



Número: **0877912-96.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **29/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---------------------------------------|---|
| RUBINALDO DA SILVA BARBOSA (AUTOR) | MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO) HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO (ADVOGADO) |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|-----------|--------------------|--|----------------------------|
| 26667 129 | 29/11/2019 16:32 | Petição Inicial | Petição Inicial |
| 26667 310 | 29/11/2019 16:32 | BOLETIM DE OCORRENCIA - RUBINALDO DA SILVA | Documento de Comprovação |
| 26667 316 | 29/11/2019 16:32 | COMPROVANTE DE RESIDENCIA - RUBINALDO DA SILVA | Documento de Comprovação |
| 26667 320 | 29/11/2019 16:32 | DECLARAÇÃO E PROCURAÇÃO - RUBINALDO DA SILVA | Documento de Comprovação |
| 26667 322 | 29/11/2019 16:32 | DOC PESSOAL - RUBINALDO DA SILVA | Documento de Identificação |
| 26667 323 | 29/11/2019 16:32 | DOC ROSILDA - RUBINALDO DA SILVA | Documento de Comprovação |
| 26667 327 | 29/11/2019 16:32 | SINISTRO - RUBINALDO DA SILVA | Documento de Comprovação |
| 26667 329 | 29/11/2019 16:32 | DOC MÉDICA - RUBINALDO DA SILVA-otimizado_1 | Documento de Comprovação |
| 26667 331 | 29/11/2019 16:32 | DOC MÉDICA - RUBINALDO DA SILVA-otimizado_2 | Documento de Comprovação |
| 26667 333 | 29/11/2019 16:32 | DOC MÉDICA - RUBINALDO DA SILVA-otimizado_3 | Documento de Comprovação |
| 27420 095 | 13/01/2020 15:29 | Certidão | Certidão |
| 27557 516 | 20/01/2020 22:50 | Despacho | Despacho |

EXCELENTEÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA- PARAÍBA

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do CPF sob o nº 095.899.764-09 e RG sob o nº 7.220.814 SSP/SC, residente e domiciliado no Sítio Mata Velha, Araruna/PB, CEP 58233-000, não possui endereço eletrônico, por seus advogados que ao final assinam, constituído legalmente nos termos do Instrumento de Procuração, com endereço profissional à Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa-PB, vêm à presença de Vossa Excelência, com fulcro nos art. 5.º, V, X, da Constituição Federal de 1988, e demais legislações pertinentes, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT

em face de MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A, empresa seguradora com sede na Capital do Estado da Paraíba, na Av. Epitácio Pessoa, nº 723, Bairro dos Estados, João Pessoa-PB, CEP: 58.030-000, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 61.074.175/0001-38, fazendo com base nos argumento fático-jurídico adiante delineados.

I - DOS FATOS E DO DIREITO



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 29/11/2019 16:30:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112916305128200000025749712>
Número do documento: 19112916305128200000025749712

Num. 26667129 - Pág. 1

A parte autora foi vítima de acidente automobilístico em 26/11/2017, tendo sofrido TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO LEVE E MÚLTIPHAS FRATURAS DA FACE, tendo se submetido a tratamento cirúrgico, o que acarretou nas seguintes debilidades permanentes: LESÕES DE ORGÃOS E ESTRUTURAS FACIAIS, EM DECORRÊNCIA DA GRAVIDADE DAS LESÕES, BEM COMO NA REGIÃO MAXILAR, CURSANDO COM PREJUÍZO DA FUNÇÃO MASTIGATÓRIA EM FACE DA GRAVIDADE DAS LESÕES, conforme se verifica através de documentação anexa (V. docs);

O autor, então, deu entrada administrativamente no seguro DPVAT, através de uma das seguradoras conveniadas à Seguradora Líder. Tendo se submetido a procedimento demasiadamente burocrático, inclusive com realização de perícia por médico indicado pela Seguradora reguladora do sinistro, recebeu o ínfimo valor de **R\$ 3.375,00 (Três mil trezentos e trinta e cinco reais)**, muito aquém do estipulado em lei. Desse modo, a fim de garantir o que é seu por direito e não restando outra alternativa para tanto, a promovente busca a tutela jurisdicional.

Outrossim, dê-se devida atenção, excelência, que a parte demandante só recebeu o benefício após decurso do prazo previsto em lei, qual seja: o de 30 (trinta) dias, nos termos do § 1º do art. 5º da Lei 6.194/1974, *in verbis*:

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.

§ 1º. A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (grifei)

II – QUANTO A AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML

Douto julgador, a Lei 6.194/74 que regula a cobrança do seguro DPVAT não exige Laudo do IML como requisito para o ajuizamento da ação em questão. Portanto, importa observar os documentos carreados aos autos, os quais são suficientes para comprovar as sequelas sofridas em razão do acidente. Corroborando tais premissas estão os arts. 369 e 370 do Novo Código Processo Civil:



Art. 369. As partes têm o direito de empregar todos os meios legais, bem como os moralmente legítimos, ainda que não especificados neste Código, para provar a verdade dos fatos em que se funda o pedido ou a defesa e influir eficazmente na convicção do juiz.

Art. 370. Caberá ao juiz, de ofício ou a requerimento da parte, determinar as provas necessárias ao julgamento do mérito.

No mesmo sentido o art. 5º da 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.

Sendo assim, o Juiz não está diretamente ligado a uma prova específica, no caso o laudo do IML, ao contrário, caberá ao juízo a determinação de provas que tenham o condão de formar a justeza do magistrado, não podendo a análise da pretensão deduzida pelo Autor ser afastada.

Desse modo se posiciona a jurisprudência pátria, *in verbis*:

AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - IRRELEVÂNCIA - INÉPCIA DA INICIAL - NÃO OCORRÊNCIA - RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO -

Para a propositura de ação de cobrança do seguro DPVAT **não é indispensável a juntada, com a inicial, de laudo do IML**, motivo por que não se pode falar em inépcia da inicial, em ação de tal natureza, tão só porque não veio instruída com tal documento.

(TJ-MG - AC: 10024123336687001 MG, Relator: Evandro Lopes da Costa Teixeira, Data de Julgamento: 15/05/2014, Câmaras Cíveis / 17ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 27/05/2014). (grifei).

PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO. SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. IMPOSSIBILIDADE DO PAGAMENTO DA DIFERENÇA. AUSÊNCIA DE



LAUDO DO IML. DESNECESSIDADE. LAUDO CONCLUSIVO DA DEBILIDADE PERMANENTE. SENTENÇA MANTIDA.

I - Conforme entendimento jurisprudencial emanado do Colendo STJ, admite-se que decisões judiciais adotem manifestações exaradas no processo em outras peças, desde que haja um mínimo de fundamento, com transcrição de trechos das peças às quais há indicação (per relationem). Precedentes (REsp 1399997/AM). II - **A existência de laudo do IML não é exigência de convencimento ao Juiz, que deverá convencer-se da verdade pelos documentos e laudos apresentados, podendo requerer outras provas e indeferir as protelatórias, sob pena de ressurgimento do odioso sistema de prova tarifada. Portanto, não há falar em nulidade, anulação ou reforma da sentença, considerando laudo conclusivo da gravidade das perdas da Apelada, o qual em verdade deve ser interpretado como invalidez para as atividades normais.** Assim, o recurso deve ser desprovido. III ? Recurso conhecido e desprovido. Sentença mantida.

(TJ-AM - APL: 06349106220138040001 AM 0634910-62.2013.8.04.0001, Relator: Wellington José de Araújo, Data de Julgamento: 14/12/2015, Segunda Câmara Cível, Data de Publicação: 17/12/2015). (grifei).

PROCESSO CIVIL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT - INDEFERIMENTO DA PETIÇÃO INICIAL - AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML - EXTINÇÃO DO PROCESSO - APTIDÃO DA PETIÇÃO INICIAL - SENTENÇA CASSADA.

1. Uma petição inicial está apta a iniciar uma ação quando, além de preenchidos os requisitos do artigo 282 do CPC, permite à parte ex adversa a exata compreensão da demanda, possibilitando-lhe o exercício do contraditório como corolário da ampla defesa; e no caso vertente, é evidente a pretensão inicial e os fundamentos fáticos e jurídicos nos quais o autor/apelante a embasa, como já evidenciado. 2. **O laudo pericial do Instituto Médico Legal não é documento indispensável à propositura da ação de indenização do seguro DPVAT.**

(TJ-MG - AC: 10024123061673001 MG, Relator: Otávio Portes, Data de Julgamento: 10/04/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 28/04/2014). (grifei).

De se concluir, portanto, que referida ausência do laudo do IML não é capaz de afastar a pretensão da parte autora, já que não é documento essencial para a propositura da ação objetivando o recebimento de indenização referente ao seguro DPVAT.

III - DO VALOR RECEBIDO A MENOR



O valor que o autor recebeu não é suficiente para ampará-lo. Diante de tudo o que sofreu e sofre, haja vista ainda sofrer de dores e limitações, a gradação correta, ou seja, a gradação na forma como estabelece o inciso II do art. 3º da Lei 6.194/74, é o mais justo ao seu caso.

Art.3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 28 compreendem as indenizações por morte, **invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares**, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I- R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos) - no caso de morte;

II- até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

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

Atente-se ainda que, além de descumprir a legislação quando paga indenização em quantia inferior ao devido por lei, a promovida age de igual modo ilicitamente quando, de forma descomedidamente burocrática, exige documentos desnecessários ao deslinde da questão, violando claramente o disposto no §1º do art. 5º da Lei 6.194/74, que diz:

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.

§1º. A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entre dos seguintes documentos:

- a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte;
- b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.



Por estes motivos tem-se este processo como objeto de lide no judiciário, manejando a parte demandante o seu *jus postulandi*, de modo a alcançar junto ao Poder Judiciário o que é seu por direito.

IV - DA INVERSÃO DO ÓNUS DA PROVA

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

Art. 6º. São direitos básicos do consumidor:

[...]

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do Juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;

Assim, indiscutível a aplicação das disposições do Código de Defesa do Consumidor à espécie, entre elas a supracitada regra especial que prevê o direito básico do consumidor à inversão do ônus da prova em caso de caracterização de sua hipossuficiência.

Tendo em vista a hipótese envolver cobrança de indenização decorrente de serviço securitário, que está incluído no rol daqueles que perfazem relação de consumo (**CDC**, art. 3º, § 2º), sendo o autor hipossuficiente técnica e economicamente falando, requer, desde já, a concessão do benefício da inversão do ônus da prova, a fim de que a promovida seja compelida a apresentar o processo administrativo referente ao seguro obrigatório - DPVAT, caso haja, vez que toda documentação fica retida com a seguradora.

V - DO PEDIDO



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 29/11/2019 16:30:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112916305128200000025749712>
Número do documento: 19112916305128200000025749712

Num. 26667129 - Pág. 6

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

- a) Que defira o requerimento de inversão do ônus *probandi*, em face da hipossuficiência da parte promovente;
- b) Que a audiência de conciliação prevista no artigo 334 do NCPC, seja designada após a realização da perícia nos termos do convênio firmado entre a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT e o Tribunal de Justiça da Paraíba, tendo em vista que as conciliações nas ações dessa natureza só ocorrem após a realização da perícia judicial;
- c) A citação da Ré para oferecer resposta no prazo legal, nos termos do artigo 335;
- d) A PROCEDÊNCIA TOTAL DA AÇÃO PARA QUE A EMPRESA SEGURADORA SEJA CONDENADA A PAGAR A QUANTIA QUE CORRESPONDE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR LEGAL DE R\$ 13.500,00 (TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS) E O MONTANTE PAGO ATÉ O MOMENTO, VALOR ESTE ACRESCIDO DE CORREÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA;
- e) Que o valor da condenação seja devidamente acrescido de juros e correção monetária, como determinam as Súmulas 43 e 54 do STJ, ou seja, a partir do evento danoso;
- f) Seja condenada a demanda em 20% referente a honorários advocatícios sobre o valor da condenação;
- g) A concessão do benefício da justiça gratuita, 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 da Lei de nº 1.060/50 e do artigo 98 do NCPC;
- h) A produção de todos os meios de prova permitidos em direito, na amplitude dos artigos 369 e seguintes do NCPC, principalmente a juntada de documentos, realização de perícia, nos termos do convênio firmado entre a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT e o TJ/PB (convênio n. 015/2014), e etc;

Dando-se à causa o valor de R\$ 10.125,00 (Dez mil cento e vinte e cinco reais).



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 29/11/2019 16:30:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112916305128200000025749712>
Número do documento: 19112916305128200000025749712

Num. 26667129 - Pág. 7

João Pessoa, 19 de novembro de 2019.

MARTINHO CUNHA MELO FILHO

OAB/PB 11.086

Hérica Coeli

OAB/PB 18.925



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 29/11/2019 16:30:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112916305128200000025749712>
Número do documento: 19112916305128200000025749712

Num. 26667129 - Pág. 8



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 01/2018
Ocorrência nº. 137/2018

Aos VINTE E QUATRO dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de ARARUNA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOACIL DE LIMA MOREIRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 17h:30min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, conhecido(a) por RUBINALDO, Identidade nº 7.220.814-SSP/SC, CPF nº 095.899.764-09, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Gileno Barbosa de Souza e Rosilda de Lima da Silva, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 03/01/1992 (26 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Mata Velha, tendo como ponto de referência: Bar Ilton, na cidade de Araruna/PB, fone(s) para contato: 99146.1986.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do Fato:** 26 de novembro de 2017;
- 3) Horário do fato:** 19h:0min;
- 4) Local do fato:** PB 111 entre Araruna e Cacimba de Dentro;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** NÃO;
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?** SIM

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

MOTONETA HONDA/ BIZ 125 COR VERMELHA ANO 2017/2017 PLACA QFY7176/PB CHASSI 9C2JC4830HR411783 LICENCIADA EM NOME DE ROSILDA DE LIMA DA SILVA

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

FRANCISCO BARBOSA

MARIA APARECIDA DE MEDEIROS

8) Breve resumo do fato:

QUE no dia 26 de novembro de 2017 por volta das 19h:00min o noticiante ao se deslocava pilotando a moto supracitada vindo de Cacimba de Dentro com destino ao Sítio Mata Velha na cidade de Araruna/PB; QUE ao se aproxima da fazenda de José Maranhão foi fechado por um carro não identificado; QUE perdeu o controle vindo a cair; QUE no momento da queda ficou inconsciente; QUE foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital do Trauma de João Pessoa; QUE sofreu várias fraturas na face e de acordo com o laudo anexo se submeteu a procedimento cirúrgico; QUE procurou esta DP para registrar o fato.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Rubinaldo da Silva Barbosa
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA
Comunicante

JM
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.474-4



Modelos_Delegado_JLAMILTO

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA
SIT MATA VELHA, SIN - AREA RURAL
ARARUNA /PB CEP 58233000 (AG 62)



Emissão 23/03/2018 Referência Mar / 2018
Classe/Subcls RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro 14 - 62 - 169 - 928 Nº medidor 00008837098

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Distrito Radial - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.086.183/0001-40 Insc Est 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°004 084 447
Cód. para L. b. Automático: 00016830016

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|--------------------------|
| Mar / 2018 | 23/03/2018 | 24/04/2018 | 9589976409 Insc. Est. |

UC (Unidade Consumidora):

5/1683051-5

Canal de contato

- Furto de energia é a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser um crime e dar cadeia. E ainda prejudica aqueles que não fazem. O furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------|------------------------|-----------------------|
| 22/02/18 | Leitura 1189 | Data 23/03/18 | Leitura 1210 | 1 |
| Demonstrativo | | | | |
| CCI Código de Classificação do Item | | | | |
| 0801 Consumo em kWh | Quantidade 41.000 | Tarifa C 0,514120 | Valor Base Calc. 21,07 | Alq. Icms(R\$) 0,00 |
| | Tributos Total(R\$) 0,00 | ICMS 0,00 | Icms(R\$) 0,00 | ICMS 0,00 |
| | ICMS(R\$) 0,00 | ICMS 0,00 | Pis(R\$) 0,00 | Pis(Colins(R\$) 0,00) |
| | | | Colis(R\$) 0,00 | (0,6777%)(3,1214%) |

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 21,07 0,00 0,00 21,07 0,14 0,86

Média últimos meses (kWh) 28 VENCIMENTO 02/04/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 21,07

Histórico de Consumo (kWh)
47 | 15 | 39 | 48 | 8 | 36 | 45 | 30 | 8 | 0 | 27 | 39
Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18

8ba2.4058.369e.1d4a.fbd9.36f7.5525.37b7.

| Indicadores de Qualidade 1/2/2018 - Araruna | | |
|---|---------|----------------------|
| Limites da ANEEL | Apurado | Límite de Tensão (V) |
| DIC MENSAL 11,84 | 1,88 | |
| DIC TRIMESTRAL 23,99 | | NOMINAL 220 |
| DIC ANUAL 47,78 | | |
| FIC MENSAL 7,74 | 1,00 | CONTRATADA |
| FIC TRIMESTRAL 15,49 | | LIMITE INFERIOR 202 |
| FIC ANUAL 30,98 | | LIMITE SUPERIOR 231 |
| DIMIC 6,59 | 1,88 | |
| DICRI 18,60 | | |

| Discriminação | Valor (R\$) |
|---------------------------------|-------------|
| Carregos de Dist. da Energia Pg | 36,62 |
| Compra de Energia | 43,57 |
| Serviço de Transmissão | 1,19 |
| Enca. nos Setores | 2,15 |
| Impostos Diretos e Encargos | 10,20 |
| Outros Serviços | 0,79 |
| Total | 0,00 |
| | 21,07 |
| | 100,00 |

Valor do EUSE (Ref 1/2018) R\$7,96

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 MAIO 2018
PROTÓCOLO
AO PESSOA

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

• PROCURAÇÃO

OUTORGANTES: RUBIVALDO DA SILVA BARBOSA, BRASILEIRO
SOLTEIRO, AGRICULTOR, CPF: 095.899.764-09, RESIDENTE
NO SITIO MATA VELHA, ZONA RUAZ DE APPARUNA - PB.

pelo presente instrumento particular de procuração, nomeiam e constituem seu bastante procurador;

OUTORGADO: Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB-PB 11.086, Hérika Coeli da Silva Clementino, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB - PB 18.935, Anyelle Cirne Aragão, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB - PB 23.787, estabelecidos na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa - PB.

a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia e extra-judicia para, como seus advogados, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, levantar alvará em cartório, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa/PB, 18 de Janeiro de 2019.

Rubivaldo da Silva Barbosa
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

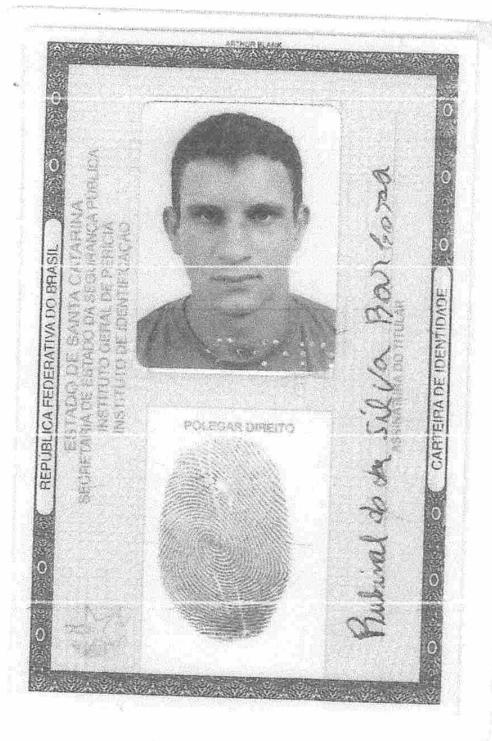
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, BRASILEIRO, SOLTEIRO
AGRICULTOR, CPF: 095.899.764-09, RESIDENTE NO
SITIO MATA VELHA, S/Nº, ZONA RURAL DE ARAUANA
- PB.

DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com à custa deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

João Pessoa/PB, 18 de junho de 2019.

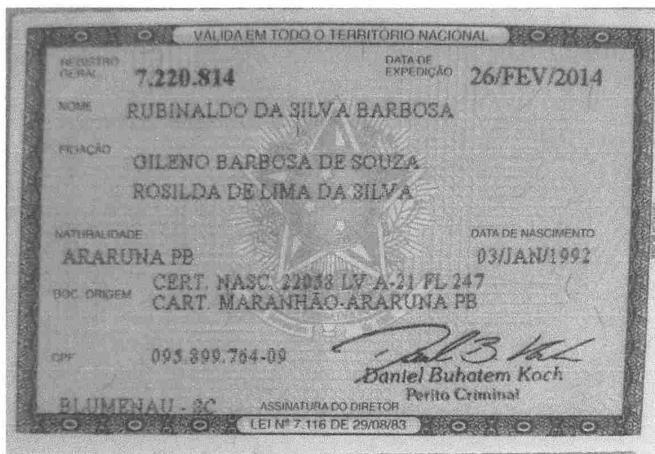
Rubinaldo da Silva Barbosa
DECLARANTE





Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 29/11/2019 16:30:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112916305564200000025750005>
Número do documento: 19112916305564200000025750005

Num. 26667322 - Pág. 1

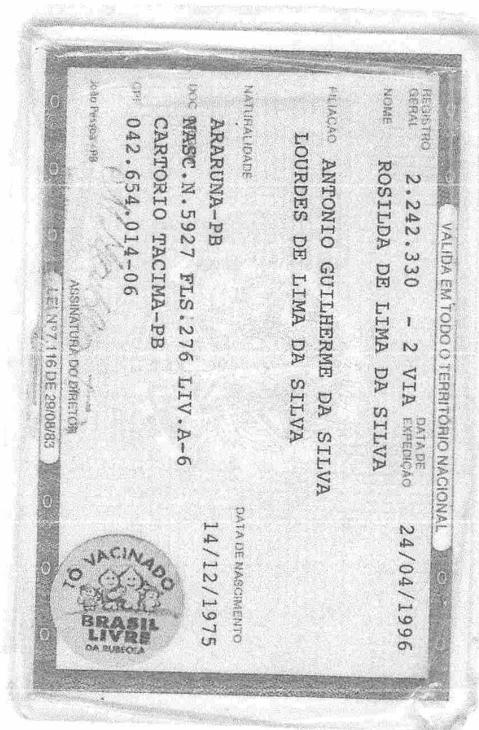


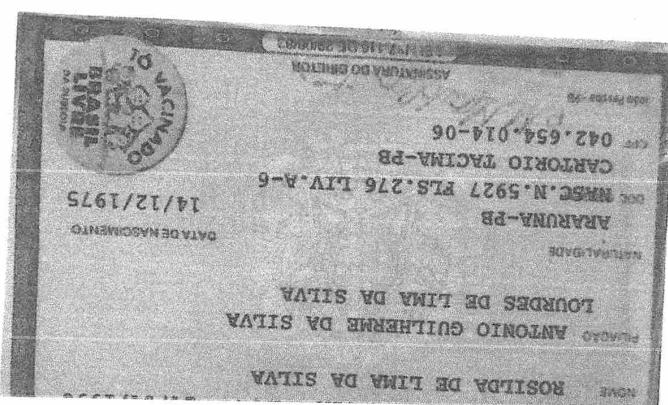
Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 29/11/2019 16:30:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112916305564200000025750005>
Número do documento: 19112916305564200000025750005

Num. 26667322 - Pág. 2





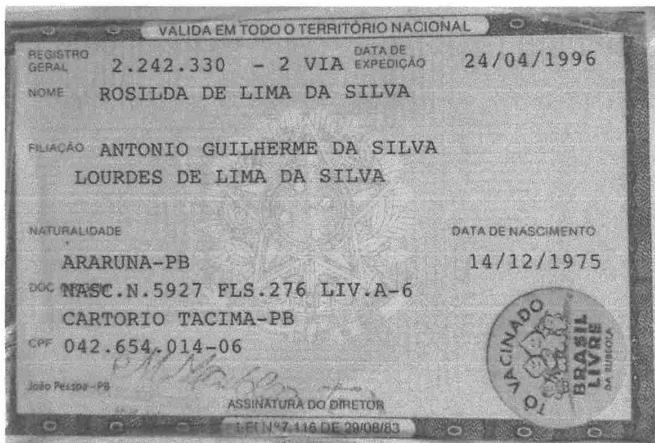


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 29/11/2019 16:30:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112916305655000000025750006>
Número do documento: 19112916305655000000025750006

Num. 26667323 - Pág. 3



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 29/11/2019 16:30:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112916305655000000025750006>
Número do documento: 19112916305655000000025750006

Num. 26667323 - Pág. 4

SINISTRO 3180197556 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial

João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

CPF/CNPJ: 09589976409

Posição em 29-05-2018 07:23:39

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

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

30/05/2018 R\$ 3.375,00 R\$ 0,00 R\$ 3.375,00



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 29/11/2019 16:30:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1911291630575000000025750010>
Número do documento: 1911291630575000000025750010

Núm. 26667327 - Pág. 1



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal De Cacimba De Dentro – PB
Secretaria Municipal de Saúde – SMS
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, o Srº Rubenaldo da Silva Barbosa, foi vítima de queda de moto, com possível fratura de face. Após imobilização e estabilização da vítima, a mesma foi conduzida para Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde foi admitida para avaliação médica.

Segue abaixo dados da ocorrência.

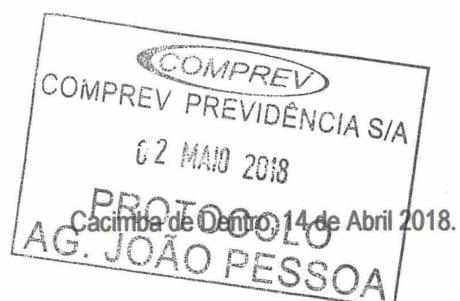
Data da ocorrência: 26/11/2017

ID da ocorrência: Nº1897921

Local: PB 111 Que liga Cacimba de Dentro à Araruna.



DAYSE OLGA DE LIMA MACEDO
COORDENADORA



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima **RUBINALDO DA SILVA BARBOSA** CPF da Vítima **095.899.764-09** Data do Acidente **26/11/2017**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

| | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Nome completo do Representante Legal | CPF do Representante legal |
| Email | Telefone (DDD) 83 999479100 |

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

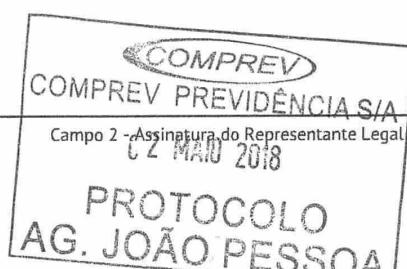
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ARRAUNA-PB, 09 de MAIO de 2018
Local e Data

Rubinaldo da Silva Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALI.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ROSILDA DE LIMA DA SILVA,
RG nº 2.242.330 - 2º VIA, data de expedição 24/04/1996,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 043.654.014-06,
com Domicílio na cidade de ARARUNA, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) SÍTIO MATA,
VELHA nº S/Nº, complemento, ZONA RURAL, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, cujo o condutor
era RUBINALDO DA SILVA BARBOSA.

Veículo.....: MOTO HONDA/BIZ 125
Ano.....: 2017
Modelo.....: 2017
Placa.....: QFY7176/PB
Chassi.....: 9C2JC4830HR411783
Data do acidente.: 26 DE NOVEMBRO DE 2017

Local e data: ARARUNA - PB 23 DE ABRIL DE 2018

X Rosilda de Lima da Silva

Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for condutor)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

Serviço Notarial e Registral - "Martins de Sousa"
Praça Rio Branco, 38 - CEP: (33) 3373 1270
Reconheço verdadeira letra(s) e Firma(s) por autenticidade de
Rosilda de Lima da Silva, dona de
Araruna, 23/04/2018
Em test^o Wesley da verdade
Minha Testemunha M. Nobre





SAMU
192



SAMU
192

ESTADO DA PARAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

Rua Alfredo Pessoa de Lima, 346 - Centro - CEP: 58225-000

Solânea - Paraíba - Fone: (83) 3363-2859

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 065
TRAUMA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

| | | | | |
|--|---------------|-------------------------|------------------|--|
| Data | Ocorrência nº | Paciente / Usuário | Idade | Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. |
| 26/11/17 | 1897921 | Rubens da Silva Barreto | 25 | |
| Local da Ocorrência | | Bairro | Médico Regulador | |
| Aeroporto A USB 481 (ACIMA DE DENTRO) | | BASE | Dr. Joaquim | |
| Apoio no local <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate/Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate / PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> SATRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outros | | | | |

DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ OBS.: _____

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO - TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CINEMÁTICA / CAUSA

- Queda <5m Queda >5m Queda própria altura Queda de moto SEM CAPACETE NO INCIDENTE CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO
 COLISÃO FRONTAL COLISÃO LATERAL COLISÃO TRASEIRA ATROPELAMENTO CARRO MOTO BICICLETA CARRO X MOTO
 MOTO X MOTO CARRO X ÔNIBUS CAPOTAMENTO SEM CINTO DE SEGURANÇA OUTRO _____
 NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: _____ OU DENTRO DO VEÍCULO _____ AIR BAG NÃO ACIONADO DIR ESQ
 AFOGAMENTO GRAU _____ QUEIMADURA GRAU _____ CHOQUE ELÉTRICO DESABAMENTO FAB FAF
 OUTRO _____

ACIDENTE DE ESPORTE AGRESSÃO FÍSICA

INTOXICAÇÃO EXÓGENA: PICADA DE ESCORPIÃO ABELHA COBRA RANHA

ENVENENAMENTO POR: _____

EXAME FÍSICO

Encontrado: DECÚBITO LATERAL DORSAL VENTRAL SENTADO DENTRO DE VEÍCULO
 FORA DO VEÍCULO DEMBULANDO EM CIMA DE: _____ OUTRO: _____

Nível de Consciência CONSCIENTE ORIENTADO ALGO DESORIENTADO HÁLITO ETÍLICO

ABUSO DE DROGAS SONOLENTO INCONSCIENTE AGITADO COMA OUTRO

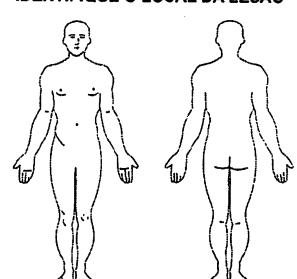
Queixa DOR / LOCAL: _____ PARESTESIA / LOCAL: _____

OUTRA _____

LESÕES APRESENTADAS

- ESCORIAÇÕES/LOCAL: _____ CORTE/LOCAL: _____
 PERFURAÇÕES/LOCAL: _____ CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: _____
 CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: _____ LUXAÇÃO / LOCAL: _____
 FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: _____ FRATURA COMPLETA / LOCAL: _____
 SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: _____ FRATURA EXPOSTA / LOCAL: _____
 ENTORSE / LOCAL: _____ ESTRITAMENTE MUSCULAR / LOCAL: _____
 RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: _____ CÂIMBRA / LOCAL: _____
 DOR MUSCULAR / LOCAL: _____ EDEMA / LOCAL: _____
 HEMATOMA / LOCAL: _____ EQUIMOSE / LOCAL: _____
 OUTROS: _____

IDENTIFIQUE O LOCAL DA LESÃO



IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS

- MIDRIASE • •
 MIOSE • •
 ISOCORICAS • •
 ANISOCORICAS • •

DADOS VITAIS

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO FR INICIAL: _____ rpm FINAL: _____ rpm / PULSO RADIAL PRESENTE AUSENTE

FC INICIAL: _____ bpm FC Final: _____ bpm ESCALA DE COMA DE GLASGOW: >8 <9 PAS (mmHg): >60 <60

PADRÃO RESPIRATÓRIO REGULAR IRREGULAR - PERFUSÃO MMSS <2 SEGUNDOS - MMII <2 SEGUNDOS - MMIII

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- COLAR CERVICAL TAM. _____ / ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA / TIRANTES / PRANCHAS RÍGIDA / KED / TALAS DE EXTREMIDADES
 A V P COM ABOCATH Nº _____ / MSE / MSD / SRL _____ ml SF 0,9% _____ ml / MEDICAÇÃO
021/MIN _____ / MASCARA COM RESERV. / CATETER NASAL / IMOBILIZAÇÃO: MSE MSD ME / MID / MÁSCARA VÁCUO
 IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO EXTRICAÇÃO CURATIVO COMPRESSIVO SIMPLES CURRUS / OCULAR LOCAL OLHO E
 OLHO D / VELPEAU / LOCAL _____ / VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVA / OUTROS

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO _____ COREN _____ TÉCNICO DE ENFERMAGEM _____ COREN _____
CONDUTOR _____ SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO) _____ MÉDICO (VISTO) _____

RECUSA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

DADOS DE NASCIMENTO 03/01/92

NOME DA MÃE ROSILDA DE LIMA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.044.444

Nº PRONTUÁRIO 105.668

DATA DO ATENDIMENTO 27/11/17

HORA DO ATENDIMENTO 02:04

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FRATURAS MÚLTIPLAS DA FACE (MANDÍBULA + MAXILA + PAREDE LATERAL DO NARIZ)

CID 10 S 00.9 + S 02.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de motocicleta, apresentando trauma contuso de face D, com cefaléia associada, edema de face, ferimento contuso em lábio superior, edema em região lateral da mandíbula D. Relato de consumo de bebida alcoólica. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

TC da face

RX do tórax - AP

TRATAMENTO:

Fraturas múltiplas da face (mandíbula + maxila + parede lateral do nariz) à TC da face. Sem alteração A TC do crânio. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. José Lacet e equipe da BucoMaxiloFacial.

ALTA HOSPITALAR: 04/12/17

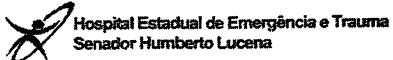
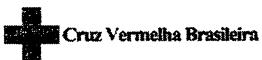
DATA DA EMISSÃO: 06/04/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MEDICO DENTISTA
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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





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

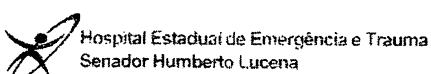
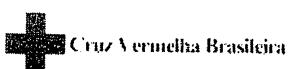
Boletim de Atendimento: 1044444



| Identificação do paciente | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--------------------------|---|
| ID 1234563 | Nome RUBINALDO DA SILVA BARBOSA | | | Sexo Masculino |
| Data de nascimento 03/01/1992 | Idade 25 anos 10 meses 24 dias | Estado civil | Religião | Prontuário |
| Mãe ROSILDA DE LIMA DA SILVA | | | | Pai GILENO BARBOSA DE SOUZA |
| Escolaridade | | | | Responsável (Parentesco) A MAE - MAE |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 993476888 | DDD Fixo | Fone Fixo | |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 7220814 | Nº Cns 702009803402286 | | |
| Local de procedência ARARUNA | | Type MUNICÍPIO | UF PB | |
| Email | Naturalidade ARARUNA | CBO/R | | |
| Endereço | | | | |
| CEP 58233000 | Município de residência ARARUNA | UF PB | Logradouro MATA VELHA | |
| Número SN | Complemento | Bairro ZONA RURAL | | |
| Admissão | | | | |
| Data e Hora 27/11/2017 02:04:54 | Número da pulseira 1000005802141 | 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 | P脉 | Temperatura | | |
| Exames complementares | | | | |
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] ECG [] Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos Pct consciente, orientado, eupneico, vítima de acidente motocicístico, apresentando edema em face à D e edema labial. Seque pl exames. | | | | |
| Diagnóstico Abdome | COMPREV PREVIDÊNCIA S/A CID Tempo 03min 47seg 27 MAIO 2018 | | | |
| Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA | Ano: 2018 Lactante: 2018 Profissão: 2018 Número: 23947 | | | |
| Imprimir PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA | | | | |

27/11/2017 02:05





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

| | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|
| Paciente RUBINALDO DA SILVA BARBOSA | BAE 1044444 | Data/Hora Entrada 27/11/2017 02:04:54 | Data Baixa |
| Data de nascimento 03/01/1992 | Idade 25 | Sexo Masculino | CNS 702009803402286 |
| Mãe ROSILDA DE LIMA DA SILVA | | | Prontuário 105668 |
| Endereço MATA VELHA, SN | Bairro ZONA RURAL | Município ARARUNA | UF PB |
| Acidente QUEDA / OUTROS | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO | Nº Cons. Regional 2537/PB |
| Data/Hora Classificação 27/11/2017 02:04:54 | | Data/Hora Prescrição 01/12/2017 13:15:42 | |
| Convênio SUS | Nº Matrícula | | Senha |

EVOLUÇÃO MEDICA

EVOLUÇÃO

Descrição da Evolução PACIENTE CURSANDO COM FRATURAS MÚTIPLAS EM FACE COM EDEMA EM REGRESSO, AGENDO CIRURGIA PARA AMANHÃ OBSERVAR EDEMA

Anamnese

PACIENTE EM 1 DPO CIRURGIA DE FRATURAS MÚTIPLAS DE FACE.

NO MOMENTO PACIENTE ACAMADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, AFEBRIL AO TOQUE, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, NÃO ACEITANDO BEM A DIETA, SEM QUEIXAS ALGICAS, DIURESE ESPONTANEA, NEGANDO VOMITOS OU ENJOOS.

AO EXAME FÍSICO: OBSERVA-SE LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, EDEMA EM FACE COMPATÍVEL COM O PO, SUTURAS EM POSIÇÃO SEM SINAL DE SANGRAMENTO + SEM SINAIS DE INFECÇÃO + SEM SINAL DE DEISCENCIA.

CD: 1- OBSERVAÇÃO BMF

Conduta

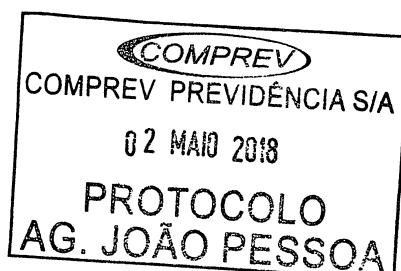
Em observação

Clarissa Campelo
Bucal-Maxilo-Facial
CRM 282537

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

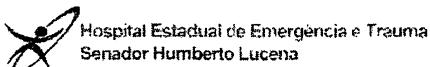
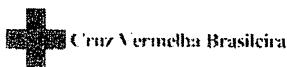
CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO
(: 2537/PB)

CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO



Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/11/2017 02:08:41

5.71.198:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=158208&pesquisa=S&perfo... 1/1



CENTRO CIRURGICO

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

| | | | | |
|--|-------------|--|--|--|
| Paciente RUBINALDO DA SILVA BARBOSA | | BAE 1044444 | Data/Hora Entrada 27/11/2017 02:04:54 | Data Baixa |
| Data de nascimento 03/01/1992 | Idade 25 | Sexo Masculino | CNS 702009803402286 | Telefone de Contato (83) 993476888 / (83) 993476888 |
| Mãe ROSILDA DE LIMA DA SILVA | | | | Prontuário 105668 |
| Endereço MATA VELHA, SN | | Bairro ZONA RURAL | Município ARARUNA | UF PB |
| Acidente QUEDA / OUTROS | | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional JOSE LACET DE LIMA JUNIOR | Nº Cons. Regional 2850/PB |
| Data/Hora Classificação 27/11/2017 02:04:54 | | | Data/Hora Prescrição 30/11/2017 15:50:35 | |
| Convênio SUS | | Nº Matrícula | Senha | |

EVOLUÇÃO MEDICA

EVOLUÇÃO

| | |
|------------------------------|--|
| Descrição da Evolução | PACIENTE CURSANDO COM FRATURAS MULTIPHAS EM FACE COM EDEMA EM REGRESSO, AGENDO CIRURGIA PARA AMANHÃ OBSERVAR EDEMA |
|------------------------------|--|

Anamnese

PACIENTE OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS. SOLICITADO RADIOGRAFIA PÓS OP. AGUARDA MELHORA DO QUADRO PARA ALTA

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 HS POR 7 DIA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

TENOXICAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 MG VIA E.V., 12/12H

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO EM CASO DE VOMITO OU NÁUSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 16,0)

CUIDADOS

DECUBITO ELEVADO EM 30°

HIGIENE ORAL RIGOROSA

AFERIR PA E FC

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES

Conduta

Em observação

COMPREV
PREVIDÊNCIA S/A

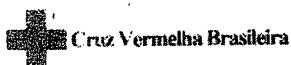
2 MAIO 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Jose Lacerda Lima C.D.
Cirurgião
Cirurgião 2850
30/11/17

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/11/2017 02:08:41





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

| | | | |
|--|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| Paciente RUBINALDO DA SILVA BARBOSA | BAE 1044444 | Data/Hora Entrada 27/11/2017 02:04:54 | Data Baixa |
| Data de nascimento 03/01/1992 | Idade 25 | Sexo Masculino | CNS 702009803402286 |
| Mãe ROSILDA DE LIMA DA SILVA | | | Telefone de Contato (83) 993476888 |
| Endereço MATA VELHA, SN | Bairro ZONA RURAL | Município ARARUNA | UF PB |
| Acidente QUEDA / OUTROS | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional ALISSON CORDEIRO MOREIRA | Nº Cons. Regional 10942/PB |
| Data/Hora Classificação 27/11/2017 02:04:54 | | Data/Hora Prescrição 27/11/2017 02:54:55 | |
| Convênio SUS | Nº Matrícula | | Senha |

anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO-QUEDA. NEGA USO DE CAPACETE E REFERE CONSUMO DE BEBIDA ALCOOLICA. APRESENTA TRAUMA CONTUSO EM FACE, COM CEFALÉIA ASSOCIADA. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, NAUSEAS E VOMITOS. NEGA DOR TORÁCICA, ABDOMINAL E LIMITAÇÃO DE MEMBROS.

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: +100 ML SF)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: BUCOMAXILO)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇOES TEMPORO-MANDIBULARES

DIOGRAFIA DE TORAX (PA)

CID10

| Código | Descrição |
|--------|------------------------------|
| T14.9 | Traumatismo não especificado |

Conduta

Em observação

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Dr. Alisson Cordeiro Moreira
Médico
CRM-PB 10942
ALISSON CORDEIRO MOREIRA
(CRM 10942/PB)
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 MAIO 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/11/2017 02:08:41



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

| | | | |
|---|--|---|--|
| Paciente RUBINALDO DA SILVA BARBOSA | BAE 1044444 | Data/Hora Entrada 27/11/2017 02:04:54 | Data Baixa |
| Data de nascimento 03/01/1992 | Idade 25 | Sexo Masculino | CNS 702009803402286 |
| Mãe ROSILDA DE LIMA DA SILVA | | | Telefone de Contato (83) 993476888 |
| Endereço MATA VELHA, SN | Bairro ZONA RURAL | Município ARARUNA | UF PB |
| Acidente QUEDA / OUTROS | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO | Nº Cons. Regional 4417/PB |
| Data/Hora Classificação 27/11/2017 02:04:54 | | Data/Hora Prescrição 27/11/2017 08:13:29 | |
| Convênio SUS | Nº Matrícula | | Senha |

Princípios

ME
 PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 6H (QUEDA), QUEIXA-SE DE DOR EM FACE Á D. APRESENTA EDEMA EM FACE + FERIMENTO CONTUSO EM LÁBIO SUPERIOR, SUTURADO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS; NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM SINAIS DE FRATURAS EM MEMBROS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. REFERE VAT HÁ < 10 ANOS (3 DOSES). AO EXAME= EGR, EUPNÉICO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR Á PALPAÇÃO. NO RX DE TÓRAX, NÃO IDENTIFIQUEI FRATURAS DE ARCOS COSTAIS, DERRAME OU PNEUMOTÓRAX. CONDUTA= LIBERADO DA CIRURGIA GERAL + CURATIVOS + AGUARDA REAVALIAÇÃO DO NEURO E BMF.

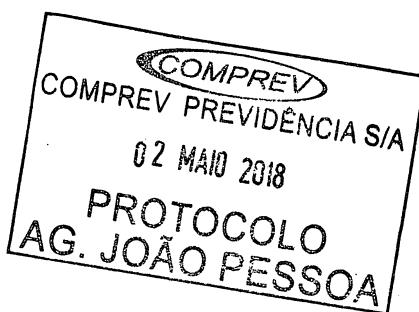
CID10

| Código | Descrição |
|--------|------------------------------|
| T14.9 | Traumatismo não especificado |

Conduta

Em observação + liberado da cir. geral

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

 ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
 (4417/PB)


Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/11/2017 02:08:41



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 29/11/2019 16:31:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112916305935800000025750014>
 Número do documento: 19112916305935800000025750014

Num. 26667331 - Pág. 5

Buro

P interm

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

| | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| Paciente RUBINALDO DA SILVA BARBOSA | BAE 1044444 | Data/Hora Entrada 27/11/2017 02:04:54 | Prontuário |
| Data de nascimento 03/01/1992 | Idade 25 | Sexo Masculino | Telefone de Contato (83) 993476888 |
| Mãe ROSILDA DE LIMA DA SILVA | | | |
| Endereço MATA VELHA, SN | Bairro ZONA RURAL | Município ARARUNA | UF PB |
| Acidente QUEDA / OUTROS | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO | Nº Cons. Regional 6628/PB |
| Data/Hora Classificação 27/11/2017 02:04:54 | | Data/Hora Prescrição 27/11/2017 06:09:57 | Senha |
| Convênio SUS | Nº Matrícula | | |

anamnese

!TIMA DE ACIDENTE DE MOTO ADMITIDO AS 2:04 AM;
 AO EXAME: GLASGOW 15, EDEMA IMPORTANTE EM REGIÃO DE FACE COM LIMITAÇÃO PARA ABERTURA DA BOCA

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO INTRACRANIANO; SINAIS DE FRATURA COM DESLOCAMENTO DE MANDÍBULA DIREITA, FRATURA DE OSSOS NASAIS E MAXILAR

PACIENTE NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL, DEAMBULANDO SEM DÉFICITS

VISUALIZADO ATÉ C4 NA TOMOGRAFIA DE FACE

CD: RETIRO COLAR CERVICAL; LIBERO PARA PROCEDIMENTO COM BUCOMAXILOFACIAL; SOLICITO AVALIAÇÃO DA BMF

CID10

| Código | Descrição |
|--------|----------------------|
| S02.6 | Fratura de mandíbula |

dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

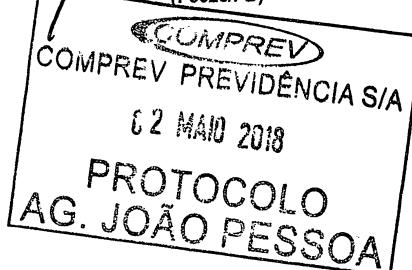
Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Dr. Ricardo R. Carvalho
 Neurocir. reia
 CRM - 6628

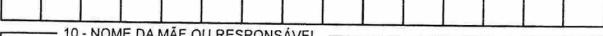
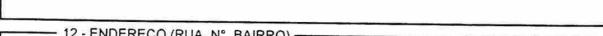
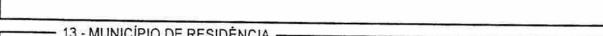
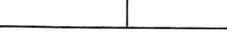
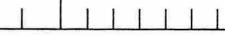
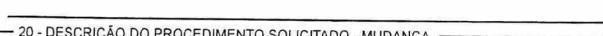
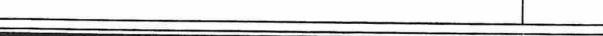
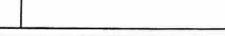
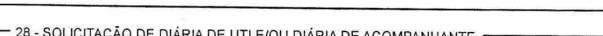
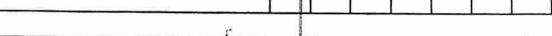
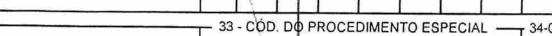
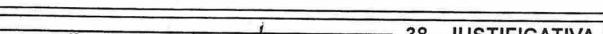
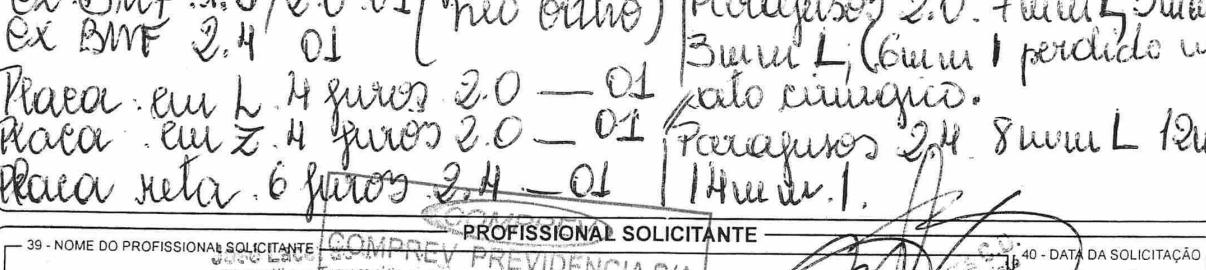
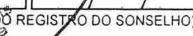
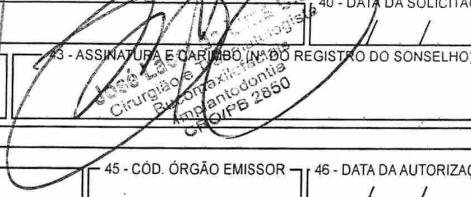
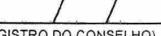
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
 (.: 6628/PB)



Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/11/2017 02:08:41



| | | | | | |
|---|---------------------|---|--|----------|------------------|
|  SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | Anexo II | Folha 1/2 |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | | | | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE DEETSA Unimed | | | 2 - CNES JU444444 | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE DEETSA Unimed | | | 4 - CNES JU444444 | | |
| Identificação do Paciente | | | | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE Robinaldo da Silva Barbosa | | | 6 - N.º DO PRONTUÁRIO JU444444 | | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  | | | 8 - DATA DE NASCIMENTO / / | | |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  | | | 9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3 | | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)  | | | 11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE DDD / 11-12345678 | | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  | | | 14 - CÓD. IBGE. MUNICÍPIO  15 - UF  16 - CEP  | | |
| 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) | | | | | |
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | | | | |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR  | | | 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR  | | |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA  | | | 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA  | | |
| 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL  | | | 23 - CID 10 PRINCIPAL  24 - CID 10 SECUNDÁRIO  25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS  | | |
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | | | | |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL  | | | 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL  | | |
| 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> 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 | | | | | |
|  | | | | | |
| PROFISSIONAL SOLICITANTE | | | | | |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE COMPREV PREVIDENCIA S/A | | | 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO  | | |
| 41 - DOCUMENTO () CNS () CPF | | | 42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE CRG/PRB 2850 | | |
| 43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO SONSOLHO)  | | | | | |
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR AG. JOAO LASSOA | | | 45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR  46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  | | |
| 47 - DOCUMENTO () CNS () CPF | | | 48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)  | | |



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: JOAQUIM DA SILVA AMAROSA BE/Prontuário: 1044444
 Idade: 25 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 30/11/17
 Clínica/Setor: DR LACET EMP: _____ LR: _____
 Cirurgião: DR RESIDENTE 1º Assistente: DR RESIDENTE
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: DANIEL
 Tipo de Anestesia: GA Horário: Início _____ Término _____

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|--|-----|
| <u>FRATURA MULTIFÍSSA DA FACE +</u> | |
| <u>FRATURA COMPLICADA DA MANDÍBULA</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|--|--------|
| <u>DRAGÃO C- DIVACAR DC FRATURA MÍDIA FACE</u> | |
| <u>DC FACE + FRATURA COMPLICADA DA MANDÍBULA</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Lacerda da Silva
Cirurgião-Dentista
CRM: 11.000-000
Grupe 2000

COMPREV
62 MAIO 2013
AG. PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

João Pessoa, 30/11/17

F(NG).ASCIR.009-1





Nota de Sala Cirúrgica

REF ID: **U**

NAME DO PACIENTE: **RODRIGUES DA SILVA, CAROLINA**
ADE: **20** BE: **10/10/1994** MONTÁRIO: **1** ENFERMARIA: **1** LEITO: **1**
SURGIA: **10** CEP: **55000-000** TEL: **5561-1111** FAX: **5561-2222** E-MAIL: **carolinacardoso@uol.com.br**
URGÊNCIA: **1** FOCO: **1** IMUX: **2** 2AUX: **1**
PESO: **50** ALTURA: **160** G: **50** P: **100** S: **100** T: **36,5**

ANESTESIA: 19:10am 11/17/2012
ANESTESISTA: DR. RODRIGO

INSTRUMENTADORES

DATA: 30/11/11 - TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 9:44 FIM: CIRURGIA: INÍCIO: FIM: 10:00

INDICE DE PISCO DE CIPUGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTE)

GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

| MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS | QTD. | MATERIAIS CONT. | QTD. | FIOS | QTD. |
|------------------------|----------------------------|--------------------------------|------|------------------------------|------|
| ALFENTANILA | | JELCO Nº18 | | FIO CAT GUT CROMADO Nº | |
| BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA | 500 | JELCO Nº20 | | FIO CAT GUT CROMADO Nº | |
| BUPIVACAÍNA PESADA | 500 | JELCO Nº22 | | FIO DE AÇO Nº | |
| CETAMINA | 500 | JELCO Nº24 | | FIO DE AÇO Nº | |
| DROPERIDOL | 100 | KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº | | FIO DE NYLON Nº | 40 |
| MIDATO | SOLUÇÕES | QTD. LÂMINA BISTURI Nº11 | | FIO DE NYLON Nº | 3 |
| FENOBARBITAL | ÁLCOOL ETÍLICO 70% | QTD. LÂMINA BISTURI Nº15 | L | FIO DE NYLON Nº | |
| FENTANILA | PVPI DEGERMANTE | LÂMINA BISTURI Nº23 | | FIO POLIGLACTINA Nº | 40.3 |
| FLUMAZENIL | PVPI TINTURA | LÂMINA BISTURI Nº24 | | FIO POLIGLACTINA Nº | |
| ISOFLURANO | PVPI TÓPICO | LÂMINA DE DERMÁTOMO | | FIO POLIGLACTINA Nº | |
| VOBUPIVACAÍNA C/VASO | SABÃO ANTISÉPTICO | LÂMINA DE ENXERTO | | FIO POLIPROPILENO Nº | |
| LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO | MATERIAIS | QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR. | 11 | FIO POLIPROPILENO Nº | |
| IDOCÁINA C/VASO | AGULHA 13X4,5 | LUVA ESTÉRIL Nº7,0 | 11 | FIO POLIPROPILENO Nº | |
| LIDOCÁINA S/VASO | AGULHA 25X07 | LUVA ESTÉRIL Nº7,5 | 11 | FIO POLIGLECAPRONE Nº | |
| MIDAZOLAN | AGULHA 25X08 | LUVA ESTÉRIL Nº8,0 | | FIO SEDA Nº | |
| MORFINA | AGULHA 40X12 | LUVA ESTÉRIL Nº8,5 | | FITA CARDIÁCA | |
| NIMBium | AGULHA PERIDURAL Nº16 | MÁSCARA CIRÚRGICA | 11 | MATERIAL ESPECIAL | QTD. |
| PANCURÔNIO | AGULHA PERIDURAL Nº17 | MULTIVIAS | | CATETER DE PIC | |
| PETIDINA | AGULHA PERIDURAL Nº18 | PERFURADOR DE SORO | 1 | CIMENTO CIRÚRGICO | |
| PROPORFOL | AGULHA RAQUI Nº25G | SCALP Nº19 | | CLIP TITÂNIO LIGADURA | |
| RAMIFENTANILA | AGULHA RAQUI Nº26G | SCALP Nº21 | | FIO DE KIRSCHNER Nº | |
| ROCURÔNIO | AGULHA RAQUI Nº27G | SERINGA 3ML | 1 | FIO DE KIRSCHNER Nº | |
| SEVOFLURANO | ALGODÃO ORTOPÉDICO | SERINGA 5ML | | FIO STEINMAN Nº | |
| SUXAMETÔNIO | ATADURA DE CREPOM | SERINGA 10ML | 1 | FIO STEINMAN Nº | |
| TIOPENTAL | ATADURA GESSADA | SERINGA 20ML | | GRAMPEADOR CIRÚRGICO | |
| MEDICAÇÕES | QTD. BOLSA P/ COLOSTOMIA | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 | | HEMOST. ABSORVIVEL | |
| DRENALINA | CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 | | KIT. DERIVA. VENTRICULAR | |
| UA DESTILADA | CATETER DE OXIGÉNIO | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 | | PRÓTESE VASCULAR | |
| TROPINA | CATETER EMBOLEC ARTERIAL N | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 | | KIT. PAM | |
| BEXTRA | CATETER EPIDURAL Nº16 | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 | | FIXADOR EXTERNO | |
| EFAZOLINA | CATETER EPIDURAL Nº17 | SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 | | EMPRESA | |
| XAMETASONA | CATETER EPIDURAL Nº18 | SONDA FOLEY 2VIAS Nº14 | | | |
| PRONA SÓDICA | CERA PARA OSSO | SONDA NASOG. CURTA | | PARAFUSOS CORTICais | |
| EFEDRINA | COLET. URINA FECHADO | SONDA NASOG. LONGA | | PARAFUSOS CORTICais | |
| FUROSEMIDA | COMPRESSAS | SONDA URETRAL Nº | | PARAFUSOS ESPONJOSO | |
| GLICOSE 50% | COMPRESSAS CIRÚRGICAS | TORNEIRINHA | 1 | PARAFUSOS ESPONJOSO | |
| GLUCONATO DE CALCIO | DRENO DE PENROSE | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | | PARAFUSOS MALEOLAR | |
| HIDROCORTISONA | DRENO DE SUCÇÃO | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | | PARAFUSOS MALEOLAR | |
| LIDOCÁINA GELEIA | UR | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | | PLACA | |
| ONDASENTRONA | ELETRODOS | TUBO SILICONE (LATEX) | | PLACA | |
| PLASIL | EQUIPO MACROGOTAS | | | PLACA | |
| PROSTIGMINE | EQUIPO TRANSF. SANGUE | | | PLACA | |
| PROTAMINA | EQUIPO MICROGOTAS | | | PLACA | |
| TENOXICAN | ESPONJA DE PVPI | FIOS | QTD. | EQUIPAMENTOS | |
| | ESPARADRAPO | QTD. | | () ASPIRADOR | |
| | GAZES | QTD. | | () BISTURI ELÉTRICO | |
| | GAZES ALGODOADAS | QTD. | | () CARBÓGRAFO | |
| | GEL ELETROLÍTICO | QTD. | | () CARDIOMONITOR | |
| | JELCO Nº14 | QTD. | | () DESIBRILADOR | |
| | JELCO Nº16 | QTD. | | () ELETRO AUXILIAR | |
| | | 8mm m. L | | () ELETRO CENTRAL | |
| | | 12mm m. L | | () MICROSCÓPIO | |
| | | 14mm m. L | | () OXÍMETRO DE PULSO | |
| | | 16mm m. L | | () P.A. INVASIVA VAGAL NERV | |
| | | 18mm m. L | | () PERFURADOR ELÉTRICO | |
| | | 20mm m. L | | () SERRA | |
| | | 22mm m. L | | CIRCULANTE | |

| Parafuso 2.0 | 7mm L | 8mm m. L |
|--------------|-----------------------|-----------|
| 5mm m. L | | 12mm L |
| 3mm m. L | | 14mm m. L |
| 6mm m. L | perdido no ato emigra | |



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 30/11/17

PRONTUÁRIO: 1044444

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---------|------|-----------|
| PACIENTE: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA | | | SEXO: M | COR: | IDADE: 25 |
|--------------------------------------|--|--|---------|------|-----------|

| | | | | | |
|----------------|----------|-------------------|-------------|------|-----------------|
| PRESA ARTERIAL | PULSO 70 | RESPIRAÇÃO 107/60 | TEMPERATURA | PESO | GRUPO SANGUÍNEO |
|----------------|----------|-------------------|-------------|------|-----------------|

 ESTADO GERAL BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

 RISCO CIRÚRGICO BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

 EXAMES COMPLEMENTARES *Cháculos*

| | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| AP. RESPIRATÓRIO <i>ausculta</i> | AP. CIRCULATÓRIO <i>estável</i> |
|----------------------------------|---------------------------------|

| | | |
|------------------------------|-------------------------------|---------------|
| AP. DIGESTIVO <i>secreto</i> | ESTADO MENTAL <i>relaxado</i> | DROGAS EM USO |
|------------------------------|-------------------------------|---------------|

| | | |
|----------------|-------------|----------------------|
| PRÉ-ANESTÉSICO | DOSE / HORA | ESTADO FÍSICO (ASAI) |
|----------------|-------------|----------------------|

 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO *FRATURAS MULTIFLHAS DA FACE*

CIRURGIA REALIZADA

| | |
|----------|------------|
| CIRURGIA | AUXILIARES |
|----------|------------|

| | | |
|--------------------------|----------------------------|---------------------------|
| INÍCIO DA ANESTESIA 9:40 | TÉRMINO DA ANESTESIA 15:00 | DURAÇÃO DA ANESTESIA 5h20 |
|--------------------------|----------------------------|---------------------------|

| | | |
|------------------------|---------------|-------------|
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QUANT. DE CH. | VALORES R\$ |
|------------------------|---------------|-------------|

| | |
|---|--------------------|
| ANESTESISTA <i>Dr. Daniel + Dr. Sérgio RB</i> | CRM-PB <i>7567</i> |
|---|--------------------|

| | |
|---------------------------|---|
| ENTES/HORA <i>9:40:10</i> | <i>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16</i> |
|---------------------------|---|

| | |
|------------------------------|---|
| LÍQUIDOS VENOSOS <i>1500</i> | <i>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16</i> |
|------------------------------|---|

| | | |
|---------|--------------|-----|
| O PULSO | DIASTÓLICA 1 | 220 |
|---------|--------------|-----|

| | | |
|---------|--------------|-----|
| O PULSO | DIASTÓLICA 1 | 200 |
|---------|--------------|-----|

| | | |
|---------|--------------|-----|
| O PULSO | DIASTÓLICA 1 | 180 |
|---------|--------------|-----|

| | | |
|---------|--------------|-----|
| O PULSO | DIASTÓLICA 1 | 160 |
|---------|--------------|-----|

| | | |
|---------|--------------|-----|
| O PULSO | DIASTÓLICA 1 | 140 |
|---------|--------------|-----|

| | | |
|---------|--------------|-----|
| O PULSO | DIASTÓLICA 1 | 120 |
|---------|--------------|-----|

| | | |
|---------|--------------|-----|
| O PULSO | DIASTÓLICA 1 | 100 |
|---------|--------------|-----|

| | | |
|---------|--------------|----|
| O PULSO | DIASTÓLICA 1 | 80 |
|---------|--------------|----|

| | | |
|---------|--------------|----|
| O PULSO | DIASTÓLICA 1 | 60 |
|---------|--------------|----|

| | | |
|---------|--------------|----|
| O PULSO | DIASTÓLICA 1 | 40 |
|---------|--------------|----|

| | | |
|---------|--------------|----|
| O PULSO | DIASTÓLICA 1 | 20 |
|---------|--------------|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| SEPARAÇÃO | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----|----|----|
| ECG | ES | ES |
|-----|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

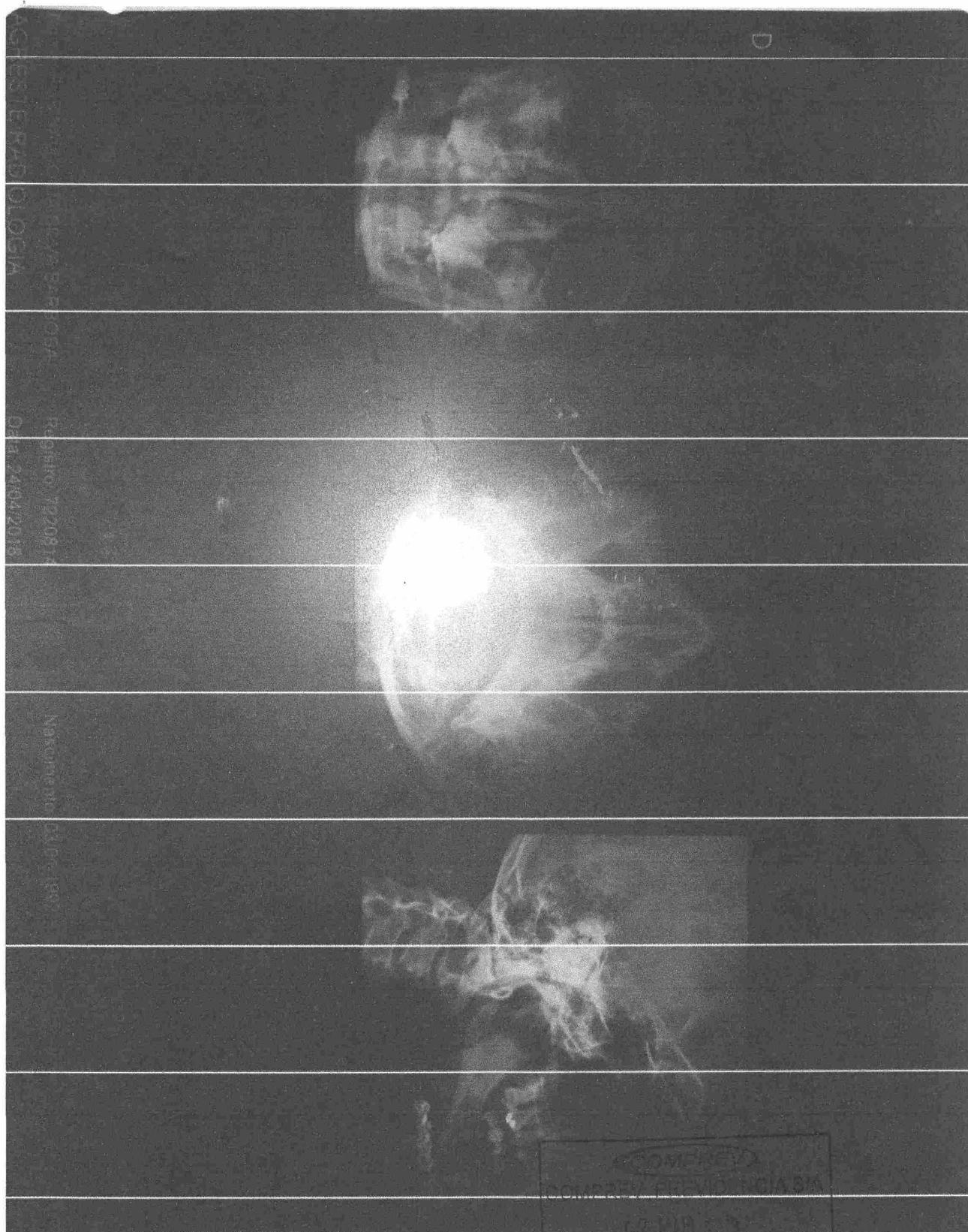
| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| | | |
|-----------|----|----|
| ANESTESIA | ES | ES |
|-----------|----|----|

| |
| --- |
| ANESTESIA</td |



PROTÓCOLO
A.G. JOÃO PESSOA

<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/16318c42cd9c1f1b?projector=1&messagePartId=0.1>

1/1



| | | |
|---|---|--|
|  | Rua da Central, 48 - Centro - Santo Antônio - RN Tels.: (84) 3282-2521 | Número de Controle: 201804/2300 |
| | | Código de autenticação: 31uYyV1VSkauD87jQkFstg |
| Laudo Radiográfico | | |
| Nome: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA Data do exame: 24/04/2018 Empresa: PARTICULAR | | Indicação: AVALIAÇÃO MÉDICA (CLÍNICO) Data de Nascimento: 03/01/1992 (26 a. 3 m.) Sexo: MASCULINO |
| FACE - AP e Perfil Conclusões: Controle de osteossíntese metálica de face e mandíbula. Nível hidroáereo do seio maxilar direito. | | |
|  | | |
|  | | |
| Santo Antônio, 24 de abril de 2018.  | | |
| Dr. Henrique Trigo Bianchessi CRM 20999 - Radiologista | | |
| www.maislaudo.com.br | | |
| <i>Qualquer adulteração ou rasura invalida este laudo.</i> | | |



Poder Judiciário da Paraíba
17ª Vara Cível da Capital
Av. João Machado, s/n, Centro, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58.013-520
Tel.: (83) 3208-2495; e-mail: jpa.17varacivel@tjpb.jus.br

Nº do Processo: 0877912-96.2019.8.15.2001

Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assuntos: [SEGURO]

AUTOR: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO DE CONCLUSÃO DOS AUTOS

Certifico e dou fé que nesta data faço os autos conclusos para apreciação deste MM Juízo.

João Pessoa, 13 de janeiro de 2020

ELIZABETH DE AQUINO ALVES



Assinado eletronicamente por: ELIZABETH DE AQUINO ALVES - 13/01/2020 15:29:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011315292756500000026462451>
Número do documento: 20011315292756500000026462451

Num. 27420095 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
17ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0877912-96.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária requerida.

Cite-se a parte ré, por carta, para apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias (NCPC, art. 335, caput).

Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (NCPC, art. 344), salvo as exceções previstas no art. 345 do NCPC.

CÓPIA DESTE DESPACHO SERVIRÁ COMO CARTA.

P.J. e Cumpra-se.

João Pessoa, data fornecida pelo sistema.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: JOSIVALDO FELIX DE OLIVEIRA - 20/01/2020 22:50:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012022501731700000026591206>
Número do documento: 20012022501731700000026591206

Num. 27557516 - Pág. 1