



Número: **0801288-88.2019.8.15.0551**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Remígio**

Última distribuição : **19/11/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                       |                              |
|------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|
| GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES (AUTOR)                  |                    | INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)                    |                              |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    |                                                     |                              |
| Documentos                                                 |                    |                                                     |                              |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                           | Tipo                         |
| 26308610                                                   | 19/11/2019 09:47   | <a href="#">Petição Inicial</a>                     | Petição Inicial              |
| 26308624                                                   | 19/11/2019 09:47   | <a href="#">Petição Inicial</a>                     | Outros Documentos            |
| 26308628                                                   | 19/11/2019 09:47   | <a href="#">Procuração</a>                          | Procuração                   |
| 26308629                                                   | 19/11/2019 09:47   | <a href="#">Doc. Pessoais e Comp. de Residência</a> | Documento de Identificação   |
| 26308630                                                   | 19/11/2019 09:47   | <a href="#">BO e Comp. de Pag. Administrativo</a>   | Outros Documentos            |
| 26308634                                                   | 19/11/2019 09:47   | <a href="#">Doc. Médica 1</a>                       | Outros Documentos            |
| 26308635                                                   | 19/11/2019 09:47   | <a href="#">Doc. Médica 2</a>                       | Outros Documentos            |
| 26308636                                                   | 19/11/2019 09:47   | <a href="#">Doc. Médica 3</a>                       | Outros Documentos            |
| 26499488                                                   | 26/11/2019 14:27   | <a href="#">Despacho</a>                            | Despacho                     |
| 29322352                                                   | 23/03/2020 10:47   | <a href="#">Certidão de Decurso de prazo</a>        | Certidão de Decurso de prazo |
| 29424412                                                   | 27/03/2020 09:26   | <a href="#">Despacho</a>                            | Despacho                     |
| 30703368                                                   | 15/05/2020 13:24   | <a href="#">Certidão de Decurso de prazo</a>        | Certidão de Decurso de prazo |
| 30736050                                                   | 18/05/2020 18:29   | <a href="#">Decisão</a>                             | Decisão                      |

Petição Inicial em anexo.



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA  
CIVIL DA COMARCA DE REMIGIO-PB.**

**GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES**, brasileiro, solteiro, feirante, portador do RG de nº 15994451, e CPF de nº 092.674.616-21 residente e domiciliado na Rua Padre Cicero do Juazeiro, nº 222, Bairro: Centro na Cidade de Remigio/PB, por intermédio do seu bastante procurador que esta subscreve, com escritório profissional localizado no endereço que consta no preâmbulo desta, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex<sup>a</sup>, propor o presente:

**ACÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT.**

**COMPLEMENTO**

Em face de: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro - RJ, CEP-20.031.205, CNPJ 09.248.608.0001-04 expondo e ao final requerendo o seguinte:

AB INITIO, diante da situação financeira em que se encontra o Promovente requesta inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso a Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

É cediço que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, nada basta além do simples pedido, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial, conforme preceitua a Lei de nº. 1.060, de 05.02.1950 do Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.

**DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO OU DE CONCILIAÇÃO**

Considerando a necessidade de produção de provas no presente feito, bem como a política atual de acordo zero adotada pela parte Ré, a parte autora vem manifestar, em cumprimento ao **art. 319, inciso VII do NCPC/2015**, que não há interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação, haja vista a iminente ineficácia do

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 –B, Severino Cabral,  
Bodocongó, Campina Grande – PB. CEP: 58430-340.  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)



procedimento e a necessidade de que **ambas as partes** dispensem a sua realização, conforme previsto no **art. 334, §4º, inciso I, do NCPC/2015.**

### **DOS FATOS E DOS DIREITOS**

O autor foi acidente automobilístico - fato ocorrido no dia 02.01.2019, quando estava vindo na BR de Esperança para Remígio, em uma motocicleta Honda CG 160 start, cor vermelha, 2016, placa QFP 6666/PB, como garupa, quando nas imediações do posto JB, o condutor da motocicleta perdeu o controle vindo o autor cair ao chão e sofrendo lesões graves, sendo socorrido por populares e Encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande-PB, conforme descrito em prontuário medico, atestado medico e no Boletim de Ocorrência em anexo, da Polícia.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes ao Autor, tais como o como **FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO, ONDE FOI SUBMETIDO HÁ CIRURGIAS DE OSTEOSÍNTESE (PLACAS/PINOS/PARAFUSOS)**, devido ao acidente, o que sem duvidas resultou no comprometendo total do membro, conforme se observa nos laudo médicos acostados aos autos e pericia a ser realizada.

Acontece que a parte autora, buscou seus direitos pela via administrativa, recebendo um valor irrisório de **R\$ 1.687,50 (MIL, SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora Líder em anexo.

Destarte, o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a redução funcional/invalidez dos membros supra mencionado corresponde ao valor Máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, descrita em lei especial.

O próprio nome do Seguro DPVAT é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda eu os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.



Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz *jus* à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*:

**Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:**

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

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

***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.***

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação susomencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometeram e o registro de ocorrência no órgão policial competente, **estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:**

***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.***

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

***APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA 340/2006. PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO. 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de***



*03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).*

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74,

#### **DO REQUERIMENTO:**

Pelo Exposto, requer a V.Ex.a., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida, a complementação do pagamento da indenização em epígrafe, **fundada no valor de R\$ 11.812,50 (ONZE MIL, OITOCENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS) referente ao DPVAT**, face a invalidez sofrida pelo autor, que veio a comprometer a função do adquirida através de acidente de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

01- que Seja citada a Promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;

02- Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em ato contínuo em conformidade com **o rito especial imposto a lide**, tenha início a instrução e julgamento;

03 - Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos especialmente nas provas documentais, que serão apresentadas independentemente de intimação;



04- seja intimado o autor para ser inquirido nos autos, e com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativo a data do sinistro;

**05- com fundamento no Art. 246, I do Código de Processo Civil Pátrio, seja a promovida, citada através de AR- (Correios e Telégrafos);**

06- seja a demandada condenada em 20%, sobre o valor da condenação, referente à honorários advocatícios, e, sejam intimadas as testemunhas arroladas a prestarem depoimento sob as penas da lei;

07- não necessitando que seja oficiado a SEGURADORA LIDER para remeter copia do processo administrativo, pois seguem e anexo copias das documentações;

**08- Não precisando que seja intimada a direção da casa hospitalar onde o autor, ora paciente, foi atendido para disponibilizar prontuário, pois os mesmos já encontra-se em anexo;**

09 – **requer a produção de prova pericial**, oficiando o NUMOL/PERITO a ser nomeado por V. Excelência, visto que tal exame torna-se imprescindível para o julgamento da presente demanda;

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art.2º da Lei n. 1060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei;

Dá-se a presente o valor de **R\$ 11.812,50 (ONZE MIL, OITOCENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

**Campina Grande - PB, em 19 de Novembro de 2019.**

**INACIO BRUNO SARMENTO**  
**- Advogado - OAB/PB 21.472**



## QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE:\_\_\_\_\_.

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, por volta das \_\_\_\_\_ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA ( ), de que forma?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO, ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU, GRAVE?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Sem mais, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

(Assinatura – carimbo – CRM)

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 –B, Severino Cabral,  
Bodocongó, Campina Grande – PB. CEP: 58430-340.  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)





**PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**

**OUTORGANTE:** Gefferson Roberto do Costa Gomes, brasileiro (a),  
Advogado, Fernando portador da Cédula de Identidade nº:  
15994451, inscrito no CPF nº: 092.1674.16/6 121, residente e domiciliado  
na Rua Rod. Cicero do Siqueira, Nº 222, Bairro, Centro,  
na Cidade de Remojo /PB.

**OUTORGADO:** INÁCIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na  
OAB/PB sob nº 21.472, com endereço profissional na Rua: Av. Dinamerica Alves  
Correia, 1020 - loja 02, Bairro: Dinamerica, na Cidade de Campina Grande/PB,  
3334-1289/99988-5048/98769-2274.

**PODERES:** Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos  
do Outorgante perante qualquer Entidade, autarquia ou Órgão na esfera Administrativa  
Estadual, Municipal e Federal ou Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta  
Douta Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou  
reclamante, defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo  
reclamar, conciliar, desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação,  
confessar, firmar compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como  
substabelecer a presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier,  
praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato,  
ao qual dar como firme e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art.105 do  
Novo Código de Processo Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art.  
5º, § 2º da Lei n.º 8906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos  
Advogados do Brasil).

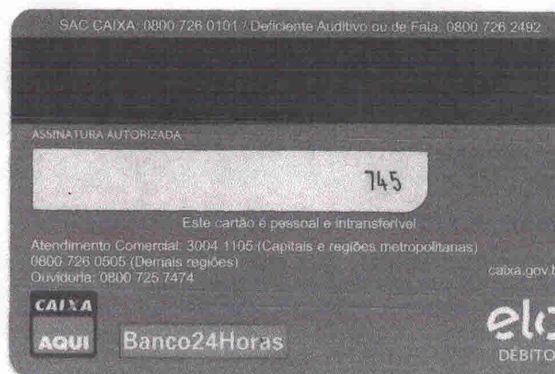
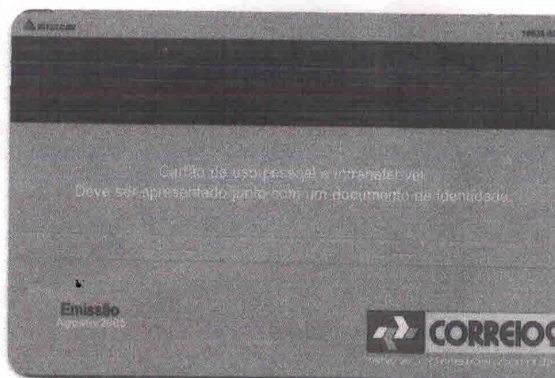
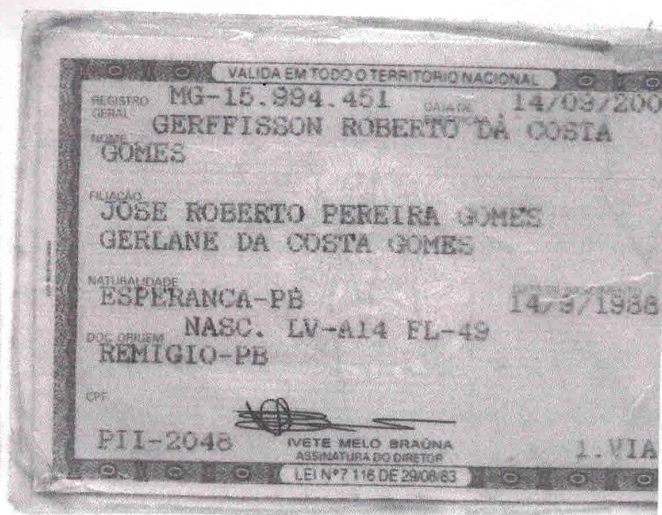
**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS**

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei n.º 1.060/50, declara que é pobre  
na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial  
sem comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

Campina Grande/PB, 17 de Outubro de 2019

Gefferson Roberto do Costa Gomes  
Outorgante/Declarante







RUA PADRE CICERO DO JUAZEIRO, 222 / C - CENTRO  
REMIGIO / PB CEP 59399000 (AG 71)



Ligação: MONOFÁSICO  
Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
Roteiro: 13 - 73 - 300 - 2060  
Medidor: 00008142433

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.193/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001480849  
Cód. para Deb. Automático: 00011186715

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF / CNPJ / RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-------------------|
| Set / 2019        | 20/09/2019   | 22/10/2019                       | 978.357.664-20    |

UC (Unidade Consumidora): 5/1118671-5

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi analisada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2003.  
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: saude.gov.br/vacinacampa

| Anterior         | Atual           | Constante        | Consumo         | Dias |
|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------|
| Data<br>21/08/19 | Leitura<br>5535 | Data<br>20/09/19 | Leitura<br>6152 |      |

Demonstrativo

| CC                     | Descrição                             | Quantidade | Tarifa c/ Tributos Total(R\$) | Valor Base Calc. ICMS(R\$) | Aliq. ICMS(R\$) | Base Calc. Pot(R\$) | Pot/Colno(R\$) | Cofins(R\$) |
|------------------------|---------------------------------------|------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------|---------------------|----------------|-------------|
| 0601                   | Consumo até 30kVh-BR                  | 30,000     | 0,272650                      | 8,17                       | 8,17 27         | 2,20                | 8,17           | 0,08 0,37   |
| 0601                   | Consumo - 31 a 100kVh-BR              | 70,000     | 0,467420                      | 32,72                      | 32,72 27        | 9,59                | 32,72          | 0,32 1,49   |
| 0601                   | Consumo - 101 a 220kVh-BR             | 63,000     | 0,701180                      | 44,17                      | 44,17 27        | 11,92               | 44,17          | 0,44 2,02   |
| 0601                   | Adic. B Vermelha                      |            |                               | 6,46                       | 6,46 27         | 1,74                | 6,46           | 0,06 0,28   |
| 0610                   | Subsídio                              |            |                               | 45,13                      | 45,13 27        | 12,16               | 45,13          | 0,45 2,06   |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS |                                       |            |                               |                            |                 |                     |                |             |
| 0907                   | CONTRIB. ILM PUBLICA                  |            |                               | 12,00                      | 0,00 0          | 0,00                | 0,00           | 0,00 0,00   |
| 0904                   | JUROS DE MORA 06/2019                 |            |                               | 0,26                       | 0,00 0          | 0,00                | 0,00           | 0,00 0,00   |
| 0905                   | MULTA 06/2019                         |            |                               | 2,10                       | 0,00 0          | 0,00                | 0,00           | 0,00 0,00   |
| 0904                   | COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DMC 07/2019 |            |                               | -1,39                      | 0,00 0          | 0,00                | 0,00           | 0,00 0,00   |
| 0906                   | Devolução Subsídio                    |            |                               | -30,44                     | 0,00 0          | 0,00                | 0,00           | 0,00 0,00   |

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 119,36 139,65 32,67 139,65 1,95 8,23

Tarifa / Tributos Até 30kVh 0,272650 Até 100kVh 0,467420 Até 220kVh 0,701180

Média últimos meses (kWh) 299 VENCIMENTO 27/09/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 119,36

Histórico de Consumo (kWh)

180 | 393 | 191 | 325 | 587 | 195 | 211 | 204 | 327 | 181 | 208 | 159  
Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19 | Mar/19 | Abr/19 | Mai/19 | Jun/19 | Jul/19 | Ago/19

RESERVADO AO FISCO

894f.87bb.8054.894d.bb04.bd3a.9178.b13c

Indicadores de Qualidade

| Limites da ANEEL     | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|----------------------|---------|----------------------|
| DIC MENSAL 6,27      | 5,27    | NOMINAL 220          |
| DIC TRIMESTRAL 12,54 |         |                      |
| DIC ANUAL 25,09      |         |                      |
| FIC MENSAL 6,27      | 1,00    | CONTRATADA 220       |
| FIC TRIMESTRAL 18,81 |         | LIMITE INFERIOR 220  |
| FIC ANUAL 37,62      |         | LIMITE SUPERIOR 220  |
| DMC 3,71             | 5,27    |                      |
| DICRI 12,23          |         |                      |

Composição do Consumo

| Discriminação                    | Valor (R\$) | %      |
|----------------------------------|-------------|--------|
| Serviços de Dist. da Energisa/PB | 23,20       | 19,42  |
| Compra de Energia                | 34,28       | 28,70  |
| Serviço de Transmissão           | 3,06        | 2,56   |
| Encargos Setoriais               | 3,40        | 2,85   |
| Impostos Diretos e Encargos      | 58,93       | 49,84  |
| Outros Serviços                  | 0,00        | 0,00   |
| Total                            | 120,87      | 100,00 |

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$30,44.  
Reajuste Tarifário - Vigência 28/06/18-Rez ANEEL nº 2.586 - Alto Tensão - 4,40% Médio  
Reajuste Tarifário - Vigência 28/06/18-Rez ANEEL nº 2.586 - Baixa Tensão - 4,23% Médio  
- Leitura confirmada

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 06523.853171 2 80250000011936

PAGADOR: GERLANE DA COSTA GOMES - CPF/CNPJ: 978.357.664-20

RUA PADRE CICERO DO JUAZEIRO, 222 / C - CENTRO - REMIGIO / PB CEP: 59399000

| Nosso Nr         | Nº Documento    | Data de Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
|------------------|-----------------|--------------------|--------------------|------------|
| 2624912000523853 | 001118671201909 | 27/09/2019         | R\$ 119,36         |            |

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.095.193/0001-40  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 19/11/2019 09:46:19

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111909461969000000025413795

Número do documento: 19111909461969000000025413795



GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª SRPC / 12ª DSPC  
DELEGACIA DE REMÍGIO  
RUA ERMILA DIAS DE BARROS, 159 - BAIXA VERDE - REMÍGIO - 58398-000 -

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL  
COMARCA DE REMÍGIO

OCORRÊNCIA Nº 000152/19

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000152/19 registrada em 15/04/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos quinze dias do mês de abril do ano de 2019, nesta cidade de REMÍGIO, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE REMÍGIO, quando encontrava-se presente a Bela. MARIA DO SOCORRO DA SILVA, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:52 horas, compareceu o Sr. GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES, com 30 anos de idade, filho de JOSE ROBERTO PEREIRA GOMES e GERLANE DA COSTA GOMES, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de REMÍGIO - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão FEIRANTE, portador da Cédula de Identidade Nº 15.994451, expedido pela SSP-MG, com C.P.F. de Nº 09267461621, residindo à rua PADRE CICERO, Nº222, bairro PADRE CICERO, na cidade de REMÍGIO - PB, celular 83 9 9676-2101.

#### Declarou que:

Que no dia 02/01/2019 estava vindo na BR de Esperança para Remigio, por volta das 14:30h, juntamente com a pessoa de JOSE SILVANO DOS SANTOS, em uma motocicleta; Que o comunicante vinha de garupa; Que JOSE SILVANO é habilitado e era o condutor da motocicleta; Que nas imediações do POSTO JB o condutor perdeu o controle da motocicleta e que os dois caíram ao chão; Que o comunicante foi socorrido por populares para o Hospital de Trauma e Emergência de Campina Grande; Que o comunicante ficou internado por 22 dias, e foi submetido a uma cirurgia no joelho direito; Que o comunicante deveria ficar afastado de suas atividades por 06 meses segunda indicação medica; Que o veículo conduzido por JOSE SILVANO trata-se de : MOTOCICLETA HONDA CG 160 START, VERMELHA, 2016/2016, PLACA QFP 6666-PB, CHASSI 9C2KC2500GR031496, RENAVAL 0110337559-5, EM NOME DE GERALDO ANDRE DE MEDEIROS; Que o condutor do veículo teve apenas algumas escoriações, que o mesmo apresentou documentação ( RG 3905465, CPF 105.938.504-08); Que o comunicante veio ate esta delegacia para lavrar o fato e atraves desta certidão ser viabilizada as providencias legais para requerer o seguro DPVAT. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

REMÍGIO, Terça-feira, 10 de Setembro de 2019

MPC Maria Emanuela B. Martins  
MAT.: 182.461-9

GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES

Declarante

MARIA EMANUELA BARBOSA MARTINS AD HOC  
Escrivão







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190595065**

**Vítima: GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES**

**Data do Acidente: 02/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001668**

Conta: **000000037315-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

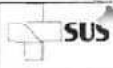
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00205/00206 - carta\_30 - INVALIDEZ



Data da internação: 02/01/2019 Hora: 17:17:12

|                                                                                                          |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|
|  Sistema Único de Saúde |  | Ministério da Saúde                                                                        |  | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR        |  |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde                                                                |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                  |  | 2 - CNES                                                                                   |  |                                                                       |  |
| HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES                                               |  | 2362856                                                                                    |  |                                                                       |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                                                                   |  | 4 - CNES                                                                                   |  |                                                                       |  |
| HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES                                               |  | 2362856                                                                                    |  |                                                                       |  |
| Identificação do Paciente                                                                                |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                                     |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                                                                       |  |                                                                       |  |
| GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES                                                                        |  | 1805505                                                                                    |  |                                                                       |  |
| 7 - CARTÃO DO SUS                                                                                        |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                                                     |  | 9 - SEXO                                                              |  |
| 705000658479151                                                                                          |  | 14/09/1988                                                                                 |  | Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL                                                                          |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO                                                                   |  |                                                                       |  |
| GERLANE DA COSTA GOMES                                                                                   |  | 83 96762101                                                                                |  |                                                                       |  |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                                          |  | 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                               |  | 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO                                              |  |
| RUA PADRE CICERO, 222, CENTRO                                                                            |  | Remígio                                                                                    |  | 251270                                                                |  |
|                                                                                                          |  | 15 - UF                                                                                    |  | 16 - CEP                                                              |  |
|                                                                                                          |  | PB                                                                                         |  | 58398000                                                              |  |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO                                                                              |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                               |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| Ac9 com dor de                                                                                           |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| defunidade - genh                                                                                        |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                               |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| 7to CIR                                                                                                  |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)                      |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| Exame Físico                                                                                             |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                                 |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL                                                                                    |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                                                   |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                            |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                                  |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                |  |                                                                                            |  | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                           |  |
|                                                                                                          |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| 26 - CLÍNICA                                                                                             |  | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO                                                                 |  | 28 - DOCUMENTO                                                        |  |
|                                                                                                          |  | 02                                                                                         |  | (X) CNS ( ) CPF                                                       |  |
|                                                                                                          |  |                                                                                            |  | 980016278218009                                                       |  |
| 29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                    |  | 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                           |  |                                                                       |  |
| 980016278218009                                                                                          |  | JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES                                                                  |  |                                                                       |  |
| 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                 |  | 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                     |  |                                                                       |  |
| 02/01/2019                                                                                               |  | Dr. João Paulo Oliveira Nunes                                                              |  |                                                                       |  |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)                                           |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| 33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                            |  | 36 - CNPJ DA SEGURADORA                                                                    |  | 37 - Nº DO BILHETE                                                    |  |
| 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO                                                                        |  |                                                                                            |  | 38 - SÉRIE                                                            |  |
| 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO                                                                       |  | 39 - CNPJ EMPRESA                                                                          |  | 40 - CNAE DA EMPRESA                                                  |  |
|                                                                                                          |  |                                                                                            |  | 41 - CBOR                                                             |  |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                                           |  | ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO |  |                                                                       |  |
| AUTORIZAÇÃO                                                                                              |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                    |  | 44 - COD. ORGÃO EMISSOR                                                                    |  | 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                       |  |
|                                                                                                          |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| 46 - DOCUMENTO                                                                                           |  | 47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                 |  |                                                                       |  |
| ( ) CNS ( ) CPF                                                                                          |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |
| 48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                 |  | 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                     |  |                                                                       |  |
| / /                                                                                                      |  |                                                                                            |  |                                                                       |  |

EXA-02







02/01/2019

HTCG-Painel Administrativo

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Nº 0000019

Fim da Consulta D'2019

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_ hs.

( ) Centro cirúrgico

( ) Internação (setor) \_\_\_\_ ( ) Alta hospitalar / ( ) Já revela

( ) Transfêrencia a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_ ( ) Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

## SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

<http://10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1803459>





GOVERNO  
DA PARÁIBA

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

### Ficha de Acolhimento

|                       |                                  |                             |                        |
|-----------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| Nome:                 | Genaffior Roberto da Costa Gomes |                             |                        |
| End:                  | Padre Cicero 222                 | Bairro:                     | Remigio                |
| Data de Nascimento:   | 14.09.1988                       | Documento de Identificação: |                        |
| Queixa:               | AC de                            | Data do Atend.: 02/01/19    | Hora: 16:00 Documento: |
| Acidente de trabalho? | ( ) Sim ( ) Não                  |                             |                        |

### Classificação de Risco

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

MOD. 11

### Estratificação

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

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional







SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Diagnóstico

IX PLATO TRIZAL D

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

|          |         |            |        |       |          |
|----------|---------|------------|--------|-------|----------|
| Paciente | COFFMAN | Alojamento | Ext 02 | Leilo | Convênio |
|          | Belarte |            |        |       |          |

| Data | Prescrição Médica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Horário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Evolução Médica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24/3 | <p>1) Oito leve após PPA</p> <p>2) Zolais reduzida</p> <p>3) Espirano 40g + 100 6/6h</p> <p>4) Tibeta 20mg + AD 60 42/12h SMO</p> <p>5) Aumentar H2O + Adicão propofol 60 200ml 10/10</p> <p>6) Espirano 40mg 1x se SMO</p> <p>7) Espirano 40 + AD 60 42/12h</p> <p>8) Substância</p> <p>9) Ex de controle</p> <p>10) CCG + KVV</p> | <p>11/11</p> <p>12/12</p> <p>13/13</p> <p>14/14</p> <p>15/15</p> <p>16/16</p> <p>17/17</p> <p>18/18</p> <p>19/19</p> <p>20/20</p> <p>21/21</p> <p>22/22</p> <p>23/23</p> <p>24/24</p> <p>25/25</p> <p>26/26</p> <p>27/27</p> <p>28/28</p> <p>29/29</p> <p>30/30</p> <p>31/31</p> <p>32/32</p> <p>33/33</p> <p>34/34</p> <p>35/35</p> <p>36/36</p> <p>37/37</p> <p>38/38</p> <p>39/39</p> <p>40/40</p> <p>41/41</p> <p>42/42</p> <p>43/43</p> <p>44/44</p> <p>45/45</p> <p>46/46</p> <p>47/47</p> <p>48/48</p> <p>49/49</p> <p>50/50</p> <p>51/51</p> <p>52/52</p> <p>53/53</p> <p>54/54</p> <p>55/55</p> <p>56/56</p> <p>57/57</p> <p>58/58</p> <p>59/59</p> <p>60/60</p> <p>61/61</p> <p>62/62</p> <p>63/63</p> <p>64/64</p> <p>65/65</p> <p>66/66</p> <p>67/67</p> <p>68/68</p> <p>69/69</p> <p>70/70</p> <p>71/71</p> <p>72/72</p> <p>73/73</p> <p>74/74</p> <p>75/75</p> <p>76/76</p> <p>77/77</p> <p>78/78</p> <p>79/79</p> <p>80/80</p> <p>81/81</p> <p>82/82</p> <p>83/83</p> <p>84/84</p> <p>85/85</p> <p>86/86</p> <p>87/87</p> <p>88/88</p> <p>89/89</p> <p>90/90</p> <p>91/91</p> <p>92/92</p> <p>93/93</p> <p>94/94</p> <p>95/95</p> <p>96/96</p> <p>97/97</p> <p>98/98</p> <p>99/99</p> <p>100/100</p> | <p>11/11</p> <p>12/12</p> <p>13/13</p> <p>14/14</p> <p>15/15</p> <p>16/16</p> <p>17/17</p> <p>18/18</p> <p>19/19</p> <p>20/20</p> <p>21/21</p> <p>22/22</p> <p>23/23</p> <p>24/24</p> <p>25/25</p> <p>26/26</p> <p>27/27</p> <p>28/28</p> <p>29/29</p> <p>30/30</p> <p>31/31</p> <p>32/32</p> <p>33/33</p> <p>34/34</p> <p>35/35</p> <p>36/36</p> <p>37/37</p> <p>38/38</p> <p>39/39</p> <p>40/40</p> <p>41/41</p> <p>42/42</p> <p>43/43</p> <p>44/44</p> <p>45/45</p> <p>46/46</p> <p>47/47</p> <p>48/48</p> <p>49/49</p> <p>50/50</p> <p>51/51</p> <p>52/52</p> <p>53/53</p> <p>54/54</p> <p>55/55</p> <p>56/56</p> <p>57/57</p> <p>58/58</p> <p>59/59</p> <p>60/60</p> <p>61/61</p> <p>62/62</p> <p>63/63</p> <p>64/64</p> <p>65/65</p> <p>66/66</p> <p>67/67</p> <p>68/68</p> <p>69/69</p> <p>70/70</p> <p>71/71</p> <p>72/72</p> <p>73/73</p> <p>74/74</p> <p>75/75</p> <p>76/76</p> <p>77/77</p> <p>78/78</p> <p>79/79</p> <p>80/80</p> <p>81/81</p> <p>82/82</p> <p>83/83</p> <p>84/84</p> <p>85/85</p> <p>86/86</p> <p>87/87</p> <p>88/88</p> <p>89/89</p> <p>90/90</p> <p>91/91</p> <p>92/92</p> <p>93/93</p> <p>94/94</p> <p>95/95</p> <p>96/96</p> <p>97/97</p> <p>98/98</p> <p>99/99</p> <p>100/100</p> |

1100 052





GOVERNO  
SECRETARIA DE SAÚDE

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

2

## DIAGNÓSTICO

Ger. Hysom

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

382

[illegible]

Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 19/11/2019 09:46:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111909461994300000025413800>

Número do documento: 19111909461994300000025413800



GOVERNO  
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

GOV. DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EXTRA 2

## Diagnóstico

## FX PLATO TIBIAL D

**EXTRA 2**

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO  
GERIFFISON ROBERTO DA CUNHA 30GER FISON ROBERTO DA C GOMES, 30  
FOLIA DE TRAI AMENIO E EVOLUC[illegible]

2  
112

Extra 2

OK OK

## DIAGNÓSTICO

4x planet to Tiber ①

## FOILHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Spelism

[illegible]

**DIAGNÓSTICO**  
fx plasto tibial (P) +  
clavicular (D)

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO** 

[illegible]



56

## DIAGNÓSTICO

F<sub>x</sub>  $\rightarrow$  Perturbations  $\rightarrow$  Clavicle  $\rightarrow$

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| Paciente                                   | Alojamento: | Leito | Corvênio |
|--------------------------------------------|-------------|-------|----------|
| 1. Dieta                                   |             |       |          |
| 2. SRL 1500ml EV/24h                       |             |       |          |
| 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h            |             |       |          |
| 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h             |             |       |          |
| 5. Omeprazol 40mg EV/jejum                 |             |       |          |
| 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN |             |       |          |
| 7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN         |             |       |          |
| 8. Clexane 40mg SC/dia                     |             |       |          |
| 9. SSVV + CCGG                             |             |       |          |
| Evolução Médica                            |             |       |          |
| 12. 01/11                                  |             |       |          |
| 13. 01/11                                  |             |       |          |
| 14. 01/11                                  |             |       |          |
| 15. 01/11                                  |             |       |          |
| 16. 01/11                                  |             |       |          |
| 17. 01/11                                  |             |       |          |
| 18. 01/11                                  |             |       |          |
| 19. 01/11                                  |             |       |          |
| 20. 01/11                                  |             |       |          |
| 21. 01/11                                  |             |       |          |
| 22. 01/11                                  |             |       |          |
| 23. 01/11                                  |             |       |          |
| 24. 01/11                                  |             |       |          |
| 25. 01/11                                  |             |       |          |
| 26. 01/11                                  |             |       |          |
| 27. 01/11                                  |             |       |          |
| 28. 01/11                                  |             |       |          |
| 29. 01/11                                  |             |       |          |
| 30. 01/11                                  |             |       |          |
| 31. 01/11                                  |             |       |          |
| 32. 01/11                                  |             |       |          |
| 33. 01/11                                  |             |       |          |
| 34. 01/11                                  |             |       |          |
| 35. 01/11                                  |             |       |          |
| 36. 01/11                                  |             |       |          |
| 37. 01/11                                  |             |       |          |
| 38. 01/11                                  |             |       |          |
| 39. 01/11                                  |             |       |          |
| 40. 01/11                                  |             |       |          |
| 41. 01/11                                  |             |       |          |
| 42. 01/11                                  |             |       |          |
| 43. 01/11                                  |             |       |          |
| 44. 01/11                                  |             |       |          |
| 45. 01/11                                  |             |       |          |
| 46. 01/11                                  |             |       |          |
| 47. 01/11                                  |             |       |          |
| 48. 01/11                                  |             |       |          |
| 49. 01/11                                  |             |       |          |
| 50. 01/11                                  |             |       |          |
| 51. 01/11                                  |             |       |          |
| 52. 01/11                                  |             |       |          |
| 53. 01/11                                  |             |       |          |
| 54. 01/11                                  |             |       |          |
| 55. 01/11                                  |             |       |          |
| 56. 01/11                                  |             |       |          |
| 57. 01/11                                  |             |       |          |
| 58. 01/11                                  |             |       |          |
| 59. 01/11                                  |             |       |          |
| 60. 01/11                                  |             |       |          |
| 61. 01/11                                  |             |       |          |
| 62. 01/11                                  |             |       |          |
| 63. 01/11                                  |             |       |          |
| 64. 01/11                                  |             |       |          |
| 65. 01/11                                  |             |       |          |
| 66. 01/11                                  |             |       |          |
| 67. 01/11                                  |             |       |          |
| 68. 01/11                                  |             |       |          |
| 69. 01/11                                  |             |       |          |
| 70. 01/11                                  |             |       |          |
| 71. 01/11                                  |             |       |          |
| 72. 01/11                                  |             |       |          |
| 73. 01/11                                  |             |       |          |
| 74. 01/11                                  |             |       |          |
| 75. 01/11                                  |             |       |          |
| 76. 01/11                                  |             |       |          |
| 77. 01/11                                  |             |       |          |
| 78. 01/11                                  |             |       |          |
| 79. 01/11                                  |             |       |          |
| 80. 01/11                                  |             |       |          |
| 81. 01/11                                  |             |       |          |
| 82. 01/11                                  |             |       |          |
| 83. 01/11                                  |             |       |          |
| 84. 01/11                                  |             |       |          |
| 85. 01/11                                  |             |       |          |
| 86. 01/11                                  |             |       |          |
| 87. 01/11                                  |             |       |          |
| 88. 01/11                                  |             |       |          |
| 89. 01/11                                  |             |       |          |
| 90. 01/11                                  |             |       |          |
| 91. 01/11                                  |             |       |          |
| 92. 01/11                                  |             |       |          |
| 93. 01/11                                  |             |       |          |
| 94. 01/11                                  |             |       |          |
| 95. 01/11                                  |             |       |          |
| 96. 01/11                                  |             |       |          |
| 97. 01/11                                  |             |       |          |
| 98. 01/11                                  |             |       |          |
| 99. 01/11                                  |             |       |          |
| 100. 01/11                                 |             |       |          |

Elaine Soares de Araújo  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 6960 RECF 11502



DIAGNÓSTICO  
Pre-FA + Síncope (Seguindo)  
+ POI transitório

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| Paciente | Alojamento: | Leito | Convênio | Horário | Prescrição Médica                                             | Evolução Médica |
|----------|-------------|-------|----------|---------|---------------------------------------------------------------|-----------------|
| 17721    | 28          | 4     |          |         | 1. Dieta Livre                                                |                 |
|          |             |       |          |         | 2. SRL 1500ml EV/24h                                          |                 |
|          |             |       |          |         | 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h                               |                 |
|          |             |       |          |         | 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h                                |                 |
|          |             |       |          |         | 5. Omeprazol 40mg EV/jejum                                    |                 |
|          |             |       |          |         | 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN                    |                 |
|          |             |       |          |         | 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN                           |                 |
|          |             |       |          |         | 8. Clexane 40mg SC/dia                                        |                 |
|          |             |       |          |         | 9. SSW + CCGG                                                 |                 |
|          |             |       |          |         | Dr. Wagner Falcão<br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>CRM-FR 8643 |                 |

6 6







**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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

|                                              |                                   |                |  |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------|--|
| Nome do Paciente <u>GREFFISA ROBERTO</u>     |                                   | Nº Prontuário  |  |
| Data da Operação <u>23/11</u>                | Enf.                              | Leito          |  |
| Operador <u>DR. JOSE BILSON</u>              | 1º Auxiliar <u>DR. YURG (MRJ)</u> |                |  |
| 2º Auxiliar <u>DR. EVAN (MRJ)</u>            | 3º Auxiliar                       | Instrumentador |  |
| Anestesia                                    | Tipo de Anestesia                 |                |  |
| Diagnóstico Pré-Operatório <u>FX 26440 D</u> |                                   |                |  |
| Tipo de Operação <u>RAFI</u>                 |                                   |                |  |
| Diagnóstico Pós-Operatório <u>O mesmo</u>    |                                   |                |  |
| Relatório Imediato da Patologia <u>Ø</u>     |                                   |                |  |
| Exame Radiológico no Ato <u>SIM</u>          |                                   |                |  |
| Acidente Durante a Operação <u>NÃO</u>       |                                   |                |  |
|                                              |                                   |                |  |
|                                              |                                   |                |  |
|                                              |                                   |                |  |

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

| Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Paralelo em DDT + incisão                                                                             |
| 2. Xifóides G. incisão                                                                                   |
| 3. Posição de AUB. tração                                                                                |
| 4. Sutura em 2 pontos de sutura (D) + drenagem por placas + hemostase                                    |
| 5. Redução omento de fx + osteotomia para drenagem em L                                                  |
| F + sutura externa, rede encaixada                                                                       |
| 6. Lavagem de FO com SF                                                                                  |
| 7. Sutura por placas                                                                                     |
| 8. Curatela                                                                                              |
| 9. AURPA                                                                                                 |
|                                                                                                          |
|                                                                                                          |
|                                                                                                          |
|                                                                                                          |
|                                                                                                          |
|                                                                                                          |
|                                                                                                          |
|                                                                                                          |
|                                                                                                          |
|                                                                                                          |

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

Mod. 018





## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| HUECG                                                               |               | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA<br>DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES |                                  | ENFERMARIA  | LEITO             | Nº PRONTUÁRIO                             |
|---------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------|-------------------------------------------|
| FOLHA DE ANESTESIA                                                  |               | NOME                                                          | Gestiane Roberto de Castro Gomes |             | IDADE             | SEXO                                      |
| DATA                                                                | 11/11/19      | PRESSÃO ARTERIAL                                              | PULSO                            | RESPIRAÇÃO  | TEMPERATURA       | PESO                                      |
| TIPO SANGÜÍNEO                                                      |               | HEMÁCIAS                                                      | HEMOGLOBINA                      | HEMATÓCRITO | GLICEMIA          | UREIA                                     |
|                                                                     |               | URINA                                                         |                                  |             |                   | ALTURA                                    |
| AP. RESPIRATÓRIO                                                    |               |                                                               |                                  |             | ASMA              | BRONQUITE                                 |
| AP. CIRCULATÓRIO                                                    |               |                                                               |                                  |             | ELETROCARDIOGRAMA |                                           |
| AP. DIGESTIVO                                                       |               |                                                               | DENTES                           | PESCOÇO     | AP. URINÁRIO      |                                           |
| ESTADO MENTAL                                                       |               |                                                               | ATÁRAXICOS                       | CORTICÓIDES | ALERGIA           | HIPOTENSORES                              |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                                          |               |                                                               |                                  |             | ESTADO FÍSICO     |                                           |
| ANESTESIAS ANTERIORES                                               |               |                                                               |                                  |             | RISCO             |                                           |
| MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA                                            |               |                                                               |                                  | APLICADA    | AS                | EFEITO                                    |
| AGENTES ANESTÉSICOS                                                 |               |                                                               |                                  |             |                   | INDUÇÃO                                   |
| LIQUIDOS                                                            |               |                                                               |                                  |             |                   | Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ |
|                                                                     |               |                                                               |                                  |             |                   | Laringo espasmo: _____ Lenta: _____       |
|                                                                     |               |                                                               |                                  |             |                   | Náuseas: _____ Vômitos: _____             |
|                                                                     | Outros: _____ | MANUTENÇÃO                                                    |                                  |             |                   |                                           |
|                                                                     |               | ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____                        |                                  |             |                   |                                           |
|                                                                     |               | Não, por quê? _____                                           |                                  |             |                   |                                           |
|                                                                     |               | DESPERTAR                                                     |                                  |             |                   |                                           |
|                                                                     |               | Reflexos na SO: _____                                         |                                  |             |                   |                                           |
|                                                                     |               | Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excit.: _____           |                                  |             |                   |                                           |
|                                                                     |               | Náuseas: _____ Vômitos: _____                                 |                                  |             |                   |                                           |
|                                                                     |               | Outros: _____                                                 |                                  |             |                   |                                           |
|                                                                     |               | Com cânula: _____                                             |                                  |             |                   |                                           |
|                                                                     |               | Paro o Leito Sim _____ Não _____                              |                                  |             |                   |                                           |
|                                                                     |               | CONDIÇÕES: _____                                              |                                  |             |                   |                                           |
| SÍMBOLOS                                                            |               |                                                               |                                  |             |                   |                                           |
| ANOTAÇÕES                                                           |               |                                                               |                                  |             |                   |                                           |
| POSIÇÃO                                                             |               |                                                               |                                  |             |                   |                                           |
| AGENTES                                                             |               |                                                               |                                  |             |                   |                                           |
| TÉCNICA                                                             |               |                                                               |                                  |             |                   |                                           |
| OPERAÇÃO                                                            |               |                                                               |                                  |             |                   |                                           |
| CIRURGIÕES                                                          |               |                                                               |                                  |             |                   |                                           |
| ANESTESISTAS                                                        |               |                                                               |                                  |             |                   |                                           |
| OBSERVAÇÕES                                                         |               |                                                               |                                  |             |                   |                                           |
| ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS. |               |                                                               |                                  |             | PERDA SANGÜÍNEA   |                                           |

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

|               |                                    |           |                      |              |                 |
|---------------|------------------------------------|-----------|----------------------|--------------|-----------------|
| Paciente:     | Yerjerson Roberto da Costa Gomes   |           | Idade:               | 30 anos      |                 |
| Convênio:     | Prest: 1805459                     |           | Data:                | 23/03/19     |                 |
| Procedimento: | Tto Exurgico de maturação de Teste |           |                      |              |                 |
| Cirurgião:    | Dr André                           | Auxiliar: | Dr Yury<br>Dr Guoham | Anestesista: | Dr Soreno       |
| Início:       | 14:00                              | Término:  | 15:15                | Anestesia    | Raqui + medação |

[illegible][illegible]

| Observações:            |
|-------------------------|
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
| Assinatura Anestesiista |
| Circulante              |

Relatório de Operação

MOD. 103





**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
( Critérios para altas da SRPA)

| <b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>                                                                          | <b>Hora entrada</b> | <b>Hora saída</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|
| Nenhum Movimento = 0<br>Movimenta 2 membros = 1<br>Movimenta 4 membros = 2                                                               |                     |                   |
| Apnéia = 0<br>Respiração Limitada, Dispnéia = 1<br>Respiração profunda e tosse = 2                                                       |                     |                   |
| PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0<br>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1<br>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2 |                     |                   |
| Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0<br>Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1<br>Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2        |                     |                   |
| Não responde ao chamado = 0<br>Despertado ao chamado = 1<br>Completamente acordado = 2                                                   |                     |                   |
| <b>TOTAL DE PONTOS:</b>                                                                                                                  |                     |                   |

*Suzanne*  
URPA

*S. Martins*

Assinatura do anestesista





# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

|                                                            |                          |                             |                                  |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE: <b>Gechisson Roberto da Costa Gomes 14/09/88</b> |                          |                             |                                  |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
| QI                                                         | LEITE                    | CONVÊNIO                    | IDADE                            | REGISTRO                            |  <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b><br>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE<br>Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes |
|                                                            | <b>sala 04</b>           | <b>88</b>                   | <b>30</b>                        | <b>1805459</b>                      |                                                                                                                                                                                                              |
| CIRURGIA                                                   |                          | CIRURGIÃO                   |                                  |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
| <b>MOC Rota de Joelho</b>                                  |                          | <b>Andre e Yurte Gervan</b> |                                  |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
| ANESTESIA                                                  |                          | ANESTESIA                   |                                  |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Biquit sedacao</b>                                      |                          | <b>Socorro 4</b>            |                                  |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
| INSTRUMENTADORA                                            |                          | DATA                        | INÍCIO                           | FIM                                 |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                            |                          | <b>23/01/19</b>             | <b>14:00</b>                     | <b>15:15</b>                        |                                                                                                                                                                                                              |
| Qtd.                                                       | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS |                             |                                  | Qtd.                                | FIOS                                                                                                                                                                                                         |
|                                                            | Adrenalina amp.          | <b>01</b>                   | Bolsa Colostoma                  |                                     | Catgut cromado Sertix                                                                                                                                                                                        |
|                                                            | Atropina amp.            | <b>04</b>                   | Calel. p/ OXg.                   |                                     | Catgut cromado Sertix                                                                                                                                                                                        |
| <b>01</b>                                                  | Diazepam amp.            |                             | Catet. De Urinar Sist. Fech.     |                                     | Catgut cromado Sertix                                                                                                                                                                                        |
|                                                            | Dimore amp.              |                             | Compressa Grande                 |                                     | Catgut cromado Sertix                                                                                                                                                                                        |
|                                                            | Dolantina amp.           |                             | Compressa Pequena                |                                     | Catgut Simplex                                                                                                                                                                                               |
|                                                            | Efrane ml                |                             | Cotonoide                        |                                     | Catgut Simplex Sertix                                                                                                                                                                                        |
|                                                            | Fenegan amp.             |                             | Dreno                            |                                     | Catgut Simplex Sertix                                                                                                                                                                                        |
|                                                            | Fentanil ml              |                             | Dreno Kerr nº                    |                                     | Catgut Simplex Sertix                                                                                                                                                                                        |
| <b>01</b>                                                  | <b>insulin 40 un</b>     |                             | Dreno Penrose nº                 |                                     | Cera p/ osso                                                                                                                                                                                                 |
|                                                            | Ketalar ml               | <b>01</b>                   | Dreno Pezzer nº                  |                                     | Ethibond                                                                                                                                                                                                     |
| <b>01</b>                                                  | Mercaína % ml            |                             | Equipo de Macrogolias            |                                     | Ethibond                                                                                                                                                                                                     |
|                                                            | Nubahin amp.             |                             | Equipo de Macrogolias            |                                     | Ethibond                                                                                                                                                                                                     |
|                                                            | Pavulon amp.             |                             | Equipo de Sangue                 |                                     | Fio de Algodão Sertix                                                                                                                                                                                        |
|                                                            | Protigmine amp.          | <b>01</b>                   | Equipo de PVC                    |                                     | Fio de Algodão Sertix                                                                                                                                                                                        |
|                                                            | Protoxido l/m            |                             | Esparradrapo Larco 3m            |                                     | Fio de Algodão Sutupak                                                                                                                                                                                       |
|                                                            | Quelicin ml              | <b>01</b>                   | Furacim ml                       |                                     | Fio de Algodão Sutupak                                                                                                                                                                                       |
|                                                            | Rapifen amp.             |                             | Gase Pacote c/ 10 unidades       |                                     | Fila cardiaca                                                                                                                                                                                                |
|                                                            | Thionembatal ml          |                             | H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml |                                     | Mononylon                                                                                                                                                                                                    |
|                                                            | Tracrium amp.            |                             | Intracath Adulto                 | <b>03</b>                           | Mononylon <b>20</b>                                                                                                                                                                                          |
| Qtd.                                                       | MEDICAÇÕES               |                             |                                  |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                            | Agua Destilada amp.      | <b>02</b>                   | Intracath Infantil               |                                     | Prolene Serfix                                                                                                                                                                                               |
| <b>01</b>                                                  | Decadron amp.            |                             | Lâmina de Bisturi nº 23          |                                     | Prolene Serfix                                                                                                                                                                                               |
| <b>02</b>                                                  | Dipirona amp.            |                             | Lâmina de Bisturi nº 11          |                                     | Prolene Serfix                                                                                                                                                                                               |
|                                                            | Flaxidol amp.            | <b>08</b>                   | Lâmina de Bisturi nº 15          |                                     | Prolene Serfix                                                                                                                                                                                               |
|                                                            | Flebocortid amp.         |                             | Luvas 7.0                        |                                     | Vicryl Serfix                                                                                                                                                                                                |
|                                                            | Geramicina amp.          |                             | Luvas 7.5                        |                                     | Vicryl Serfix                                                                                                                                                                                                |
| <b>01</b>                                                  | <b>Glucose 50%</b>       | <b>01</b>                   | Luvas 8.0                        | <b>03</b>                           | Vicryl Serfix <b>0</b>                                                                                                                                                                                       |
|                                                            | Glucon de Cálcio amp.    |                             | Luvas 8.5                        |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                            | Haemacel ml              | <b>01</b>                   | Oxigênio l/m                     |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                            | Heparema ml              | <b>01</b>                   | Poliflix                         |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                            | Kanakion amp.            | <b>01</b>                   | PVPI Degemante ml                |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
| <b>01</b>                                                  | <b>Medrogon</b>          | <b>04</b>                   | PVPI Tópico ml                   | Qtd.                                | SOROS                                                                                                                                                                                                        |
|                                                            | Medrogon                 | <b>02</b>                   | Sabão Antisséptico               | <b>02</b>                           | SG Normotérmico fr 500 ml                                                                                                                                                                                    |
|                                                            | Medroginazol             | <b>02</b>                   | Saco coletor                     |                                     | SG Gelado fr 500 ml                                                                                                                                                                                          |
|                                                            | Plasil amp.              | <b>02</b>                   | Seringa desc. 10 ml              |                                     | SG Hipertérmico fr 500 ml                                                                                                                                                                                    |
|                                                            | Prolamina                | <b>02</b>                   | Seringa desc. 20 ml              | <b>02</b>                           | SG Ring fr 500 ml                                                                                                                                                                                            |
|                                                            | Revivan amp.             | <b>02</b>                   | Seringa desc. 05 ml              | <b>02</b>                           | SG fr 500 ml                                                                                                                                                                                                 |
|                                                            | Sulptapen amp.           |                             | Sonda                            | Qtd.                                | ORTESE E PRÓTESE                                                                                                                                                                                             |
| <b>02</b>                                                  | <b>ceftriaxona</b>       |                             | Sonda folley                     | <b>01</b>                           | <b>placa em 24 horas E</b>                                                                                                                                                                                   |
|                                                            |                          |                             | Sonda Nasogátrica                | <b>02</b>                           | <b>pacotes eponas</b>                                                                                                                                                                                        |
|                                                            |                          |                             | Sonda Uretral nº                 | <b>03</b>                           | <b>locke dnt</b>                                                                                                                                                                                             |
|                                                            |                          |                             | Sterydrem ml                     |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                            |                          |                             | Torneirinha                      |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
| Qtd.                                                       | MATERIAIS / SOLUÇÕES     |                             |                                  |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
| <b>02</b>                                                  | Agulha desc. 25 x 7      | <b>01</b>                   | Vaselina ml                      |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                            | Agulha desc. 28 x 28     | <b>05</b>                   | Gelcon 18                        |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                            | Agulha desc. 3 x 4,5     | <b>02</b>                   | Latex                            |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
| <b>01</b>                                                  | Agulha p/ raque nº 25    |                             | eletródos                        |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                            | Álcool de Enfermagem     |                             | Algodão (br)                     |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                            | Álcool Iodado ml         |                             |                                  |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                            | Ataduras de Crepon       |                             |                                  |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                            | Ataduras de Gessada      |                             |                                  |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                            | Azul metileno amp.       |                             |                                  |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                            | Benzina ml               |                             |                                  |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                            |                          |                             |                                  | EQUIPAMENTOS                        |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                            |                          |                             |                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Oxímetro de Pulso                                                                                                                                                                                            |
|                                                            |                          |                             |                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Serra                                                                                                                                                                                                        |
|                                                            |                          |                             |                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Desfibrilador                                                                                                                                                                                                |
|                                                            |                          |                             |                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Foco Frontal                                                                                                                                                                                                 |
|                                                            |                          |                             |                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Fonte de Luz                                                                                                                                                                                                 |
|                                                            |                          |                             |                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Foco Auxiliar                                                                                                                                                                                                |
|                                                            |                          |                             |                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Eletrocautério                                                                                                                                                                                               |
|                                                            |                          |                             |                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Oxícapiógrafo                                                                                                                                                                                                |
|                                                            |                          |                             |                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Cardiomonitor                                                                                                                                                                                                |
|                                                            |                          |                             |                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Perfurador Elétrico                                                                                                                                                                                          |
| CIRCULANTE RESPONSÁVEL                                     |                          |                             |                                  |                                     |                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Aguias</b>                                              |                          |                             |                                  |                                     |                                                                                                                                                                                                              |

MOD 066



Partido Republicano  
MOC  
Pilhas  
10  
40

10

60  
60

50

80

100

100

100

50

50

10

20

50

50

100

100

50

50

50

10  
50  
80

20

50



**PEDIDO DE FATURAMENTO**

NOME DO HOSPITAL: **HOSPITAL DE TRAUMA**  
CIDADE: **L. GRANDE** TEL / FAX / E-MAIL:  
NOME DO PACIENTE: **GERFISON ROBERTO DA COSTA GOMES**  
Nº DO PRONTUÁRIO: **1885458** Nº AI: H CÔD. PROCEDIMENTO CONVÊNIO

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

**Inst. de Trauma PHOTR TUBAL**

| PRODUTO                     | REF. | QUANT. | CÔD. ROMP. |
|-----------------------------|------|--------|------------|
| Placa em 4.5 "L" 04F ESQU.  |      | 01     |            |
| Placa Espalmo 030 RAB N. 80 |      | 01     |            |
| " " RAB N. 75               |      | 01     |            |
| Placa Conical 4.5 x 32      |      | 01     |            |
| " " 4.5 x 34                |      | 01     |            |
| " " 4.5 x 44                |      | 01     |            |

DATA DA UTILIZAÇÃO: **23/11/19** DATA DA COMUNICAÇÃO: MÉDICO RESPONSÁVEL: CRM

OBSERVAÇÕES: **DR: ANDRÉ RIBEIRO + DR: YURI + DR: EVERTON**

**Ex 4.5 TM N. 40**

**ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL**

**ANDRÉ**  
Dr. Euler Fabricio A. Cruz  
MR ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
CRM-PE 9907





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

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801288-88.2019.8.15.0551**

### **D E S P A C H O**

Intime-se o Autor para pagar as custas processuais, em quinze dias, sob pena de cancelamento da distribuição destes autos, na forma do art. 290 do CPC.

Remígio, data e assinatura eletrônicas.

**Juiz(a) de Direito**



## CERTIDÃO

*Certifico que **decorreu** o prazo legal sem manifestação da parte.*

REMÍGIO, 23 de março de 2020

JULIANA ARAUJO SILVA





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

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
0801288-88.2019.8.15.0551

**DESPACHO**

O § 1º, do Artigo 98, do Novo CPC foi o responsável por arrolar o âmbito de abrangência da gratuidade de justiça, contando com nove incisos, ou seja, há um rol de quais atos processuais são abrangidos pela benesse da Justiça Gratuita, desobrigando o beneficiário de adiantar os custos.

Importante ressaltar é a possibilidade expressa introduzida pelo Novo CPC (nos §§ 5º e 6º do Artigo 98), do magistrado modular a concessão da gratuidade da justiça, ora a concedendo de forma parcial, ora a negando, mas conferindo à parte a possibilidade de pagar as despesas de forma parcelada.

Há de se ver que o(a) autor(a) requereu a gratuidade, sem sequer informar o valor das custas, as quais requer a dispensa de pagamento, em outras palavras, o(a) próprio(a) autor(a) não sabe se tem ou não capacidade de pagamento delas.

Dessarte, por razões de cautela, determino:

Intime-se a parte autora – via advogado, para, em cinco dias, obter simulação das custas processuais e, após, ciente dos valores dos atos processuais informar se persiste o pedido da AJG, acostando documentos capazes de comprovar a hipossuficiência, tudo, ante a possibilidade de redução ou parcelamento, nos termos do art. 98, § 6º, do CPC, em 04 (quatro) vezes, que podem ser requeridos.

REMÍGIO, data e assinatura eletrônicas.

**Juiz(a) de Direito**





**CERTIDÃO**

*Certifico que **decorreu** o prazo legal sem manifestação da parte.*  
REMÍGIO, 15 de maio de 2020.

JULIANA ARAUJO SILVA





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

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801288-88.2019.8.15.0551**

**DECISÃO**

**Vistos, etc.**

Compulsando-se os autos, verifica-se que no despacho de ID 26499488 a parte autora foi intimada a pagar as custas processuais, sob pena de cancelamento da distribuição.

Tendo permanecido silente, foi-lhe oportunizado novo prazo para que apresentasse provas de ser hipossuficiente e não deter condições de arcar com as custas processuais, sem prejuízo do sustento próprio (ID 29424412), ocasião em que também deixou de se manifestar.

Diante da inércia da autora em demonstrar o atendimento aos requisitos para concessão da gratuidade judiciária e, ainda, da ausência de recolhimento de custas judiciais no prazo imposto pelo juízo, arquivem-se os autos, com o cancelamento da distribuição, na forma do art. 290, do CPC.

Cumpra-se.

REMÍGIO, data e assinatura virtuais.

Juliana Dantas de Almeida  
Juíza de Direito

