



Número: **0800276-93.2018.8.15.0221**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de São José de Piranhas**

Última distribuição : **11/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 2700.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	LAERTE FERREIRA DE MORAIS FRANCA
AUTOR	RODRIGUES CIRINO LOPES
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
15277 085	11/07/2018 09:58	Procuração Rodrigues	Procuração
15277 114	11/07/2018 09:58	Declaração Hipossuficiência	Documento de Comprovação
15277 126	11/07/2018 09:58	Documentos de Identificação	Documento de Identificação
15277 147	11/07/2018 09:58	Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
15277 186	11/07/2018 09:58	Documento Motocicleta	Documento de Comprovação
15277 203	11/07/2018 09:58	Ficha Atendimento Samu	Documento de Comprovação
15277 244	11/07/2018 09:58	Fichas Hospital	Documento de Comprovação
15277 308	11/07/2018 09:58	Laudo Médico	Documento de Comprovação
15277 352	11/07/2018 09:58	Comprovante de Despesas	Documento de Comprovação
15277 367	11/07/2018 09:58	Acompanhamento recebimento indenização	Documento de Comprovação
15277 387	11/07/2018 09:58	Carta de Negativa	Documento de Comprovação
19333 697	26/02/2019 11:51	Despacho	Despacho

PROCURAÇÃO

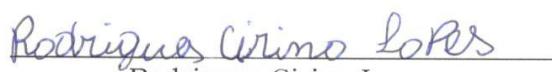
OUTORGANTE: RODRIGUES CIRINO LOPES, brasileiro, casado, pescador, portador do RG nº 2.407.159 SSP-PB, inscrito no CPF sob nº 032.442.654-21, residente e domiciliado na Rua Romeu Menandro Cruz, s/n, Bairro Várzea, São José de Piranhas, Estado da Paraíba, CEP: 58.940-000.

OUTORGADO: LAERTE FERREIRA DE MORAIS FRANÇA, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB sob o nº. 15.214, com endereço profissional na Rua Antônia Maria de Jesus, 191, Centro, São José de Piranhas – PB, CEP: 58.940-000.

PODERES GERAIS: Amplos, gerais e ilimitados poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste, para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, autorizado a substabelecer esse, com ou sem reserva de poderes, se assim lhe convier, a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários para seu regular desenvolvimento e execução, conforme estipulado no artigo 105 da Lei Federal nº 13.105/2015 (CPC), podendo, para tanto, propor quaisquer tipos de ações judiciais e defender-me nas que me forem propostas ínsitas ao Direito Público, Privado ou Difuso/Misto, assim como, recorrer, fazer acordo, reconvir, impugnar, receber intimações, assinar termos diversos (compromisso de inventariante, renúncia e etc.), promover quaisquer medidas cautelares, requerer falência, concordata, abertura de inventário e/ou arrolamentos, apresentar e ratificar queixas-crimes, arrolar, inquirir, contraditar e/ou recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas de autos processuais, concordar com cálculos, custas e contas processuais, e, também, fazer defesas prévias e alegações finais, formar documentação necessária, efetuar levantamentos, solicitar laudos, avaliações e perícias, sendo consentido ainda, alegar incompetência, alegar/arguir suspeição e impedimento, arguir falsidade, fraude e etc, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, dando tudo por bom, firme e valioso, poderes especiais para propor AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT – DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga, inclusive, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, requerer a justiça gratuita.

São José de Piranhas – PB, 29 de maio de 2018.

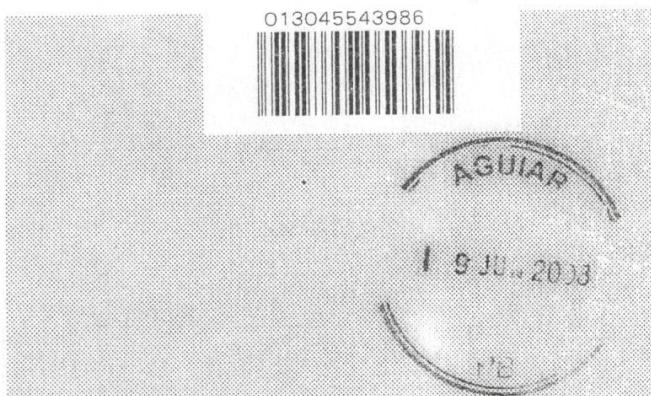
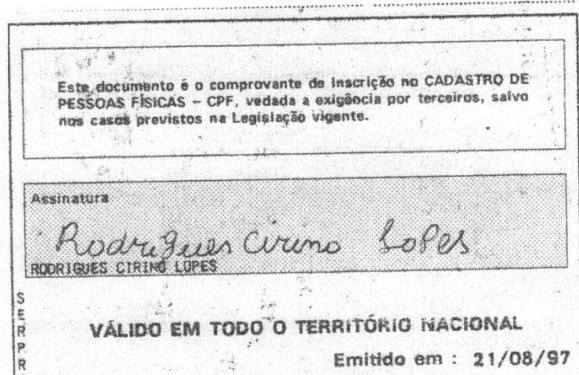
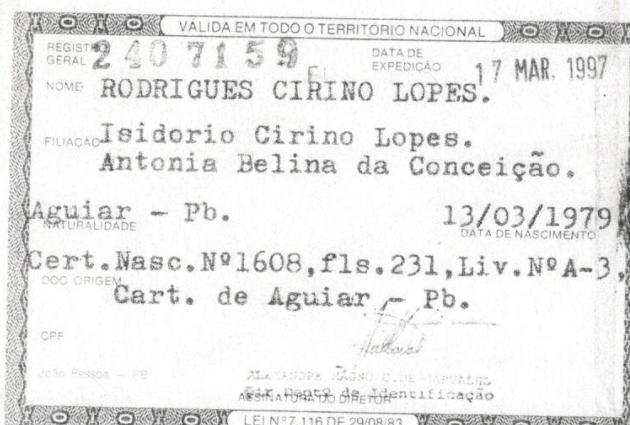

Rodrigues Cirino Lopes
Outorgante

DECLARAÇÃO

Pleiteando os **benefícios da justiça gratuita** com base na lei 1.060/50, declaro nos termos do Art. 105 e ss do CPC e do art. 1º da lei nº 7.115/83 perante a Justiça que **RODRIGUES CIRINO LOPES**, brasileiro, casado, pescador, portador do RG nº 2.407.159 SSP-PB, inscrito no CPF sob nº 032.442.654-21, residente e domiciliado na Rua Romeu Menandro Cruz, s/n, Bairro Várzea, São José de Piranhas, Estado da Paraíba, CEP: 58.940-000, declara ser hipossuficiente economicamente, cujas condições não permitem arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, em defesa dos meus interesses, sem prejuízo do sustento próprio e/ou da família.

São José de Piranhas - PB, 29 de maio de 2018.


Rodrigues Cirino Lopes
Declarante





GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017

Ocorrência nº. 198/2017

Aos ONZE dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SÃO JOSÉ DE PIRANHAS/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAMES CILKERO COSTA TORRES**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 09h:50min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

JUSSARA PEREIRA DE MORAIS CIRINO, conhecido(a) por ***, Identidade nº 3.355.674-SSP/PB, CPF nº 075.276.574-48, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: agricultora, filho(a) de José Neto De Moraes E Maria Juceria Pereira De Moraes, natural de São José De Piranhas/PB, nascido(a) em 21/10/1987 (29 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Romeu Menandro Cruz, S/N, Varzea, tendo como ponto de referência: ****, na cidade de SÃO JOSÉ DE PIRANHAS/PB, fone(s) para contato: 9 9141-3191.

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

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 01 de abril de 2017;
- 3) **Horário do fato:** 06h:30min;
- 4) **Local do fato:** RODOVIA PB 384, imediações do Sítio Lagoa de Dentro, zona rural, SÃO JOSÉ DE PIRANHAS/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** NÃO;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(elas) habilitado?** PREJUDICADO;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?** SIM

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

MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROSS MIX ES, ANO 2009, COR VERMELHA, PLACA NQH4740/PB, CHASSI 9C2KD0520AR500073, registrado em nome de RODRIGUES CIRINO LOPES.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

NÃO INFORMADO

8) Breve resumo do fato:

QUE afirma a comunicante ser esposa de RODRIGUES CIRINO LOPES, RG 2.407.159 SSP/PB, C.P.F.: 032.442.654-21, brasileiro, casado, pescador, natural de Aguiar/PB, nascido aos 13/03/1979, filho de Isidorio Cirino Lopes e Antonia Belina da Conceição, residente na Rua Romeu Menandro Cruz, S/N, Varzea, nesta cidade; QUE no dia e horário supra o seu citado esposo guiava a motocicleta de características supra mencionadas, quando na Rodovia PB 384, imediações do Sítio Lagoa de Dentro, se deparou com um abismo de aproximadamente três (03) metros em uma ponte que está em construção; QUE o RODRIGUES não percebeu que havia tal abismo, haja vista não haver sinalização, bem como uma cabeceira da ponte estava aberta; QUE em decorrência da queda o RODRIGUES sofreu fratura do fêmur direito, sendo socorrido pelo SAMU para o HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS/PB, sendo transferido para o HOSPITAL SANTA TEREZINHA da cidade de SOUSA/PB, onde foi submetido a procedimento cirúrgico; QUE o RODRIGUES CIRINO LOPES foi afastado das ocupações habituais por mais de 90 dias, e se encontra em tratamento e recuperação do pós operatório.

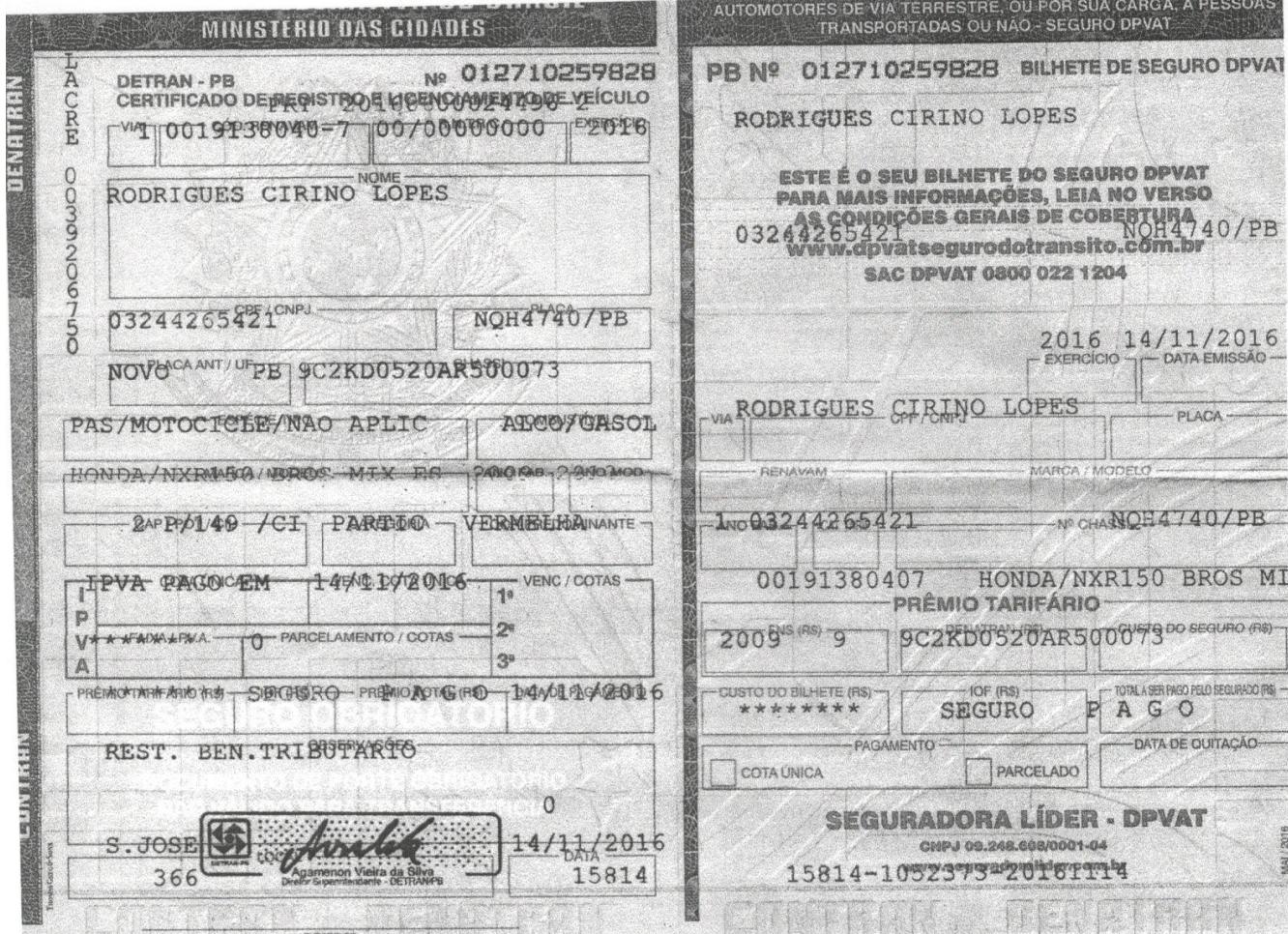
OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

BOLETIM EMITIDO PARA FINS DE ACIONAMENTO DO SEGURO D.P.V.A.T.

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

Jussara Pereira de Moraes Cirino
JUSSARA PEREIRA DE MORAIS CIRINO
Comunicante

Francisco Danilo L. Assis
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 155.971-1





Prefeitura
SÃO JOSÉ DE PIRANHAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DE PIRANHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 01.04.17	HORA 06:30	OCORRÊNCIA N° 01	PACIENTE / USUÁRIO Rodrigo Cirino Lopes	IDADE 38	SEXO MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>
ENDERECO DA OCORRÊNCIA entrada de Carapateira		Bairro CIDADE S.J.P	MÉDICO REGULADOR Pablo		
APOIO NO LOCAL		PM <input type="checkbox"/>	BOMBEIROS <input type="checkbox"/>	PAF <input type="checkbox"/>	CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> IML. <input type="checkbox"/> OUTROS _____

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRANSITO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA, _____ METROS
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO	<input type="checkbox"/> DESABAMENTO / SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3-
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA	<input type="checkbox"/> OUTROS _____
<input type="checkbox"/> FERIMENTO POR ARMA DE FOGO	QUAL _____	<input type="checkbox"/> FERIMENTO POR ARMA BRANCA	QUAL _____

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA	
<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS <input type="checkbox"/> RESP. RUIDOSA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL <input checked="" type="checkbox"/> EUPNÉIA <input type="checkbox"/> DISPNÉIA <input type="checkbox"/> BRADIPNÉIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA <input type="checkbox"/> APNÉIA	EXPANSIBILIDADE <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR MURMÚRIOS VESICULARES <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDO <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> HIPERTIMPANISMO <input type="checkbox"/> MACICEZ	PULSO <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FINO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> PERFUSÃO	CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> SONOLÉNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> AUSENTE	RINORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> RINORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E PUPILAS <input type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> MIDRIASE <input checked="" type="checkbox"/> FOTORRAGENTES <input type="checkbox"/> NÃO FOTORRAGENTES <input type="checkbox"/> ANISOCORIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA

SINAIS VITAIS

EVOLUÇÃO	SINAIS VITAIS					GLASGOW				GLICEMIA CAPILAR mg/dl
	P.A. mm/Hg	F.C. bpm	F.R. lpm	Temp. C°	Sat. 02%	A.O	R.V.	R.M.	Total	
INICIAL	130x80	75	20	36	98	04	05	06	15	-
FINAL										

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

VENTILADOS	CIRCULATÓRIOS	OUTROS
<input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO V.A. <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO V.A. <input type="checkbox"/> CÁNULA DE GUEDEL <input type="checkbox"/> OXIGENAÇÃO _____ l/mm <input type="checkbox"/> MÁSCARA <input type="checkbox"/> CATERTER <input checked="" type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MANUAL <input checked="" type="checkbox"/> OXIMETRIA <input type="checkbox"/> ENTUBAÇÃO TRAQUEAL <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA	<input checked="" type="checkbox"/> ACESSO VENOSO <input checked="" type="checkbox"/> PERIFÉRICO <input type="checkbox"/> CENTRAL <input type="checkbox"/> DISSECÇÃO <input type="checkbox"/> CONTROLE DE HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> MASSAGEM CARDIACA <input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO/ CARDIOVERSÃO <input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA	DRENAGEM TORÁXICA <input type="checkbox"/> PULÇÃO PLEURAL <input type="checkbox"/> SONDA VESICAL <input type="checkbox"/> S.O.G <input type="checkbox"/> S.N.G <input type="checkbox"/> OUTROS: _____

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA E EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de queda de moto, consciente, orientado, refere dor em M.I.D. (suspeita de fratura?) refere dor no queixo. Foi medicado e removido ao H.R.C.

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

Soro Fisiológico 500 ml

Voltaren 1M.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> ANSIEDADE	<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA
<input checked="" type="checkbox"/> ESTADO DE CONSCIÊNCIA NORMAL	<input type="checkbox"/> DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDIACA DIMINUIDO
<input type="checkbox"/> FERIDA POR ARMA DE FOGO	<input type="checkbox"/> TRAUMA GRAVE NA CABEÇA	<input type="checkbox"/> MEDO
<input type="checkbox"/> PERDA SANGUÍNEA POTENCIAL	<input type="checkbox"/> HIPOTERMIA	<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DE PELE PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> ABUSO DE ÁLCOOL	<input type="checkbox"/> HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
<input type="checkbox"/> FERIDA TRAUMÁTICA POR FACA	<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> FRATURA	<input type="checkbox"/> AGITAÇÃO MODERADA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> EPISÓDIO DE VÔMITO DURANTE O TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> ESTADO DE CONSCIÊNCIA DIMINUÍDO	<input type="checkbox"/> VOLUME EXCESSIVO DE LÍQUIDOS	<input type="checkbox"/> NÁUSEA
<input type="checkbox"/> ESCORIÃO LEVE	<input type="checkbox"/> PERCEPÇÃO SENORIAL PERTUBADA	<input type="checkbox"/> PERCEPÇÃO SOCIAL PREJUDICADA
<input checked="" type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL EFETIVA	<input type="checkbox"/> ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO
OUTROS:		

CARACTERÍSTICAS EXTERNAS DO TRAUMA AUTOMOBILÍSTICO					
ACIDENTE DE TRÂNSITO		POSIÇÃO DA VÍTIMA		USO DO CINTO DE SEGURANÇA	
<input type="checkbox"/> COLISÃO	<input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO	<input type="checkbox"/> PEDESTRE	<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO DIANTEIRO	<input type="checkbox"/> SIM	
<input type="checkbox"/> TOMBAMENTO	<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> MOTORISTA	<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO TRASEIRO	<input type="checkbox"/> NÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> OUTROS	SITUAÇÃO DA VÍTIMA		USO DO CAPACETE	
VEÍCULO DA VÍTIMA		<input type="checkbox"/> EJETADA	<input type="checkbox"/> DENTRO DO VEÍCULO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	
<input type="checkbox"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL	<input type="checkbox"/> DEAMBULANDO	<input type="checkbox"/> PRESA AS FERRAGENS	<input type="checkbox"/> NÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> MOTO	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> SENTADA	<input type="checkbox"/> OUTROS		

MORTALIDADE

ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
 ÓBITO NO LOCAL

ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE
 ÓBITO NO HOSPITAL APÓS O ATENDIMENTO

DESTINO DO PACIENTE:

<input checked="" type="checkbox"/> HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS	<input type="checkbox"/> INSTITUTO MATERNO INFANTIL DR. JÚLIO MARIA BANDEIRA DE MELO
<input type="checkbox"/> MATERNIDADE DOUTOR DEODATO CARTAXO	<input type="checkbox"/> FAHSJP
<input type="checkbox"/> UPA - CAJAZEIRAS	<input type="checkbox"/> OUTROS

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE: X

*Dr. Zéca - CRM 05481
 Clínica de Emergência
 CRM 05481*

TERMO DE RECUSA: Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento disponibilizado pelo SAMU de São José de Piranhas-PB nesta oportunidade.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Diagnóstico Médico: Frauma em MÍD

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico Regulador: Tulice Gaglioffi CRM: 84731/PB
 Enfermeiro(a): Nicely K. de Souza Oliveira COREN: 341.922
 Téc. de Enfermagem: Edilane Oliveira Pessoa Rolim COREN: 742-725-PB
 Condutor: J. E. J. CNH: 00681349166



CADASTRADO NO SISTEMA NO DIA: 04/04/2017

AIH DO MÊS DE:

Nome do Paciente RODRIGUES CIRINO LOPES			
Município de Moradia do Paciente SÃO JOSÉ DE PIRANHAS - PB / 58940-000 / 251450			
Profissão NÃO INFORMADO			
AIH	Prontuário	Mês de Atend.	Ano de Atend.
	170436	ABRIL	2017
Idade	Sexo	RG CPF RN Cart Trab PIS/PASEP Cartão SUS	Nº do Documento
38 anos	M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	705705403854230
Endereço de Residência RUA ROMEU M. CRUAZ/ S/N			
Data da Internação	Dia da Alta	Dia(s) de Permanência	Atendimento SUS
01/04/2017	03/04/2017	2	<input checked="" type="checkbox"/>
Condições de Alta TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO (31)			
Procedimento 0301060088 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA			
CID R69 CAUSAS DESCONHECIDAS E NE DE MORBIIDADE			
Médico Assistente - CRM - Matrícula JEAN CARLOS ABRANTES DINIZ - 6081 - 3026795			
OBS NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE NÃO INFORMADO NO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH, NESSE CASO FOI INFORMADO O NOME DO DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE.			

sexta-feira, 7 de abril de 2017

Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba

Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr. _____ Observação N. _____
Nome: Rodrigues Crivino Lopes Filho de: Isidoro
Crivino Lopes e de Antônio Belisario da Conceição
Residência: Rua Domílio Mendes de Freitas Idade: 38
Cor Sexo M Estado Civil Casado
Naturalidade _____ Profissão: pescador
Internado em 03 de 04 de 2057

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

Laugh for conduct on
the faculty of their Feuer
and Factor of Feuer

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

John + Esther + Esther

James

fit D

Exames Complementares: (Raios X, Laboratório)

where few

Vladimir A. Cousseran
Orthopaedic Traumatologist
TECH-SURGIC



Clinica, Mente e Corpo.

Dr. Leonid Souza de Abreu

Av. Júlio Marques do Nascimento, 771, Bairro: Jardim Oasis - Cajazeiras/PB.
Fone: (83) 3531-9205 / 9168-5838 - CNPJ: 01.110.791/0001-75



Paciente: RODRIGUES CIRINO LOPES

Laudo Médico

Paciente acima, 38 anos, apresenta histórico de acidente de motocicleta em 01.04.2017 com trauma em coxa direita e consequente fratura de fêmur (CID: S 72.3). Submetido a cirurgia ortopédica com colocação de material de síntese em 04.04.2017.

Cajazeiras-PB., 12 de Junho de 2017.

Dr. Leonid Souza de Abreu
TRAUMATOLOGIA/ORTOPEDIA
CMEC-7205 / CRM-PB-5212
CPF: 105.276.533-49
Assinatura

Sociedade Hospitalar Gadelha de Oliveira LTDA
 R José Honório - SN - Jardim Sorrilândia - Sousa-PB - 58805-250
 Fone: 83-3522-1777 / Fax: 83-3522-1777 -
 C.N.P.J.: 09297961000184

Data: 17/06/2017
 Hora: 14:23
 MDORES
 Conta:
 60634

Demonstrativo de Despesa

Paciente: RODRIGUES CIRINO LOPES

Prontuario: 18593

Convênio: PARTICULAR

Matrícula:

Nº Guia: 60291

Senha: 1

Admissão: 03/04/2017 17:31:34

Saída: 05/04/2017 18:26:16

Proced: FRATURA DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO

Cód. Proc.: 60020163

Médico Assist: LEONID SOUZA DE ABREU

CRM: 5212

CPF: 80527655449

Honorários / Exames

Procedimento	Código	Particip.	Quant.	VI. Unit.	VI. Total
FRATURA DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO	60020163	ANESTESIST	1	800,00	800,00
FRATURA DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO	60020163	CIRURGIAO	1	2.000,0	2.000,00
PLACA CIRURGICA	40201831	INSTRUMENT	1	1.800,0	1.800,00
RAIO X DE FEMUR	20170213	AUXILIAR	2	95,00	190,00
TAXA DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM - ARCO	20170124	INTERNAO	1	100,00	100,00
		Sub-Total			4.890,00

Serviços Executados

Descrição	Código	Quant.	VI. Unit.	VI. Total
DIARIA DE APARTAMENTO C/AR ANT	20170203	2,00	300,00	600,00
TAXA DE ADMINISTRACAO	20150079	1,00	35,00	35,00
TAXA DE SALA DE CIRURGIA PORTE 5	60023147	1,00	510,00	510,00
	Sub-Total			1.145,00

Relação de Material / Medicamento

Local: APARTAMENTO

Tipo: MATERIAL MEDICO DESCARTAVEL

Descrição	Código	Unidade	Quant.	VI. Unit.	VI. Total
AGULHA 25X7 DESC.	271	UN	14,00	0,39	5,46
AGULHA SPINAL 27G	279	UN	1,00	74,56	74,56
ATADURA CREPOM 10CM X 4,5	2458	UN	2,00	5,68	11,36
CATETER INTRAVENOSO (JELCO) N 18	347	UN	1,00	5,02	5,02
COLETOR DE URINA SIST.FECHADO	405	UN	1,00	20,52	20,52
DRENO DE SUCCAO N°4.8	432	UN	1,00	70,20	70,20
EQUIPO MACROGOTAS C/INJETOR	448	UN	1,00	2,63	2,63
EQUIPO P/TRANSFUSAO DE SANGUE	451	UN	1,00	45,76	45,76
ESCOVA CIRURGICA DEGERMANTE	453	UN	4,00	3,40	13,60
FIO CATGUT CROMADO 1-0 C/ AG. 40MM 1/2 CIRC.	354	UN	2,00	10,48	20,96
FIO CATGUT CROMADO 2-0 C/AGULHA 3,5-CM	356	UN	1,00	10,48	10,48
FIO CATGUT SIMPLES 2-0 AG.40MM 1/2 CIRC. CIL	370	UN	1,00	10,48	10,48
FIO MONONYLON 2-0 AG 30MM 3/8 CORTANTE	502	UN	3,00	21,87	65,61
GAZE	3042	UN	8,00	1,08	8,64
LAMINA DE BISTURI N 23	555	UN	2,00	2,16	4,32
LUVA DE PROCEDIMENTO M	569	UN	18,00	1,08	19,44
LUVA ESTERIL N 7,5 DESCARTAVEL	573	UN	4,00	2,16	8,64
MASCARA DESCARTAVEL	2451	UN	4,00	1,30	5,20
SERINGA 10CC C/AGULHA 25X7 DESC.	742	UN	1,00	1,65	1,65
SERINGA 10CC S/AGULHA	2755	UN	14,00	1,39	19,46
SERINGA 20-CC C/AGULHA 25X7 DESC.	749	UN	1,00	4,71	4,71
SERINGA 5-CC C/AGULHA 25 X 7 DESC.	746	UN	2,00	2,11	4,22
SONDA DE FOLEY N° 14 (2 VIAS)	729	UN	1,00	8,64	8,64
TORNEIRA 3 VIAS	401	UN	1,00	3,93	3,93
TOUCA DESCARTAVEL	399	UN	4,00	1,19	4,76

FG Sistemas - Soluções Tecnológicas (83) 9 9915-4141

Pág/Conta: 1 / 60634


 09.297.961/0001-84
 Hospital Santa Terezinha

Sub-Total

450,25

Tipo: MEDICAMENTO

Descrição	Código	Unidade	Quant.	VI. Unit.	VI. Total
AGUA DESTILADA 10ML	1984	AMP	14,00	1,08	15,12
CEFAZOLINA 1G	1885	FR/AMP	5,00	13,45	67,25
CLOREXIDINA DEGERMANTE 4%	2508	ML	100,00	0,02	2,00
DIMORF 0,2MG/ML	2467	AMP	1,00	9,18	9,18
DIPIRONA 1G	2050	AMP	4,00	1,89	7,56
EFORTIL 10 MG	2305	AMP	1,00	1,28	1,28
NAUSEDRON 4MG/2ML	1967	AMP	3,00	28,64	85,92
NEOCAINA ISOBARICA 0,50% 5MG/ML	1862	AMP	1,00	24,84	24,84
OMEPRAZOL 40MG	2216	FR/AMP	2,00	36,27	72,54
SORO FISIOLOGICO 100 ML	1940	FR	1,00	3,81	3,81
SORO FISIOLOGICO 500 ML	1936	FR	5,00	6,15	30,75
SORO RINGER LACTADO	2445	FR	5,00	7,56	37,80
TILATIL 20MG	2270	FR/AMP	3,00	15,12	45,36
TRAMAL 100MG	2382	AMP	1,00	11,71	11,71
		Sub-Total			415,12
		Total do Local:			865,37

Material/Medicamento
865,37

Serviços Executados

1.145,00

Honorários/Exames

4.890,00

Total Geral:

6.900,37

09.297.961/0001-84

Hospital Santa Terezinha

Faturista Responsável



()

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170412454 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** RODRIGUES CIRINO LOPES**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB**BENEFICIÁRIO** RODRIGUES CIRINO LOPES**CPF/CNPJ:** 03244265421**Posição em 15-08-2017 08:46:36**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 4.725,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento Valor da Indenizacao Juros e Correção Valor Total

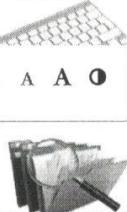
16/08/2017 R\$ 4.725,00 R\$ 0,00 R\$ 4.725,00

ACESSIBILIDADE

 (/Pages/Acessibilidade.aspx)
 (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
 Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
 Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
 Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)
 Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido=03244265421&sinistroConsultaPed...> 1/2

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **RODRIGUES CIRINO LOPES**

Nº Sinistro: **3170412457**
Vitima: **RODRIGUES CIRINO LOPES**
Data do Acidente: **01/04/2017**
Cobertura: **DAMS**
Procurador: **LAERTE FERREIRA DE MORAIS FRANCA**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170412457**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Pag. 00185/00186 - carta_16 - DAMS



Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12305973



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SÃO JOSÉ DE PIRANHAS

VARA ÚNICA- FÓRUM HAMILTON DE SOUSA NEVES, Rodovia PB 400 -CEP 58940-000 Webmail: spn.2vara@tjpb.jus.br -Malote Digital - Telefone (83) 3552-1045

PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436) [ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO] 0800276-93.2018.8.15.0221
PARTE AUTORA:RODRIGUES CIRINO LOPES
PARTE PROMOVIDA: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DECISÃO

Vistos, etc.

Inicialmente, considerando o requerimento inserto na peça vestibular e a declaração de insuficiência econômica acostada aos autos, concedo os benefícios da assistência judiciária gratuita à parte autora.

Designo o dia **14 de MAIO de 2019, às 08:15 horas**, na sala de audiência do Fórum desta Comarca, para ter lugar a **audiência UNA de conciliação, instrução e julgamento**.

Valendo este despacho como carta, CITE(M)-SE e INTIME(M)-SE o(a)(s) promovido(a)(s) acima, com a advertência do art. 18, § 1º, da Lei n.º 9.099/95¹.

INTIME-SE a parte promovente, por qualquer meio idôneo de comunicação, advertindo-a que a sua ausência importará na extinção do feito (art. 51, I, da Lei n.º 9.099/95).

Segue em anexo a contrafé (cópia da petição inicial).

Na resposta, fazer referência ao número do processo.

Observe-se a Escrivania a aplicação dos Atos ordinatórios, nos termos do Art. 302 e seguintes do Código de Normas Judicial c/c Provimento CGJ nº 04/2014 e das Instruções de Serviços deste Juízo.

CUMPRA-SE.

Nos termos do Artigo 102ss, do Código de Normas Judicial da CGJ-PB, **confiro a esta determinação força de mandado/ofício/carta** para as procedências necessárias ao seu fiel cumprimento.

São José de Piranhas-PB, 20 de fevereiro de 2019

Juiz(a) de Direito

1 Art. 18, § 1º, da Lei nº 9.099/95: "a citação conterá cópia do pedido inicial, dia e hora para comparecimento do citando e advertência de que, não comparecendo este, considerar-se-ão verdadeiras as alegações iniciais, e será proferido julgamento, de plano"; **Enunciado nº 33 do FONAJE:** "é dispensável a expedição de carta precatória nos Juizados Especiais Cíveis, cumprindo-se os atos nas demais comarcas, mediante via postal, por ofício do Juiz, fax, telefone ou qualquer outro meio idôneo de comunicação".