



Número: **0800413-07.2019.8.15.0491**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **31/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.412,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>ANA FLAVIA ALVES MATIAS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
22587 361	09/07/2019 22:16	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
22587 374	09/07/2019 22:16	<a href="#">PETIÇÃO INICIAL</a>	Outros Documentos
22587 375	09/07/2019 22:16	<a href="#">KIT REPRESENTAÇÃO</a>	Procuração
22587 376	09/07/2019 22:16	<a href="#">DOCUMENTOS PESSOAIS</a>	Documento de Identificação
22587 377	09/07/2019 22:16	<a href="#">COMPROVANTE DE RESIDENCIA</a>	Documento de Comprovação
22587 378	09/07/2019 22:16	<a href="#">REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO</a>	Outros Documentos
22587 379	09/07/2019 22:16	<a href="#">ACOMPANHAMENTO HOSPITALAR 1</a>	Outros Documentos
22587 381	09/07/2019 22:16	<a href="#">ACOMPANHAMENTO HOSPITALAR 2</a>	Outros Documentos
22587 383	09/07/2019 22:16	<a href="#">ACOMPANHAMENTO HOSPITALAR 3_compressed</a>	Outros Documentos
22587 382	09/07/2019 22:16	<a href="#">B.O.</a>	Outros Documentos
22916 214	23/07/2019 12:21	<a href="#">Decisão</a>	Decisão
24671 721	23/09/2019 19:19	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
25418 919	17/10/2019 21:35	<a href="#">Informações Prestadas</a>	Informações Prestadas
25418 927	17/10/2019 21:35	<a href="#">EMENDA - GRATUIDADE JUDICIÁRIA</a>	Outros Documentos
25418 929	17/10/2019 21:35	<a href="#">CTPS</a>	Outros Documentos
25418 930	17/10/2019 21:35	<a href="#">ATESTADO MÉDICO</a>	Outros Documentos
25418 931	17/10/2019 21:35	<a href="#">CERTIDÃO DO CARTORIO DE IMÓVEIS</a>	Outros Documentos
27825 020	30/01/2020 11:41	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
34671 294	23/09/2020 19:44	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

34786 755	26/09/2020 19:11	<a href="#"><u>Ato Ordinatório</u></a>	Ato Ordinatório
--------------	------------------	--	-----------------

## PETIÇÃO ANEXA



Assinado eletronicamente por: ANA FLAVIA ALVES MATIAS - 09/07/2019 22:15:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070922155742200000021918251>  
Número do documento: 19070922155742200000021918251

Num. 22587361 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA  
COMPETENTE POR DISTRIBUIÇÃO DA COMARCA DE UIRAÚNA/PARAÍBA**

**FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA,**

brasileiro, solteiro, estudante, titular de identidade RG nº 4159654, SSDS-PB, devidamente inscrito no CPF sob o nº 013.725.924.74, residente e domiciliado no Sítio João Ferreira, Uiraúna-PB, CEP: 58915-000, vem à presença de Vossa Excelência propor

---

**AÇÃO DE COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO OBRIGATÓRIO  
DE TRÂNSITO- DPVAT**

---

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGUROS DPVAT S/A**, empresa com sede na Rua Senador Dantas, nº. 74, 5º andar, Centro – Rio de Janeiro / RJ CEP: 20.031-205, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 09.248.608/0001-04, pelos fatos e fundamentos jurídicos que passa a expor:

**DA JUSTIÇA GRATUITA**

Inicialmente, requer a Vossa Excelência que seja deferido o benefício de Gratuidade de Justiça, com fulcro na Lei nº 1.060/50, com as alterações introduzidas pela Lei nº 7.510/86, por não ter a promovente condição de



arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do seu sustento, conforme declaração acostada à presente inicial.

## **LEGITIMIDADE PASSIVA**

Inicialmente, cumpre esclarecer que a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT foi criada com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT.

A Resolução CNSP de n.º 154 determinou a constituição de uma Seguradora especializada para administrar os Consórcios do Seguro DPVAT – anteriormente conhecido como “Convênio do Seguro Obrigatório DPVAT”.

Ademais, tem-se que a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT detém autorização da SUSEP - SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS, para operar no que tange ao Seguro Obrigatório DPVAT, conforme Portaria n.º 2797/07, destaque-se para o art. 5º, §3º, da referida Resolução:

Art. 5º. Para operar no seguro DPVAT, as sociedades seguradoras deverão aderir, simultaneamente, aos dois Consórcios específicos, um englobando as categorias 1, 2, 9 e 10 e o outro, as categorias 3 e 4. (...). § 3º. Cada um dos consórcios TERÁ COMO ENTIDADE LÍDER UMA SEGURADORA ESPECIALIZADA em seguro DPVAT, podendo a mesma seguradora ser a entidade líder dos dois consórcios previstos no caput deste artigo.

Não obstante, tem-se que no art. 8º da mesma Resolução, encontra-se o principal motivo, da SUBSTITUIÇÃO ora pleiteada, senão vejamos:

§ 8º. OS PAGAMENTOS DE INDENIZAÇÕES serão realizados pelos consórcios, REPRESENTADOS POR SEUS RESPECTIVOS LÍDERES.

Desta forma, é fácil visualizar que os pagamentos de indenizações oriundas do Seguro Obrigatório DPVAT serão, impreterivelmente, pagos pela SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT.



## **DA COMPETÊNCIA**

Súmula 540 – STJ: Na ação de cobrança do seguro DPVAT, constitui faculdade do autor escolher entre os foros do seu domicílio, do local do acidente ou ainda do domicílio do réu.

## **DA DESNECESSIDADE DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO**

Em consonância com o art. 319, VII, do Novo Código de Processo Civil brasileiro, vem à parte autora manifestar expressamente a sua opção pela não realização de audiência de conciliação, tendo em vista a essencialidade da prova pericial para que se possa chegar a qualquer composição na presente lide. Caso seja designado perito para confecção de laudo conclusivo no ato, não há qualquer oposição do promovente.

## **I - DOS FATOS**

A parte requerente aciona a empresa demandada no intuito de receber a indenização do SEGURO POR DANOS PESSOAIS causado por veículo automotor (DPVAT), em decorrência da invalidez/deformidade permanente que fora vitimada (docs. anexos), em face de acidente de trânsito ocorrido em 17 de julho de 2016, conforme documentação anexa.

O requerente solicitou o pedido de liberação do seguro DPVAT DE INVALIDEZ PERMANENTE de forma administrativa, recebendo como de sinistro o nº 3170118756, e, havendo recebido o valor de R\$ 7.087,50 (sete mil, oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Conforme consta no registro de ocorrência policial em anexo, o requerente envolveu-se em um acidente de trânsito quando conduzia uma moto, momento em que trafegava do Sítio Quixaba de Baixio para o Sítio Mato Grosso, quando um veículo na contra-mão, colidiu com o referido.

A vítima, ora requerente da demanda, sofreu fratura no planalto tibial, sendo necessário a intervenção cirúrgica, além de escoriações pelo



corpo. As lesões sofridas estão melhores especificadas nos documentos hospitalares anexados ao processo.

Ocorre que mesmo após a apresentação de toda a documentação obrigatória/necessária, a empresa requerida, em flagrante desrespeito a Lei 6.104/74, pagou à autora o valor de R\$ 7.087,50 (sete mil, oitenta e sete reais e cinquenta centavos), ou seja, um valor menor do que lhe é devido.

Até a presente data a parte requerente não obteve êxito no recebimento do seguro integral, motivo pelo qual lançou mão da presente lide.

Desta forma, cabe à autora o recebimento da indenização do seguro DPVAT no percentual de acordo com suas lesões, conforme determina a Lei na época do acidente, qual seja R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), e uma vez que recebida a quantia supra indicada, na via administrativa, restar-lhe por consequência receber a diferença destes valores.

## **II - DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS**

### **II.1. Do exaurimento da via administrativa**

A parte requerente teve o zelo, cuidado de comprovar que antes mesmo de ajuizar a presente lide, se dirigiu a demanda da, via administrativa para receber a indenização e originou no recebimento da quantia R\$ 7.087,50 (sete mil, oitenta e sete reais e cinquenta centavos), ou seja, um valor menor do que lhe é devido.

### **II.2. Dos dispositivos legais e do valor securitário**

Diante do que será exposto não restará dúvida do direito do requerente de receber a indenização do seguro obrigatório DPVAT, uma vez que o valor que poderia ser recebido pelo mesmo em caso de invalidez permanente é de 100%, ou seja, R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) conforme determina a Lei nº 6.194 de 1974.

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; e**

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

Sendo que essa mesma lei prevê que a indenização seja paga de forma gradativa a repercussão da lesão em conformidade com artigo 3º §1º, *in verbis*:

#### Art.3º. *Omissis*

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

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Nesse caso é imprescindível que seja realizada Perícia Judicial, para adequar a invalidez do requerente à tabela contida na Lei nº. de 1974, para que o pagamento seja feito de forma correta e justa, em conformidade com artigo 464 do CPC, sendo essencial a designação de um especialista para uma melhor avaliação.



Sendo entendimento do Tribunal de Justiça do Ceará a necessidade da Perícia conforme ementa abaixo:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO. QUITAÇÃO. INTERESSE DE AGIR SUBSISTENTE. INVALIDEZ PERMANENTE. GRADAÇÃO. POSSIBILIDADE. PREVISÃO LEGAL DESDE 1992. DILAÇÃO PROBATÓRIA. NECESSIDADE. PROVIMENTO PARCIAL. 1. A quitação do pagamento administrativo efetuado pela Seguradora não traduz renúncia, pelo beneficiário, da diferença entre o montante reputado devido e o recebido, subsistindo o interesse para ajuizar ação de cobrança de quantia complementar. 2. Em ação de cobrança de seguro obrigatório DPVAT por invalidez permanente, é indispensável restar comprovado o grau da lesão para definição da quantia devida, visto que o pagamento proporcional ao dano pessoal provocado pelo acidente de trânsito é possível desde 1992, ante a alteração da Lei nº 6.194/74 pela Lei nº 8.441, daquele ano. 3. Verificando o Tribunal de Justiça a necessidade de instrução processual para resolução da causa, é impossível o julgamento antecipado da apelação embasado na carência de prova, sob pena de cerceamento de defesa e violação ao princípio da boa fé objetiva. 4. Apelação conhecida e parcialmente provida unicamente para firmar a convicção de que o pagamento do seguro obrigatório DPVAT é vinculado ao grau de invalidez permanente, com subsequente cassação da sentença e determinação de envio dos fólios ao juízo singular para regular dilação probatória e prolação de novo decisório, prejudicados os demais pontos de insurreição. (TJCE, Ap. Cível. 2414-09.2010.8.06.0056, Rel. Des. FERNANDO LUIZ XIMENES ROCHA, PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL, julgado 29/08/2011, Dje 06/09/2011)

Sendo assim, há valor a ser recebido pelo requerente, diante da falta de pagamento por parte da seguradora.

### **II. 3. Do direito a atualização a partir do evento danoso**

Ocorre, que desde a alteração da Lei nº. 6.194/74, promovida pela MP 340 de 29/12/2006, convertida na Lei 11.482/07 (alterando o teto de 40 salários mínimos para R\$ 13.500,00), não foram introduzidos mecanismos de correção do teto indenizatório, reduzindo assim, a capacidade indenizatória.



A ausência da correção do teto indenizatório implica na desvalorização do valor indenizatório.

Diante do exposto considerando a natureza eminentemente social do seguro DPVAT, tem-se como uma necessidade a respectiva atualização. O equilíbrio deve ser restabelecido.

Essa atualização faz-se necessário, visto que a mesma não importa em acréscimo no valor originário, atuando tão somente como mecanismo de compensação dos efeitos da inflação, impedindo, assim, a desvalorização do valor real da moeda. O valor da indenização deve ser atualizado desde a data do acidente até a data do recebimento, conforme entendimento do STJ em recurso repetitivo.

Destarte, a correção monetária é simples manutenção do valor da moeda, em face da incidência do tempo, evitando, desta forma, a sua desvalorização. Com isto não acarretara prejuízo ao segurado, bem como enriquecimento sem causa em favor da seguradora.

Neste sentido, cito a decisão do STJ, julgada sob o rito de recurso repetitivo.

**RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. CIVIL. SEGURO DPVAT. INDENIZAÇÃO. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA. TERMO 'A QUO'. DATA DO EVENTO DANOSO. ART. 543-C DO CPC.** 1. Polêmica em torno da forma de atualização monetária das indenizações previstas no art. 3º da Lei 6.194/74, com redação dada pela Medida Provisória n. 340/2006, convertida na Lei 11.482/07, em face da omissão legislativa acerca da incidência de correção monetária. 2. Controvérsia em torno da existência de omissão legislativa ou de silêncio eloquente da lei. 3. Manifestação expressa do STF, ao analisar a ausência de menção ao direito de correção monetária no art. 3º da Lei nº 6.194/74, com a redação da Lei nº 11.482/2007, no sentido da inexistência de constitucionalidade por omissão (ADI 4.350/DF). 4. Para os fins do art. 543-C do CPC: A incidência de atualização monetária nas indenizações por morte ou invalidez do seguro DPVAT, prevista no § 7º do art. 5º da Lei n. 6194/74, redação dada pela Lei n. 11.482/2007, opera-se desde a data do evento danoso. 5. Aplicação da tese ao caso concreto para estabelecer como termo inicial da correção monetária a data do evento danoso. 6. RECURSO ESPECIAL PROVIDO. (STJ - REsp: 1483620 SC 2014/0245497-6, Relator: Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Data de Julgamento: 27/05/2015, S2 - SEGUNDA SEÇÃO, Data de Publicação: DJe 02/06/2015)



A correção é mecanismo de extrema importância e deve ser implementada. A ausência deste instrumento só beneficia a seguradora, e apesar de em alguns casos o valor ser pequeno, não deixa ainda assim de ser um direito do Beneficiário da Indenização.

### III- DOS PEDIDOS

Ante o exposto, requer-se:

- a) Seja concedido o **benefício de assistência jurídica** gratuita ao Promovente, tendo em vista que não possui condições econômicas para arcar com as custas processuais, sem prejuízo de seu próprio sustento e sua família;
- b) Requer que determine a **citação da demandada**, na pessoa de seus representantes legais, para, querendo, responder a presente ação, sob pena de revelia;
- c) A **procedência da ação**, determinando que a parte demandada efetue o pagamento da complementação da indenização do seguro obrigatório DPVAT, correspondente a invalidez permanente no valor de R\$ 6.412,50 (seis mil reais e quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos), acrescido ainda de juros e correção monetária a partir do evento danoso;
- d) A condenação da parte requerida nas custas processuais e pagamento de honorários sucumbências arbitradas por Vossa Excelênci nos termos do artigo 85 do NCPC;
- e) A parte requerente opta pela não realização de audiência de conciliação nos termos do artigo 319 inciso VII do NCPC;

Protesta prova o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, especificamente documental;

Dar-se a causa o valor de R\$ 6.412,50 (seis mil reais e quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos).

Nestes termos, pede deferimento.



UIRAÚNA – PB, 09 de JULHO de 2019.

**ANA FLÁVIA Alves MATIAS**  
*ADVOGADA*  
*OAB PB 21.451*



Assinado eletronicamente por: ANA FLAVIA ALVES MATIAS - 09/07/2019 22:15:59  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070922155862400000021918262>  
Número do documento: 19070922155862400000021918262

Num. 22587374 - Pág. 9

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE(S):**

Francisco Helder Alves da Silveira  
brasileiro, estado civil sólteiro, profissão estudante, portadora  
do CPF 013.725.924-74 e RG 4159654, residente e  
domiciliado Sítio Itaí Ferreira, Liraíma - PB.

**OUTORGADOS:** A NA FLÁVIA ALVES MATIAS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB-PB sob o nº. 21.451, com endereço profissional na Rua José Rodovalho de Alencar, 331, Centro, Cajazeiras-PB, onde recebem informações e notificações.

**PODERES:** Nos termos do art. 105 do Código de Processo Civil, os contidos na cláusula "ad judicia et extra", para, em nome do outorgante, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, defender seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender os interesses do outorgante nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer procedência de pedido, renunciar a direito no qual se funda ação agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda estabelecer está em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Cajazeiras, 24 de setembro de 2018.

OUTORGANTE

Francisco Helder Alves da Silveira

Scanned by CamScanner



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU:

Francisco Helber Alves da Silva, brasileiro, estado civil sólteiro, profissão estudante, portadora do CPF 013.725.924-74 e RG 4159 654, residente e domiciliado Sítio João Ferreira, Umarizal - PB.

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

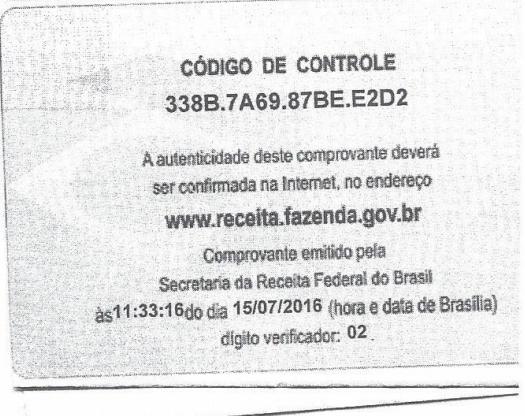
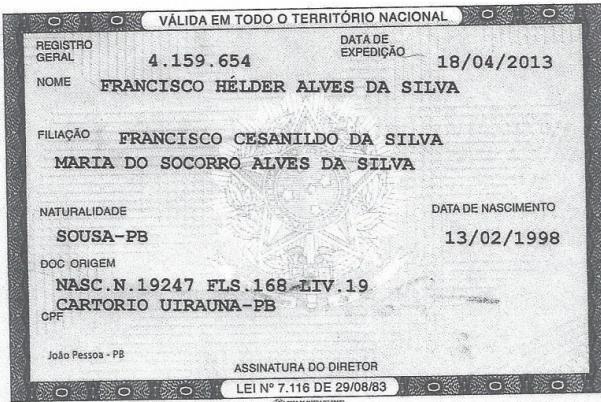
Cajazeiras, 24 de novembro de 2018.

Francisco Helber Alves da Silva

Scanned by CamScanner



SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL



Assinado eletronicamente por: ANA FLAVIA ALVES MATIAS - 09/07/2019 22:16:01  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907092216004030000021918264>  
 Número do documento: 1907092216004030000021918264

Num. 22587376 - Pág. 1

FRANCISCO CESANILDO DA SILVA  
SIT MATO GROSSO, SIN - ÁREA RURAL  
UIRAUNA / PB CEP: 58815000 (AG: 177)

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Classe/Subcls: RURAL - RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-480  
Roteiro: 15 - 206 - 913 - 1250 Referência: Jun/2016 CNPJ: 085183/0001-40 Int Est: 16015923-0  
Nº medidor: 00008386655 Emissão: 23/06/2016 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001.088.485  
Código para Débito Automático: 00006188048

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/616806-6

Jun / 2016

Canal de contato

Apresentação

23/06/2016

Data prevista da  
próxima leitura

26/07/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

41261318487

Insc. Est:

#### Faturas em atraso

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
	Data	Leratura	Data	Leratura	
24/05/16	16101	23/06/16	16404	1	303
					30
01/08/2018	126,28				
03/05/2018	165,72				
01/04/2018	134,13				

#### Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	303	0,0272	89,89
Subsídio			39,01
PIS			1,49
COFINS			6,89
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			1,77
PARCELAMENTO DE DÉBITO 08/10			45,43
Devolução Subsídio			-39,01

#### Histórico de Consumo (kWh)

Mai/18	235
Abr/18	321
Mar/18	267
Feb/18	252
Jan/18	391
Dez/17	438
Nov/17	449
Out/17	113
Sep/17	494
Agosto/17	492
Juli/17	406
Jun/17	461

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
01/07/2016 R\$ 144,27

RESERVADO AO FISCO  
478e.3f7d.fb62.6fe0.f471.6419.dcf4.a6cc.

#### Indicadores de Qualidade 1/2016-Uiraúna

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,80	0,00
DIC TRIMESTRAL	25,52	NOMINAL
DIC ANUAL	51,05	220
FIC MENSAL	7,80	0,00
FIC TRIMESTRAL	18,84	CONTRATADA
FIC ANUAL	31,28	LIMITE INFERIOR
OMIC	8,89	LIMITE SUPERIOR
DICRI	16,80	231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	32,78	22,72
Compra de Energia	42,95	28,77
Serviço de Transmissão	1,57	1,78
Impostos e Serviços	10,59	7,00
Impostos Diretos e Encargos	10,15	7,04
Outros Serviços	45,43	31,49
Total	144,27	100,00

Valor dc EUSD (Ref 4/2016) R\$ 49,90

#### ATENÇÃO

- REAVISO: Caso(s) fatura(s) acima continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 08/07/2018 Conforme Resolução 114/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado, ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estojam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento, até o decurso do prazo de 90(noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.

Subvenção DEC 7 691/13 R\$ 39,01

- Leitura confirmada

Isento ICMS

PARAIBA VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
01/07/2016 R\$ 144,27

836700000001-8 44270054000-2 06168062016-0 06702060019-2



Assinado eletronicamente por: ANA FLÁVIA ALVES MATIAS - 09/07/2019 22:16:02  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070922160127700000021918265  
Número do documento: 19070922160127700000021918265

Num. 22587377 - Pág. 1

## SINISTRO 3170118756 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 01372592474

### Posição em 30-09-2018 20:22:03

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/03/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00
22/05/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





CADASTRADO NO SISTEMA NO DIA: 28/08/2017

AIH DO MÊS DE:

Nome do Paciente FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA			
Município de Moradia do Paciente UIRAÚNA - PB / 58915-000 / 251690			
Profissão AGRICULTOR(A)			
AIH	Prontuário 1708256	Mês de Atend. AGOSTO	Ano de Atend. 2017
Idade 19 anos	Sexo F	RG    CPF    RN    Cart Trab    PIS/PASEP    Cartão SUS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Nº do Documento 708400722018467

Endereço de Residência

SITIO QUEIMADA

Data da Internação 23/08/2017	Dia da Alta 25/08/2017	Dia(s) de Permanência 2	Atendimento SUS x
----------------------------------	---------------------------	----------------------------	----------------------

Condições de Alta

MELHORA (12)

Procedimento

0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

CID

S82.8 FRAT DE OUTR PARTES DA PERNAS

Médico Assistente - CRM - Matrícula

PALMERINDO ANTONIO TAVARES DE MENDOCA NETO - CRM 7961-PB

OBS

quarta-feira, 18 de outubro de 2017



## ANEXO I

<b>SUS</b>	Sistema Único da Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>					
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES		
<b>HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS</b>								
<b>Identificação do Paciente</b>			3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES		
<b>Franceses Helder Alves da Silva</b>						2 6 1 3 4 7 6		
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO			7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		
<b>Maria do Socorro Alves da Silva</b>			<b>3708256</b>			8 - DATA DE NASCIMENTO		
9 - SEXO			10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO		
MASC: <input checked="" type="checkbox"/> FEM: <input type="checkbox"/>			<b>Silva - Aracaju</b>			DDD: 25 N° DO TELEFONE: 3690		
12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		
<b>Aracaju</b>			<b>Aracaju</b>			15 - UF: 25 - CEP: 58910-5000		
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>								
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  <b>Febre alta febre com prado e fome</b> <b>de férias + febre alta</b>								
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  <b>necessidade de tratamento</b>								
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  <b>Anamnese + exame físico + Rx</b>								
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			21 - CID 10 PRINCIPAL			22 - CID 10 SECUNDÁRIO		
<b>Febre alta febre alta</b>			<b>S82.0</b>			23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>								
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
<b>Febre alta febre alta</b>			<b>041001V15P1551</b>					
26 - CLÍNICA			27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
<b>Cirurgia de hérnia</b>			<b>1 - CNS 0 - CPF 09303015001949</b>					
28 - DOCUMENTO			29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			31 - DATA DA SOLICITAÇÃO			32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
<b>Dra. Flávia Matias</b>			<b>23/08/19</b>			<b>Dr. Palmerito Mendonça</b> Ortopedia e Traumatologia		
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES / VIOLENCIAS)</b>								
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO			36 - CNPJ DA SEGURADORA			37 - N° DO BILHETE		
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			38 - CNPJ EMPRESA			39 - CNPJ DA EMPRESA		
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO						40 - CBOR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA								
( ) EMPREGADO			( ) AUTÔNOMO			( ) DESEMPREGADO		
( ) APOSENTADO			( ) NÃO SEGURO					
<b>AUTORIZAÇÃO</b>								
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR			45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
45 - DOCUMENTO			46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
( ) CNS ( ) CPF								
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
<b>05/10/19</b>			<b>5515001949</b>					

Grafite IDEAL 831 3531-2442



(X3) 99444-2064



## Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

### INFORMAÇÃO

Informo para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

R. 6 N.º 4.559.654 /

Nome Helder Alves de Souza

Cartão Nacional de Saúde (CNS) 71018141017121010111841617

Data Nascimento 13/02/98 Residente à (Rua, Av.) 57 - Buxabo

N.º \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade Umauma UF PB Segurado ou Dependente Ms  
Socorro A. de Souza Grau Parentesco Avô

no qual dou fé

Cajazeiras, 23/08/2017

Ana do Socorro Alves  
Paciente Responsável

Funcionário Responsável



Assinado eletronicamente por: ANA FLAVIA ALVES MATIAS - 09/07/2019 22:16:03

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907092216030000000021918267>

Número do documento: 1907092216030000000021918267

Num. 22587379 - Pág. 3



ESTADO DA PARAÍBA  
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

CLÍNICA MÉDICA

Serviço do Dr.

Nome: Dr. Helder Alves da Silva Observação N° \_\_\_\_\_  
do Silva Filho de: Eno. Coimbra

Residência ST. Antônio. Linaúrio - PB Idade: \_\_\_\_\_

Cor Praiano Sexo Mas Estado Civil Casado

Naturalidade Sousa - PB Profissão Agricultor

Internado em 03 de Agosto de 2017

Anamnese: (História da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Readmission para revisão de tratamento  
com prazo anterior de 10 dias.

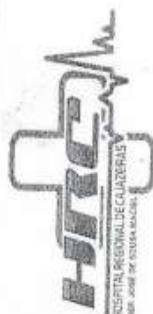
Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Exame Complementares: (Raios X, Laboratório)

Diagnóstico: Pré-saída de filo (E) / D

Grafite IDEAL (83) 3551-2442





Estado da Paraíba  
Hospital Regional

PRESCRIÇÃO MÉDICA





Estado da Paraíba  
Hospital Regional de Cajazeiras

PREScriÇÃO MÉDICA

Enfermagem na Idade Adulta

Enfermaria: | eito: Categoría:



Assinado eletronicamente por: ANA FLAVIA ALVES MATIAS - 09/07/2019 22:16:03  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070922160300000000021918267>  
Número do documento: 1907092216030000000021918267



# Estado da Paraíba

## Hospital Regional de Cajazeiras

ENFERMAGEM

### EVOLUÇÃO MÉDICA

Nome: Fco. Helder de Sá

Enf.: 119

Leito: 04

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
23/08/17	18:00	Paciente admitido neste leito imediatamente do BC. em POF de fatura tíbia(E). Completos sentados, valdysa, resto os leitos nega queixas. Apresenta colpos sem outros alterações. Segue os cuidados deste leito.
		<i>Tudorando da Silva ENFERMEIRA COREN-PB 197677</i>
24/08/17	08:40	Paciente no seu 3º DIA, com EGR, ao exame consciente, orientado, boa comunicação verbal, sono e repouso perfeitos. Hidratado, corado, aximétrico, anestésico, higienizado, óptimo. Respirando espontaneamente, normotípico, não sibilidades, PR preservada. Em dieta gasosa até o momento abdome plano, indole à palpitação. Eliminação intestinal corrente há 02 dias (01 dia reto presente). Restrito ao leito, em pós-operatório de fratura de tibia(E), com AVP em MSE. Segue sem queixas. Cuidados da Equipe. Crad. Enf. UF(G. Rosânia Araújo Lemos)
25/08/17	10:00	Paciente encontra-se acordado, orientado, verbal, verbaliza os reflexos, incomunicável, normotípico, supino, óptimo. Sono perfeito, acorda deite, eliminação fisiológica pronta (sic). As 09:20h recebe alta hospitalar.





Estado da Paraíba  
Hospital Regional de Cajazeiras

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome Fábio Helder.

Idade \_\_\_\_\_

Enf. \_\_\_\_\_

Leito \_\_\_\_\_

Data	Hora	Anotações	Temp.	Pulso	Respiração	Pres. Art
23-08-17	19:00	SSUU — + — 36 80 20 130x80				
		Paciente admitido neste setor Pro- cedimento de bloco Cirúrgico de Tibia e fíbula no pé Cirúrgico. Paciente orientado, verbal- izando, eseguindo os cuidados da equipe de enfermagem				
24-08-17	08:00	SSUU — + — 36.5° 78 18 120x80				
		Paciente consciente, orientado, verbaliza- do, não dormiu, vacina diafa. Eliminação mucosa prementes (SSC), elimina- ções intussusceptivas na t3 e t4 horas (SC) meno e aperto pumardos, não apresenta rigores no momento e não adquiriu doença				
24-08-17	18:00	SSUU — + — 35.6° 80 20 110x60				

Gráfica IDEAL (83) 3551-2442



**DR. FRANCISCO CARLOS OLIVEIRA JUNIOR**  
**MÉDICO GRADUADO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA  
GRANDE – UFCG**  
**MÉDICO PERÍTO NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB**

**RELATÓRIO MÉDICO**

Trata-se do periciando Francisco Helder Alves da Silva, de 19 anos, vítima de acidente de moto no dia 14/07/2016, número do B.O.: 418/2016, ocorrido no município de Uiraúna – PB.

Apresentava na ocasião do acidente escoriações em membro inferior esquerdo, trauma cortico contuso em membro inferior esquerdo com fratura exposta de tibia esquerda.

Foi atendido no hospital regional de Cajazeiras, onde foi realizado limpeza e assepsia das escoriações, sutura das lesões passíveis de rafia, curativo, medicado e realizado exames de imagem que evidenciaram a fratura.

Ao exame, constatamos que o mesmo apresenta cicatriz em membro inferior esquerdo. Relata dor e parestesia em tornozelo esquerdo, apresentando limitação para deambular (utiliza moleta), com deformidade associada.

Do exposto, concluímos que há limitação funcional do tornozelo esquerdo em torno de 78%, com prejuízo para a deambulação, além de deformidade e dor crônica no referido membro.

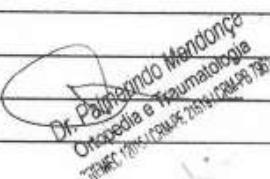
Cajazeiras, dia 29/03/2017.

*Dr. Francisco Carlos Oliveira Jr.*  
Médico  
CRM-PB: 8790

Dr. Francisco Carlos Oliveira Junior  
CRM – PB: 8790



		HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS				ENFERMARIA	LEITO	N° PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME				IDADE	SEXO	COR
		<i>Eduardo Melo da Silva</i>				19A	M	
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA	
23/08/17	110/80	96-						
TIPO SANGUÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA		OUTROS	
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO <i>OK</i>						ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO <i>OK</i>						ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIA			
ESTADO VENTRAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALEGRIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						APLICADAS AS	EFEITO	
AGENTE ANESTÉSICO	02					INDUÇÃO		
						Satisf.	Excit.	Tos.
LÍQUIDO		150	110	150		Laringo Espasmo:	Lenta	
		18	15	15		Náuseas:	Vômitos:	
CÓDIGO O PULSO O RESPIRAÇÃO AX ANESTESIA: OPERAÇÃO		260	240	220		Outros:	MANUTENÇÃO	
		200	180	160		<i>Clozapina 2g/dia</i>		
SIMBOLISMO E ANOTAÇÕES		140	120	100		ANESTESIA SATISF: Sim Não		
		60	40	20		Não Por Que		
ANOTAÇÕES		120	100	80		DESPERTAR		
		60	40	20		Reflexos na SO		
AGENTES	<i>A - Anfet - 01 B - Benzodiazepíneos - 20g C - Midazolam - 8-6</i>				Obstr.	CO	Excit.	
TÉCNICA	<i>Respiratória com máscara e canula, intubação laringea</i>				Náuseas:	Vômitos:		
OPERAÇÃO	<i>Ressecção de nódulo tiroideo</i>				Ousas:			
CIRURGIÕES	<i>Pereira Filho</i>				Gore Câmula			
ANESTESISTAS	<i>Abraão Pereira Filho</i>				Para o Leste: Sim Não			
OBSESSAÇÕES	<i>Médico - Anestesiologista</i>				CONDIÇÕES:			
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES DURANTE AS OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS	<i>CRM/PB 6587</i>				PERDAS SANGUÍNEAS			

Hospital		
Nome do Paciente		
Francisco de Oliveira		
Nº Prontuário		
Data Operação	Enf.	Leito
Operador	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesista	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Prono-fuso fuso	
Tipo de Operação	Prono fuso	
Diagnóstico Pós-Operatório	Prono	
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato	S	
Acidente Durante a Operação		
<b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b>		
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras		
<p>Permeável avascular - fechado          bi-polar, aspiração e extração;          Apresenta aderências fibrinosas;          tecido e frouxo tecido proximal + ST;          direção proximal;</p> <p>Permeável gás - tecido firme + frouxo distal          com dílagos;</p> <p>Fixado o bônus fibrovascular bligerente na carafe          no clíscopio;</p> <p>Sutura por planos:          com sutura</p>		
		
<small>Grafite IDEAL 63 3531-2442</small>		

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



**Not intended for official interpretation.**

FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

499-14/12/2016

M 2/13/1998

1

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

- kV, - mAs

UNIQUE S200 L4.0 FB d:1.1 g:2.25 sb:4.92 eq:1 nr:0 dc:3.2 ...

Zoom 100%



Assinado eletronicamente por: ANA FLAVIA ALVES MATIAS - 09/07/2019 22:16:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070922160394600000021918269>  
Número do documento: 19070922160394600000021918269

Num. 22587381 - Pág. 1

**Not intended for official interpretation.**

FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA  
499-14/12/2016

M 2/13/1998

1

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

- kV, - mAs

UNIQUE S210 L4.0 FB d:1.1 g:2.25 sb:4.92 eq:1 nr:0 de:3.2 ...

Zoom 100%



SD mm

5:56 P.M.  
12/14/2016



Assinado eletronicamente por: ANA FLAVIA ALVES MATIAS - 09/07/2019 22:16:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070922160394600000021918269>  
Número do documento: 19070922160394600000021918269

Num. 22587381 - Pág. 2

ANEXO I

<b>SUS</b>	Sistema Único da Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>				
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE							
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS				3 - CNES			
Identificação do Paciente				4 - CNES			
1 - NOME DO PACIENTE				5 - N.º DO PRONTUÁRIO			
Manuico Heitor dos Santos				1607222			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				6 - DATA DE NASCIMENTO			
2001031661195214216				13/03/1990			
9 - SEXO				10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			
MASC. <input checked="" type="checkbox"/> 1				FEM. <input type="checkbox"/> 3			
11 - TELEFONE DE CONTATO				12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)			
N.º DO TELEFONE				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
				14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO			
				15 - UF			
				16 - CEP			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
Refluxo gástrico de acordo com o paciente expõe ossos ferros (6) 611 (A)							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
Acidose Gástrica							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL				21 - CID 10 PRINCIPAL			
Gastrite aguda ferro 611				22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
Tutoria de paciente com hipertensão arterial				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA				27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO				29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
( ) CNS				( ) CPF			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				Dr. Jairo Dantas Guaberto			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO				32 - N.º DA ASINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			
11/07/2016				CRM-4382 TEC 75514 033004362			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N.º DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		( ) EMPREGADO		( ) AUTÔNOMO		( ) DESEMPREGADO	
( ) EMPREGADOR		( ) )		( ) )		( ) )	
( ) )		( ) )		( ) )		( ) )	
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
AUTORIZAÇÃO							
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR				45 - DOCUMENTO			
				46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
( ) CNS				( ) CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				48 - ASINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			
11/07/2016							

Gráfica IDEAL (63) 3531-2442





# Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

www.hrc.pb.gov.br

## INFORMAÇÃO

Informo para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

Nome Fernando Henrique Alves Matias N.º 4159655153003

Cartão Nacional de Saúde (CNS) 21010141319161191512101006

Data Nascimento 13/02/1998 Residente à (Rua, Av.)

Trindade N.º \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade Vila União UF PB Segurado ou Dependente

Matriz 20 Socorro Grau Parentesco Mãe

no qual dou fé

Cajazeiras, 14/07/2016

Funcionário Responsável

Paciente Responsável

Gráfica IDEAL (83) 3531-2442



Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba  
**Hospital Regional de Cajazeiras**

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr.

Nome: FRANCISCO LACERDA ALVES DA SILVA Observação N° \_\_\_\_\_  
e de MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA Filho de: \_\_\_\_\_  
Residência: SITIO MATO GROSSO - JIRIUNA  
Cor: MASCULINO Idade: 18  
Naturalidade: PROFESSÃO: FARMACÊUTICO  
Sexo: MASCULINO Estado Civil: SOLTEIRO  
Internado em 15 de JULHO de 19

Anamnese: (Histórico da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Rte intus de oadurfe de mof  
cr jatucu expas GII(D) pmo e

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Expaçao órea + pmo d pmo

Exames Complementares: (Raios X, Laboratório)

Rx Pmo f

Diagnóstico:

Intus expas ossos Pmo E  
GII(D)

Grafite IGEAR (R) 50292-2442





HOSPITAL REGIONAL DE CALAMA  
EN SANTO DOMINGO

Estado da Paraíba  
Hospital Regional de Cajazeiras

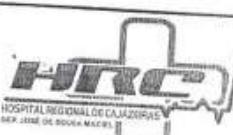
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Franisco Helber Klein Idade: 16 Cor:

Grafica 109-AI-B3-3531-2442

assinado eletronicamente por: ANA FLAVIA ALVES MATIAS - 09/07/2019 22:16:04  
Link para download: <http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070922160394600000021918269>  
Número do documento: 19070922160394600000021918269

Num. 22587381 - Pág. 6



Estado da Paraíba  
Hospital Regional de Cajazeiras

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome Eromesio Helder Alves Idade 119 Enf. 119 Leito 04

Data	Hora	Anotações	Temp.	Pulso	Respiração	Pres. Art.
14/07/16	22:00	paciente admitido neste setor das clinicas cirúrgicas, proveniente do bloco cirúrgico; com história suspeita na ficha E, consciente, orientado, verbalizando, em episódeos raramente, não responde apuradas no momento e segue as orientações da enfermeira Nayane Lima D. Pereira	36.5	76	17	70x80
15/07/16	08:00	Paciente em P.O. de fratura, exerto de MJC, sem dor, consciente, orientado, verbalizando, respirando no leito, aceitou dar entrevista, dos maiores presentes, com dorsada na MJC. Amostra	36.7	76	16	90x60
15/07/16	20:00	SSVV ——x—	36.7	76	16	90x60
16/07/16	08:00	SSVV ——	36.5	82	18	72x80
		Consciente, consciente, orientado, verbalizado, deambula dentro do leito.				
16/07/16	09:00	SSVV ——	36.3%			600x70
17/07/16	08:00	SSVV ——	35	82	16	90x60
		Consciente, orientado, calmo, verbalizado, de higienizado está adita. sem queixa gerada.				
17/07/16	19:00	SSVV ——				

Grafica IDEAL (83) 3531-2442

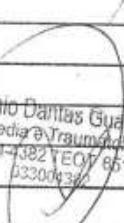




# Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

## *EVOLUÇÃO MÉDICA*

Nome: \_\_\_\_\_ Enf.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

DATA	HORA	<p>1/1/10</p> <p>Pele amputada e fractura de fixação com osso perdido GTF(0)</p> <p>em mais de 6h de evolução. após abertura sob função de extensão e grande comunicação</p>
		<p>Dr. Jânio Dantas Guabertio Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 21407 6614 03300-4330</p> 





# Estado da Paraíba

# Hospital Regional de Cajazeiras

## *EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM*

Nome: Francisco Helder Alves da Silva Enf.: 119 Leito: 44

DATA	HORA	
14/07/16	22:00	Paciente adoratido morto aferir sanguinante à bala e tugos com PCT d. cinzas em face a exata pronta. Consciente, orientado, apertil, eupneico, morda solta de dente e sangria de bala e indicador de mordida da equipe. <sup>Enfermeira</sup> COREN-PB 222.551
15/07/16	15:00	Paciente morreu em procedimento de fístula rectal, no 0115, apresentava dor tipo, dolorosa, constante, verbalizada gestante no 0116. Morreu no momento surpreendente, apertil, de punhas. Sua respiração apresentava ondas de alta, intensidade clínica per- sistente, agitada, muitas vezes forte (sic). Sigue aos cuidados da equipe que realizou o atendimento.
16.07.16.	08:00	Cliente conciente, comido no dia e em espécie calmo, normotensão, eupneico, queixa-se de dor lumbar no membro. Interior lumbos, recto distendido, excreções recente, húmida e fluida.
17/07/16	08:45	Paciente encontra-se estável, consciente, orientado, verbalizando, eupneico, afibril, anictérico, acianótico, apresenta boa aceitação do diálogo, eliminações vesicais e intestinais recentes, sem e reparações percebidas (sic). Sigue aos cuidados da equipe de plantão.
18/07/16	09:30	Paciente encontra-se em C.R., eupneico, orientado, inteligível, mordida no tubo normotensão afibril, eupneico. Sua respiração permanece ativa e regular.



		HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA	NOME Francisco Heitor P. da Silva				IDADE 30	SEXO M	COR		
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA		
TIPO SANGUÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA		OUTROS		
	URINA								
AP. RESPIRATÓRIO									
AP. CIRCULATÓRIO					ASMA	BRONQUITE			
AP. DIGESTIVO					ELETROCARDIOGRAMA				
ESTADO VENTRAL		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIA					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALEGRIA	HIPOTENSORES				
ANESTESIAS ANTERIORES					ESTADO FÍSICO	RISCO			
MEDICAÇÃO PRE-ANESTESICA					APLICADAS ÀS	EFEITO			
AGENTE ANESTÉSICO	02						INDUÇÃO		
							Satisf.	Excit.	Tos.
LÍQUIDO						Laringo Espasmo:	Lenta.		
						Náuseas:	Vômitos:		
					Outros:	MANUTENÇÃO			
CÓDIGO VP - ARTERIAL O PULSO O RESPIRAÇÃO AX ANEST. A. O OPERAÇÃO							Procedimento		
							per intubac - ria		
							/ PA		
							PA		
							ANESTESIA SATISF. Sim Não		
							Não Pq Qua		
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES							DESPERTAR		
ANOTAÇÕES							Reflexos na SO		
AGENTES							Oscil.	CO	Excit.
TÉCNICA							Náuseas:	Vômitos:	
OPERAÇÃO							Outros:	Com Cánula	
CIRURGIÕES							Para o Leite: Sim	Não	
ANESTESISTAS							CONDIÇÕES:		
OBSERVAÇÕES							CÁNULAS		
AVISAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS									
PERDAS SANGUÍNEAS									



Hospital		
Nome do Paciente F. M. NELDA ALVES DA SILVA		Nº Prontuário
Data Operação 14/07/16	Enf.	Leito
Operador Jairus Gant	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesista Dr. Barilano	Tipo de Anestesia Ketamina	
Diagnóstico Pré-Operatório FC expedita GII (A) peso C.		
Tipo de Operação Tumor da tibia esquerda ósseo peso F.		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação		
<h3>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</h3> <p>Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras</p> <p>(1) Ato sob anestesia      (2) Desportamento anti-septico      (3) Acessos de campo      (4) Expondo frangimento de 0,9 cm x 0,6 cm x 0,6 cm.      (5) Visualização do tecido pulmonar / grande comum      (6) Edema de pulmão      (7) Colocação de fios de sutura e de plástico      (8) Sutura profunda e de drenagem      (9) Sutura 1º planos + camadas</p>		
<p>Dr. Jairus Dantas Gant Ortopedia e Traumatologia CRM-4392 TÉCNICO 03200-000</p>		

Emissora RICARDO (00) 3531-2442



ANEXO I

*Oto Declaratório*

<b>SUS</b> Sistema Único da Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS		4 - CNES		2 6 1 3 4 7 6
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO		
Francisco Heitor dos Santos		1607223		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		
2006131761945212516		13/03/1998		MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO		
Aline dos Santos		11 - TELFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		DDD		
Av. 10 de Junho, 6000 - Cajazeiras		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		25690 PB 55115100		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
<i>Rp. (vítima de acidente m/s) c/ hálito expõe esse ferro (6) 611 (A)</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
<i>Refluxo Gástrico</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO
Fratura toracoabdominal		I82.2		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				
<i>Tutoria de ferro</i>				
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
041080510500				
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
( ) CNS		Dr. Jairton Dantas Guibalto		
( ) CPF		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
		07/07/2016 CRM-4382 TEO 3514 033004382		
32 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO				
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		38 - SÉRIE
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				40 - CNAE DA EMPRESA
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				41 - CBOR
( ) EMPREGADO		( ) EMPREGADOR		( ) AUTÔNOMO
				( ) DESEMPREGADO
				( ) APOSENTADO
				( ) NÃO SEGURADO
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
AUTORIZAÇÃO				
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR				
45 - DOCUMENTO				
( ) CNS				
( ) CPF				
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				

Gráfica IDEAL (83) 3531-2442





**PREFEITURA DE UIRAPURU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA**

**S E R V I Ç O M Ó V E L D E U R GÊNCIA - SAMU 192**

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ANTENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA	
Nº SOLICITAÇÃO:	<input type="text"/> DATA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> VIATURA: <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> USB
MÉDICO(A) REGULADORA(DR/DA):	<input type="text"/> CRM: <input type="text"/>
ENDERECO DA OCORRÊNCIA:	<input type="text"/> BAIRRO: <input type="text"/> CIDADE: <input type="text"/> N°: <input type="text"/>
PONTO DE REFERÊNCIA:	<input type="text"/>
PACIENTE USUÁRIO: <input type="text"/> JONCUNHO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> LOCAL DE TRABALHO <input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA
SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	IDADE: <input type="text"/> SOLICITANTE: <input type="text"/>
NATUREZA DA OCORRÊNCIA	
<input type="checkbox"/> CLÍNICA <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMÁTICA <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICA <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICA <input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICA <input type="checkbox"/> CIRURGICA	<input type="checkbox"/> CORPO DE BOMBEIROS <input type="checkbox"/> POLÍCIA MILITAR <input type="checkbox"/> POLÍCIA CIVIL <input type="checkbox"/> POLÍCIA FEDERAL
<input type="checkbox"/> DEFESA CIVIL <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STRANS <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> CORPO DE BOMBEIROS <input type="checkbox"/> POLÍCIA MILITAR <input type="checkbox"/> POLÍCIA CIVIL <input type="checkbox"/> POLÍCIA FEDERAL

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

APOIO NO LOCAL

## SINAIS VITAIS E DADOS COMBI EMENTARES

EVOLUÇÃO	SINAIS VITais				GLASSOW			GLICÉMIA CAPILAR mg/dl
	P.A. mmHg	F.C. bpm	Temp. °C	Sa <sub>O</sub> %	A.O.	R.V.	R.M.	
CINICAL	110 x 100	71	/	98	04	05	05	14
FINAL	?	?	73	/	96	04	05	14

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					
PELE	CABEÇA	FACE		PESCOÇO	
		<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES
<input type="checkbox"/> CORADA	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES	<input type="checkbox"/> LACERAÇÃO	<input type="checkbox"/> LACERACÃO	<input type="checkbox"/> LACERACAO
<input type="checkbox"/> PALIDA	<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES	<input type="checkbox"/> LACERACIÓN	<input type="checkbox"/> FER. OCULAR	<input type="checkbox"/> HEMATOMA	<input type="checkbox"/> TÓRAX INSTAV
<input type="checkbox"/> CIANOTICA	<input type="checkbox"/> LACERACIÓN	<input type="checkbox"/> AGUNDAMENTO		<input type="checkbox"/> DESVIO DA TRÁQUEIA	<input type="checkbox"/> RESP PARADO
<input type="checkbox"/> FRIA	<input type="checkbox"/> HEMATOMA	<input type="checkbox"/> FER. PENETRANTE		<input type="checkbox"/> ENFISEMA SUB-CUTÂNEO	<input type="checkbox"/> TAMPOONAMENT
<input type="checkbox"/> QUENTE	<input type="checkbox"/> AGUNDAMENTO				
<input type="checkbox"/> UMIDA	<input type="checkbox"/> FER. PENETRANTE				
<input type="checkbox"/> SECA					
ABDOMÉ	PELVE	COLUNA DORSAL		MEMBROS	
		<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> LACERACIÓN	<input type="checkbox"/> HEMATOMA	<input type="checkbox"/> LACERACAO		
<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES	<input type="checkbox"/> DISTENDIDO	<input type="checkbox"/> DOR	<input type="checkbox"/> LUXAÇÃO		
<input type="checkbox"/> LACERACIÓN	<input type="checkbox"/> EM TABUA	<input type="checkbox"/> INSTABILIDADE	<input type="checkbox"/> FRATURA		
<input type="checkbox"/> DISTENDIDO	<input type="checkbox"/> DOLOROSO		<input type="checkbox"/> FECHADA		
<input type="checkbox"/> EM TABUA	<input type="checkbox"/> EVISCERACAO		<input type="checkbox"/> ABERTA		
			<input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO		
DADOS COMPLEMENTARES					
GINECO-OBSTÉTRICO		HISTÓRIA PREGRESSA			
<input type="checkbox"/> ABORTAMENTO		<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DROGAS		
<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA VAGINAL		<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> HAS		
<input type="checkbox"/> TRABALHO DE PARTO		<input type="checkbox"/> ALERGIAS	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS		
<input type="checkbox"/> 1-4 CONTRAÇÕES / 10MIN.		<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS		
<input type="checkbox"/> 12-4 CONTRAÇÕES / 10MIN.		<input type="checkbox"/> CONVULÇÕES			
<input type="checkbox"/> SANGRAMENTO		<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA			
<input type="checkbox"/> PERDA DO TAMPÃO MUCOSO		<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> OUTROS		
<input type="checkbox"/> BOLSA ROTA		<input type="checkbox"/> D. INFECTO-CONTAGIOSA			
<input type="checkbox"/> NASCIMENTO					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS					
VENTILADOS		CIRCULATÓRIOS		RESGATE	
<input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO VA		<input checked="" type="checkbox"/> ACESSO VENOSO	<input checked="" type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> OUTR	
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO VA		<input type="checkbox"/> PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/> ORICOTRED	
<input type="checkbox"/> CANULA DE GUESEL		<input type="checkbox"/> CENTRAL	<input type="checkbox"/> ESTABILIZADOR DE CABEÇA	<input type="checkbox"/> DRENAGEM TC	
<input type="checkbox"/> OXIGENAÇÃO _____ min.		<input type="checkbox"/> DISSECÇÃO	<input type="checkbox"/> TALAS	<input type="checkbox"/> HEMITÓRAX	
		<input type="checkbox"/> INTRA-OSSEO	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> PUNÇÃO PI	
		<input type="checkbox"/> MASCARA	<input type="checkbox"/> TRAÇÃO	<input type="checkbox"/> SONDA VES	
		<input type="checkbox"/> CATETER	<input type="checkbox"/> PRANCHALONGA	<input type="checkbox"/> S.O.G.	
		<input type="checkbox"/> VENTILACAO MANUAL	<input type="checkbox"/> MACA	<input type="checkbox"/> S.N.G.	
		<input type="checkbox"/> OXIMETRIA	<input type="checkbox"/> MACA A VÁCUO	<input type="checkbox"/> OUTROS:	
		<input type="checkbox"/> ENTUBAÇÃO TRÁQUEAL	<input type="checkbox"/> CADERA DE RODAS		
		<input type="checkbox"/> VIA ORAL	<input type="checkbox"/> MARCAPASSO TRANSCUTANEO		
		<input type="checkbox"/> VIA NASAL	<input type="checkbox"/> RAPEI		
		<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA	<input type="checkbox"/> E.C.G.		
IDENTIFIQUE O LOCAL DA					
IDENTIFICAÇÃO DAS PIU					
<input type="checkbox"/> MIDRIASE <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> MIose <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> ISOCORICAS <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> ANISOCORICAS <input checked="" type="checkbox"/> C					

CÓD. 58 - Gráfica F4 (83) 3534 1108

TRAUMA / VIOLENCIA	CAUSAS EXTERNAS	MATERIAL UTILIZADO
<input type="checkbox"/> F.A.F.	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDESTRE
<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> CHOQUE	<input type="checkbox"/> MOTORISTA
<input type="checkbox"/> ESPAÇAMENTO	<input type="checkbox"/> COLISÃO	<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO DIANTEIRO
<input type="checkbox"/> MESMO NIVEL	<input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO	<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO TRASEIRO
<input type="checkbox"/> ALTURA ( mts)	<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> DIREITO
<input type="checkbox"/> SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> CENTRAL
<input type="checkbox"/> QUEMADURA	<input type="checkbox"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> DESQUERDO
<input type="checkbox"/> ÁREA CORPORAL GRAU 1º	<input type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> DENTRO DO VEÍCULO
<input type="checkbox"/> ÁREA CORPORAL GRAU 2º	<input type="checkbox"/> NÃO SABE	<input type="checkbox"/> NÃO ENCARREGADA
<input type="checkbox"/> ÁREA CORPORAL GRAU 3º	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ENCARREGADA
<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> VEÍCULO DA VITIMA	<input type="checkbox"/> ESTRADA
<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA SUBSTÂNCIA	<input type="checkbox"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> DEAMBULANDO
<input type="checkbox"/> ANIMAIS	<input type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> OUTRAS	<input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL	<input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA
	<input type="checkbox"/> CAMINHÃO	<input type="checkbox"/> SIM
	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> NÃO
		<input type="checkbox"/> USO DO CAPACETE
		<input type="checkbox"/> SIM
		<input type="checkbox"/> NÃO

## DIAGNÓSTICOS

### TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

J. Freire, 100ml de Naloxone de Soroferas

### EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Récente vítima de queda de moto. Converte Querido, vendo que apresentando suspeita de sangramento, apresentando fratura exposta ven MATÉ Encaminhado para o hospital Regional de

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:  
R.G.: ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assistente  Coordenador Administrativo  Infravermelha Diminuta  Comunicação Vertical Prejudicada  Confusão Aguda  Disminuição Prejudicada  Dólio

Cardíaco Diminuto  Desinibição Inicial das Vias  Dissecreta Autônoma  Dor Aguda  Hipotensão  Hipotensão  Inibição da Pálpa Prejudicada  Medo  Inibição da Alimentação  Motivação Oft. Prejudicada  Paroxismo  Hipotensão  Inibição da Pálpa Prejudicada  Coletiva Inibição  Período Tissular cardiopulmonar ineficaz  Período Tissular Gastrointestinal Inibição  Período Tissular Renal Inibição  Período Tissular Termoregulação  Reação Unária  Precepto Sensorial Periférico  Ventilação Espontânea Prejudicada  Volume de Líquidos Deficientes  Volemia Excessiva de Líquidos  Náusea  Outros

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE:  
RESPONSÁVEL: Dr. Jean-Yves Farias  
FUNÇÃO: CRM: 12318

### ATENDIMENTO SEGUNDO MORTALIDADE

ÓBITO NO LOCAL  SEM ATENDIMENTO  APÓS ATENDIMENTO  
 ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE  ÓBITO LOGO AO CHEGAR AO DESTINO

### INTERCORRÊNCIAS NO ATENDIMENTO

REGUSOU ATENDIMENTO  RECUSOU TRANSPORTE  ACIDENTES DE TRABALHO  
 QTA / CANCELAMENTO  PROBLEMA COM AMBULÂNCIA  OUTRAS:

Decidir para todos os fins que estou recusando o atendimento desponibilizado pelo SAMU 192 - Uiraúna-PB, nessa oportunidade.

### TERMO DE RECUSA

Assinatura do paciente ou responsável

R.G.: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico: Antônio C. Calheiros CRM: Antônio Cabral de Almeida  
Enfermeiro: Antônio C. Calheiros COREN: Conselho Federal de Enfermagem CRON: CRON-PE-322650

Téc. de Enfermagem: Luciana COREN: Mat:  
Condutor Socorrista: Yvesomilene Mat:

SIUS



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATEN-

TO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE:

2613476 CGC/CPF: 08.778.268/0020-23

NOME:

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

END.:

RUA TABELIAO ANTONIO HOLANDA  
MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAIBA UF: 25

MUNICÍPIO:

CAJAZEIRAS

Tipo de Atendimento:

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome:

FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Raça/Cor:

SEM INFORMAÇÃO

Dt. Nasc.:

13/02/1998 Idade: 18 ano(s)

mês(es) de idade

dia(s) de idade

Sexo: M

Mãe:

MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

SITIO MATO GROSSO

Bairro:

ZONA RURAL

Município/U.F - CEP - IBGE:

UIRAUNA - PB - 58915000 - 251690

Telefone para contato:

(83) 3531-3563 / (83) 99966-1035

CNS:

Data e Hora:

14/07/2016 18:15:30

Documento: RG 4.159.654 SSP/PB N°:

Rx da Prima Rockwilde + Av. Recurso -

Ortopedista.

PESO: \_\_\_\_\_ SSV: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ TEMP.: \_\_\_\_\_

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Vítima de acidente trânsito/ciclo no dia 02 horas com agonia de frequência constante de dor de perna esquerda. Sem expondo de perna direita. Sem outros achados. Normalizado e eupneico.

CONDICIONANTE: EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

*Dr. Jairo Dantas Guedes*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-4382 / DT: 6514  
02322026

PA:

TEMP.:

SSV:

CBO:

OU POLEGAR DIREITO

ENCAMINHAMENTO:

CID-10:

DIAGNÓSTICO:

PROcedimento:

MEDICAÇÃO:

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO/PROCEDIMENTO:

ENCAMINHAMENTO:

Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
3<sup>a</sup> Delegacia Regional de Polícia Civil  
20<sup>a</sup> Delegacia Seccional de Polícia  
Delegacia de Polícia Civil de Uiraúna/PB



GOVERNO  
DA PARAÍBA



**ADITAMENTO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 418/2016 - DPVAT**

Natureza da ocorrência: **SINISTRO DE TRANSITO**

Data do fato: **14/07/2016** hora: **15h30min**

Notificante: JÁ QUALIFICADO NO BO 418 **FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA**, 18 anos de idade, alcunha " ", Nacionalidade: BRASILEIRO, naturalidade: , nascido(a) em 13/02/1998, documento: RG 4.159.654 SSP/PB, CPF 013.725.924-74, Profissão: ESTUDANTE, filho(a) de FRANCISCO CESANILDO DA SILVA e de MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA, endereço: Sítio JOÃO FERREIRA, UIRÁUNA/PB, referência: , TELEFONE PARA CONTATO: 83 9. **9304-8818**.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: DANILO CHARBEL NEWMAN MACIEL

Vítima: O(a) **NOTIFICANTE**.

**HISTORICO DO FATO**

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE, no dia 14/07/2016, vinha do sítio Quixaba de baixio para o sítio Mato Grosso, QUE, ao chegar em uma curva, um veículo veio em sua direção na contra mão e colidiu com o comunicante, QUE, no sinistro o mesmo teve fratura na perna esquerda, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Cajazeiras/PB, QUE, moto está HONDA/PB 100, ANO:2011, Cor Vermelha, PLACA oew-9239, CHASSI: 9c2hb0210br516064, em nome de Geraldo Pedro de Figueira, QUE diante dos fatos o notificante veio a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos do seguro DPVAT. Nada mais a consignar.



Uiraúna/PB, quarta-feira, 11 de janeiro de 2017 às 11:16

Francisco Helder Alves da Silva  
NOTIFICANTE

Maxwell Francis do Nascimento Matias  
Assinatura do Policial responsável pelo registro  
MAWSELL FRANCIS DO N. MATIAS  
MATRÍCULA: 182.196-2



## DECISÃO

Genericamente, o autor aduz não ter condições de arcar com as custas processuais.

O art. 5º, LXXIV, da Constituição Federal, prescreve que "o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos".

Vale ressaltar que o Magistrado poderá conceder a gratuidade de justiça em relação a algum ou a todos os atos processuais, ou reduzir percentual de despesas processuais que o beneficiário tiver de adiantar no curso do procedimento (art.98, §5º, do CPC/2015).

O novo Código de Processo Civil determina que o magistrado poderá indeferir o pedido de gratuidade judiciária quando não houverem elementos nos autos necessários a sua concessão, devendo, antes, oportunizar a parte a comprovação do alegado em exposição fática(Art. 99, §2º, CPC).

Assim, intime-se a parte autora, por seu advogado (pje), para juntar a informação de quanto seriam as custas (sugiro que faça simulação no site do TJPB e gere o pdf com o resultado/boleto) e dos seus próprios ganhos/rendimentos (seja contra-cheque ou/e, se autônomo declaração de IRPF) para que este magistrado possa bem decidir quanto à gratuidade requerida, no prazo de 5(cinco) dias(Art. 218, §3º, CPC), **sob pena de cancelamento da distribuição da presente ação**, vez que considero tais documentos imprescindíveis ao ajuizamento.

Intimações necessárias.

Uiraúna/PB, data pelo sistema.

**FCO. THIAGO DA S. RABELO**

**Juiz de Direito**



Fica o advogado da autora INTIMADO para fins do despacho ID 22916214.

Uiraúna-PB, 23/09/2019

Técnica Judiciário



Assinado eletronicamente por: FRANCISCA MARTA VIEIRA DE ALMEIDA QUEIROZ - 23/09/2019 19:19:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092319191252200000023880508>  
Número do documento: 19092319191252200000023880508

Num. 24671721 - Pág. 1

Procedo à juntada, em anexo, de petição em arquivo eletrônico, tipo “Portable Document Format” (.pdf)



Assinado eletronicamente por: ANA FLAVIA ALVES MATIAS - 17/10/2019 21:35:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101721352476400000024581156>  
Número do documento: 19101721352476400000024581156

Num. 25418919 - Pág. 1

**EXCELENTESSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA COMPETENTE  
POR DISTRIBUIÇÃO DA COMARCA DE UIRAÚNA/PARAÍBA**

**FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA**, devidamente qualificado nos autos em epígrafe na que move em desfavor do **AÇÃO DE COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DE TRÂNSITO- DPVAT** que move em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGUROS DPVAT S/A**, igualmente qualificado, por meio de sua procuradora subscrita vem, respeitosamente, a presença de Vossa Excelência, em atenção ao r. despacho de ID nº. 22916214, expor e requerer o que segue:

**I - DOS BENEFICIOS DA JUSTIÇA GRATUITA**

A parte Autora se declarou e se declara pobre (**hipossuficiente**) na forma da Lei 1.060/50 e da Lei 7.115/83, pelo que não possui condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios.

Conforme o que dispõe a Lei da Assistência Judiciária (Lei nº 1.060/1950), considera-se necessitado aquele cuja situação econômica não lhe permita pagar as despesas judiciais ou honorários advocatícios, sem prejuízo da própria sobrevivência (e/ou de sua família):

*Art. 2º. (...) Parágrafo único. Considera-se necessitado, para os fins legais, todo aquele cuja situação econômica não lhe permita pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo do sustento próprio ou da família.*





Assim, para que o carente possa gozar dos benefícios da assistência judiciária, insculpidos no art. 3º da Lei nº 1.060/1950, basta apenas que afirme que não tem condições do pagamento das custas sem abalo em sua condição econômica. No mais, prescreve o art. 4º da lei em comento:

*Art. 4º. A parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família.*

**Se for observado o NCPC, o art. 99, § 3º, este dispõe em sentido semelhante: "Presume-se verdadeira a alegação de insuficiência deduzida exclusivamente por pessoa natural".**

E ainda, de acordo com o que especifica o art. 133 da Constituição Federal, o Advogado é indispensável à administração da justiça, desempenha serviço público (*múnus público*) e não uma simples atividade de garantia de interesses particulares. Compete ao Patrono a defesa de seu "cliente" (inclusive, dos necessitados), em todos os graus.

Ademais, as custas judiciais do TJPB, se comparadas com a de outros estados, é, uma das mais altas. Podendo-se dizer que custas elevadas impedem o acesso ao judiciário (art. 5º, XXXV, CF).

Inclusive, a garantia de assistência jurídica e integral é prevista na CRFB/1988, em seu art. 5º, LXXIV. *In litteris*: "O Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos".

O dispositivo constitucional acima citado comporta duas garantias: **(i)** a de assistência jurídica integral, geralmente realizada pela Defensoria Pública (não excluindo o Advogado particular) e, **(ii) a gratuidade da justiça (Assistência Judiciária Gratuita – AJG).**

Não custa frisar, que, o patrocínio por advogado particular, também não é óbice à concessão da justiça gratuita (**art. 99, § 4º, CPC/2015**).

A justiça gratuita trata-se da isenção de despesas para que as pessoas necessitadas, hipossuficientes (*ainda que temporariamente sem recursos*) possam defender seus direitos na via judicial. Encontrando-se bem regulada, delineada, na Lei 1060/50 e nos arts. 98 e seguintes do NCPC.



Quer isso dizer que pessoas físicas (ou jurídicas), com insuficiência de recursos, que declarem de próprio punho que não tem meios suficientes para pagar custas, despesas com o processo e honorários de advogado, fará jus ao benefício da gratuidade judiciária. **Não se exige, pois, muitas formalidades.**

A bem de ver, o **Promovente cumpre com todos os requisitos para a concessão da benesse.** Não havendo motivo plausível para que fosse negado, de pronto, o benefício.

**Com efeito, corroborando as informações prestadas, segue anexo, cópia da CTPS do autor, atestado médico e certidão do cartório de registo de imóveis.**

## II- DOS PEDIDOS

Ante o exposto, requer-se:

- a) Seja concedido o **benefício de assistência jurídica** gratuita ao Promovente, tendo em vista que não possui condições econômicas para arcar com as custas processuais, sem prejuízo de seu próprio sustento e sua família;

Nestes termos, pede deferimento.

UIRAÚNA – PB, 17 de OUTUBRO de 2019.

**ANA FLÁVIA Alves MATIAS**  
ADVOGADA  
OAB PB 21.451



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

200 43964.95-2

3604861

0050

PB

Foto e assinatura substituída pelo sistema



Assinado eletronicamente por: ANA FLÁVIA ALVES MATIAS - 17/10/2019 21:35:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101721352826000000024581165>  
Número do documento: 19101721352826000000024581165

Num. 25418929 - Pág. 1

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

QUALIFICO CIVIL - BRASILEIRO

FUNÇÃO	MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA
NASCIMENTO	FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO
NATURALIDADE	SOUZA - PI
RG DOCUMENTO	160.413.225-842-74
LEI Nº 8.080, DE 19 DE MAIO DE 1990	CNN
TITULAR	2004
CPF	013.725.882-74
LOCAL DE EMISSÃO	Aracaju - Ceará/Brasil
DATA DE EMISSÃO	08/08/2013



63



## SISTEMA DE PROCESSOS REGULAMENTADAS

### REGISTRO DE PROCESSOS REGULAMENTADAS

Processo: 1910172135282600000024581165

Assinatura:

Nome: ANA FLÁVIA ALVES MATIAS

Assinado:

Local: TÉCNICO DE JUSTIÇA  
Data: 17/10/2019

Assinado:

Local: TÉCNICO DE JUSTIÇA  
Data: 17/10/2019

04



## DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

CPF	<input type="text"/> 111.111.111-11	INSCRIÇÃO FEDERATIVA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	HOMOLOGADO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
ALTERNATIVAS	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
DOADOR DE ÓRGÃOS	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO

## CARTEIRAS ANTERIORES

ÚLTIMA	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO
SEGUNDONA	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO
TERCEIRA	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO
QUARTA	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO
QUINTA	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO

## CONTRATO DE TRABALHO

PERÍODO DE VIGÊNCIA	<input type="checkbox"/> 01/01/2019 - 31/12/2019	<input type="checkbox"/> 01/01/2019 - 31/12/2019	<input type="checkbox"/> 01/01/2019 - 31/12/2019
VALORES	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
EXCEPÇÕES	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
VALORES MÍNIMOS	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
VALORES MÁXIMOS	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
VALORES MÉDIOS	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
VALORES MÍNIMOS MENSUAZADOS	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
VALORES MÁXIMOS MENSUAZADOS	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
VALORES MÉDIOS MENSUAZADOS	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
VALORES MÍNIMOS DIÁRIOS	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
VALORES MÁXIMOS DIÁRIOS	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
VALORES MÉDIOS DIÁRIOS	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO





## ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado que Francisco H. A. da Silva,  
foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das 7:30 - 2 sendo portador de afecção CID - 10  
\_\_\_\_\_. Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborais por um período de \_\_\_\_\_  
(Avulsão) dias, a partir desta data.

*Poncal - PB*

Uiraúna - PB, 18 de 4 de 2019

*Pacte com minhas frases expostas nesse documento  
em 2016, fui definitiva 2017. Enviei o meu  
encurto de tempo para a SIE. e limpeza final*  
Assinatura e carimbo do médico *DR. DIEGO S. SANTIAGO*

### AUTORIZAÇÃO

~~Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 01932 TEOF 15149~~

autorizo o (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_  
a registrar diagnóstico codificado CID neste atestado  
médico.

Assinatura do paciente ou responsável

Gráfica F4 (83) 3534.1108 Uiraúna - PB

Scanned by CamScanner



# CARTÓRIO MOUSINHO NONATO

CNPJ/MF 09.318.619/0001-13

Uiraúna - PB - 1 OFÍCIO - Serventia Extrajudicial

**JOÃO NONATO FERNANDES NETO**

Tabelião e Registrador

**CLAUDIO MARCIO FERNANDES**

Substituto

Escrituras, Procurações, Protestos, Registros de títulos e documentos ...

CLAUDIO MARCIO FERNANDES  
OFICIAL SUBSTITUTO  
2019

Rua Francisco Leão Veloso, 176, centro - Uiraúna - Paraíba - Fone: 83 3534-2688 / 83 3534-2688 E-MAIL cartoriourauana@hotmail.com

Eu, CLAUDIO MARCIO FERNANDES, Oficial Substituto do Registro de Imóveis deste Registro de Imóveis desta cidade de Uiraúna, Estado do Paraíba, por nomeação legal na forma da lei, etc...

CERTIFICO, autorizado por lei e a requerimento verbal de pessoa interessada e para que produza seus devidos e legais efeitos, que dando buscas nos livros de registro de imóveis a cargo desta serventia, verifiquei não figurar como adquirente FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA, CPF 013.725.924-74.

O referido é verdade dou fé.  
Uiraúna, 14 de outubro de 2019.

Oficial Substituto do Registro de Imóveis

CLÁUDIO MÁRCIO FERNANDES  
OFICIAL SUBSTITUTO  
CPF: 992.783.324-53



Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba

SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO

Tipo Normal B

CERTIDÃO NEGATIVA DE

AJC07403-IA6K

Confira os dados do ato em:

<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emolumentos R\$: 29,72

FARPEN R\$: 1,37 FEPJ R\$: 0,00

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANA FLÁVIA ALVES MATIAS - 17/10/2019 21:35:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101721353028300000024581167>

Número do documento: 19101721353028300000024581167

Num. 25418931 - Pág. 1

EM BRANCO

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANA FLAVIA ALVES MATIAS - 17/10/2019 21:35:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101721353028300000024581167>  
Número do documento: 19101721353028300000024581167

Num. 25418931 - Pág. 2



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

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800413-07.2019.8.15.0491

**DESPACHO**

1- Defiro os benefícios da justiça gratuita.

2- Por outro lado, considerando que a causa admite transação, por envolver direitos disponíveis, CITE-SE o requerido e INTIMEM-SE as partes para comparecerem a audiência de conciliação, para a possibilidade de autocomposição da lide, nos termos do art. 334, caput, do CPC, de acordo com pauta. Não havendo a autocomposição na audiência, o réu poderá oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data da prevista no art. 335, do CPC, sob pena de revelia.

3 – ressalte-se que o não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência designada é considerada atentatório a dignidade da justiça e será cominada multa de 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, nos termos do art. 334, §8º do CPC.

4 – As partes devem estar acompanhadas de seus advogados ou Defensor Público. Intime-se o autor por seu advogado, enquanto o réu por carta, com aviso de recebimento.

5– ESTE DESPACHO/DECISÃO SERVE COMO MANDADO.

CUMPRA-SE.

Uiraúna, data pelo sistema.

Fco. Thiago da S. Rabelo

JUIZ DE DIREITO



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO THIAGO DA SILVA RABELO - 30/01/2020 11:41:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013011055031200000026843175>  
Número do documento: 20013011055031200000026843175

Num. 27825020 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

4ª Vara Mista de Sousa

Processo nº 0800413-07.2019.8.15.0491

**DESPACHO**

**O Processo foi redistribuído para esta Unidade, em razão da desinstalação da Comarca de Uiraúna.**

**Observo, nesta oportunidade, que o feito não foi cadastrado perante o Juizado Especial Cível, porém, o despacho foi designando audiência, sem apreciação da Justiça gratuita.**

**Assim, CHAMO O FEITO À ORDEM, para tornar nula a última decisão, prosseguindo o feito nos termos do NCPC.**

**1.** Diante da declaração da parte autora de que não possui condições de custear as despesas do processo e, ainda, pela ausência de elementos que infirmem tal declaração, **defiro a gratuidade da justiça**, sem prejuízo de sua impugnação, na forma do art. 100, do CPC.

**2.** Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e arts. 8º e 139, II, ambos do CPC, **deixo de designar a incontinenti audiência** de conciliação do art. 334 do CPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do CPC.

**3.** **CITE-SE/INTIME-SE** a parte requerida, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), cientificando-a, ainda, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais arbitro desde já no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), cujo depósito deve ser comprovado nos autos em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba.

**4.** Por economia processual, no prazo de defesa a parte ré deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.



Assinado eletronicamente por: AGILIO TOMAZ MARQUES - 23/09/2020 19:44:59  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092319445854600000033147801>  
Número do documento: 20092319445854600000033147801

Num. 34671294 - Pág. 1

**5.** Apresentada contestação se for arguida preliminar e/ou juntados documentos, a parte autora deve ser intimada para que se manifeste **no prazo de 15 (quinze) dias** (arts. 350 e 351 do CPC), podendo, **no mesmo prazo**, apresentar seus quesitos a serem respondidos pela perícia, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

**6. NOMEIO** o Dra. CLAÚDIA SARMENTO GADELHA (médica, com endereço na Rua Coronel André Avelino, n 10, Sousa/PB, email cgadel@hotmail.com, telefone 83-99108-0787), cujos dados estão disponíveis na escrivania, para a realização do exame pericial, na forma do art. 465 do CPC independentemente de compromisso, em virtude do referido perito já ter realizado, nesta Unidade Judiciária, várias perícias similares a ora designada.

**7.** Após os prazos dos itens 3 e 5, comunique-se o perito acerca da sua nomeação, por e-mail, requisitando desde já, data e horário para realização de perícia no Fórum de Malta/PB. Com a informação intimem-se as partes para, no dia e hora indicados, comparecerem ao local de realização da perícia médica.

**8.** Cientifique-se o perito, informando-lhe de que deverá responder aos quesitos apresentados pelas partes, além dos seguintes quesitos do Juízo: a) O autor é portador de invalidez permanente ou lesão lhe cause debilidade? b) Em que consiste tal invalidez? As lesões comprometem as funções de que membros? c) A invalidez é permanente? Total ou parcial? Completa ou incompleta? d) Sendo a invalidez permanente parcial incompleta, as sequelas são de repercussão intensa, média, leve ou residual? e) Qual o grau de debilidade provocada pelas lesões identificadas, levando em consideração a tabela anexa à Lei nº 6.194/74? f) as lesões identificadas no autor são compatíveis com sequelas de acidente de trânsito como o narrado na inicial?

**9.** Após a apresentação do laudo pericial, intimem-se as partes para se manifestar no prazo comum de 05 (cinco) dias.

**10.** Adotem-se as providências necessárias ao pagamento do perito, depois de apresentado o laudo, expedindo o competente alvará ou transferindo-se os honorários periciais para conta bancária de titularidade do *expert*.

**11.** Em seguida, venham os autos conclusos.

Cumpre-se com os expedientes e diligências necessárias.

Sousa-PB, 23 de setembro de 2020.

**Agilio Tomaz Marques**

Juiz de Direito

(assinatura eletrônica)





**PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
ESTADO DA PARAÍBA**

---

**4ª Vara Mista de Sousa**

Rua Francisco Vieira da Costa, S/N, Raquel Gadelha, SOUSA - PB - CEP: 58804-725

**ATO ORDINATÓRIO (ART. 349, CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAIS - CGJPB)**

**Nº DO PROCESSO: 0800413-07.2019.8.15.0491**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

De acordo com as prescrições do art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, e nos termos das Resoluções do Tribunal Pleno ns. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30/2019 e 03, 08, 09, 15, 21, 22, 23, 24, 25/2020 **INTIMO** as partes, por seus advogados, quanto a conclusão do procedimento de redistribuição dos presentes autos, prazo de 05 (cinco) dias, para os fins previstos nos arts. 3º e 4º, conforme o caso, dos referidos normativos legais.

Sousa, 26 de setembro de 2020.

DALIVA LOPES ALVES  
Analista Judiciário