>				Idade: 53	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro: <u>Av. ...</u>				Bairro: <u>...</u>	Médico Regulador: <u>Jucileia</u>	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HEETSHL Hospital de Trauma Médico Receptor		HEETSHL Hospital de Trauma Médico Receptor		Destino (Unidade Hospitalar)		
				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo:			Hospital de Origem:
CAUSAS EXTERNAS <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Afogamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:			Responsável:
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:			Hospital de Destino:
			Responsável:
			ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
			Quais? <u>NEGA</u>

1. DADOS VITAIS
A: 10780 FC: 71 FR: 15 HGT: 132 SpO2 - SiO2: 95% SpO2 - C/O2: 98

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente J. SILVA, 53 anos, PI desorientado, leve corte contuso em lábios (traf). NEGA LOMBAGIA, DOLORES abdominais, síncope + in-
fôrmes de síncope.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: Integridade da pele prejudicada

Intervenções: SSUV + Imobilização + PCEI trauma

Evolução do Enfermeiro:

Paciente evoluiu ESR, consciente, orientado, não-
hemorragia, síncope e corte contuso em lábios -
traf. Imobilizado.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

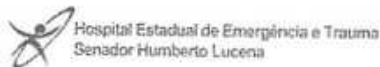
Transferido no KED SI Prancha PROTOCOLO

Jucileia

10 ABR. 2019

AG. JOÃO PESSOA





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

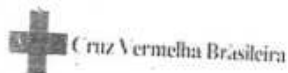
Boletim de Atendimento: 1035758



Identificação do paciente			
ID 1076023	Nome ELINALDO MIGUEL DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59 anos 3 meses 10 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião Prontuário
Mãe MARIA DAS MESSES FERREIRA	Pai ANTONIO MIGUEL DA SILVA		
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) EKISSON MIGUEL SSANTOS DA SILVA - FILHO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988000963	DDD Fixo 00	Fone Fixo 00000000
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 477510	Nº Cns 705009255831157	
Local de procedência ALTIPLANO	Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR Comerciante atacadista	
Endereço			
CEP 58045260	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro HENRIQUE SALES MONTEIRO
Número 38	Complemento	Bairro ALTIPLANO CABO BRANCO	
Admissão			
Data e Hora 20/10/2017 23:17:01	Número da pulseira 100005993139	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
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			
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
<p>Dados clínicos</p> <p>Paciente, vítima de queda de moto</p> <p>Consciente, orientado, encaminha</p> <p>do ao EDI</p> <p>Dr. Janecio E. N. Arruda</p> <p>Enferm. 366248</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO</p> <p>Imprimir</p> <p>10 ABR 2018</p> <p>PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>			

20/10/2017 23:15





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ELINALDO MIGUEL DA SILVA	BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Baixa
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 705009255831157
Mãe MARIA DAS MESSES FERREIRA	Telefone de Contato (83) 988000963 / (00) 00000000		Prontuário
Endereço HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38	Bairro ALTIPLANO CABO BRANCO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GABRIEL FREIRE DA SILVA FILHO	Nº Cons. Regional 5423/PB
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01	Data/Hora Prescrição 21/10/2017 00:07:45		
Convênio IS	Nº Matricula	Senha	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 2 HORAS, ENCONTRANDO-SE LETARGICO, EUPNEICO, FALA COM DIFICULDADE. AO EXAME FÍSICO OBSERVA-SE FCC EM LÁBIO E MUCOSA VESTIBULAR INFERIOR ESQUERDA. SEM SINAIS APARENTES DE FRATURA NO TERÇO MÉDIO DE FACE, IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR EXAME MANDIBULAR (USO DE COLAR CERVICAL), SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO AVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

CD:

- 01 ANAMNESE
- 02 SOLICITAÇÃO DE EXAME POR IMAGEM
- 03 SUTURA DO FCC LABIAL E DA MUCOSA ORAL
- 04 SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO REAVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

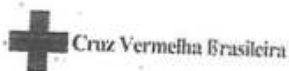
Conduta

Em observação


GABRIEL FREIRE DA SILVA FILHO
(5423/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ELINALDO MIGUEL DA SILVA	BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Baixa
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 705009255831157
Mãe MARIA DAS MESSES FERREIRA	Telefone de Contato (83) 988000963 / (00) 00000000		Prontuário
Endereço HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38	Bairro ALTIPLANO CABO BRANCO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDRE LUIS LOPES GOMES SIQUEIRA	Nº Cons. Regional 6207/PB
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01	Data/Hora Prescrição 21/10/2017 01:37:08		
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

paciente vítima de acidente com dor no punho , possivle fratura . peço radiografia sem tala .

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL, OBLÍQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: SEM TALA)

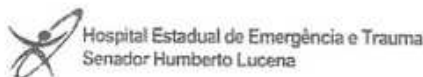
Conduta

Em observação

ANDRE LUIS LOPES GOMES SIQUEIRA
(6207/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ELINALDO MIGUEL DA SILVA	BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Baixa
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 705009255831157
Mãe MARIA DAS MESSES FERREIRA	Telefone de Contato (83) 988000963 / (00) 00000000		Prontuário
Endereço HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38	Bairro ALTIPLANO CABO BRANCO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ADRIANO DUARTE QUINTANS	Nº Cons. Regional 2442/PB
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01	Data/Hora Prescrição 21/10/2017 01:48:49		
Convênio 3	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 2 HORAS, ENCONTRANDO-SE LETARGICO, EUPNEICO, FALA COM DIFICULDADE. AO EXAME FÍSICO OBSERVA-SE FCC EM LÁBIO E MUCOSA VESTIBULAR INFERIOR ESQUERDA. SEM SINAIS APARENTES DE FRATURA NO TERÇO MÉDIO DE FACE, IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR EXAME MANDIBULAR (USO DE COLAR CERVICAL), SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO AVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

CD:

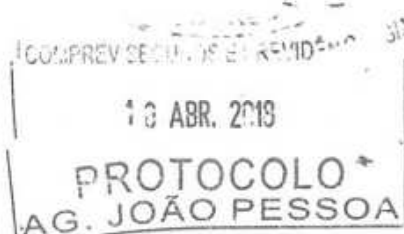
- 01 SOLICITAÇÃO DE EXAME POR IMAGEM
- 02 SUTURA DO FCC LABIAL E DA MUCOSA ORAL
- 03 SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO REAVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES
- 04 REAVALIAÇÃO PELA BMF APOS TC DE FACE

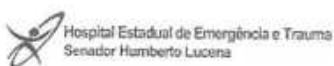
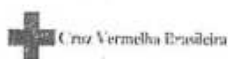
Conduta

Em observação

ADRIANO DUARTE QUINTANS
(2442/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ELINALDO MIGUEL DA SILVA	BAE 1036758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Baixa
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 50	Sexo Masculino	CNS 705009255831157
Mãe MARIA DAS MESSES FERREIRA	Telefone de Contato (83) 988009963 / (80) 00000000		Prontuário
Endereço HENRIQUE SALES MONTEIRO, 30	Bairro ALTIPLANO CABO BRANCO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ADRIANO DUARTE QUINTANS	Nº Cons. Regional 2442/PB
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01	Data/Hora Prescrição 21/10/2017 01:57:07		
Convênio SUS	Nº Matricula	Senha	

Anamnese

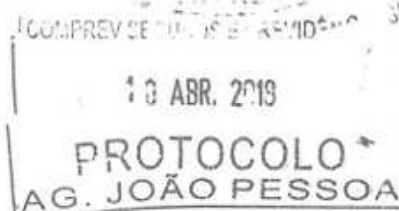
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 2 HORAS, ENCONTRANDO-SE LETARGICO, EUPNEICO, FALA COM CLAREZA.
EXAME FÍSICO OBSERVA-SE FCC EM LÁBIO E MUCOSA VESTIBULAR INFERIOR ESQUERDA. SEM SINAIS APARENTES DE FRATURA NO TERÇO MÉDIO DE FACE E MANDÍBULA, SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO AVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.
CD:
01 ALTA DA BMF APOS SUTURA DO FCC LABIAL E DA MUCOSA ORAL
02 SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO REAVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES

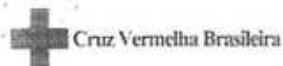
Conduta

Em observação

ADRIANO DUARTE QUINTANS
(2442/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA





1035758

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome				CNS		Prontuário	
ELINALDO MIGUEL DA SILVA				705009255831157			
Data de Nascimento	Idade	Sexo	Raça / Cor	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
10/01/1958	59A 9M 11D	Masculino	PARDA				
Nome da Mãe				Nome da Pai			
MARIA DAS MESCES FERREIRA				ANTONIO MIGUEL DA SILVA			
Endereço				Bairro		Cep	
HENRIQUE SALES MONTEIRO				ALTIPLANO CABO BRANCO		58046260	
Município				Telefone Residencial		Telefone Celular	
JOAO PESSOA - PB				(83) 988569543		(83) 988000963	
Unidade de saúde solicitante				CNES		Telefone	
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				2593262		(83) 32165700	

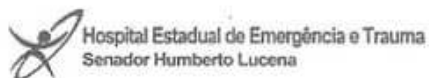
Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária	AP	Endereço
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY		RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento		
ALTA MEDICA		
Resultado de exames complementares		
VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO RELATA VOMITOS COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D RX DE PUNHO D : FRATURA DE RADIO DISTAL TC DE PUNHO EVIDENCIA TRAÇO ARTICULAR DE FRATURA DE RADIO DISTAL		
CID	Data de encaminhamento	
S52.6	21/10/2017 08:19:52	

Dr. Brício Kellon B. Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7694
TEOT 15665

Assinatura e carimbo do profissional





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ELINALDO MIGUEL DA SILVA	BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Baixa 2017-10-21 08:19:52.0
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 705009255831157
Mãe MARIA DAS MESCES FERREIRA	Telefone de Contato (83) 988000963 / (83) 988569543		
Endereço HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38	Bairro ALTIPLANO CABO BRANCO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES	Nº Cons. Regional 7654/PB
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01	Data/Hora Prescrição 21/10/2017 08:19:52		
Convênio SUS	Nº Matricula	Senha	

Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO
TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO
RELATA VOMITOS
COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D
RX DE PUNHO D : FRATURA DE RADIO DISTAL
TC DE PUNHO COM FRATURA DE RADIO DISTAL COM EXTENSÃO ARTICULAR.

CD:
#IMOBILIZAÇÃO
#ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

CID10

Código	Descrição
S52.6	Fratura da extremidade distal do rádio e do cúbito [ulna]

Conduta

Alta com encaminhamento externo

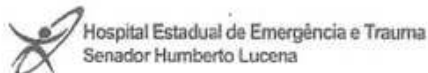
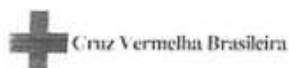
Alta Hospitalar

Usuário BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES	Data e Hora 21/10/2017 08:19:52	<div>COMPREV SEC. 108 E REMIDAT 31</div> <div>10 ABR. 2018</div> <div>PROTOCOLO</div>
Motivo de Alta ALTA MEDICA	Observações VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO RELATA VOMITOS COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D RX DE PUNHO D : FRATURA DE RADIO DISTAL TC DE PUNHO EVIDENCIA TRACD ARTICULAR DE FRATURA DE RADIO DISTAL	

Dr. Brício Kelton B. Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7654
TE 32165655

BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES
(7654/PB)





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ELINALDO MIGUEL DA SILVA	BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Baixa
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 705009255831157
Telefone de Contato (83) 988000963 / (83) 988569543			
Mãe MARIA DAS MESSES FERREIRA	Prontuário		
Endereço HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38	Bairro ALTIPLANO CABO BRANCO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO	Nº Cons. Regional 10062/PB
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01	Data/Hora Prescrição 21/10/2017 07:35:58		
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

Paciente vítima de acidente de moto há 8 horas. Vítima de trauma em face e membro superior. No momento, paciente sem queixas, hemodinamicamente estável. nega dor, vômitos, náuseas. Ao exame: Abdome indolor, plano, timpânico. MV + em AHT, sem RA. Paciente em observação pela BMF e Ortopedia. Conduta: Alta da Cirurgia Geral

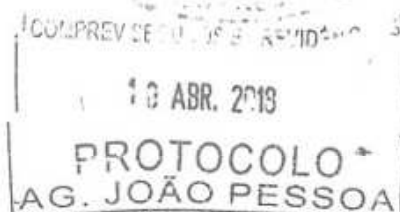
Conduta

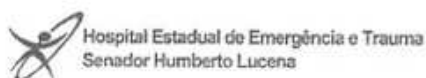
Em observação

Dr. Roberto Chianca T. de Carvalho Filho
Médico
CRM-PB 10062

ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO
(10062/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ELINALDO MIGUEL DA SILVA		BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Baixa
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 705009255831157	Telefone de Contato (83) 988000963 / (00) 00000000
Mãe MARIA DAS MESSES FERREIRA				Prontuário
Endereço HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38		Bairro ALTIPLANO CABO BRANCO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR	Nº Cons. Regional 6918/PB	
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01			Data/Hora Prescrição 21/10/2017 04:04:16	
Convênio JS	Nº Matrícula			Senha

Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO
TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO
RELATA VOMITOS
COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D
RX DE PUNHO D : FRATURA DE RADIO DISTAL , RX INCONCLUSIVO PARA DETERMINAR TERAPEUTICA
CD SOLICITO TC DE PUNHO D

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES

Conduta

n observação

LAURI F. C. JUNIOR
Especialista em Traumatologia
CRM-PB 80167

LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR
(6918/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	ELINALDO MIGUEL DA SILVA	Data de	10/01/1958	Idade	59	Sexo	MASCULINO	Nº	1035758	Nº		Data Prescrição	20/10/2017 23:54:44
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector		Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a	20/10/2017 23:54:44				

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Int.	Posologia	Orientação de Uso	Aprimoramento
1 DIPIRONA 500 MG/ML SOLUÇÃO	2.0	ML		ORAL		AGORA		
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000.0	ML		E.V		24H		

ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA

CRM: 2904

Assinatura e Carimbo do Profissional

Aristavora Fernandes
Cirurgia Geral
CRM 2904

20 de Outubro de 2017

COMPREV SEU NOME E REVIDENTE
13 ABR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ELINALDO MIGUEL DA SILVA	BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Baixa
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 705009255831157
Mãe MARIA DAS MESSES FERREIRA			Telefone de Contato (83) 988000963 / (00) 00000000
Endereço HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38	Bairro ALTIPLANO CABO BRANCO	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA	UF PB
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01	Data/Hora Prescrição 20/10/2017 23:54:44		Nº Cons. Regional 2904/PB
Convênio 3	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO
TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO
RELATA VÔMITOS

CD:AVA. NCR + BMF + ORTOPEDIA
SOLICITO TOMOGRAFIA DE CRANIO + RADIOGRAFIAS
ANALGESIA

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 2,0 ML VIA ORAL, AGORA, 0,0 (MGTSM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

CID10

Código	Descrição
S66.9	Traumatismo de músculo e tendão não especificado ao nível do punho e da mão

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA
(2904/PB)

10 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



2 - VIA AÉREA:

☐ Livre ☒ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normal ☐ Superficial ☒ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☒ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilico

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS:

☐ Não ☒ Sim - Local: ABDOME

3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro: _____

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaringea	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Intubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não

☐ Sim

Objetos:

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: _____

MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: _____

COREN: _____

ENFERMEIRO(A): _____

COREN: _____

MÉDICO(A): _____

CRM: _____

10 ABR. 2019

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____

RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____

Observação: _____

TESTEMUNHA: _____

TESTEMUNHA: _____

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

ELINALDO MIGUEL DA SILVA, brasileiro, portador do RG nº 477510 SSP/PB e CPF nº 225-557.574-49, residente e domiciliado em Rua Henrique Sales Monteiro, 38, Altiplano Cabo Branco, João Pessoa-PB, CEP

OUTORGADO:

FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB 14.839, estabelecido à Rua Rodrigues de Aquino, 230, Centro, João Pessoa - PB.

PODERES:

A quem confere poderes com a cláusula *ad judicium* para, como seus advogados, representar o outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extrajudicialmente.

PODERES ESPECÍFICOS:

A presente procuração confere aos outorgados poderes para, em nome do outorgante, confessar, negociar e transigir (art. 334, CPC), desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, requerer justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência (art. 105, CPC).

CONTRATO:

Concomitantemente com os poderes acima outorgados, o Outorgante aceita pagar aos advogados contratados honorários correspondentes a 20% (vinte por cento) do proveito econômico auferido pelo autor da ação (ou por composição amigável) apuradas em procedimento de execução, com as devidas atualizações até final pagamento, facultado aos advogados contratados requerer nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários a que lhe faz jus, por dedução da quantia a ser recebida pelo Constituinte, ora Contratante (art. 4º, Lei nº 8.906/94). Fornecimento de documentos e informações necessários ao bom e rápido andamento da ação, por conta do outorgante. As partes contratantes elegem o foro da cidade de João Pessoa - PB, para dirimir qualquer ação oriunda deste contrato.

João Pessoa, ____ de ____ de 20____.


OUTORGANTE

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 230
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

1/1



**AO JUÍZO DE DIREITO DA
____ VARA CÍVEL DA COMARCA DA CAPITAL - PB**

ELINALDO MIGUEL DA SILVA, brasileiro(a), portador(a) do RG nº 477510 SSP/PB e CPF nº 225.557.574-49, residente e domiciliado(a) em Rua Henrique Sales Monteiro, 38, Altiplano Cabo Branco, João Pessoa-PB, CEP , por seu advogado subscritor, com endereço profissional à Rua Rodrigues de Aquino, 230, Centro, João Pessoa - PB, endereço eletrônico fidelis@fidelisadv.com, onde deverá receber as notificações desta ação, vem à presença deste douto Juízo, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO
DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT**

em desfavor da **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 61.074.175/0001-38, com endereço à Av. Presidente Epitácio Pessoa, 723, Bairro dos Estados, João Pessoa - PB, CEP 58030-000, o que faz pelos fundamentos fáticos e jurídicos abaixo articulados:

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 230
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

1/4



1. DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

Consoante vaticina o artigo 98, da Lei 13.015/15, o(a) Autor(a) pleiteia os benefícios da assistência judiciária gratuita, tendo em vista que sua situação econômica não lhe permite, atualmente, pagar custas do processo e honorários advocatícios, sem prejuízo de seu sustento e de sua família.

1. DOS FATOS

No dia 20/10/2017, por volta das 22:00, o(a) Autor(a) foi vítima de acidente de trânsito enquanto trafegava pela PB 008, próximo ao Centro de Convenções, João Pessoa-PB em um veículo HONDA/CG 150 TITAN ESDI, Placa OXO-6464/PB.

Em decorrência do acidente de trânsito, foi socorrido e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma - Senador Humberto Lucena. No seu atendimento médico foi constatado que o(a) Autor(a) sofreu fratura de radio distal direito.

A parte Promovente, em decorrência do acidente de trânsito ocorrido, de posse da documentação exigida em Lei, procurou uma das seguradoras conveniadas à FenSeg, para receber a indenização pelo acidente de trânsito ocorrido, **tendo recebido o valor de R\$ 1.687,50 (mil seiscientos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este muito aquém da gravidade das lesões permanentes e do estabelecido em Lei.

Sendo assim, não restou alternativa ao(à) Promovente senão pleitear a justa indenização a ele devida, no que tange ao seguro obrigatório DPVAT, em razão da invalidez permanente do grave acidente de que foi acometido, em observância à disposição contida no inciso II, do artigo 3º, da Lei nº 6.194/74 alterado pela Lei nº 11.482/2007.

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 230
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

2/4



2. DO DIREITO

A cobertura do seguro obrigatório - DPVAT - abrange os casos de indenização por morte ou por invalidez permanente e de reembolso de despesas médico-hospitalares, objetivando proporcionar a todas as vítimas de acidentes automobilísticos indenizações pelos danos sofridos.

Para o recebimento do seguro DPVAT, nos termos do art. 5º da Lei 6.194/74, com as alterações dadas pela Lei 8.441/92, basta que se comprove o acidente e o dano dele decorrente.

Lei 6.194/74

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. (...)

No caso em deslinde, observa-se a presença dos dois requisitos mencionados em lei. Restou comprovado que o(a) Autor(a) foi vítima de acidente de trânsito ocorrido em via pública.

Ademais, e para assegurar que lhe é devido justa indenização, o acidente resultou em invalidez permanente, como bem demonstrado por laudos médicos em anexo.

Por assim ser, o(a) Autor preencheu todos os requisitos do art. 5º da Lei 6.194/74, quais sejam: prova do acidente de trânsito e o dano oriundo dele.

Desta feita, a parte Demandante, manejando o seu *jus postulanti*, direito garantido a qualquer cidadão brasileiro, previsto na Lei Maior, Constituição Federal, vem buscar a tutela jurídica do Poder Judiciário para obter o que é seu de Direito.

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 230
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

3/4



3. DOS PEDIDOS

Ante o exposto, requer a total **procedência** da ação, nos seguintes termos:

- a) a **citação da empresa seguradora**, na pessoa do seu representante legal, a fim de que, querendo, apresente sua defesa, no tempo devido, sob pena de lhe ser decretada a sua revelia;
- b) a **concessão do benefício da gratuidade de justiça**, tendo em vista que o(a) Autor(a) não apresenta, atualmente, condições financeiras suficientes para arcar com as custas processuais sem comprometer o seu sustento e da sua família, nos termos do art. 98, da Lei 13.015/15;
- c) requer a **dispensa da audiência de conciliação**, conforme o art. 334, § 4º, I, §5º, do Código de Processo Civil, já que a matéria necessita da realização de perícia médica;
- d) a **condenação da Promovida ao pagamento da indenização**, no valor total de **R\$ 11.812,50** (onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos), acrescidos de juros e correção monetária;
- e) a condenação da Ré ao **recolhimento de custas** e **pagamento dos honorários advocatícios**, a critério deste douto Juízo;
- f) que as **intimações** aos autores sejam feitas nas pessoas do seu procurador judicial **Francisco Assis Fidelis de Oliveira Filho**, no endereço do timbre.

Protesta provar o alegado por todos os meios em Direito admitidos.

Dando-se à causa o valor de **R\$ 11.812,50** (onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).

Advoga deferimento.

João Pessoa, 26 de março de 2019.

Francisco Assis Fidelis de Oliveira Filho
Advogado - OAB/PB 14.839

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 230
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

4/4





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

Processo nº 0821956-95.2019.8.15.2001

AUTOR: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

DESPACHO

Emende-se a inicial, para juntar aos autos documento idôneo de comprovação da renda mensal do Autor, a justificar o pedido de assistência judiciária gratuita, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, sob pena de indeferimento de tal pleito.

João Pessoa, 28 de maio de 2019.

Assinatura Digital





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

Processo nº 0821956-95.2019.8.15.2001

AUTOR: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

DESPACHO

Emende-se a inicial, para juntar aos autos documento idôneo de comprovação da renda mensal do Autor, a justificar o pedido de assistência judiciária gratuita, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, sob pena de indeferimento de tal pleito.

João Pessoa, 28 de maio de 2019.

Assinatura Digital





Poder Judiciário da Paraíba
15ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0821956-95.2019.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: ELINALDO MIGUEL DA SILVA
Polo passivo: RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que a parte autora foi intimada do despacho 21538267, entretanto transcorreu o prazo e, até a presente data, não se manifestou nos autos.

JOÃO PESSOA, 9 de julho de 2019
SILVANA DA NOBREGA TOMAZ TROMBETTA





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

Processo nº 0821956-95.2019.8.15.2001

AUTOR: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

DESPACHO

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

Defiro a gratuidade.

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

João Pessoa, 18 de dezembro de 2019.

Assinatura Digital

