



Número: **0800337-51.2018.8.20.5123**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Parelhas**

Última distribuição : **07/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Práticas Abusivas**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MARIA DALVA FERNANDES (AUTOR)</b>	<b>FRANCINALDO GRANGEIRO DINIZ (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34569 433	07/11/2018 19:47	<a href="#">Procuração Publica-ilovepdf-compressed</a>	Procuração
34569 435	07/11/2018 19:47	<a href="#">Procuração Particular</a>	Procuração
34569 437	07/11/2018 19:47	<a href="#">RG</a>	Documento de Identificação
34569 440	07/11/2018 19:47	<a href="#">RG II</a>	Documento de Identificação
34569 443	07/11/2018 19:47	<a href="#">CPF</a>	Documento de Identificação
34569 445	07/11/2018 19:47	<a href="#">Comprovante de Residencia</a>	Documento de Identificação
34569 446	07/11/2018 19:47	<a href="#">Comprovante de Residencia II</a>	Documento de Identificação
34569 449	07/11/2018 19:47	<a href="#">Protocolo</a>	Documento de Comprovação
34569 451	07/11/2018 19:47	<a href="#">Protocolo II</a>	Documento de Comprovação
34569 454	07/11/2018 19:47	<a href="#">Carta de Exigencia</a>	Documento de Comprovação
34569 456	07/11/2018 19:47	<a href="#">Provas I-ilovepdf-compressed</a>	Documento de Comprovação
34569 458	07/11/2018 19:47	<a href="#">Provas II-ilovepdf-compressed</a>	Documento de Comprovação
34569 461	07/11/2018 19:47	<a href="#">Provas III-ilovepdf-compressed</a>	Documento de Comprovação
34577 236	08/11/2018 10:55	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
34669 347	12/11/2018 16:57	<a href="#">Emenda a Inicial</a>	Petição
34669 414	12/11/2018 16:57	<a href="#">Emenda a Inicial Dalva</a>	Outros documentos
34669 462	12/11/2018 16:57	<a href="#">B.O - Maria Dalva</a>	Documento de Comprovação
34912 364	26/11/2018 16:06	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
42290 645	25/04/2019 08:30	<a href="#">Citação</a>	Citação



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL DE EQUADOR/RN

Município: Equador/RN - Comarca de Parelhas/RN

Titular: Rosana Lacerda Coelho Fernandes

Rua Getúlio Vargas, nº 356, Centro, Equador/RN – CEP nº 59.355-000.

LIVRO 9

TRASLADO

FLS 142

Procuração bastante que faz **MARIA DALVA FERNANDES** na forma abaixo:

Saibam quantos este instrumento de Procuração Pública, bastante virem, que aos cinco dias do mês de setembro de dois mil e dezessete (05.09.2017), neste Cartório Extrajudicial, Comarca de Parelhas/RN, perante mim, Tabeliã, compareceu como **OUTORGANTE** **MARIA DALVA FERNANDES**, brasileira, solteira, agricultora, portadora do RG nº 2.028.361 SSP/RN, inscrita no CPF nº 010.388.574-90, residente e domiciliada na Rua Neuza Marcelino, 336, José Marcelino, Equador/RN, CEP nº 59.355-000. Parte identificada como a própria e capaz, conforme documentação que me foi apresentada do que dou fé; e por ela Outorgante me foi dito que, nomeia e constitui seu bastante procurador, ou **OUTORGADO**, o advogado **FRANCINALDO GRANGEIRO DINIZ**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob nº 11.066 e OAB/RN sob o nº 893-A, portador da RG nº 1.068.333 SSP/RN, inscrito no CPF nº 916.532.664-49, com escritório na rua Ademar Soares dos Santos, nº 146, Centro, nesta cidade de Equador/RN, CEP nº 59.355-000, e-mail granpascoal@bol.com.br, a quem confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com cláusula “ad judicia” a fim de que em conjunto ou separadamente defender os interesses e direitos do Outorgante, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, Repartição Pública, Autarquia ou Entidade Paraestatal, propondo ação competente em que o Outorgante seja autor ou reclamante, e devendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromisso, prestar declarações, receber citações e ainda poderes especiais para receber, protocolar e assinar quaisquer documentos referente a indenização por morte do seguro DPVAT; enfim praticar todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, podendo inclusive

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, QUALQUER ADULTERACAO OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

substabelecer com ou sem reserva de poderes. A(s) qualificação(ões) e a(s) descrição(ões) do(s) objeto(s) do presente instrumento foi(ram) declarado(a-s) pelo(a-s) Outorgante(s), a qual se responsabiliza civil e criminalmente por sua veracidade, estando ciente(s) de que os elementos aqui contidos são inalteráveis após a assinatura do mesmo e eventual(ais) correção(ões) somente serão levadas a efeito mediante a lavratura de novo ato. ASSIM disse, me pediu a Outorgante e eu lavrei este instrumento, que após lido em voz alta e achado conforme deixa ao final a impressão datiloscopia de seu polegar direito como prova de seu consentimento por ser não analfabetizada, e assinando à seu rogo Sergio Nunes de Souza, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da CNH nº 05784143580 Detran/PB, inscrito no CPF nº 061.585.534-25, residente e domiciliado no mesmo endereço da Outorgante. Dispensadas as testemunhas de acordo com o disposto no art. 5º, § 5º do Código Civil Brasileiro. Eu, Rosana Lacerda Coelho Fernandes, Tabeliã do Ofício Único de Equador/RN, que lavrei e assino ao final. (aa) polegar direito da Outorgante Maria Dalva Fernandes, Sergio Nunes de Souza (à rogo da Outorgante) e Rosana Lacerda Coelho Fernandes (Tabeliã).

EQUADOR – RIO GRANDE DO NORTE, 05 de setembro de 2017.

Este traslado é cópia fiel do original.

NADA MAIS. Eu, Rosana Lacerda Coelho Fernandes, Tabeliã do Ofício Único de Equador/RN, que digitei, achei conforme, assino e dou fé.



Rosana Lacerda Coelho Fernandes  
Tabeliã



CORREGEDORIA DA JUSTIÇA RIO GRANDE DO NORTE

Emolumentos .....	R\$ 44,48
FDJ (Lei 7.088/97) .....	R\$ 11,71
FRMP (Lei 181/00) .....	R\$ 1,63
FCRCPN (Lei 8033/01) .....	R\$ 4,45
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 62,27</b>

Válida somente com selo de autenticidade e fiscalização

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERACAO OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO



## PASCOAL ADVOCACIA JÚRIDICA

DR. FRANCINALDO GRANGEIRO DINIZ  
OAB PB 11066 \_ OAB RN 893 - A

### PROCURAÇÃO.

**OUTORGANTE:** MARIA DILVA FERNANDES, BRASILEIRA, CASADA, AGRICULTORA, PORTADORA DO RG N° 2028.361-5, CPF RN N° 010.388.574-90, RESIDENTE E DONA DE CASA NA RUA NEUSA MANCINI N° 336, CENTRO, EQUADOR/RN

**OUTORGADO(s):** FRANCINALDO GRANGEIRO DINIZ, brasileiro, solteiro, ADVOGADO, sendo inscrito nas OAB PB n° 11.066 e OAB RN 893 - A, CPF n° 916 532 664 49, tendo ainda documento de identidade n° 1 068 333 expedido por Secretaria de Segurança Pública /RN, com Escritório Na Rua Ademar Soares dos Santos, n° 146, Centro, Equador RN - Email - granpascoal@bol.com.br

**PODERES:** por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhes os poderes da cláusula ad judicia et extra, para o foro em geral, e especialmente para:

ACAS DE COBRANÇA EM FACE DA SEGURANÇA PÚBLICA LIDEIN S.A.

podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato. Com os seguintes

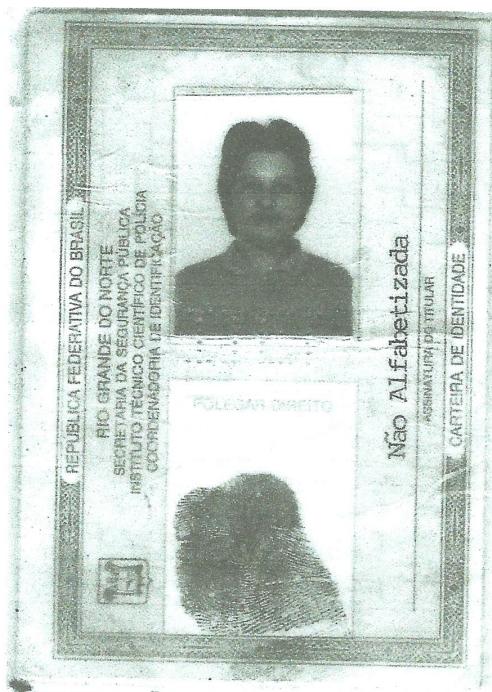
**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga ao Advogado acima descrito, os poderes para receber citação, intimações, reclamar, prestar declarações, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso.

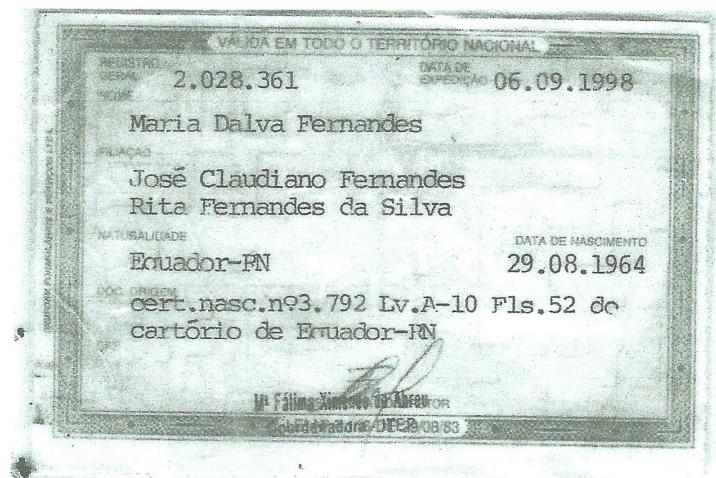
Equador RN, 06 de NOVEMBRO de 2018.

..... A.R.000. Seu nome é ... Seu

Outorgante

Rua Ademar Soares dos Santos, nº146, Bairro Dinarte Mariz, Equador RN  
Fone: (84) 98710 5311 / Email: granpascoal@bol.com.br









Seguradora  
**LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT



MARIA DALVA FERNANDES  
R NEUZA MARCELINO FERNANDES, 336  
CENTRO  
CEP 59355-000 - EQUADOR - RN



JO987528331BR



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE  
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000  
CNPJ: 08.334.359/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.425-3  
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

08000-840195

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 05/08/2016 AS 06:55:13 MATRÍCULA: MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

4606443

08/2016

MARIA DALVA FERNADES  
RUA NEUSA MARCELINO DE OLIVEIRA, N 336 - EQUADOR EQUADOR RN  
59355-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
421.001.275.0185.000	2	3747				

HIDRÔMETRO SITUAÇÃO ÁGUA SITUAÇÃO ESGOTO

SEM MEDIDOR LIGADO POTENCIAL

CONSUMO ÁGUA (m³): 10

DATA LEITURA:

LEIT. ATUAL:

LEIT. ANT.:

DIAS CONSUMO:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
07/2016	10	05/2016	10	03/2016	10	10
06/2016	10	04/2016	10	02/2016	10	

DESCRICAÇÃO  
ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)  
CONSUMO DE ÁGUA 10 m³ 35,01

FATURAS EM ATRASO  
REF 201606 35.81

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	35,01	1,65	0,58
COFINS	35,01	7,6	2,66
VENCIMENTO: 05/09/2016			TOTAL A PAGAR: 35,01

A RECUSA DO USO DO IPI PELO TRABALHADOR  
E FALTA DISCIPLINAR PASSÍVEL DE PUNICAÇÃO.

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA					
Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 UT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	6,23	7,57	100,0 %	2,42	

8261000000 7 35010006421 0 00460644301 0 08201670003 9



MATRÍCULA	MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
4606443	08/2016	05/09/2016	35,01



COMPROVANTE DA CAERN



**IDENTIFICAÇÃO - VÍTIMA** Maria Dalva Fernandes  
 DATA DO ACIDENTE 09.11.2015 CPF DA VÍTIMA 010.388.571-910  
**PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO** Francinando Grangeiro Diniz

**QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR**  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM AVITIMA É Francinando

**ENDEREÇO DO PORTADOR** Rua Neusa Mancino  
 N° 336 COMPLEMENTO - BAIRRO José Marcílio  
 CIDADE Curitiba UF PR CEP (51) 59355-000  
 E-MAIL 670NPASEm@ba.com.br TELEFONE (41) 99710 5311

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE**

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COM CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS**

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COM CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
**OBS:** REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE
- MORTE = R\$ 13.500,00  
 INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM O DESEJO DE SEGURADO PREVISTO NA LEI 6.194/74.  
 DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGUARDORA LÍDER DPVAT  
 COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
 PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
**OBS:** REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE J. 06.2018 DATA 17/07/18 IDENTIDADE 1.068.933.997-00 ASSINATURA Francinando Grangeiro Diniz

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS Francinando Grangeiro Diniz DATA 17/07/18 MATR. CORREIOS 8.608.364-2 NOME Francinando Grangeiro Diniz ASSINATURA Francinando Grangeiro Diniz

\_\_\_\_ DY 096093465 BR \_\_\_\_

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS  
As: 60300990 - AC EQUADOR  
EQUADOR - RN  
CNPJ....: 34028316521340 Ins Est.: 200530941

\_\_\_\_ COMPROVANTE DO CLIENTE \_\_\_\_

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOL SEGU  
CNPJ/CPF.....: 09248608000104  
Doc. Post.....: 1068333  
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709  
Cartao.: 62267655

Movimento.: 17/07/2018 Hora .....: 08:31:33  
Caixa.....: 87361339 Matricula.: 86283642  
Lancamento.: 003 Atendimento: 00002  
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1498975169

DESCRICA	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	21,75+
Valor do Porte(R\$)...	21,75	
Peso real (G).....	143	
CNPJ/CPF Remet	01038857490	
Nome Remetente	MARIA DALVA FERNANDES	
Endereco Remet.	RUA NEUSA MARCELINO, 336 -	
Cont Endereco..	JOSÉ MARCELINO DE OLIV	
Cep Remetente..	59355-000	
Cidade Remet	EQUADOR	
UF Remet.....	RN	
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,31+
Valor do Porte(R\$)...	29,31	
Cep Destino:	20031-205 (RJ)	
Peso real (G).....	141	
OBJETO.....	DY096093465BR	

\_\_\_\_ TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 51,06

Valor Declarado não solicitado(R\$)  
No caso de objeto com valor,  
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATARAR

Reconheco a prestação do(s) serviço(s) acima  
prestado(s), os(s) qual(is) pagarei mediante  
apresentação de fatura. Os valores constantes  
deste comprovante poderão sofrer variações de  
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:  
Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo! Baixe o APP de Pré-Atendimento d  
os Correios! E  
ncomenda cilíndrica ou esférica i  
mplica cobrança adicional de R\$ 20,00.

VIA-CLIENTE SARA 7.8.01

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: MARIA DALVA FERNANDES  
Nº Sinistro: 3180349732  
Vitima: MARIA DALVA FERNANDES  
Data do Acidente: 09/11/2015  
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180349732, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13193982



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Dulce Fernandes | Registro: \_\_\_\_\_ | Lado: \_\_\_\_\_ | Setor Atual: \_\_\_\_\_  
 Idade: 57 | Sexo: F | Cet. \_\_\_\_\_ | Estado Civil: \_\_\_\_\_ | Naturalidade: Brasil | Profissão: \_\_\_\_\_  
 Procedência: Verde | Amarela | Verde | RITI | ICG | Vla: | Residência: | Outro: \_\_\_\_\_  
 Data da internação hospitalar: \_\_\_\_\_ | Data da internação no setor: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
 Tem um cuidador/Responsável:  | Quem? \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_ | Tem acesso a uma UBS:  | Qual: \_\_\_\_\_

*Enf. 9*

#### 2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias:  | Motivos: \_\_\_\_\_ | Alergias:  | Qual: \_\_\_\_\_  
 Doenças:  | HAS |  | DM |  | DPOCC |  | Cardiopatia |  | Obesidade |  | Tabagista |  | Ex-tabagista |  | Neoplasia  
 | Alergismo |  | Drogadição |  | Outros. | Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

#### 3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): \_\_\_\_\_

#### 4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: \_\_\_\_\_ °C: \_\_\_\_\_ bpm: FR: 77 | Irm: PA: 130/80 | Sp: Hg, FC: \_\_\_\_\_ | bpm: SPO2: \_\_\_\_\_ |  
 HGT: \_\_\_\_\_ mg/dl | Peso: \_\_\_\_\_ Kg | Altura: \_\_\_\_\_ cm | Dor:  | Local: MFC | Cus: \_\_\_\_\_

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLOGICA

Nível de consciência:  | Consciente |  | Orientado |  | Confuso |  | Letárgico |  | Hipnotizado |  | Quase  
 GLASGOW(3-15): 15 | Drogas (Sedação/Analgesia): \_\_\_\_\_

Pupilas:  | Isocônicas |  | Anisocônicas |  | D>E |  | E>D |  | Fotorreagentes |  | Mióticas |  | Midriásicas

Mobilidade Física:  | Preservada |  | Paresia |  | Plegia |  | Parestesia | Local: \_\_\_\_\_

Linguagem: Alteração:  | Qual? |  | Disfonia |  | Afasia |  | Disfásia |  | Disartria

Outras: \_\_\_\_\_

##### OXIGENADAÇÃO

Respiração:  | Espontânea |  | Cateter Nasal |  | Venturi | % | Imin |  | Tracheostomia |  | Ayre-Tubo T  
 |  | VMIN |  | VMI TOT |  | Comissura labial nº |  | FIO2 | % | PEEP | cmH2O

| Eupneia |  | Taquipneia |  | Bradipneia |  | Dispneia |  | Outros: \_\_\_\_\_

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  | Diminuído:  | D:  | E:

Ruidos adventícios:  | Roncos |  | Sibilos |  | Estridor |  | Outros: \_\_\_\_\_

Tosses:  | In produtiva |  | Produtiva | Expectoração:  | Quantidade e aspecto: \_\_\_\_\_

Aspiração: Quantidade e aspecto: \_\_\_\_\_ | Dreno de tórax:  | D:  | E:  | Selo d'água: \_\_\_\_\_

Data da inserção do dreno: \_\_\_\_\_ | / | / | Aspecto da drenagem tórica: \_\_\_\_\_

Gasometria arterial: PH: \_\_\_\_\_ | PCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ | PO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ | HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ | LB: \_\_\_\_\_ | SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ | Data: \_\_\_\_\_ | / | / | Hora: \_\_\_\_\_

#### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alterações:  | Visão |  | Audição |  | Tato |  | Olfato |  | Paladar | Observação: \_\_\_\_\_

<b>SEGURANÇA FÍSICA</b>	
(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de queda. Observações:	
<b>REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR</b>	
P脉: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Fíbril ( ) Choro	
Pele: (X) Cereja ( ) Hipocrásica ( ) Clássica ( ) Sucrose ( ) Fria ( ) Aquecida	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos ( ) > 3 segundos ( ) Turpélida jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordia gótico: ( )	
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Supr. ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção: / /	
Edema: ( ) IMSS ( ) UMI ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINARIA)</b>	
Tipo somático: (X) Nutrido ( ) Enmagrecido ( ) Caquético ( ) Gordo	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta (X) Prótese	
Alimentação: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gástrica ( ) Jejunostomia ( ) NRT. Horas: Data: / /	
Alterações: ( ) Anapetéria ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros	
Abdômen: (X) Normotensão ( ) Doloroso ( ) Tensão ( ) Asfótico ( ) Outros.	
RHH: ( ) Normoativos ( ) Absentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros	
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematicria (X) SVD. Débito: mL	
Aspecto: ( ) Outros Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( ) Intacta ( ) Ressecada ( ) Ecemas ( ) Hematomas (X) Escorpiões ( ) Outros	
Coloração da pele: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Eletéria ( ) Clorotica. Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: (X) Local/Aspecto: MIE Curiativo em / / : / /	
Dreno: ( ) Local/Aspecto Débito: Retirado em: / /	
Ulceras de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curiativo: / /	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente (X) Dependente ( ) Parcialmente dependente Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória	
Limitação física: (X) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outros.	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
1 ( ) Preservado (X) Pisona ( ) Durme durante o dia ( ) Sono Intermittente. Observações:	
<b>6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativa ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiar/visita ( ) Outros:	
<b>7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p>Realizado curativo em ferida emigra em NOE com perda de tecidos avascular em pequena quantidade, com necrose, limpeza com desinfecção e SF 0,95, cicatrizes com gessos telas e cataduras.</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 14/11/15 HORA: 10:00	
Dr. ENF. Unesc. Prof. Dr. Lúcio da S. Bento	
Dr. Enf. Unsc. Maria das Glórias Sáez	
Lorraine P. Alves ENFERMEIRA CRF-SC 45921	



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Celia | Registro: Enf 09 | Leito: 01 | Setor: Adulto

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax. 70 | P. 60 | Sist. FR. 20 | Irm. PA. | mmHg | FC | bpm | SPO2 | %  
HGT: mg/dl | Peso: Kg | Altura: cm | Dor: (X) Local: MIE | Obs.

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência:  Consciente |  Orientado |  Confuso |  Letárgico |  Torporoso |  Comatoso |  Outro  
GLASGOW(3-15): \_\_\_\_\_ | Drogas (Sedação/Analgesia): \_\_\_\_\_

Pupilas:  Isocônicas |  Anisocônicas |  DSE |  ESD |  Fotorreagentes |  Mídicas |  Dilatadas

Mobilidade Física:  Preservada |  Paresia |  Plegia |  Paresthesia Local

Linguagem:  Clara |  Dafonia |  Afasia |  Disfasia |  Disurtia

Qs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração:  Espontânea |  Cateter Nasal |  Venturi % l/min |  Tracheostomia |  Ayre/Trach T |  
( VNI) |  VMI TOT n° |  Comissura labial n° |  FCO2 % |  PEEP cmH2O

( Eupneia) |  Taquipneia |  Bradipneia |  Dispnéia |  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúro vesicular presente |  Diminuídos |  Auscultação normal

Ruidos adventícios:  Roncos |  Sibilos |  Estridor |  Outros:

Tosse:  Inprodutiva |  Produtiva | Expectorado:  Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto:  Dreno de torax:  D |  E |  Selo e agua.

Data da inserção do creno: \_\_\_\_\_ | Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: pH | PCO<sub>2</sub> | PO<sub>2</sub> | HCO<sub>3</sub> | EB | SpO<sub>2</sub> | Data: \_\_\_\_\_ | Hora: \_\_\_\_\_

#### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão |  Audição |  Htzo |  Odorato |  Paladar | Observação:

#### SEGURANÇA FÍSICA

( Tranquilo) |  Agitado |  Agressivo |  Risco de queda. Observação:

#### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉:  Regular |  Irregular |  Impalpável |  Fibriforme |  Cheio.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO RESULTADOS FINAIS



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA



GOVERNO  
DO PARÁBA  
ESTADO DE  
PARÁBA  
1854.

Dinastico

卷之三

10

卷之三

七

29

112

卷之三

三

10

Paciente		Nome	Prescrição Médica	Horário	Leio	Alimentação	Convênio
Data							
11/11/11	1	Dieira	1. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	2		2. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	3		3. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	4		4. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	5		5. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	6		6. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	7		7. Clexane 40mg SC/dia				
	8		8. SSSW + CGG				
	9		9. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	10		10. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	11		11. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	12		12. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	13		13. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	14		14. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	15		15. Clexane 40mg SC/dia				
	16		16. SSSW + CGG				
	17		17. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	18		18. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	19		19. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	20		20. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	21		21. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	22		22. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	23		23. Clexane 40mg SC/dia				
	24		24. SSSW + CGG				
	25		25. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	26		26. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	27		27. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	28		28. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	29		29. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	30		30. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	31		31. Clexane 40mg SC/dia				
	32		32. SSSW + CGG				
	33		33. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	34		34. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	35		35. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	36		36. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	37		37. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	38		38. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	39		39. Clexane 40mg SC/dia				
	40		40. SSSW + CGG				
	41		41. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	42		42. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	43		43. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	44		44. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	45		45. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	46		46. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	47		47. Clexane 40mg SC/dia				
	48		48. SSSW + CGG				
	49		49. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	50		50. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	51		51. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	52		52. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	53		53. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	54		54. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	55		55. Clexane 40mg SC/dia				
	56		56. SSSW + CGG				
	57		57. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	58		58. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	59		59. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	60		60. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	61		61. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	62		62. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	63		63. Clexane 40mg SC/dia				
	64		64. SSSW + CGG				
	65		65. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	66		66. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	67		67. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	68		68. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	69		69. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	70		70. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	71		71. Clexane 40mg SC/dia				
	72		72. SSSW + CGG				
	73		73. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	74		74. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	75		75. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	76		76. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	77		77. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	78		78. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	79		79. Clexane 40mg SC/dia				
	80		80. SSSW + CGG				
	81		81. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	82		82. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	83		83. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	84		84. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	85		85. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	86		86. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	87		87. Clexane 40mg SC/dia				
	88		88. SSSW + CGG				
	89		89. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	90		90. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	91		91. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	92		92. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	93		93. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	94		94. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	95		95. Clexane 40mg SC/dia				
	96		96. SSSW + CGG				
	97		97. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	98		98. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	99		99. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	100		100. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	101		101. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	102		102. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	103		103. Clexane 40mg SC/dia				
	104		104. SSSW + CGG				
	105		105. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	106		106. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	107		107. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	108		108. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	109		109. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	110		110. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	111		111. Clexane 40mg SC/dia				
	112		112. SSSW + CGG				
	113		113. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	114		114. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	115		115. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	116		116. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	117		117. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	118		118. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	119		119. Clexane 40mg SC/dia				
	120		120. SSSW + CGG				
	121		121. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	122		122. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	123		123. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	124		124. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	125		125. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	126		126. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	127		127. Clexane 40mg SC/dia				
	128		128. SSSW + CGG				
	129		129. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	130		130. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	131		131. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	132		132. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	133		133. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	134		134. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	135		135. Clexane 40mg SC/dia				
	136		136. SSSW + CGG				
	137		137. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	138		138. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	139		139. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	140		140. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	141		141. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	142		142. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	143		143. Clexane 40mg SC/dia				
	144		144. SSSW + CGG				
	145		145. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	146		146. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	147		147. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	148		148. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	149		149. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	150		150. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	151		151. Clexane 40mg SC/dia				
	152		152. SSSW + CGG				
	153		153. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	154		154. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	155		155. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	156		156. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	157		157. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	158		158. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	159		159. Clexane 40mg SC/dia				
	160		160. SSSW + CGG				
	161		161. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	162		162. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	163		163. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	164		164. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	165		165. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	166		166. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	167		167. Clexane 40mg SC/dia				
	168		168. SSSW + CGG				
	169		169. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	170		170. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	171		171. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	172		172. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	173		173. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	174		174. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	175		175. Clexane 40mg SC/dia				
	176		176. SSSW + CGG				
	177		177. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	178		178. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	179		179. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	180		180. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	181		181. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	182		182. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	183		183. Clexane 40mg SC/dia				
	184		184. SSSW + CGG				
	185		185. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	186		186. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				
	187		187. Yutati 20mg + AO IV 12/12h				
	188		188. Gomepratezol 40mg IV/jejum				
	189		189. Tramadol 100mg + 1000ml SI 0,5% Fv 8/7/0h 08h				
	190		190. Nauroxidon 01 1A + AO EV 8/8h 08h				
	191		191. Clexane 40mg SC/dia				
	192		192. SSSW + CGG				
	193		193. Sust. 1500ml 8/7/24h				
	194		194. Diálise 07m - 1 AO 09h 05/06h				

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: U. G. V. M. G. V. A. Alojamiento: C3 Lote: C2 Convenio:

16/11/2015  
6:00 PM/2015  
1.200  
- Até

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Macia Dalla

Data	Prescrição Médica	Evolução Médica		
		Alívio	Relevo	Q. de Convenio
18/11	1. Dalt. Q1 HABs 2. SRI 1500mg IV/24h 3. Dextona 02ml + AD EV 06/05h 4. Flut 20mg + AD EV 12/03h 5. Omearol 400mg + AD EV 06/05h 6. Tormal 100mg + 100mg SF 0,5% EV 06/05h 7. Metocarbamol 500mg EV 08/08h SN 8. Clorazep 10mg S/ida 9. SWW + CCE	<u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u>	<u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u>	<u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u>
	10. Anorex 500mg 1/6/dia 11. Cloridex 600 mg EV 06/05h 12. Laxante 240 mg EV 12/03h	<u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u>	<u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u>	<u>90%</u> <u>90%</u> <u>90%</u>

14  
11  
15

10:00

~~73~~ 36,6 PA = 200

30

audição  
audição  
audição

realizado o exame e os  
cuidados de enfermagem

Assinado em 08/03/2019

Francinaldo Grangeiro Diniz  
Advogado  
TJRN



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

## AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: ...nae Fernandes IDADE: 53 SEXO: F  
IMC: ... PROCEDÊNCIA: ... PROFISSÃO: ... DATA: 15/11/13

### 1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática  Sintomática  Oligosintomática

#### SINTOMAS:

- |                                               |                                                                |                                       |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cefaléia             | <input type="checkbox"/> Tontura                               | <input type="checkbox"/> Síncope      |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço  | <input type="checkbox"/> Grande                                | <input type="checkbox"/> Pequena      |
|                                               | <input type="checkbox"/> Média                                 | <input type="checkbox"/> Ortopnéia    |
| <input type="checkbox"/> Palpitações          | <input type="checkbox"/> Tosse Seca                            | <input type="checkbox"/> Expectoração |
| <input type="checkbox"/> Dolor Precordial     | <input type="checkbox"/> Típica                                | <input type="checkbox"/> Atípica      |
| Relacionada: <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> Emoções <input type="checkbox"/> Frio | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |

Comentários: ...

### 2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- |                                                         |                                                     |                                                    |                                  |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | <input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar       | <input type="checkbox"/> DPOC                      | <input type="checkbox"/> Outros  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus              | <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana |                                  |
| <input type="checkbox"/> Arritmias                      | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal               | <input type="checkbox"/> Aguda                     | <input type="checkbox"/> Crônica |

### 3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- |                                                             |                                                   |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: <u>...</u> | <input type="checkbox"/> Tabagismo: <u>...</u>    |
| <input type="checkbox"/> Etilismo: <u>...</u>               | <input type="checkbox"/> Sedentarismo: <u>...</u> |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia: <u>...</u>           | <input type="checkbox"/> Cirúrgico: <u>...</u>    |

Medicamentos em uso:  Não  Sim: ...

### 4 - EXAME FÍSICO:

- Estado Geral  Bom  Regular  Comprometido  Precário  Altura  Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: ...

FC: ... b.p.m P.A.: 130 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: ...

Acústico - Comentários: ...

Membros Inferiores - Comentários: ...

5 - E.C.G.: ...

Ex. Laboratorial: ...

### 6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

- Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)  
 Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)  
 Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)  
 Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: ...

Dr. Francisco Grangeiro Fernandes  
Cardiologista  
Médico 4463

Ass. do Médico

**ESTADO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes**

Nome do Paciente	<i>Maria Dolida Fernandes</i>			Nº Prontuário
Data da Operação	<i>12/12/15</i>	Enf.	<i>8</i>	Leito
Operador	<i>U. R. Fernandes</i>			1.º Auxiliar
2.º Auxiliar	<i>3.º Auxiliar</i>			Instrumentador
Anestesia	<i>Indolec</i>			Tipo de Anestesia <i>Primo</i>
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>Fenda et fenda de pubinum na N.E.</i>			
Tipo de Operação	<i>Anteversão de pélv.</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório	<i>Não houve</i>			
Relatório Imediato da Patologia	<i>Não houve</i>			
Exame Radiológico no Ato	<i>Não houve</i>			
Acidente Durante a Operação	<i>Não houve</i>			

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

*Abordagem e abertura*  
*Coluna de ambos os quadrantes*  
*Incisão transversal, invertida*  
*extirpando a fenda na fenda*  
*h. ligaç. expostas*  
*Cartilago articular*  
*Frêmito desaparece*

*Vespasiano Caixas Guerra*  
*MÉDICO*  
*CRM. 4511*



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Maria Dolce Fernandes Idade: 51 anos  
Convênio: SUS Front 1251401 Data: 12/10/2015  
Procedimento: Extrato de pele em perno esquerdo

Assinatura Anestesista

Circulante

*Relatório de Operação*

MRS. 103



Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		7
Movimenta 4 membros = 2		
Apneia = 0		
Respiração Limitada, Dispnéia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		8
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		7
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0		
Sat 02 > 90 com oxigênio = 1		7
Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		7
Completamente acordado = 2		
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		

Dr. Valdebruno Abreu Jr.  
Anestesiologista  
CRM 3/36/PA

Assinatura do anestesista

## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

CIRCULANTE RESPONSABE

o eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FRANCINALDO GRANGEIRO DINIZ  
e-mail: jrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=18110719460841600000033416400  
do documento: 18110719460841600000033416400

Num. 34569461 - Pág. 5



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Vara Única da Comarca de Parelhas  
Praça Arnaldo Bezerra, 94, Centro, PARELHAS - RN - CEP: 59360-000

Processo nº 0800337-51.2018.8.20.5123

PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: MARIA DALVA FERNANDES

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

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

V i s t o s .

Compulsando os autos, verifico não haverem sido acostados todos os documentos essenciais à propositura da demanda, conforme art. 320 do CPC, haja vista que inexiste nos autos boletim de ocorrência do acidente descrito na exordial e, em sendo o caso, documentação do veículo conduzido pela autora quando da ocorrência dos fatos.

Assim, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, emendar a exordial, no sentido de juntar os documentos acima descritos, sob pena de indeferimento da inicial, nos termos dos arts. 321 e 330, inciso IV, ambos do CPC.

Publique-se. Intime-se. Cumpra-se.

Parelhas/RN, 08 de novembro de 2018.

*(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/06)*

ANA MARIA MARINHO DE BRITO

Juíza de Direito

**EMENDA A INICIAL**



**PASCOAL ADVOCACIA JÚRIDICA**

DR. FRANCINALDO GRANGEIRO DINIZ  
OAB PB 11066 \_ OAB RN 893 – A

**AO JUIZO DA COMARCA DE PARELHAS DO ESTADO DO RIO  
GRANDE DO NORTE.**

**Processo nº. 0800337-51.2018.8.20.0123**

**Emenda a Inicial**

**MARIA DALVA FERNANDES**, já devidamente qualificado nos autos do processo supra, vem através de seu **ADVOGADO** ao final assinado, com o costumeiro respeito à presença de Vossa Excelência, conforme ato ordinário anexo nº 21, vem **EMENDAR A INICIAL** o faz na forma a seguir adiante:

**Rua Ademar Soares dos Santos, nº146, Bairro Dinarte Mariz, Equador RN**  
**Fone: (84) 98710 5311 / Email: granpascoal@bol.com.br**



## PASCOAL ADVOCACIA JÚRIDICA

DR. FRANCINALDO GRANGEIRO DINIZ  
OAB PB 11066 \_ OAB RN 893 – A

Assim foi determinado

*Compulsando os autos, verifico não haverem sido acostados todos os documentos essenciais à propositura da demanda, conforme art. 320 do CPC, haja vista que inexiste nos autos boletim de ocorrência do acidente descrito na exordial e, em sendo o caso, documentação do veículo conduzido pela autora quando da ocorrência dos fatos.*

### 01. De cumprimento

SEGUE em anexo BOLETIM DE OCORRENCIA, como pode se verificar a Autora não era a CONDUTORA DO VEICULO.

### 02. Do pedido

Ante ao exposto, requer a Vossa Excelência, CUMPRIDAS AS DETERMINÇÕES JUDICIAIS, na medida do possível, o prosseguimento do feito.

É deferimento.

Equador RN, 12 de novembro de 2018.

Francinaldo Grangeiro Diniz  
Advogado

Rua Ademar Soares dos Santos, nº146, Bairro Dinarte Mariz, Equador RN  
Fone: (84) 98710 5311 / Email: [grnpascoal@bol.com.br](mailto:grnpascoal@bol.com.br)



**PASCOAL ADVOCACIA JÚRIDICA**

DR. FRANCINALDO GRANGEIRO DINIZ  
OAB PB 11066 \_ OAB RN 893 – A

**Rua Ademar Soares dos Santos, nº146, Bairro Dinarte Mariz, Equador RN**  
**Fone: (84) 98710 5311 / Email: granpascoal@bol.com.br**



Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Policia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PARELHAS  
Endereço: Rua Alexandrina Pereira, S / N, CENTRO, PARELHAS

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2016130000116  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO  
1.2 Data de Expedição: 02/02/2016 11:57:28  
1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 09/11/2015 15:00.00  
2.3 Fato: Consumado  
2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo  
2.6 Tipo do local: Rural  
2.8 Número: SN  
2.10 Complemento:  
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
2.7 Logradouro: RN-086, Rio Grande do Norte, Brazil – -6.74482,-36.70519  
2.9 CEP: 59360000  
2.11 Ponto de Referência: SÍTIO QUINTOS  
2.13 Cidade: PARELHAS

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: SERGIO NUNES DE SOUZA  
3.3 Etnia: Parda  
3.5 Mãe: MARIA DALVA FERNANDES  
3.7 Sexo: MASCULINO  
3.9 CPF: 06158553425  
3.11 Nacionalidade:  
3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)  
3.15 Telefone(s): 84 988929619  
3.17 Número: 336  
3.19 Bairro: JOZE MARCELINO  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.4 Pai: SEVERINO NUNES DE SOUZA  
3.6 Data de Nascimento: 05/12/1983  
3.8 RG: 2030022 - ITEP/RN  
3.10 Passaporte:  
3.12 Nacionalidade: EQUADOR RN  
3.14 E-Mail:  
3.16 Logradouro: RUA NEUZA MARCELINO  
3.18 CEP: 59355000  
3.20 Cidade: EQUADOR

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 Nome Completo: MARIA DALVA FERNANDES  
4.1.3 Etnia: Branca  
4.1.5 Mãe: RITA FERNANDES DA SILVA  
4.1.7 Sexo: FEMININO  
4.1.9 CPF:  
4.1.11 Nacionalidade:  
4.1.13 Logradouro: RUA NEUZA MARCELINO  
4.1.15 Número: 336  
4.1.17 Bairro: JOSÉ MARCELINO  
4.1.19 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
4.1.2 Estado civil: Viúvo(a)  
4.1.4 Pai: JOSÉ CLAUDIO FERNANDES  
4.1.6 Data de Nascimento: 29/08/1964  
4.1.8 RG: 2028361  
4.1.10 Profissão: AGRICULTORA  
4.1.12 Passaporte:  
4.1.14 E-Mail:  
4.1.16 CEP:  
4.1.18 Cidade: EQUADOR

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)**

**6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)**

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não  
7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*00631  
7.1.5 Placa: MYM7301  
7.1.7 Marca: HONDA  
7.1.9 Categoria: Particular  
7.1.11 Ano do Modelo: 2007  
7.1.13 Cor do veículo: VERMELHA  
7.1.15 Nota Fiscal:  
7.1.17 Nome do proprietário: ALDENOR JOVINO DOS SANTOS  
7.1.19 Nome do condutor: ALDENOR JOVINO DOS SANTOS  
7.1.20 Observações: Situação: SEM REGISTRO DE ROUBO  
7.1.2 Seguradora:  
7.1.4 Renavam: 00910590800  
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
7.1.8 Modelo: HONDA/CG 125 FAN  
7.1.10 Combustível: Gasolina  
7.1.12 Ano de Fabricação: 2007  
7.1.14 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.16 Número do Motor:  
7.1.18 Vínculo com a  
Ocorrência:

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

A DECLARANTE VEIO A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL NO INTUITO DE COMUNICAR QUE NA DATA E HORA SUPRATICADAS ESTAVA NA GARUPA DO REFERIDO VEÍCULO. QUANDO O CONDUTOR TENTOU UMA ULTRAPASSAGEM E PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO. A VÍTIMA TEVE FRATURAS E CHEGOU, E VAI REALIZAR PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS.

**9.2 Informações do Ciosp**

**9.3 Outras Providências**

REALIZAÇÃO DO BO PARA PROVIDÊNCIAS.

**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)**

**11. DECLARAÇÃO**

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 02/02/2016 11:57:28

  
\_\_\_\_\_  
X

  
\_\_\_\_\_  
X

Carlos Magno de Souza Cordeiro  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 207079-0

Protocolo: J2016130000116 - Código de autenticação: 29713b354f07efcc331077935aa8



Polegar direito

Página 1 de 2



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Vara Única da Comarca de Parelhas  
Praça Arnaldo Bezerra, 94, Centro, PARELHAS - RN - CEP: 59360-000

Processo nº 0800337-51.2018.8.20.5123

PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: MARIA DALVA FERNANDES

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

**DESPACHO**

Vistos.

RECEBO a exordial, posto que atendidos os requisitos dos arts. 319 e 320 do CPC.

Defiro o pedido de gratuidade judiciária, a teor do art. 98 e seguintes do CPC.

Prefacialmente, em já constatado que nas ações de cobrança de DPVAT raramente ocorre acordo antes de realizada a perícia médica, entendo que a audiência de conciliação pode ser postergada para momento após a inspeção médica, justificando as adaptações promovidas no procedimento, com vistas à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do feito, a fim de que o direito material seja promovido, já que o seu principal escopo será atendido com mais eficácia em se realizando a perícia primeiro.

Assim sendo, não obstante a previsão legal do art. 334 do CPC, deixo de marcar audiência prévia de conciliação e, ato contínuo, determino a CITAÇÃO da parte demandada para, querendo, responder a ação, no prazo legal (art. 335 do CPC).

Elencadas as preliminares traçadas no art. 337 do CPC ou qualquer matéria extintiva ou modificativa do direito do autor, intime-se a parte promovente para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar réplica (art. 350 do CPC).

De outro modo, se a parte ré, na contestação, não alegar matéria preliminar, mas juntar novos documentos aos autos, intime-se a parte autora para se manifestar, no prazo de 15 (quinze) dias (art. 437, §1º, do CPC).

Cumpridas as diligências ou decorridos os prazos acima declinados, intime-se a Seguradora Líder para que realize o depósito dos honorários periciais, em 15 (quinze) dias, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), nos termos do Convênio nº 01/2013, firmado entre a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e o TJRN.

Após, tendo em vista a necessidade de realização de perícia médica capaz de atestar o grau da lesão, em tese, sofrida pela parte autora, nomeio o Dr. Handerson Sérgio Araújo - CRM/RN 6293, médico ortopedista para funcionar como perito e, aceitando o encargo, marcar dia e hora para realização da perícia, independentemente de prestar compromisso.

Nessa esteira, formulo, desde já, os seguintes quesitos: a) o autor ficou com alguma invalidez permanente, assim entendida a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão, em razão do acidente automobilístico descrito na petição inicial? b) Em caso afirmativo, qual membro ou órgão do promovente apresenta-se inválido de forma permanente? c) Qual o grau da lesão? d) O caso concreto exige alguma observação específica que mereça ser consignada nos autos? Em caso positivo, descreva-a de forma clara, objetiva e concisa.

Apraze a Secretaria data para realização de perícia médica, formalizada através de termo de comparecimento, podendo as partes apresentar(em) quesitos e indicar(em) assistentes técnicos.

Com a entrega do laudo, expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais, intimando-se, na mesma oportunidade, as partes para se pronunciar(em) sobre o laudo, no prazo comum de 10 (dez) dias e/ou, se for o caso, formular proposta de acordo.

Transcorrido o prazo, com ou sem manifestação, faça-se conclusão para sentença.

Publique-se. Intimem-se. Cumpra-se.

PARELHAS/RN, 26 de novembro de 2018.

*(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)*

ANA MARIA MARINHO DE BRITO

Juiz(a) de Direito



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Vara Única da Comarca de Parelhas  
Praça Arnaldo Bezerra, 94, Centro, PARELHAS - RN - CEP: 59360-000

CARTA DE CITAÇÃO

Ao(À) Ilmo(a). Sr(a) Diretor

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

De ordem do Exmo. Sr. Dr. ADRIANO DA SILVA ARAUJO, Juiz de Direito da Vara Única da Comarca de Parelhas, na forma da lei.

Manda, pela presente, extraída dos autos do processo infra-identificado, na conformidade do despacho e da petição inicial, cuja cópia segue em anexo, CITAR Vossa Senhoria para, querendo, responder a ação, no prazo legal (art. 335 do CPC).

**ADVERTÊNCIA:** Caso não seja contestada a ação, serão tidos como verdadeiros os fatos alegados pelo autor (art. 285 do CPC).

**OBSERVAÇÃO:** A visualização das peças processuais, bem como as especificações da petição inicial, dos documentos que a acompanham e do despacho judicial que determinou a citação (artigo 225, incisos II e V, do Código de Processo Civil), poderá ocorrer mediante acesso ao sítio do Tribunal de Justiça na internet, no endereço <https://pje.tjrn.jus.br/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>, utilizando o código xxxxxxxxxxx, sendo considerada vista pessoal (artigo 9º, § 1º, da Lei Federal n. 11.419/2006) que desobriga sua anexação.

Ressalte-se que este processo tramita em maio eletrônico através do sistema PJe, sendo vedada a junta de de quaisquer documentos por meio físico quando houver o patrocínio de advogado.

É imprescindível que o tamanho de cada arquivo a ser inserido tenha, no máximo, 1,5 Mb (megabytes). O único formato de arquivo compatível com o sistema PJe é o ".pdf".

Processo: 0800337-51.2018.8.20.5123

Ação: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Autor: AUTOR: MARIA DALVA FERNANDES

Réu: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO/DECISÃO: anexo

PARELHAS/RN, 25 de abril de 2019.

RITA LOURDES DA SILVA PEREIRA  
Chefe de Secretaria  
(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)

Vara Única da Comarca de Parelhas  Praça Arnaldo Bezerra, 94, Centro, PARELHAS - RN - CEP: 59360-000  Processo: 0800337-51.2018.8.20.5123	Vara Única da Comarca de Parelhas  Praça Arnaldo Bezerra, 94, Centro, PARELHAS - RN - CEP: 59360-000  Processo: 0800337-51.2018.8.20.5123
Destinatário:  SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. Rua Senador Dantas, 74, 5 ANDAR, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205	Destinatário:  SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. Rua Senador Dantas, 74, 5 ANDAR, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205