



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CIVEL DE ITABAIANA DA COMARCA DE ITABAIANA
Av. Dr. Luiz Magalhães, Bairro Centro, Itabaiana/SE, CEP 49500000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 201952101151 Distribuição: 16/08/2019
Número Único: 0005791-11.2019.8.25.0034 Competência: 2ª Vara Civil de Itabaiana
Classe: Procedimento Comum Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento Processo Principal: *****
Processo Origem: *****

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: JAQUELINE MARIA DE JESUS
Endereço: RUA B, QUARTA ETAPA
Complemento:
Bairro: QUEIMADAS
Cidade: ITABAIANA - Estado: SE - CEP: 49500000
Advogado(a): CARLOS EDUARDO DE ALMEIDA PORTO 158453/RJ
Requerido: DPVAT SUPERVISAO ANALISE DE SINISTRO
Endereço: RUA: SENADOR DANTAS
Complemento: 5º ANDAR
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CIVEL DE ITABAIANA DA COMARCA DE ITABAIANA
Av. Dr. Luiz Magalhães, Bairro Centro, Itabaiana/SE, CEP 49500000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CIVEL DE ITABAIANA DA COMARCA DE ITABAIANA
Av. Dr. Luiz Magalhães, Bairro Centro, Itabaiana/SE, CEP 49500000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201952101151

DATA:

16/08/2019

MOVIMENTO:

Distribuição

DESCRIÇÃO:

Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 201952101151, referente ao protocolo nº 20190816131502826, do dia 16/08/2019, às 13h15min, denominado Procedimento Comum, de Invalidez.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim

EXMO SR DR JUIZ DE DIREITO DA __ VARA CIVEL DA COMARCA DE ITABAIANA – SE.

JAQUELINE MARIA DE JESUS, brasileira, solteira, Empregada Doméstica, portadora da Carteira de Identidade (CI) nº 24126802, inscrita no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) nº 043.359.795-09, sem correio eletrônico, residente e domiciliado no endereço situado na Rua B, Quadra 7, Lote 23, Recanto da Serra, Povoado Queimadas, Itabaiana – SE, CEP 49.500-000, vem, respeitosamente à presença de Vossa Excelência, por intermédio de seu advogado e bastante procurador, propor:

AÇÃO DE COBRANÇA

Em face de **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, residente à Rua Senador Dantas, 74, 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP 20031-205, pelos motivos de direito que passa a expor:

PRELIMINARMENTE

DO PEDIDO DE GRATUIDADE DE JUSTIÇA

Inicialmente, noticia a parte autora que não possui condições financeiras de arcar com as custas do processo nem honorários de advogado, conforme declaração em anexo, motivo pelo qual roga pelo deferimento da gratuidade de justiça.

I – DOS FATOS

A parte autora em 04/07/2015 sofreu acidente automobilístico resultando em TCE grave e fratura na coluna cervical (L1).

Após período de convalescência restou com sequelas permanentes.

Requeriu de forma administrativa (3180251118) o seguro DPVAT e teve seu pedido negado, sem qualquer argumento.

Deste modo, não restou outra opção, senão o ajuizamento da presente para receber o quem tem direito.

II – DOS FUNDAMENTOS

Prevê o art. 3º da lei 6194/74:

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: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

*...
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 (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)*

Comprovado o fato através do boletim de ocorrência anexo, conforme previsão do art. 5º, bem como os beneficiários na ordem prevista no 4º, ambos da Lei 6194/74, é devida a indenização de acordo com a tabela do Seguro DPVAT, explicita no anexo da citada lei.

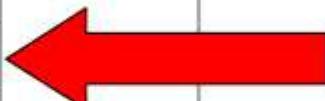
Vejamos:

Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil. (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)

*...
Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.*

Tabela:

Danos Corporais Totais Repercussão na Integra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	100
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudança completa) ou da visão de um olho	60
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda Integral (retirada cirúrgica) do baço	10



Diante do exposto, pleiteiam os autores seja a requerida compelida ao pagamento do quantum indenizatório fixado pelo perito judicial, com correção monetária desde a data do acidente e juros de mora desde a citação.

V – DOS PEDIDOS

Diante do exposto o autor requer:

- 1) Deferimento da Gratuidade de Justiça;

- 2) A citação da requerida para responder a ação no prazo da lei;
- 3) O autor não manifesta interesse na designação de audiência conciliatória, uma vez que a requerida comumente não traz propostas de acordo;
- 4) A condenação da ré ao pagamento do valor da indenização do seguro de acordo com a tabela estabelecida pela Lei 6194/74 e de acordo com a pericia a ser realizada por este Juizo, com juros de mora a contar da citação e correção monetária desde a data do sinistro;
- 5) Condenação da parte ré ao pagamento das custas e honorários arbitrados em 20% sobre o valor da condenação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova admitidos em direito, em especial a prova pericial.

Nestes termos, dá-se a causa o valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

Nestes termos,
Pede deferimento.

Itabaiana - SE, 16 de Agosto de 2019.

Carlos Eduardo Porto Almeida
OAB/RJ 158.453

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>Jaqueleine Maria de Jesus</i>	Nacionalidade: Brasileiro(A)
Estado Civil: <i>Solteira</i>	Profissão: <i>Reclusa-ME</i>
CPF n. <i>093.359.495-09</i>	Residência: <i>Rua. B N° 91</i>
Bairro: <i>Z. Amendoado</i>	Cidade: itabaiana
	Estado: sergipe
	CEP: 49500-000

OUTORGADO:

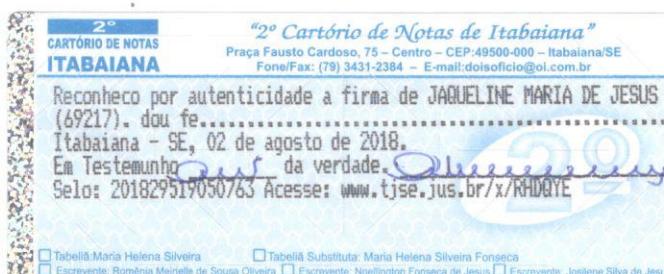
Clóvis neri de carvalho Almeida, brasileiro, corretor, empresário, cnpj 14.006.733/0001-46, portador do RG n.º 3628528-5, inscrito(a) no CPF sob o n.º 08189210726, domiciliado na RUA: Esperidião Noronha, nº 844, centro, ita/se, cep: 49500-193, Tel. (79)34314549/999549015-vivo/79-988883281-oi e, CARLOS EDUARDO DE ALMEIDA PORTO, brasileiro, empresário (regulador), inscrito na OAB/MG sob o n.º 119.304 e na OAB/RJ sob o n.º 158.453, OAB/SP sob o n.º 354.395, OAB/PA sob o n.º 22.656-A, com escritório profissional na Rua das Marrecas, 48, Sala 403, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20031-120. Fone: (21) 9.9992-0932. E-mail: carlos.porto@nacionalreguladora.com.br.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, seus bastantes procuradores, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicia et extra", para representá-lo junto ao Poder Judiciário, e para requerer o seguro DPVAT a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar agendamento, bem como oferecer representações e reclamações junto a SUSEP, subscrever formulários destinados ao seguro DPVAT e declarações para regularização dos processos, observando a responsabilidade pela documentação entregue sempre do outorgante, sendo o segundo outorgado responsável apenas pela análise e conferência documental de acordo com o Manual de Regulação do Seguro DPVAT (regulação do sinistro). VITIMA MENOR: _____

Itabaiana [se] 02/08 de 2018

Jaqueleine Maria de Jesus
Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

Nome:	TÁQUELINE MARIA DE JESUS		Nacionalidade:	BRASILEIRA	
Estado Civil:	Solteira		Carteira de Identidade:	2412 680-2	
CPF nº:	043 359 795-09		Residência:	RECANTO DA SERRA RUA B, 91	
Bairro:	PONTO DO QUEIMADO	Cidade:	ITABAIANA	Estado:	SE
				CEP: 48500000	

declaro para os devidos fins e a quem possa interessar que não posso possuir condições financeiras de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu próprio sustento e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente e requeiro os Benefícios da Gratuidade de Justiça.

ITABAIANA [SE], 02 de Agosto de 2018

Táqueline Maria de Jesus

Declarante

SERGIPANA LIGA D'ÁGUA E GÁS SISTEMAS

ANTONIO CORTES
RECANTO DA SERRA I Povoado Queimadas, 81/RUA B QD7 LT 20 - ITABAIANA
ITABAIANA / SE CEP 49610000 (AG 30)

Classe/Subclasse RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro 7 - 30 - 880 - 5560
Nº medidor: A5026483917 Referência Jul/2015
Emissão: 14/07/2015

ENERGISA SERGIPE DISTRIB ENERGIA SA
Rua Min Apolinário Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju/SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462.0001-83 Insc Est 270.767.436
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Número 289.922
Código para Débito Automático: 00010102178

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

048d 4a55 5f22 56b8 91a7 5213 0167 705f

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 3/1010217-6

Jul / 2015

Canal de contato

Apresentação

14/07/2015

Data prevista da
próxima leitura

13/08/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

16439946500

Faturas em atraso

	Anterior	Cálculo de consumo		Consumo	Dias
	Data	Leratura	Atual	Constante	
12/06/15	814	14/07/15	886	1	72
Demonstrativo					
Descrição	Quantidade		Preço	Valor (R\$)	
Consumo em kWh	72	0,40935	29,47		
Adic. B Vermeia				3,86	

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,89
COPINS	1,86
CONTRIB. IUM/PÚBLICA	7,98
ICMS (Base de Cálculo R\$ 50,82; Alíquota 25,00%)	12,70

Histórico de Consumo
(kWh)

Jun/15	73
Maio/15	82
Abril/15	124
Mar/15	105
Fev/15	102
Jan/15	112
Dez/14	98
Nov/14	93
Out/14	36

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

21/07/2015

R\$ 58,70

Indicadores de Qualidade 5/2015-ITABAIANA

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	5,80	0,00
DIG TRIMESTRAL	11,60	NOMINAL
DIG ANUAL	23,20	127
FIC MENSAL	3,40	0,00
FIC TRIMESTRAL	8,90	CONTRATADA
FIC ANUAL	13,76	LIMITE INFERIOR
DMIC	3,37	LIMITE SUPERIOR
DICRI	12,22	116
		133

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/SE	12,89	21,80
Combra de Energia	19,45	26,32
Serviço de Transmissão	1,02	1,74
Encargos Sistelmas	4,28	7,28
Impostos Diretos e Encargos	25,27	43,05
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	58,70	100,00

Valor do encargo da Enel do Sistema de Distribuição (Ref 5/2015) R\$ 18,50

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima constante(n) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 29/07/2015 Conforme Resolução 414/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 estejam pagas, desconsiderar essa mensagem.
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JA REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 80(noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.
- Leitura confirmada

SERGIPE VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

21/07/2015

R\$ 58,70

83670000000-0 58700049000-9 10102172015-2 07700300019-5





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE ITABAIANA

CENTRO CEP 49500000 FONE:() 3431-2810

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2016/06552.0-000367

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE ITABAIANA

Endereço: CENTRO CEP 49500000 FONE:() 3431-2810

FATO

Data e Hora do Fato: 04/07/2015 - 17:30 até 04/07/2015 - 18:00

Endereço: PROXIMO AO BAR DE GOIABADA **Número:** Complemento: **CEP:** 49500-000

Bairro: Centro **Cidade:** ITABAIANA - SE **Circunscrição:** DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE ITABAIANA

Tipo de local: VIA PUBLICA **Meio Empregado:** NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: JAQUELINE MARIA DE JESUS

Nome do pai: JOSE DE JESUS **Nome da mãe:** LUCIENE MARIA DE JESUS

Pessoa: Física **CPF/CFC:** 043.359.795-09 **RG:** 24126802 **UF:** SE **Órgão expedidor:** SSP-SE

Naturalidade: CORONEL JOAO SA **Data de nascimento:** 05/10/1989 **Sexo:** Feminino **Cor da cutis:** Parda

Profissão: DOMESTICA **Estado civil:** Solteiro **Grau de instrução:** 1º Grau Incompleto

Endereço: POVOADO QUEIMADA RUA B **Número:** 91 **Complemento:** RECANTO DA SERRA

CEP: 49.500-000 **Bairro:** QUEIMADAS **Cidade:** ITABAIANA **UF:** SE

Proximidades: **Telefone:** 9-9887-6689

HISTÓRICO

RELATA A NOTICIANTE QUE VINHA TRANSITANDO EM UMA MOTO MODELO SHINERAY CHASSIS: LXYXCBL01E0530612 QUANDO NAO PERCEBEU UM BURACO EM SUA FRENTES E ACABOU CAINDO COM O VEICULO. QUE FOI SOCORRIDA POR UMA UNIDADE DO SAMU E ENCAMINHADA A O HOSPITAL DE ITABAIANA E

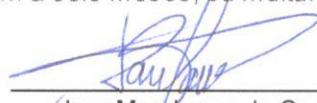
LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HUSE QUE A NOTICIANTE FRATUROU A MÃO DIREITA E TRAUMATISMO CRANIANO. QUE REGISTRA ESTE B.O PARA ACIONAR O SEGURO DPVAT.

Data e hora da comunicação: 02/02/2016 às 11:24

,Ultima Alteração: 02/02/2016
às 11:24.

CBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.


JAQUELINE MARIA DE JESUS
Responsável pela comunicação


Igor Mendonça de Santana
Responsável pelo preenchimento

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195727/18
Vítima: JAQUELINE MARIA DE JESUS
CPF: 043.359.795-09

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 04/07/2015
Titular do CPF: JAQUELINE MARIA DE JESUS

3180 951 158

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

CARLOS EDUARDO DE ALMEIDA PORTO : 113.032.537-71

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JAQUELINE MARIA DE JESUS : 043.359.795-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/05/2018
Nome: CARLOS EDUARDO DE ALMEIDA PORTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2018
Nome: Marcilene de Souza Barroso

Info Veiculo

#	CPF	Proprietário	Placa	Chassi	Renavan
1	695.540.215-34	LUCIENE MARIA DE JESUS SANTOS	QKWW0846	LXXXCBL08F0245150	1085365970
Veiculo					
Proprietário:		LUCIENE MARIA DE JESUS SANTOS	CPF:		695.540.215-34
Placa:	QKWW0846		Categoria:		PARTICULAR
Chassi:	LXXXCBL08F0245150		Renavam:		1085365970
Município de Emplacamento:	ITABAIANA - SE				
Marca/Modelo:	I/SHINERAY XY50Q PHOENIX	Cor:	VERMELHA		
Fabricação:	2014	Modelo:	2015		
Registro de Roubo/Furto:		Sinalização de Roubo/Furto:			
Ano Exercício:		Consultado:	07/06/2018 - 16:35:08		
Cadastral					
Nome:	LUCIENE MARIA DE JESUS SANTOS	CPF:	695.540.215-34		
Nascimento:	06/11/1972	Situação Cadastral:	ATIVO		
Mãe:	CECILIA MARIA DE JESUS	Emitido:	CPF[M] Bahia ou Sergipe		
Endereço:	PROJETADA 129	Nº/Comp.:	/ LOT JARDINS		

Bairro:	CENTRO
CEP:	49500-000
Município/UF:	ITABAIANA / SE

Consultado:	07/06/2018 - 16:35:10
+ Informações	Informações extra não inclusa!

NOVA CONSULTA

S/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 265742
CNS:DATA: 04/07/2015 HORA: 18:50 USUARIO: MOCORNELIO
SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JAQUELINE MARIA DE JESUS
 IDADE.....: 25 ANOS NASC: 05/10/1989
 ENDERECO....: POV QUEIMADAS
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO....: ITABAIANA UF: SE CEP...: 49500-000
 NOME PAI/MAE.: JOSE DE JESUS /LUCIENE MARIA DE JESUS
 RESPONSAVEL...: A MAE TEL...: 079 980766
 PROCEDENCIA...: ITABAIANA - CENTRO - SE 89
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

Paciente trazido pelo Samu e PC + tutor informa de acidente (queda de moto) e/ou seguidas de fôlego. A = VAP SI (dolor) B = MVUA SI RA
 C = pulso lento. D = flegmasia PIER SI/dificuldade focal. E = FCE

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: En face: Asma crônica. Rinite e piore sem outras alterações. Tórax e sinus sem fratura. Braço estéril. Abdomen flácido indolor. Exames: SI sinus de fratura.

DIAGNOSTICO:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

PRESCRICAO

Marcos Carvalho dos Anjos

Téc. Em Radiologia Médica

ORTR-00475T

HORARIO DA MEDICACAO

579-605-563

RADIOTERAPIA CONSTITUCIONAL

Cronograma

9999

04072015

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO
 [] ENCAMINHADO AC AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA:
 TÉCNICO: DESISTENCIATRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

Assinatura do paciente/Responsável

[] FAMILIA [] IM [] ANAT. PATOL

Assinatura e carimbo

HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Dr. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

UP: PRONTO SOCORRO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

BUSCA ESPONTÂNEA
 AMBULÂNCIA

ENCAMINHAMENTO
 GESTANTE

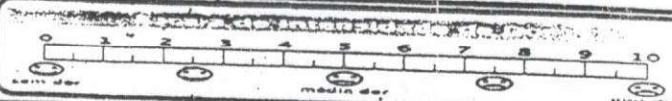
SAMU

CORPO DE BOMBEIRO
 ACIDENTE DE TRABALHO

Duração da Queixa: Agudo Crônico:

Alergias: Sim Não. Qual?

História Pregressa: DM Cardiopatias
 HAS Etilista Tabagista



Sinais Vitais:

FC (bpm)	FR (rpm)	SPO2 (%)	Tax °C	PA (mmHg)	GLC (mG/dL)	Peso (Kg)	Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	TOTAL

Sistema Nervoso

Consciente	Inconsciente
Orientado	Desorientado
Torpor	Confuso
Tontura	Náusea
Isocoria	Midriase
Anisocoria	Miose

Sistema Respiratório

Eupneico	Tôsse
Orçopneia	Hemoptise
Taquipneico	Secreção
Tir. Intercostal	Tir. Subcostal
Dispneico	Bradipneico

Sistema Cardiovascular

Normocárdico	Hipotensão
Hipertenso	Normotensão
Dor Torácica	Bradicárdico
Angina	Precordialgia
P. Rítmico	P. Arritmico
Tachicárdico	

S. Gastrointestinal

Flácido	Hematemese
Globoso	Melena
Émese	Constipação
Pirose	
Diarreia	
Rígido	

Sistema Geniturinário

Anúria	Mictúria
Colúria	Hemanúria
Oligúria	Polaciúria
Disúria	Priapismo
Bexigoma	Límpido e Claro
Diurese Concentrada	+ -

Sistema Osteoarticular

Artralgia	Atrofia
Cervicalgia	Lombalgia
Espasmos	Câimbra
Hemiparesia	Hemiplegia
Paraplegia	
Susp. Fratura/Qual?	

Uso de Medicação: Não Sim,
Qual? _____

Especialidade:

Clinico	Cirúrgico	Pediátrico	Ortopédico	Enfermagem
---------	-----------	------------	------------	------------

Classificação de Risco

Azul	Verde	Amarelo	Vermelho
------	-------	---------	----------

Hora da Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data/Hora

Evolução de Enfermagem

Data/Hora

Anotação de Enfermagem

07/08/2011 08:00 - Estojo azul FAV.
SOCORRO CX FAV

07/08/2011 08:00 - Estojo azul FAV.
SOCORRO CX FAV

ATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DO BE: 1203232

DATA: 04/07/2015 HORA: 20:52 USUARIO: RSSANTOS

S:

SETOR: 06-SUTURA

3

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

ME : JAQUELINE MARIA DE JESUS
 IDADE.....: 23 ANOS NASC: 00/00/0000
 ENDERECO....: RUA PROJETADA 129
 COMPLEMENTO...:
 MUNICIPIO....: ITABAIANA
 NOME PAI/MAE.:
 RESPONSAVEL...: LUCIENE / MAE
 PROCEDENCIA...: ITABAIANA
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC...:
 SEXO...: FEMININO
 NUMERO: 129

UF: SE CEP...:
 /LUCIENE MARIA DE JESUS SANTOS
 TEL...: 98076689

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente vítima de acidente motociclistico, apresentava sincope e náuseas/vômitos. Nega alergia a medicamentos. A) Visão clara, pupila com presença de dilatação e equívoco curvado à palpação. B) MV+ em ambos HT 5/R.A. C) Pulso radial propulsor, com soprogramma de 100 FC 72 D) ECG 15, pupilas iracônicas e fotorrágicas. E) Abdome flácido, com presença de dor difusa e palpações difusidade de mobilização de mão esquerda.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Vaso: devido a falta de checagem no fundo de tamanhos, realize dipirona e profenid

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Dipirona 2ML + 8ML de AD iv

Panaxil Clínica Central Farm 2/20

② PROFENID 100 MG + 100ML de S.F ENZ

③ Rx de tumicriguarda 10 posicões

③ COLAR CERVICAL

④ Rx de panader Junta 12 posicões

④ AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: []ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Juciene Maria de Santos

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

RADIOLOGIA / MHF

realizado rr

horas

Téc. em Radiologia

⑤ AVALIAÇÃO DA ORTOPÉDIA

⑥ p.18 AVALIAÇÃO DO CRMF

CTR MF: > Pórtula nítima da orelha mandibular, ~~negro~~ cravada, rígida, neg. móvel.

No exame clínico extra-oral milimétricas lesões em hemisferio face (D) + contundido.

Suspeita de fratura de areo zigomático (D).

Sobrada exames radiográficos). PA mento-mano

- Axial de hzg p/ areo zigomático.

RX

Dr. Renato
Eduardo Amaral
Orto Maxilo Facial
CRO SE 2325

Nr Nci: fractura com areo D5 esquerda sem deslocamento, humor erhalteno

21:56h b/ origem accésaria, humor intacto, neg. consolidação.

No exame: Auscultada, ausculta de continuidade, sem ossificat. p/ areo.

TC D5 cíngulo: NORMAL

TC D5 Cíngulo Cristais: Fratura de areo transverso II A 552.

Constitui lesão nr. Nr. Nr.

Cirurgião Plástico
Médico
CRM SE - 3694

BMF

TAC: ex fratura facial

05/07/15

e D. D. Alta BMF

03:30

Dr. Renato
Eduardo Amaral
Orto Maxilo Facial
CRO SE 2325

Observar:

04/07/15 Pta. VNOVAD. Dr. DR.

Máx. liberdade extensão.

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Marcos Pinheiro dos S. Teixeira
MPB - Eurocirurgia
CRM 4330-55

p. 19

Grau 15, seu deficit

Pt normal

CD: Alta Hospital

05/07/15 #NCL
pt extensor, obliquus IS, seu

defeats.

Dr. Marcos Pinheiro dos S. Teixeira
MR - Neuro FHC - CRM 4330-55

Splint RL coluna
torácica e lomb.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Mauricino Alves da Silva Jesus
DATA DA ENTRADA: 24/07/15
DATA DA SAÍDA: 06/07/15

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Possuiu 2V em 5/07 no HUSV
visita ao dentista no dia 9/07, prov-
sintomas novos em 10/07 ou evolução.
Foi readmido, faleceu o dia 07/07
imediatamente.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

TC 21 cm x 10 cm

XR costas: Fratura do processo transverso
do 12º

MÉDICOS ASSISTENTES:

med. Paulo S. Felix

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO () TRANSFERIDO () ÓBITO ()

Silvio César V. Almeida ARACAJU, 09 de Out. de 2015
Assinatura: Silvio César V. Almeida / Silvio César V. Almeida

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 117160
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: JAQUELINE MARIA DE JESUS
Documento.....: /
Data de Nascimento: 1/01/1992 Tipo :
Sexo.....: FEMININO Idade: 23 anos
Responsavel.....:
Nome da Mae.....: LUCIENE MARIA DE JESUS SANTOS
Endereco.....: RUA PROJETADA 129 129
Bairro.....: CENTRO Cep.: 00000-000
Telefone.....: 98076689
Municipio.....: 2802908 - - SE
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1203232
Clinica.....: 940 - PS VERDE TRAUMA I
Leito.....: 999.0029
Data da Internacao: 05/07/2015
Hora da Internacao: 21:41
Medico Solicitante: 009.375.994-09 - MARCOS PAULO DOS SANTOS TEIXEIRA
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: TESANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:
Dt.Hr Saída:
Especialidade:
Tipo de Saída:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

PRONTO SOCORRO - HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE
COLETIVO HORIZONTAL

PREScrição MÉDICA

4 / 7 / 2015

NEUROCIRURGIA

Diagnóstico: TIA

NOME:	JACQUELINE MARIA JR 2333, 23a <i>Prescrição e Dieta</i>	
1.	Dieta <i>OKAIZUMO</i> .	06 / 14 22
2.	SF 0,9% 500 ml + GH 50% 20ml + KCl 19,1% 10ml IV de 8/8h	04 / 16 22
3.	Dipirona 01 amp + AD IV 6/6h	07 / 18 20
4.	Profenid 100mg + SF 100ml EV de 12/12h	10 / 18 02
5.	Tramal 100mg 01 ampola + SF 100ml EV de 8/8h	10 / 18 02
6.	Ranitidina 50mg + AD 20ml IV de 8/8h	10 / 18 02
7.	Plasil 2ml + AD 20ml IV de 8/8h SOS	SN
8.	Clexane 40 mg SC 1x ao dia (OU Heparina 5000 UI SC 8/8 hs)	14 / 22 01
9.	Diazepam 10mg EV se crise convulsiva	
10.	Anti-convulsivante: _____	
11.	Captopril 25mg VO Se PA > 160 x 100mmHg	
12.	Glicemia capilar 6/6 horas	
13.	Insulina Regular SC conforme esquema: < 200: 0 301-350: 6UI 201 – 250: 2 UI 351-400: 8UI 251 – 300: 4 UI > 400: 10 UI	
14.	Glicose 25% 3 amp EV se glicemia < 70mg/dL	
15.	Lactulona 20 ml ou Oleo Mineral 20ml de 8/8h se constipação	
16.	Cabeceira elevada a 30°	<i>Atenção</i>
17.	Sinais Vitais de 6/6 horas	
18.	<i>AVOIDAR SA ONGEMOS</i>	03h = aquando, os mesmos nos
19.	<i>AVOIDAR SA COMER!</i>	
20.		
21.		
22.		
23.		

PRONTO SOCORRO - HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE

COLETIVO HORIZONTAL

PREScrição MÉDICA

4 / 4 / 2015

NEUROCIRURGIA

Diagnóstico: 7hm

NOME:

JARUINNS Maria J. 21553 23a
Prescrição e Dieta

1.	Dieta <u>Dukan</u>	
2.	SF 0,9% 500 ml + GH 50% 20ml + KCl 19,1% 10ml IV de 8/8h	
3.	Dipirona 01 amp + AD IV 6/6h	
4.	Profenid 100mg + SF 100ml EV de 12/12h	
5.	Tramal 100mg 01 ampola + SF 100ml EV de 8/8h	
6.	Ranitidina 50mg + AD 20ml IV de 8/8h	
7.	Plasil 2ml + AD 20ml IV de 8/8h SOS	
8.	Clexane 40 mg SC 1x ao dia (OU Heparina 5000 UI SC 8/8 hs)	
9.	Diazepam 10mg EV se crise convulsiva	
10.	Anti-convulsivante: _____	
11.	Captopril 25mg VO Se PA > 160 x 100mmHg	
12.	Glicemia capilar 6/6 horas	
13.	Insulina Regular SC conforme esquema: < 200: 0 301-350: 6UI 201 – 250: 2 UI 351-400: 8UI 251 – 300: 4 UI > 400: 10 UI	
14.	Glicose 25% 3 amp EV se glicemia < 70mg/dL	
15.	Lactulona 20 ml ou Oleo Mineral 20ml de 8/8h se constipação	
16.	Cabeceira elevada a 30°	
17.	Sinais Vitais de 6/6 horas	
18.	<u>ANALISAGEM SA ORGÂNICA</u>	
19.	<u>ANALISAGEM SA CDMF</u>	
20.		
21.		
22.		
23.		

PRONTO SOCORRO - HUSE

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE

COLETIVO HORIZONTAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

05/07

/2015

NEUROCIRURGIA

Diagnóstico:

TPM

NOME:	Jaqueline Pinto de Jesus, 13	
<i>Prescrição e Dieta</i>		
1.	Dieta oral branda	✓
2.	SF 0,9% 500 ml EV 8/8 hs	✓
3.	Dipirona 01 amp + AD IV6/6h	✓
4.	Clexane 40 mg SC 1x ao dia (OU Heparina 5000 UI SC 8/8 hs)	✓
5.	Plasil2ml + AD 20ml IV de 8/8h SOS	✓
6.	Omeprazol 40mg EV de 24/24h	✓
7.	Hidental 100mg + 20ml AD EV 8/8 hs	✓
8.	Profenid 100mg + SF 100ml EV de 12/12h	✓
9.	Tramal 50mg 01 ampola + SF 100ml EV de 8/8h	✓
10.	Captopril 25mg VO se PA > 160 x 100mmHg	✓
11.	Glicemia capilar 6/6 horas	✓
12.	Insulina Regular SC conforme esquema: < 200: 0 301-350: 6UI 201 – 250: 2 UI 351-400: 8UI 251 – 300: 4 UI ≥ 400: 10 UI	✓
13.	Glicose 25% 3 amp EV se glicemia < 70mg/dL	✓
14.	Cabeceira elevada a 30°	✓
15.	Sinais Vitais de 6/6 horas	✓
16.	Solut Rx de crise tóxica e toxic - noite	✓
17.	Dr. Marcus Pinto des S. Lacerda	✓
18.	MR FBHC CRM 1330 SE	✓
19.	Neurocirurgia	✓
20.		✓
21.		✓

8

PRONTO SOCORRO - HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE
COLETIVO HORIZONTAL

PREScrição MÉDICA

05/07/2015

NEUROCIRURGIA

Diagnóstico: **TPN**

NOME:	Jacqueline Pfarix de Jesus, 23
	Prescrição e Dieta
1.	Dieta oral branda
2.	SF 0,9% 500 ml EV 8/8 hs
3.	Dipirona 01 amp + AD IV6/6h
4.	Clexane 40 mg SC 1x ao dia (OU Heparina 5000 UI SC 8/8 hs)
5.	Plasil2ml + AD 20ml IV de 8/8h SOS
6.	Omeprazol 40mg EV de 24/24h
7.	Hidental 100mg + 20ml AD EV 8/8 hs <i>superior</i>
8.	Profenid 100mg + SF 100ml EV de 12/12h <i>superior</i>
9.	Tramal 50mg 01 ampola + SF 100ml EV de 8/8h
10.	Captopril 25mg VO se PA > 160 x 100mmHg
11.	Glicemia capilar 6/6 horas <i>superior</i>
12.	Insulina Regular SC conforme esquema: < 200: 0 301-350: 6UI 201 – 250: 2 UI 351-400: 8UI 251 – 300: 4 UI > 400: 10 UI
13.	Glicose 25% 3 amp EV se glicemia < 70mg/dL
14.	Cabeceira elevada a 30°
15.	Sinais Vitais de 6/6 horas
16.	<i>Solutos RX da coluna torácica e torso-noite</i>
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	

Dr. Marly Panto dos S. Ferreira
CRM 4330-SE
FBM Neurocirurgia

PRONTO SOCORRO - HUSE
ÁREA AZUL

PREScrição MÉDICA

Nome do Paciente:

Nº Prontuário/FAE:

Nº Atendimento:

Diagnóstico:

Sexo: _____ Idade: _____ Peso

Idade:

Peso

DATA	HORA	PREScrição e DIETA	HORÁRIO
		Dieta:	
		Antak 01 Ampola IV de 12/12 hs	
		Dipirona 02ml + 10 AD EV de 6/6 hs S/N	
		Plasil 02ml + 18 AD EV 8/8 hs S/N	
		Captopril 25mg 01 CP VO se PAD 160 mmHg ou PAS > 100mmHg	
		Glicemia Capilar de 6/6 hs	
		Insulina Regular, SC, conforme glicemia capilar (mg/dl):	
		< 200: Ø	301 - 350: 06 UI
		201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI
		251 - 300: 04 UI	> 400: 10 UI
		Glicose 25% 03 Ampolas EV se Glicemia < 70 mg/dl chamar o Plantonista	
		Avaliação do Especialista:	

Sinais Vitais					
HORÁRIO	PA (mmHg)	Glicemia	Temp (°C)	Pulso	FC
6:00 h					
12:00 h					
18:00 h					
00:00 h					

PRONTO SOCORRO - HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE

COLETIVO HORIZONTAL

06/07/2015

06/07/15

NEUROCIRURGIA

PREScrição MÉDICA

Diagnóstico:

NOME: JAQUELINE MARIA DE JESUS	
Prescrição e Dieta	
1.	Dieta oral branda
2.	SF 0,9% 500 ml EV 8/8 hs
3.	Dipirona 01 amp + AD IV6/6h
4.	Clexane 40 mg SC 1x ao dia (OU Heparina 5000 UI SC 8/8 hs)
5.	Plasil 2ml + AD 20ml IV de 8/8h SOS
6.	Omeprazol 40mg EV de 24/24h
7.	Hidental 100mg + 18 ml AD EV 8/8 hs
8.	Profenid 100mg + SF 100ml EV de 12/12h
9.	Tramal 50mg 01 ampola + SF 100ml EV de 8/8h
10.	Captopril 25mg VO se PA > 160 x 100mmHg
11.	Glicemia capilar 6/6 horas
12.	Insulina Regular SC conforme esquema: < 200: 0 301-350: 6UI 201 – 250: 2 UI 351-400: 8UI 251 – 300: 4 UI > 400: 10 UI
13.	Glicose 25% 3 amp EV se glicemia < 70mg/dL
14.	Cabeceira elevada a 30°
15.	Sinais Vitais de 6/6 horas
16.	Alte Hospital
17.	
18.	
19.	Dr. Marcos Paulo das S. Teixeira MNR FBHC Neurocirurgia CRM 4330-SF
20.	
21.	



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RELATÓRIO MÉDICO

Fundação
Hospitalar
de Saúde

NOME DO PACIENTE: Jadweline Maria de Jesus
DATA DA ENTRADA: 24/07/15
DATA DA SAÍDA: 06/07/15

INTERNAMENTO: PS ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

*Possuiu 2º curva no colo
visível ao redor de 2º curva, que
sempre havia em negra ou curva.
P.º 16161700, 165700 é spv et 1657
165700.*

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

/

EXAMES COMPLEMENTARES:

TC 2º curvo: norm

TC cervical: fraturas no processo transverso
x 13

MÉDICOS ASSISTENTES:

marcelo s. jesus

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO TRANSFERIDO () ÓBITO ()

Silvia César V. Almeida ARACAJU, 09 de Out. de 2015

Analista de Prontuário / SAMU 192

CNPJ 12.345.678/0001-00

[Handwritten signature]

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

RELATÓRIO 01528 / 2015 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1507040422 / SR – SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 17h44min do dia 04 de Julho de 2015, para atendimento de vítima identificada como **Jaqueleine Maria de Jesus**, com relato de **queda de moto**, no município de Itabaiana.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico – Itabaiana**, removeu a vítima para **Unidade Hospitalar**, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 26 de Outubro de 2015

Maria Roberta Santana Barreto
CRMESSE - 3659
Coordenadora Médica
SAMU - 192 Sergipe

Maria Roberta Santana Barreto

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

SINISTRO 3180251118 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JAQUELINE MARIA DE JESUS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER

DPVAT - DIGITALIZAÇÃO

BENEFICIÁRIO JAQUELINE MARIA DE JESUS

CPF/CNPJ: 04335979509

Posição em 11-10-2018 13:36:28

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luciene Maria de Jesus Santos,
RG nº 3.274.819-1, data de expedição 10/05/2012
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 695.540.235-34, com
domicílio na cidade de Itabaiana, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Profeta, nº 575,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jaqueleine Maria de Jesus cujo o condutor era
Jaqueleine Maria de Jesus.

Veículo: PAS /CICLOMOTO

Modelo: I/S HINERAY XY 50Q PHOENIX

Ano: 2014

Placa: Q KW 0846

Chassi: LXYXCBL08F0245150

Data do Acidente: 03/07/2015

Local e Data: Itabaiana, SE 15/05/2016

Luciene Maria de Jesus Santos

Assinatura do Declarante

X

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Válido Somente
Selo de Autenticação



2º CARTÓRIO DE NOTAS
ITABAIANA

"2º Cartório de Notas de Itabaiana"
Praça Fausto Cardoso, 75 – Centro – CEP:49500-000 – Itabaiana/SE
Fone/Fax: (79) 3431-2384 – E-mail:dolsocial@oi.com.br

Reconheço por autenticidade a firma supra de LUCIENE MARIA DE JESUS SANTOS (). Dou fé.
Itabaiana, 11 de Maio de 2016.

Em testemunho da verdade,
Noellington Fonseca de Jesus

Tabelião: Maria Helena Silveira
Tabelião Substituto: Maria Helena Silveira Fonseca
Escrevente: Noellington Fonseca de Jesus



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CIVEL DE ITABAIANA DA COMARCA DE ITABAIANA
Av. Dr. Luiz Magalhães, Bairro Centro, Itabaiana/SE, CEP 49500000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201952101151

DATA:

16/08/2019

MOVIMENTO:

Conclusão

DESCRIÇÃO:

Nesta data faço o processo eletrônico concluso.

LOCALIZAÇÃO:

Juiz

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CIVEL DE ITABAIANA DA COMARCA DE ITABAIANA
Av. Dr. Luiz Magalhães, Bairro Centro, Itabaiana/SE, CEP 49500000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201952101151

DATA:

19/08/2019

MOVIMENTO:

Despacho

DESCRIÇÃO:

Considerando que a parte ré reside em outro estado da Federação, deixo de nos termos do art. 334 do CPC, designar audiência de conciliação, por entender que o presente feito se amolda à hipótese do art. 334, § 4º, II, do CPC, uma vez que a realização da audiência preliminar de conciliação traria atraso ao feito e custo excessivo à parte que teria que efetuar o deslocamento, podendo a conciliação ser tentada através de proposta escrita ou em eventual audiência de instrução.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**Poder Judiciário do Estado de Sergipe
2ª Vara Cível de Itabaiana**

Nº Processo 201952101151 - Número Único: 0005791-11.2019.8.25.0034

Autor: JAQUELINE MARIA DE JESUS

Réu: DPVAT SUPERVISAO ANALISE DE SINISTRO

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

Defiro a gratuidade judiciária.

Considerando que a parte ré reside em outro estado da Federação, deixo de nos termos do art. 334 do CPC, designar audiência de conciliação, por entender que o presente feito se amolda à hipótese do art. 334, § 4º, II, do CPC, uma vez que a realização da audiência preliminar de conciliação traria atraso ao feito e custo excessivo à parte que teria que efetuar o deslocamento, podendo a conciliação ser tentada através de proposta escrita ou em eventual audiência de instrução.

Cite-se o réu para, querendo, oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias.

Em sendo juntados com a contestação documentos ou alegadas preliminares ou fatos modificativos, extintivos ou impeditivos do direito da autora, intime-se a requerente para, querendo, manifestar-se no prazo de 15 (dez) dias (art. 350 do CPC).

Em sendo juntados com a réplica documentos novos, intime-se o réu para, querendo, manifestar-se no prazo de 10 (dez) dias, tudo em respeito ao princípio do contraditório e da ampla defesa.

Findo o prazo de réplica/tréplica, digam as partes se o feito pode ser julgado no estado em que se encontra ou se pretendem produzir novas provas, especificando-as, no prazo de 10 (dez) dias. Havendo interesse na produção de prova oral, fixo o prazo de 10 (dez) dias para juntada do rol de testemunhas, nos termos do art. 407 do CPC, sendo vedado à parte que já arrolou testemunhas apresentar novo rol em virtude do fenômeno da preclusão consumativa. Intimem-se.

Em sendo proposto qualquer incidente processual, volvam-me os autos conclusos para imediata apreciação.

Compulsando os autos observa-se que o autor pretende a indenização pelos danos decorrentes do acidente automobilístico sofrido.

Nos termos da Súmula nº 474, do STJ “*A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.*” se faz necessária a realização de perícia para se determinar o grau de invalidez que restou acometido o autor. Assim, converto o julgamento em diligência para determinar:

I – Proceda a Secretaria ao agendamento da perícia, no Sistema de Controle Processual, na forma do art.6º da Resolução nº 35/2006, do TJ/SE, observando o Termo de Cooperação Institucional nº 21/2018, firmado entre este Egrégio Tribunal e a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, **intimando-se** as partes para ciência desta decisão (*pelo Diário*), além da data da perícia, bem como para, no prazo de 15 (quinze) dias, indicarem assistentes técnicos e formularem quesitos, além daqueles já constantes nos autos, ficando desde já constando as seguintes perguntas do Juízo:

- a) *A parte autora padece de alguma sequela ou enfermidade decorrente do acidente automobilístico sofrido? Qual o CID?*
- b) *A enfermidade da parte autora a incapacita para o trabalho? Qual o grau de invalidez a que ficou acometido o autor?*
- c) *Em caso afirmativo à letra “b”, essa incapacidade é parcial ou total?*
- d) *Em caso afirmativo à letra “b”, essa incapacidade é permanente ou temporária?*
- e) *Essa enfermidade impede o exercício da atividade executada pela parte autora, na data do acidente, mas permite o de outra?*
- f) *É passível de habilitação ou reabilitação?*

II - Após o decurso do prazo determinado no item I, deve a Secretaria certificar se houve eventual manifestação e providenciar a remessa dos autos para o Setor de Perícia (movimento de carga no SCP).

III- Com o resultado da perícia, intimem-se as partes, pelo Diário, para, querendo, manifestarem, pelo prazo comum de 15 (quinze) dias;

IV- Atendidos, certifique-se e autos conclusos.

Atente a secretaria para a execução de todos os comandos acima, evitando-se assim despachos e conclusões desnecessários.



Documento assinado eletronicamente por **Claudio Bahia Felicissimo, Juiz(a) de 2ª Vara Civil de Itabaiana, em 19/08/2019, às 09:49:50**, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2019002084533-80**.



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CIVEL DE ITABAIANA DA COMARCA DE ITABAIANA
Av. Dr. Luiz Magalhães, Bairro Centro, Itabaiana/SE, CEP 49500000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201952101151

DATA:

19/08/2019

MOVIMENTO:

Outras Informações

DESCRIÇÃO:

Perícia agendada para o dia 19/09/2019 de 07:00 às 10:00 hs para o Perito Paulo Cândido de Lima Junior - DPVAT.
Endereço: Av. Gonçalo Prado Rolembergue, 460, Prontoclinica, São José, Aracaju-SE.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CIVEL DE ITABAIANA DA COMARCA DE ITABAIANA
Av. Dr. Luiz Magalhães, Bairro Centro, Itabaiana/SE, CEP 49500000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201952101151

DATA:

19/08/2019

MOVIMENTO:

Ato Ordinatório

DESCRIÇÃO:

Intimar as partes da Perícia agendada para o dia 19/09/2019 de 07:00 às 10:00 hs para o Perito Paulo Cândido de Lima Junior - DPVAT. Endereço: Av. Gonçalo Prado Rollemborgue, 460, Prontoclínica, São José, Aracaju-SE.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CIVEL DE ITABAIANA DA COMARCA DE ITABAIANA
Av. Dr. Luiz Magalhães, Bairro Centro, Itabaiana/SE, CEP 49500000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201952101151

DATA:

19/08/2019

MOVIMENTO:

Expedição de Documento

DESCRIÇÃO:

Mandado de número 201952104852 do tipo Citacao geral - Carta [TM801,MD1737]

 {Destinatário(a): DPVAT SUPERVISAO ANALISE DE SINISTRO}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE
2ª Vara Cível de Itabaiana
Av. Dr. Luiz Magalhães S/N
Bairro - Centro Cidade - Itabaiana
Cep - 49503256 Telefone - (79)3432-8400

Normal(Justiça Gratuita)



201952104852

PROCESSO: 201952101151 (Eletrônico)
NÚMERO ÚNICO: 0005791-11.2019.8.25.0034
NATUREZA: Procedimento Comum
REQUERENTE: JAQUELINE MARIA DE JESUS
REQUERIDO: DPVAT SUPERVISAO ANALISE DE SINISTRO

CARTA DE CITAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

A presente, extraída da ação acima identificada, tem por finalidade a **citação** de Vossa Senhoria, por todo o conteúdo da petição inicial, cuja cópia segue em anexo, como parte integrante desta, para a finalidade abaixo transcrita, advertindo-a de que não sendo a ação contestada, presumir-se-ão como verdadeiros os fatos articulados pela parte autora.

Finalidade: Responder em 15(quinze) dias.

Despacho: Considerando que a parte ré reside em outro estado da Federação, deixo de nos termos do art. 334 do CPC, designar audiência de conciliação, por entender que o presente feito se amolda à hipótese do art. 334, § 4º, II, do CPC, uma vez que a realização da audiência preliminar de conciliação traria atraso ao feito e custo excessivo à parte que teria que efetuar o deslocamento, podendo a conciliação ser tentada através de proposta escrita ou em eventual audiência de instrução.

Atenciosamente,

Ilmº (a) Sr(a)

Nome : DPVAT SUPERVISAO ANALISE DE SINISTRO
Residência : RUA: SENADOR DANTAS, 5º ANDAR, 74
Bairro : CENTRO
Cep : 20010000
Cidade : RIO DE JANEIRO - RJ - RJ

[TM801, MD1737]



Documento assinado eletronicamente por **JOSÉ MILTON SANTANA CARVALHO, Escrivão/Chefe de Secretaria/Secretário/Subsecretário de 2ª Vara Cível de Itabaiana**, em **19/08/2019, às 13:03:39**, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2019002089399-06**.



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CIVEL DE ITABAIANA DA COMARCA DE ITABAIANA
Av. Dr. Luiz Magalhães, Bairro Centro, Itabaiana/SE, CEP 49500000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201952101151

DATA:

19/08/2019

MOVIMENTO:

Expedição de Documento

DESCRIÇÃO:

Mandado de número 201952104853 do tipo Intimação Parte do Processo Teor do Despacho [TM1704,MD1862]

{Destinatário(a): JAQUELINE MARIA DE JESUS}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE
2ª Vara Cível de Itabaiana
Av. Dr. Luiz Magalhães S/N
Bairro - Centro Cidade - Itabaiana
Cep - 49503256 Telefone - (79)3432-8400

Perícia



201952104853

PROCESSO: 201952101151 (Eletrônico)

NÚMERO ÚNICO: 0005791-11.2019.8.25.0034

NATUREZA: Procedimento Comum

REQUERENTE: JAQUELINE MARIA DE JESUS

REQUERIDO: DPVAT SUPERVISAO ANALISE DE SINISTRO

MANDADO DE INTIMAÇÃO

O(A) Exmo(a). Juiz(a). de Direito do(a) 2ª Vara Cível de Itabaiana da Comarca de Itabaiana, Estado de Sergipe,,

MANDA o Oficial de Justiça designado que, em cumprimento ao presente, proceda à intimação da parte infra qualificado(a) para o cumprimento da finalidade abaixo descrita e/ou sobre o teor do despacho/sentença prolatado(a) no processo acima mencionado, conforme cópia em anexo ou nos seguintes termos: Intimar as partes da Perícia agendada para o dia 19/09/2019 de 07:00 às 10:00 hs para o Perito Paulo Cândido de Lima Junior - DPVAT. Endereço: Av. Gonçalo Prado Rolembergue, 460, Prontoclínica, São José, Aracaju-SE.

Qualificação da Parte ou Advogado:

Nome: JAQUELINE MARIA DE JESUS

Residência: Rua José Vicente Monteiro, RUA B, QUADRA 7, LOTE 23, RECANTO DA SERRA,

Bairro: Queimadas

Cidade: Itabaiana - SE

[TM1704, MD1862]



Documento assinado eletronicamente por **JOSÉ MILTON SANTANA CARVALHO**,
Escrivão/Chefe de Secretaria/Secretário/Subsecretário de 2ª Vara Cível de Itabaiana, em
19/08/2019, às 13:03:40, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2019002089400-61**.

Recebi o mandado 201952104853 em ____/____/_____

