



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CIVIL 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 Cível 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 CÍVEL 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 CÍVEL 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 convalescença restou com sequelas permanentes.

Requeru 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:

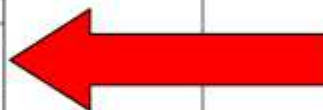
Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil. (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)

...

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 íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
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	
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 esfinteriano; (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	50
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	25
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	10
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
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 perícia a ser realizada por este Juízo, 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: <u>Jaqueline Maria de Jesus</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	
Estado Civil: <u>Solteira</u>	Profissão: <u>Advogada</u>	Carteira de Identidade: <u>2.412.680-2</u>	
CPF: <u>043.359.495-09</u>	Residência: <u>Rua "B" nº 91</u>		
Bairro: <u>Z. Amarelo</u>	Cidade: <u>Itabaiana</u>	Estado: <u>Sergipe</u>	CEP: <u>49500-000</u>

OUTORGADO:

Clóvis neri de carvalho Almeida, brasileiro, corretor, empresário, cnpj 14.006.733/0001-48, 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 judicium 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 Lider, 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


Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

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: doisoficio@oi.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de **JAQUELINE MARIA DE JESUS** (49217), dou fe.....
 Itabaiana – SE, 02 de agosto de 2018.
 Em Testemunho da da verdade. Assinatura
 Selo: 201829519050/63 Acesse: www.tjse.jus.br/x/RH04YE

☐ Tabelião Maria Helena Silveira ☐ Tabelião Substituto: Maria Helena Silveira Fonseca
☐ Escrevente: Romênia Meirelles de Sousa Oliveira ☐ Escrevente: Neelington Fonseca de Jesus ☐ Escrevente: Jostine Silva de Jesus

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

Nome:	JAQUELINE MARIA DE JESUS		Nacionalidade:	BRASILEIRA
Estado Civil:	SOLTEIRA	Profissão:	DOMESTICA	
CPF nº:	043 359 795-09	Residência:	RECANTO DA SERRA RUA B, 91	
Bairro:	POVÃO QUEIMADO	Cidade:	ITABIANA	Estado: SE CEP: 48500000

declaro para os devidos fins e a quem possa interessar que não possuo 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 requiro os Benefícios da Gratuidade de Justiça.

ITABIANA [SE], 02 de Agosto de 20 18

Jaqueline Maria de Jesus

Declarante

p. 10



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/CGC: 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 cútis: Parda

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

Endereço: POVOADO QUEIMADA RUAB 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: LXYYCBL01E0530612 QUANDO NAO PERCEBEU UM BURACO EM SUA FRENTE E ACABOU CAINDO COM O VEICULO. QUE FOI SOCORRIDA POR UMA UNIDADE DO SAMU E ENCAMINHADA A O HOSPITAL DE ITABAIANA E

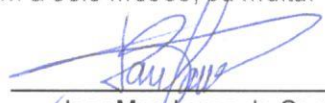
LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HUSE. QUE A NOTICIANTE FRATUROU A MÃO DIREITA E TRAUMATISMO CRANIANO. QUE REGISTRA ESTE B.O PARA ACIONAR O SEGURO DPVAT.

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

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

OBS.: 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 Mendonca de Santana
Responsável pelo preenchimento

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

3180 251 118

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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	QKW0846	LXXYCBL08F0245150	1085365970

Veículo			
Proprietário:	LUCIENE MARIA DE JESUS SANTOS	CPF:	695.540.215-34
Placa:	QKW0846	Categoria:	PARTICULAR
Chassi:	LXXYCBL08F0245150	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
CCOMPLEMENTO....: 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

FAE LAÇADA

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Paciente trazida pelo SAMU em PE TUBO uterina de acidente (glade de moto) e tce seguido de síncope. A = VAP S/COLA B = MVUA S/ RA C = pulso duo D = fongos PIFA S/ difinitos focais. E = FCC

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

em facie. Analexa. S/ Ambulância. Cabeça e pesco sem outras alterações. Torax S/ sinais de fratura. Boas estais. Abdo flácido indolor. Extremidades S/ sinais de fratura.

DIAGNOSTICO

CID:

PRESCRICAO

Marcos Carvalho dos Anjos

Téc. Em Radiologia Médica

ORTR-00475T

HORARIO DA MEDICACAO

1) Dipirona 500mg (iv)

579-605-563

2) Propofol 100mg + SF 0,9% 100ml (iv)

3) Radiografias

21.10
Fm
Fm

TOUSORAFIA COMPUTADORA DE RADIOLOGIA

Crono 4 Series

9999

04 07 2015

DATA DA SAIDA:

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA:

TÉCNICO: [] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IM [] ANAT. PATOL

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo

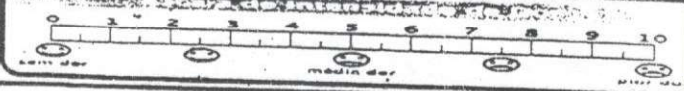
Assinatura e Carimbo

☐ BUSCA ESPONTÂNEA ☐ ENCAMINHAMENTO ☐ SAMU ☐ CORPO DE BOMBEIRO
☐ AMBULÂNCIA ☐ GESTANTE ☐ ACIDENTE DE TRABALHO

Duração da Queixa: ☐ Agudo ☐ Crônico:

Alergias: ☐ Sim ☐ Não. Qual?

História Progressiva: ☐ DM ☐ Cardiopatias
☐ HAS ☐ Etilista ☐ Tabagista



Sinais Vitais:

FC (bpm)	FR (rpm)	SPO2 (%)	Tem °C	PA (mmHg)	GLC (mg/dL)	Peso (Kg)

Escala de Coma de Glasgow:

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	TOTAL

Sistema Nervoso

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

Sistema Respiratório

Eupneico	Tosse
Ortopnéia	Hemoptise
Taquipnéico	Secreção
Tir. Intercoastal	Tir. Subcoastal
Dispneico	Bradipneico

Sistema Cardiovascular

Normocárdico	Hipotenso
Hipertenso	Normotenso
Dor Torácica	Bradicárdico
Angina	Precordialgia
P. Rítmico	P. Arritmico
Taquicárdico	

S. Gastrointestinal

Flácido	Hematêmese
Globoso	Melena
Êmese	Constipação
Pirose	
Diarreia	
Rígido	

Sistema Geniturinário

Anúria	Mictúria	C/Sedimentos
Colúria	Hematuria	Giordano
Oligúria	Polaciúria	
Disúria	Priapismo	
Bexigoma	Limpido 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:

☐ Clínico ☐ 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

CIZM Quem AUB. Escorocan LAV.
 socia rx FAV

Dr. Paulo Cesar da Silva
 Coordenador Geral
 08-09-2019

ATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DO BE: 1203232

DATA: 04/07/2015

HORA: 20:52

USUARIO: RSSANTOS

3:

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

ME : JAQUELINE MARIA DE JESUS DOC....
IDADE.....: 23 ANOS NASC: 00/00/0000 SEXO...: FEMININO
ENDERECO.....: RUA PROJETADA 129 NUMERO: 129
COMPLEMENTO....: BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO.....: ITABAIANA UF: SE CEP....: -
NOME PAI/MAE...: /LUCIENE MARIA DE JESUS SANTOS
RESPONSAVEL...: LUCIENE / MAE TEL...: 98076689
PROCEDENCIA...: ITABAIANA
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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, apresentando síncope e mega nômulo. Mega alonga o medicamento. A) Vias aéreas permeáveis, com presença de hérnia em região cervical à palpação. B) MV+ em ambos HT 5/R.A. C) Pulso radial propulsivo, com comprometimento da FC 72 D) ECG 15, pupílas isocólicas e fotoreagentes. E) Abdome flácido, com presença de dor difusa à palpação, dificuldade de mobilização de mão esquerda.
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:
Vas: devido a falta de circulação na mão esquerda, realiza debridamento e perfusão.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- ① DÍPIRENA 2mg + 8mg de AD IV ② Rax X de Cloroformo Puff 2X/20
② PROFENO 100mg + 100mg de S.F. E 72 ③ Rax X de mão esquerda 2 vezes
③ COLAR CERVICAL ④ Rax X de punho direito 2 vezes
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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

RADIOLOGIA / MHF

Realizado por

horas

Téc. em Radiologia

⑤ AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

⑥ AVALIAÇÃO DO CBMF

(CTRMF) - Paciente vítima de acidente motorizado, ~~apresenta~~ sempre, nega trauma.

No exame físico oral evidenciamos excoriações em hemi face (D) + contusões.

Suspeita de fratura de arco zigomático (D).

Soluto exames radiográficos. PA mento-maxo - lateral de hnt? p/ arco zigomático.

RX

Dr. Marcelo Amaral
Bucco Maxilo Facial
CRO SE 2325

PM NCM: Paciente com história de queda de moto sem capacete, houve aumento de dor na região occipital, não houve perda de consciência.

21:56h

No exame físico, ausência de contusões, sem déficit FM.

TC de crânio: normal

TC de coluna cervical: Fratura de corpo transversário T1 à esquerda.

Considere aumento da dor na...

Dr. Paulo Henrique de Paula
Médico
CRO SE - 3694

BMF

TAC - fratura facial

DS10/11/5

03:30

CD - Alta BMF

Dr. Marcelo Amaral
Bucco Maxilo Facial
CRO SE 2325

Observação

04/07/15

MAR. VIMAX. in un.

S/Ptosis, liberação do nariz...

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia e Traumatologia

06/07/15

Chaparral, seu defeito de nariz.

Dr. Marcos Paulo dos S. Teixeira
MR - Neurocirurgia
RBE - CRM 4330-SE

CD: Alta Hospitalar

05/07/15 #NCE

Pt atual, Chaparral, seu

defeito.

Dr. Marcos Paulo dos S. Teixeira
MR - Neuro
FBHC - CRM 4330-SE

Splint RT com forçador e hnt

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: JARQUELINE MARIA DE JESUS

DATA DA ENTRADA: 24/07/15

DATA DA SAÍDA: 06/07/15

INTERNAMENTO: PS ☒ ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Admission 24/07/15 no 4285
visita de rotina de JARQUELINE, 70 ANOS,
sem sintomas, em REGIM DE CURA.
For realizada, JARQUELINE e sua filha de 12 ANOS
em visita.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

TC de crânio: Normal

TC cervical: Fratura do processo transversário
de C7

MÉDICOS ASSISTENTES:

Ass: Paulo S. Teixeira

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

Silvia César V. Almeida
Médica do Pronto Socorro / SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA

ARACAJU, 09 de Out. de 2015

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 117160
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: JAQUELINE MARIA DE JESUS /
Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 1/01/1992 Idade: 23 anos
Sexo.....: FEMININO
Responsavel.....:
Nome da Mae.....: LUCIENE MARIA DE JESUS SANTOS
Endereco.....: RUA PROJETADA 129 129
Bairro.....: CENTRO Cep.: 00000-000
Telefone.....: 98076689
Município.....: 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 Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

PRONTO SOCORRO - HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE
COLETIVO HORIZONTAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

4 / 7 / 2015

NEUROCIRURGIA

Diagnóstico: Trau

NOME: JAQUILINE MARIA DE JESUS, 23a
Prescrição e Dieta

1.	Dieta OMEAL LINDO.	
2.	SF 0,9% 500 ml + GH 50% 20ml + KCl 19,1% 10ml IV de 8/8h	06 / 14 22
3.	Dipirona 01 amp + AD IV 6/6h	08 / 10 16 22
4.	Profenid 100mg + SF 100ml EV de 12/12h	08 20
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	SIU
8.	Clexane 40 mg SC 1x ao dia (OU Heparina 5000 UI SC 8/8 hs)	11 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: 0 201 - 250: 2 UI 251 - 300: 4 UI 301-350: 6UI 351-400: 8UI > 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°	Atenção
17.	Sinais Vitais de 6/6 horas	
18.	AVANÇADA SA OUTUBRO	
19.	AVANÇADA SA COMF OCL	03h = aguarda 19. mesmo mod.
20.		
21.		
22.		
23.		

PRESCRIÇÃO MÉDICA

9 / 4/2015

NEUROCIRURGIA

Diagnóstico: 74m

NOME:

Jacqueline Maria S. Ziss, 23a
Prescrição e Dieta

Prescrição e Dieta

1. Dieta Dieta 72h
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.
19. Avaliação SA Ontapina
20. Avaliação SA COME
- 21.
- 22.
- 23.

PRONTO SOCORRO - HUSE

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE
COLETIVO HORIZONTAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

05/07

/2015

NEUROCIRURGIA

Diagnóstico:

TAM

NOME:	Jacqueline Maria de Jesus, B	
	Prescrição e Dieta	
1.	Dieta oral branda PB	
2.	SF 0,9% 500 ml EV 8/8 hs	H H H
3.	Dipirona 01 amp + AD IV 6/6h	16 22 04 10
4.	Clexane 40 mg SC 1x ao dia (OU Heparina 5000 UI SC 8/8 hs)	14 22 06 10
5.	Plasil 2ml + AD 20ml IV de 8/8h SOS	
6.	Omeprazol 40mg EV de 24/24h	06 (06/07)
7.	Hidantal 100mg + 20ml AD EV 8/8 hs	08 20
8.	Profenid 100mg + SF 100ml EV de 12/12h	02 10
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.	Schult RX de apêndices	
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		

Dr. Marcos Paulo dos S. Teixeira
MR - Neurocirurgia
FBHC - CRM 4330-SE

PRONTO SOCORRO - HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE
COLETIVO HORIZONTAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

05/07

/2015

NEUROCIRURGIA

Diagnóstico:

TAM

NOME:

Jaqueline Maria de Jesus, 13

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.	Hidantal 100mg + 20ml AD EV 8/8 hs	
8.	Profenid 100mg + SF 100ml EV de 12/12h	superio.
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	superio.
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.	Soluções Rx da coluna torácica e	
17.	lombo-sacra	
18.		
19.		
20.		
21.		

Dr. Marcos Paulo dos S. Teixeira
MR Neurocirurgia
FBHC CRM 4330-SE

ÁREA AZUL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome do Paciente: _____
 N° Prontuário/FAE: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Peso: _____
 N° Atendimento: _____
 Diagnóstico: _____ Horário: _____

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

COLETIVO HORIZONTAL

9

NEUROCIRURGIA

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 IV 6/6h |
| 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. | Hidantal 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:
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>< 200: 0</div> <div>301-350: 6UI</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>201 – 250: 2 UI</div> <div>351-400: 8UI</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>251 – 300: 4 UI</div> <div>> 400: 10 UI</div> </div> |
| 13. | Glicose 25% 3 amp EV se glicemia < 70mg/dL |
| 14. | Cabeceira elevada a 30° |
| 15. | Sinais Vitais de 6/6 horas |

16.

17.

18.

19.

20.

21.

Dr. Marcos Paulo dos S. Teixeira
MR - Neurocirurgia
FBHC - CRM 4330-SF

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: JADELINE MARIA DE JESUS
DATA DA ENTRADA: 24/07/15
DATA DA SAÍDA: 06/07/15

INTERNAMENTO: PS ☒ ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente em estado de saúde bom, com queixa de dor abdominal, febre, náuseas e vômitos. Foi realizada a cirurgia de emergência em 24/07/15.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

TC de crânio: Normal

TC abdominal: Fratura de processo transverso de T3

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Paulo S. Teixeira

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

Silvia César V. Almeida
Médico do Setor de Análise de Prontuário

ARACAJU, 09 de Out. de 2015

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 **Jaqueline 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
CREMESE - 3699
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 695.540.215-34, com
domicílio na cidade de Itabaiana, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Profetada, nº 375,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Taqueline Maria de Jesus, cujo o condutor era
Taqueline Maria de Jesus.
Veículo: PAS/CICLOMOTO
Modelo: I/SHINERAY XY 50Q PHOENIX
Ano: 2014
Placa: QKW 0846
Chassi: LXYXCBL08F0245150
Data do Acidente: 03/07/2015
Local e Data: Itabaiana, Se 11/05/2016

Luciene Maria de Jesus Santos
Assinatura do Declarante

X

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

Valido Somente
Selo de Autenticidade



2º Cartório de Notas de Itabaiana
CARTÓRIO DE NOTAS
ITABAIANA
Praça Fausto Cardoso, 75 - Centro - CEP: 49500-000 - Itabaiana/SE
Fone/Fax: (79) 3431-2384 - E-mail: doisoficio@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 CÍVEL 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 CÍVEL 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, intemem-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 Cível 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 CÍVEL 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 Rollembergue, 460, Prontoclínica, São José, Aracaju-SE.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL 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 Rollembergue, 460, Prontoclínica, São José, Aracaju-SE.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL 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 CÍVEL 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 Rollembergue, 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 ____/____/____

