



Número: **0801582-19.2019.8.15.0171**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Esperança**

Última distribuição : **07/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE BATISTA JUSTINO (AUTOR)		EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
23305 242	07/08/2019 14:53	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
23305 349	07/08/2019 14:53	<a href="#">INICIAL</a>	Outros Documentos
23305 351	07/08/2019 14:53	<a href="#">Procuração, contrato de trabalho e Declaração de Pobreza.</a>	Outros Documentos
23305 355	07/08/2019 14:53	<a href="#">documento pessoal</a>	Outros Documentos
23305 357	07/08/2019 14:53	<a href="#">endereço</a>	Outros Documentos
23305 371	07/08/2019 14:53	<a href="#">B.O</a>	Outros Documentos
23305 383	07/08/2019 14:53	<a href="#">documento do veiculo</a>	Outros Documentos
23305 391	07/08/2019 14:53	<a href="#">Pagamento do processo administrativo</a>	Outros Documentos
23305 650	07/08/2019 14:53	<a href="#">carteira de trabalho</a>	Outros Documentos
23305 652	07/08/2019 14:53	<a href="#">Prontuários-otimizado_1</a>	Outros Documentos
23305 655	07/08/2019 14:53	<a href="#">Prontuários-otimizado_2</a>	Outros Documentos
23305 658	07/08/2019 14:53	<a href="#">Prontuários-otimizado_3</a>	Outros Documentos
23305 663	07/08/2019 14:53	<a href="#">Prontuários-otimizado_4</a>	Outros Documentos
23305 858	07/08/2019 14:53	<a href="#">raio x 01</a>	Outros Documentos
23305 862	07/08/2019 14:53	<a href="#">raio x02</a>	Outros Documentos
23305 867	07/08/2019 14:53	<a href="#">raio x 03</a>	Outros Documentos
23305 868	07/08/2019 14:53	<a href="#">raio x 4</a>	Outros Documentos
23452 597	14/08/2019 00:13	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

Em anexo.





Exmo. (a). Sr.(a) Dr.(a) Juiz (a) de Direito da Vara Única Cível da Comarca de Esperança, Estado da Paraíba.

**JOSE BATISTA JUSTINO**, brasileiro, casado, vigilante, portador do RG nº 148.757 SSP/PB e inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 131.986.884-34, podendo ser intimado (a) no (a) Sítio Montadas, nº. s/n, Zona Rural, Montadas-PB, CEP 58.145-000, por intermédio de seus procuradores que esta subscreve, com escritório profissional localizado no endereço acima em epígrafe, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex<sup>a</sup>, propor o presente:

**AÇÃO DE COBRANÇA, c/c, REPARAÇÃO DE DANOS MATERIAIS.**

Contra: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, inscrita no CNPJ de nº 09.248.608/0001-04, podendo ser citada através de seu representante legal na Av. Treze De Maio nº 74, 2º andar, Edifício Darke, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20031-902, expondo e requerendo ao final o seguinte:

**Ab Initio**

Requer inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso à Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

Douto Julgador, é sabido que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, **nada basta além do simples pedido**, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial, conforme preceitua a Lei de nº 1.060, de 05.02.1950 e do Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.

*Assim, procura-se evitar que alguém tenha frustrada a busca ou a defesa de seus direitos em decorrência de sua condição social, ou por insuficiência de meios econômicos. Em resumo, a prestação de assistência judiciária visa a assegurar duas garantias fundamentais: a igualdade de todos e o acesso à Justiça.*

**1. SINOPSE DOS FATOS:**

O (a) Autor (a) foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 02 de dezembro de 2018, por volta das 14h20min, enquanto transitava em uma motocicleta Honda BIZ 125, ano e



modelo 2017 de placa QFZ-7826-PB, licenciada em nome de Gessica Simão de Souza Oliveira, próximo a Igreja do Distrito de Campinote, zona rural de Lagoa Seca-PB, perdeu o controle da direção da moto vindo a cair ao solo, atingindo a perna esquerda, que foi socorrido por sua filha Josilene Justino para o Hospital de Emergência e Traumas de Campina Grande, onde foi submetido aos devidos procedimentos médicos de urgência, conforme se faz prova através de documentos em anexo.

Devido as gravidades das lesões, o (a) Requerente fora submetido (a) a intervenções médicas devido a **FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO**, cuja seqüelas comprometem as funções do (s) membro (s) em comento, dentre outras complicações físicas, conforme prontuário médico, em anexo.

**Esclarece a parte promovente que ao beneficiário caberá terá apenas dois caminhos para dar entrada no DPVAT:**

**Primeiro- O beneficiário poderá se dirigir até uma agencia dos Correios e Telégrafos para entregar o seu requerimento.**

**Segundo- Terá que se dirigir até uma das seguradora conveniadas na cidade de JOÃO PESSOA-PB, onde também poderá entregar os documentos para serem remetidos a Seguradora Lider.**

Devido ao fato do sinistro em tela, decorrer de acidente de transito a parte promovente requereu administrativamente, seguro – DPVAT, **SINISTRO N.319028974**, tendo enviado a documentação para Seguradora Líder, sendo que, após análise administrativa, agindo de forma unilateral a promovida teria realizado uma prova pericial, tendo liberado o valor de **R\$ 4.725.00**,(quatro mil setecentos e vinte e cinco reais), sem que a parte requerente tivesse qualquer acesso ao meio, forma, a pericia onde ate mesmo o perito é custeado pela autarquia ré.

Ressalte-se Douto Julgador, que a parte requerente fora submetida a uma avaliação unilateral, realizada por perito custeado pela requerida que realizado um exame sem ofertar ao beneficiário qualquer possibilidade de ter acesso ao meio como fora confeccionado , produzido o documento que em tese alicerça o pagamento administrativo liberado em favor do promovente.

Ora Douto Magistrado, tratando-se de seguro DPVAT, o beneficiário deve ingressar com o pedido de indenização junto a Requerida, podendo ocorrer três hipóteses:

Primeiro- A documentação é recepcionada pela seguradora, ocorrendo a perícia por médicos pagos e indicados pela autarquia. Posteriormente, é liberado de forma unilateral quantum em favor da vítima;

Segundo- O processo é recepcionado pela seguradora onde os analistas entendem que a documentação não se encontra dentro dos critérios criados pela Seguradora dos Consórcios dos Seguros DPVAT, entenda-se: “exigências” não inseridas ou contidas na Lei nº 6.194/74, e ficam suspensos até o cumprimento da “pendência” administrativa;

Terceiro- A requerida analisa e decide NEGAR/INDEFERIR o processo administrativo, não tendo a vítima conhecimento do teor do indeferimento, visto que a “decisão” é interna e o mais grave ainda é que, na via administrativa não se tem a quem recorrer. Essas são as três principais correntes e linhas para concessão ou não do seguro DPVAT, em nosso pais.





A situação da parte promovente se enquadrou no primeiro caso retro citado.

## **2. DA OBSCURIDADE QUANTO AVALIAÇÃO EM FAÇA AOS VALORES PAGOS A PARTE AUTORA VIA ADMINISTRATIVA.**

No caso sob júdice, ocorreu pagamento via administrativa sendo que, os meios quanto a avaliação da invalidez, não retrata, a debilidade permanente suportado pelo requerente, em decorrência do dano produzido em decorrência do acidente de trânsito.

O pagamento da indenização devesse obedecer os ditames legais firmados no art. 31, II da Lei nº 11.945/2009, onde define que devesse ser realizada prova pericial, devendo ser graduada a invalidez, o que em tese revogou o art. 3º “b”, da Lei 6.194/74.

**O Art. 31, da Lei nº 11.945/2009, determina:**

**. Os arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações: (Produção de efeitos).**

**“ 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:**

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

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

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

O fato é que a parte autora fora submetida a um “procedimento”, duvidoso, unilateral, parcial, onde não é ofertado a mínima possibilidade ao beneficiário, ora promovente a possibilidade de sequer questionar, sobre os meios, forma como fora realizado o “exame” se é que podemos atribuir essa denominação ao procedimento administrativo utilizado pela autarquia ré.

Por outro lado a pretensão resistida da requerida está devidamente comprovada no documento acostado pela parte autora, visto que, a demanda em tela trata-se de complemento da indenização não havendo dúvidas sobre esse tema.

O ajuizamento de demandas como estas decorre pelo fato da requerida não cumprirem as determinações legais firmadas no art. 31, II da Lei nº 11.945/2009, que determina que a invalidez



deve ser graduada tomando como base a “tabela”, que passou a mensurar o corpo humano fixando percentuais diferenciando, membros, funções e sentidos dentre outros.

As pessoas que militam no seguimento DPVAT, sabem das alterações impostas mês após mês, sem que os órgãos que deveriam fiscalizar viessem a atuar de forma mais contundente e vigilante.

No Brasil, a sociedade observa inerte as mudanças ocorridas em diversos setores: autarquias, ministérios, e condução da *res pública*, e sonha que toda essa realidade possa ser implementada também em relação a fiscalização da Promovida, mesmo porque o **Tribunal de Contas da União**, descobriu fraudes senão vejamos:

“Denúncia do TCU. O lucro da Líder vem de 2% do faturamento do DPVAT, menos outras despesas, e em 2010 o valor girou em torno de R\$ 5,8 bilhões. Nos últimos quatro anos, o valor total arrecadado com o seguro foi o triplo do que é pago com indenizações. Para o TCU, o consórcio está inflando as despesas para lucrar mais. A consequência disso é que o valor pago pelos proprietários de veículos aumenta. Em 2011, o valor do DPVAT foi de R\$ 96,63 por veículo de passeio mais custo bancário. O Tribunal deu 90 dias para a Susep (Superintendência de Seguros Privados) - o órgão responsável pelo controle e fiscalização do mercado de seguros, previdência privada aberta”. <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2011/12/08/seguero-dpvat-nao-tera-aumento-em-2012-afirma-seguradora.htm?cmpid=copiaecola>”.

### 3. DA PROVA

Assevera o art. 369, CPC:

**Art. 369. As partes têm o direito de empregar todos os meios legais, bem como os moralmente legítimos, ainda que não especificados neste Código, para provar a verdade dos fatos em que se funda o pedido ou a defesa e influir eficazmente na convicção do juiz.**

Destarte, entende o Requerente que a prova do acidente pode ser verificada por outros elementos de prova, inclusive o testemunhal, nos termos do art. 444, CPC, senão vejamos:

**Art. 444. Nos casos em que a lei exigir prova escrita da obrigação, é admissível a prova testemunhal quando houver começo de prova por escrito, emanado da parte contra a qual se pretende produzir a prova.**

Nesse sentido a parte autora faz alusão a necessidade de que seja realizada a prova pericial, realizada por determinação do órgão judicial a fim de prover a confecção de uma prova imparcial, legítima isenta de pagamento unilateral, onde o perito tenha plena convicção da isenção que deve nortear toda prova pericial.

### 4. - DO VALOR DEVIDO E DO PRAZO PARA LIQUIDAÇÃO DO DPVAT

O Art. 3º, da Lei 6.194/74, estabelece que os danos pessoais cobertos pelo Seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas médicas de assistência médica e suplementar, conforme se vê abaixo:



**Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:**

**I – R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;**

**II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente;**

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

O prazo que a Seguradora Lider, tem para liquidar o processo será de 30 (trinta) dias, se não vejamos:

[Art. 5º](#), da Lei nº 6.194/74:

“ § 1º - A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes documentos:”

- **DA AUFERIÇÃO DA GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ .**

O Egrégio Superior Tribunal de Justiça assentou entendimento de que o pagamento de indenização por invalidez permanente será filtrado a partir da quantificação do grau de debilidade apresentado pela vítima, senão vejamos:

**SÚMULA 474 – STJ: A indenização do Seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.**

Destarte, surge a necessidade da realização de prova pericial para aferir-se o grau de invalidez, possibilitando ao magistrado a correta aplicação da Lei.

- **DA IMPOSSIBILIDADE DE PREVISÃO DO RESULTADO LÍQUIDO DA DEMANDA**

Esclarece a parte Autora, que diante da necessidade da perícia médica, imparcial, onde serão quantificadas as lesões que acometem o Demandante, o que não foi possível quando da liquidação do processo administrativo .

Em tempo aduz ainda que o Código de Processo Civil, em seu art. 324, §1º, II, III, revela a possibilidade de formulação de pedido genérico, senão vejamos

**§1º. É lícito, porém, formular pedido genérico: (...)**

**II – Quando não for possível determinar, desde logo, as**



**consequências do ato ou do fato;**

**III – quando a determinação do objeto ou do valor da condenação depender de ato que deva ser praticado pelo Réu;**

A lei 11.945/09, inseriu à legislação a tabela de parâmetros acerca dos percentuais a que serão submetidas quando da aferição do grau de invalidez, conforme se vê abaixo:

*Art. 30, §1º. No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na **tabela anexa a esta Lei** as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatómicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009) (grifo nosso).*

Com a inclusão dessa tabela na lei, encerrou-se a polêmica jurisprudência acerca dos critérios para o cálculo da indenização proporcional. Instado a se manifestar, o Superior Tribunal de Justiça admitiu a validade da utilização dessa tabela para redução proporcional da indenização a ser paga por seguro DPVAT, em situações de invalidez parcial.

**5. DO REQUERIMENTO:**

Pelo Exposto, requer a V.Exa., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 31, II e seguintes da Lei n. 11.945/2009, a procedência da presente ação, para ao final condenar a requerida, ao pagamento da indenização do Seguro DPVAT, a ser aferida após a realização da perícia médica, obedecendo a Tabela incluída pela Lei 11.945/09, requerendo ainda o seguinte:

- 01- Seja citada a Ré, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;
- 02- Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitido, especialmente, na produção de **prova pericial** no sentido de quantificar o grau de lesão, nos quesitos seguem ao final desta;
- 03- Seja os valores devidamente corrigidos desde o evento danoso, conforme Súmula 54 do STJ;
- 04- *Nos termos do art. 334, § 5º, do Código de Processo Civil, requer a parte autora e desde já manifesta, pela natureza do litígio, seu desinteresse em auto composição, visto que, **em demandas similares inexistente qualquer proposta por parte da Seguradora Líder;***
- 05- Como no caso em tela o deslinde **trata-se na confecção da prova pericial**, seja nomeado perito de confiança do Juízo, para a realização da prova retro citada, nos termos do art. 31.II da Lei nº 11.945/2009;
- 06- Requer seja designada audiência de instrução e julgamento;



07-Seja a demandada condenada em **20%, sobre o valor da causa**, (art. 85, III CPC), referente a honorários advocatícios;

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art. 2º da Lei n. 1060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei;

Dá-se a presente o valor de **R\$ 1.000,00 (mil reais)**, para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos.

Pede e Espera Deferimento.

Campina Grande-PB, 07 de de 2019..

**Emmanuel Saraiva Ferreira**  
**-OAB-PB 16.928 –**



## PROCURAÇÃO "Ad Judicia"

OUTORGANTE JOSE BATISTA JUSTINO  
brasileiro (a), CASADO, AGRICULTOR, inscrito no CPF sob nº  
131.986.884-34, podendo ser intimado (a) na Rua  
SÍTIO MONTEADA - ZONA RURAL - MONTEADA -  
- Paraíba, CEP: 58.145-000, neste ato nomeia e constitui como seu bastante  
procurador e advogado

### **OUTORGADO(S)**

Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, com  
escritório profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba,  
com os poderes especial de patrocinar defesa do outorgante junto a processo junto a Comarca de  
ESPERANÇA - Paraíba, podendo os outorgados, requererem o que  
necessário for junto a quaisquer órgãos administrativos, judiciais para tanto, praticar todos os atos,  
constantes da **CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA**, para o foro em geral, para defender o outorgante,  
bem como em qualquer órgão do Poder Judiciário e/ou extrajudicialmente, em qualquer grau de  
jurisdição, e diante de qualquer ente/órgão da Administração Pública direta e indireta, INSS, podendo,  
para tanto, propor ação e dela variar, contestar, recorrer, requerer, embargar, transigir, passar  
recibos, receber e dar quitação, desistir, renunciar, firmar acordos, requerer o benefício da gratuidade  
judiciária e tudo o mais praticar a bem do completo e fiel patrocínio de toda e qualquer pretensão do  
outorgante, podendo ainda levantar, receber, dar quitação, inclusive o "alvará judicial", decorrente  
da presente demandada, substabelecer a outrem, com ou sem reserva de poderes, se lhe convier,  
dando o outorgante tudo por bom, firme e valioso, como se por ele houvesse sido praticado.

MONTEADA - Paraíba, 23 de JULHO de 2019  
⇒ X José Batista Justino  
Outorgante



### DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, JOSE BATISTA JUSTINO, brasileiro (a),  
CASADO, AGRICULTOR, inscrito no CPF sob nº 131.986.884-34,  
podendo ser intimado (a) na Rua  
: SÍTIO MONIMÓAS - ZONA RURAL - MONIMÓAS - PB Paraíba.

Declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção da palavra.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

MONIMÓAS - - Paraíba, 23 de JULHO de 2019

⇒ X Jose Batista Justino  
Declarante.





**- CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS**

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante: JOSE BATISTA JUSTINO, brasileiro,

CASADO AGRICULTOR, inscrito no CPF sob nº 131.986.884-34, podendo ser intimado na Rua SITIO MONIMOM - ZONA RURAL - MONIMOM - Paraíba,

contrata com os advogados Dr. Wamberto Balbino Sales, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/PB 6846 e Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, ambos com endereço profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de Campina grande - Paraíba, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT;

2- A parte contratante, não pagara qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juízo, da causa, firmados na cláusula- *ad exitum* (quando o pagamento só é feito se a decisão for favorável à parte contratante);

3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante, não desembolsara, quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida;

4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, devera a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (trinta por cento) sob o valor da causa;

5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide..

Elegem as partes, para dirimir quaisquer dúvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de \_\_\_\_\_ - Paraíba;

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

MONIMOM - Paraíba, 23 de JULHO de 2019

⇒ Contratante: Jose Batista Justino

Contratado: \_\_\_\_\_

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
CPF nº \_\_\_\_\_

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
CPF nº \_\_\_\_\_





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
COMISSÃO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

**PB**

NOME  
JOSE BATISTA JUSTINO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
148757 SSP PB

CPF  
131.986.884-34

DATA NASCIMENTO  
03/09/1949

FILIAÇÃO  
JOAO BATISTA JUSTINO  
ANTONIA RIBEIRO  
CAVALCANTI

PERMISSÃO  
ACC  
CAT. HAB.  
A

Nº REGISTRO  
03924509147

VALIDADE  
05/10/2020

1ª HABILITAÇÃO  
06/09/2006

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1497954527

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1497954527

OBSERVAÇÕES  
A ;

Assinatura do Portador  
JOSE BATISTA JUSTINO

LOCAL  
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO  
09/10/2017

Assinatura do Emissor  
03189868554  
PB035494174

PARAÍBA



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - : Nº 027.852.073



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JOSE BATISTA  
SIT MONTADAS S/N  
MONTADAS

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/239747-9

## REFERÊNCIA

JUL/2019

## APRESENTAÇÃO

12/07/2019

## CONSUMO

126

## VENCIMENTO

19/07/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 87,11

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 23/07/2019				
Pagador: JOSE BATISTA CNPJ/CPF: 131.986.884-34				
SIT MONTADAS S/N - CENTRO - MONTADAS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120003738627	000239747201907	19/07/2019	R\$ 87,11	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





Governo do Estado do(a/e) Paraíba  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª SRPC / 12ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia Municipal de Montadas  
Rua Severina Araújo de Souza, 222, Centro, Montadas/PB



Página Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

Ocorrência nº11/19

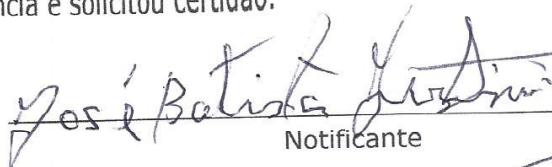
Versando sobre: Acidente de trânsito/Seguro DPVAT.

Data do Fato: 02/12/2018

Hora do Fato: 14:00

## CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA

Eu, **Vassili Salomaovitch Barinov Gurgel**, Comissário desta Delegacia de Polícia Civil, CERTIFICO para os fins a que se fizerem necessários que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registro de Ocorrências nº05/17, cujo teor passo a escrever na íntegra: Aos **25 de março de 2019**, nesta cidade de Montadas - Paraíba, e na Delegacia de Polícia Civil, onde se fazia presente o(a) Bel(a). **KELSEN DE MENDONÇA VASCONCELOS**, Delegado(a) de Comarca desta unidade policial. Aí por volta das **11:30** compareceu o(a) Sr(a). **JOSÉ BATISTA JUSTINO**, R.G. 148757, SSP/PB, C.P.F 131.986.884-34, brasileiro(a), vigilante, viúvo, natural de Areial, nascido(a) aos 03/09/1949, filho(a) de João Batista Justino e Antônia Ribeiro Cavalcante, residente e domiciliado(a) à Rua Sítio Montadas, em frente a barragem de Montadas, Montadas-PB, tel (83) 3381-1165; o(a) qual após cientificado das penalidades culminadas com o Art 299 do C.P.B. (falsidade ideológica) vem notificar QUE: **QUE no dia 02 de dezembro de 2018, o comunicante trafegava próximo a igreja do Distrito de Campinote, Lagoa Seca/PB quando o pneu dianteiro da motocicleta HONDA BIZ 125, PLACA QFZ-7826/PB, RENAVAL 0112203210-0 escorregou na pista, sendo que a motocicleta ao cair atingiu a perna esquerda; QUE foi conduzido pela sua filha JOSILENE JUSTINO DA SILVA para o Hospital de Trauma, onde passou por procedimento cirúrgico, colocando o ferro fixador; QUE compareceu a esta Delegacia para lavrar a presente certidão e apresentou o CNH para identificação, o comprovante de residência, o CRLV do veículo, exercício 2018 e o prontuário nº1785610 expedido pelo Hospital de Trauma. Nada , mais havendo para constar, registrou esta ocorrência e solicitou certidão.**

  
Notificante

**Vassili S. Barinov Gurgel**  
Comissário de Polícia Civil



PolOffice L11032016125028d69a3919175





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014202429750  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 20180100099299-7 EXERCÍCIO 2018  
1 0112203210-0 00/00000000 2018

NOME  
GESSICA SIMAO DE SOUZA OLIVEIRA

CPF / CNPJ 08686363474 PLACA QFZ7826/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2JC4830HR411306

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL  
MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2017

CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE CINZA

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 1º VENC / COTAS 2º  
FAIXA I.P.V.A. A\*\*\*\*\* PARCELAMENTO / COTAS 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 30/08/2018

OBSERVAÇÕES  
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

LOCAL CAMPINA GRANDE-PB DATA 18/10/2018  
41076 16128

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014202429750 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 18/10/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 08686363474 PLACA QFZ7826/PB

RENAVAM 1122032100 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125

ANO FAB. 2017 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2JC4830HR411306

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) \*\*\*\*\* DENATRAN (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* IOF (R\$) SEGURO TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
COTA ÚNICA PARCELADO 30/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

16128-1416577-20181018





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0137774/39 CPF da vítima: 131.986.884-34 Nome completo da vítima: JOSE BATISTA JUSTINO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JOSE BATISTA JUSTINO CPF: 131.986.884-34

Profissão: VIGILANTE Endereço: Rua Sítio Montanhas Número: 812 Complemento: CASA

Bairro: Centro Cidade: MONTAÑAS Estado: PARANÁ CEP: 58.145-000

E-mail: BALBINOCS@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (41) 99829.8855

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3331 6 CONTA: 6.663 ☒

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:  Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos:  Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:

Local e Data: João Tenor 24/04/2019

Nome: Jose Batista Justino

CPF: 131.986.884-34

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome:   
CPF:   
Assinatura:

2ª | Nome:   
CPF:   
Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença (juas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

SSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE BATISTA JUSTINO CPF DA VÍTIMA A34.986.884-34

DATA DO ACIDENTE 02/02/2018 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É JOSE BATISTA JUSTINO

ENDERECO DO PORTADOR Rua Sítio Montadas

Nº 512 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CEJURU

CIDADE Montadas UF Pernambuco CEP 58.145.000

E-MAIL RAFAELINOSCE@hotmail.com TELEFONE (83) 99829-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

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

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

(ORIGINAL)

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE - R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR

VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR [WWW.DPVATSEGURODOTANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24/04/2018

DATA

IDENTIDADE 1483-753-58993

NOME

ASSINATURA Jose Batista Justino

ASSINATURA



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190289740

Vítima: JOSE BATISTA JUSTINO

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BATISTA JUSTINO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =

R\$ 4.725,00

Recebedor: JOSE BATISTA JUSTINO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000003331-6

Conta: 000006663-X

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





MENSAGEM DO SENHOR MINISTRO

Criada em 1932, a Carteira de Trabalho e Previdência Social resistiu ao passar dos anos, assimilando com muita presteza as profundas modificações que se registraram, nestas décadas, na composição, distribuição e qualificação da nossa força de trabalho.

Sem nenhum exagero, pode-se afirmar que este documento, por muitos ainda hoje conhecido como "carteira profissional", converteu-se num dos mais importantes instrumentos à disposição do trabalhador, fazendo às vezes de cédula de identidade, título de crédito, atestado de antecedentes, de boa conduta e de residência, para citar apenas algumas das suas múltiplas utilidades.

Em sua simplicidade, a CTPS reflete a carreira do trabalhador e sua evolução profissional. Cabe-lhe pois, protegê-la atenta e cuidadosamente, porque enquanto pelos seus aspectos externos essa Carteira revela traços importantes da personalidade e da formação do seu possuidor, os registros internos, habitualmente insubstituíveis, se constituem nas melhores garantias da preservação e da efetivação dos seus direitos trabalhistas e previdenciários.

Almir Pazzianotto Pinto



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

Carteira

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 52.754

Ministério do Trabalho

Colocar Direito.

Assinatura do Portador

Assinatura: José Batista





## QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *João Batista Justino*  
 Loc. Nasc. *Barraque*  
 Est. *Paraná* Data *03.09.49*  
 Filiação *João Batista Justino e*  
*Antônio Ribeiro Norvalante*  
 Est. Civil *casado* Doc. Nº *8.632*  
 Fls. *434* Liv. *15-B* Reg. Civil *Paraná*  
 Outro doc. *L.I. 364.634 58 PPA*  
 Situação Militar: Doc. ....  
 Nº ..... Órgão ..... Est. ....  
 Naturalizado Dec. Nº ..... Em ...../...../.....

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em .....  
 Doc. Ident. Nº ..... Exp. em ...../...../.....  
 Estado .....  
 Obs .....  
 Data Emissão *13.07.90* DRT *Paraná-B.*  
*Antônio Dionísio da Silva*  
 Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE  
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome .....  
 Doc. ....  
 Nome .....  
 Doc. ....  
 Nome .....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Nascimento .....  
 Doc. ....



Empregador Prefeitura Municipal de Montadas

R. João Veríssimo de Souza, 5

CGC/MF Centro - CEP 58.145

Rua MONTADAS - P.O. N° 1

Município Est.

Esp. do estabelecimento Público

Cargo vigilante

C.B.O. n°

Data admissão 01 de julho de 19 97

Registro n° 111 Fls./Ficha 53v. fo. 2º

Remuneração especificada vide pag. 42

Imazio Porto

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 03 de junho de 19 97

Data saída 03 de junho de 19 97

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 03 de junho de 19 97

Com. Dispensa CD N°

vide pag. 44

14.06.99

Empregador .....

CGC/MF .....

Rua ..... N° .....

Município ..... Est. ....

Esp. do estabelecimento .....

Cargo .....

C.B.O. n° .....

Data admissão ..... de ..... de 19 .....

Registro n° ..... Fls./Ficha .....

Remuneração especificada .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída ..... de ..... de 19 .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD N° .....







ATENDIMENTO URGÊNCIA  
CLASSE DE RISCO: VERMELHO

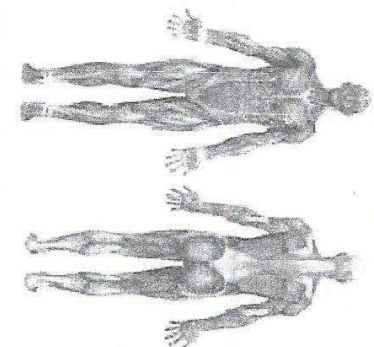
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 02/12/2018  
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 07  
Atendente: Lúgiana Verônica Silva Coutinho  
PACIENTE: JOSE BATISTA JUSTINO CEP: 58145000 Nascimento: 04/09/1949  
Endereço: SÍTIO MONTADAS

Cidade: Montadas Sexo: M Telefone: 86455704  
Nome da Mãe: Idade: 069 Bairro: ZONA RURAL  
Responsável: RG: Nº: 0 Profissão: AGRICULTOR  
Estado Civil: Casado(a) CPF: CNS: 88779966  
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Data de Atendimento: 02/12/2018 CONVÊNIO: SUS  
Médico: Hora: 15:10:36 Especialidade:  
CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otiorragia
30. Paralisia
31. Parestia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorréia
35. Sínais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau  
DIAGNOSTICO / CID: *Queimadura*

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

*Paciente vítima de queda de moto. Ruptura de um osso*

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorregentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow 15 PA HGT: Sato2

*visão normal pupila*

*8 palpando os ossos*

*o movimento costal normal*

*o Glasgow 15*

*o exame de tornozelos*

*o movimento de joelhos*

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Gasometria arterial

( ) Tomografia Computadorizada

( ) Ultrassonografia:

( ) Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Ortopedia*

Especialista: *Ortopedia*

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



*Emmanuel S. Ferreira*  
1785610



### Ficha de Acolhimento

Nome:	JOÃO BATISTA JUSTINO		
End:	St Montecda	Bairro:	Montecda
Data de Nascimento:	04.09.1949	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. de	Data do Atend.:	02.12.18 Hora: 15:10 Documento:
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não	

### Classificação de Risco

Nível de consciência:	( ) Bom	( ) Regular	( ) Baixo	Aspecto:	( ) Calmo	( ) Fáceis de dor	( ) Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HST:							
Deambulação:	( ) Livre	( ) Cadeira de rodas	( ) Maca	Temperatura axilar:			
	Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida						

### Estratificação

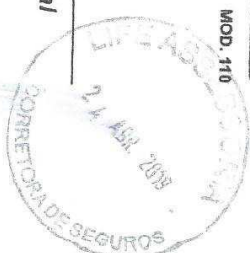
☒ Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

CORREIA-PB 448.575-ENF

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



ORTOPEDIA 1

LEITO 4-3 N° PRONTUÁRIO: 1785684

JOSE BATISTA

13/12

- 1 DIETALVRE
- 2 JEICO SALINIZADO
- 3 DIPIRONA 1G + AD IV 6/6H
- 4 TILATIL 20MG + AD IV 12/12H SN
- 5 NAUSEDRON 1AMP + AD IV 8/8H SN
- 6 CLEXANE 40MG SC AS 20H
- 7 SSVV + CCGG

8 FISIS MOTORA

9 Aste hospitalar

Dr. Euler Fabricio A. Cruz  
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9907



FX EXP PERNA E

LEITO 4-3

OEE, atual, em atendimento  
Fórmula elaborada pelo J. Pedro  
Assunto.  
Prescrição de J. Pedro em medicina  
medicinal.  
Cd: abta + sistema + medicamento  
cl: todos de general / alguns de  
compartimento de D.  
Bruma Bilhante.

Dr. Euler Fabricio A. Cruz  
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9907



15/12 10:00hs Paciente aguarda procedimento  
cirúrgico, realizado curativo + limpeza  
nas fissuras, medicado e.p.m, segue  
aos cuidados da enfermagem.

Deborah Silva Lima  
Téc. de enfermagem  
COREN-PB 602532

15/12 20:00h P.O. - P. 12x10. Paciente recebeu curativo,  
orientado, não se levantou.  
J. A. L.





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

## AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

### 1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

( ) Assintomática ( ) Sintomática ( ) Oligossintomática

#### SINTOMAS:

( ) Cefaléia ( ) Tontura ( ) Sincopse  
( ) Dispnéia de esforço ( ) Grande ( ) Pequena  
( ) Média ( ) Ortopnéia  
( ) Palpitações ( ) Tosse Seca ( ) Expectoração  
( ) Dor Precordial ( ) Típica ( ) Atípica  
Relacionada ( ) Esforço ( ) Emoções ( ) Frio ( ) Pós-prandial

Comentários: \_\_\_\_\_

### 2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

( ) Hipertensão Arterial Sistêmica ( ) Hipertensão Pulmonar ( ) DPOC ( ) Outros  
( ) Diabetes Mellitus ( ) Insut. Cardíaca Congestiva ( ) Insuficiência Coronariana  
( ) Arritmias ( ) insuf. Renal ( ) Aguda ( ) Crônica

### 3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

( ) Alergia a Medicamentos: \_\_\_\_\_ ( ) Tabagismo  
( ) Etilismo ( ) Sedentarismo  
( ) Dislipidemia ( ) Cirúrgico \_\_\_\_\_ ( ) Outros

Medicamentos em uso ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

### 4 - EXAME FÍSICO:

( ) Estado Geral ( ) Bom ( ) Regular ( ) Comprometido ( ) Precário ( ) Altura ( ) Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: \_\_\_\_\_

FC.: \_\_\_\_\_ b.p.m P.A.: \_\_\_\_\_ mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: DATA = 07-12-18 HORA = 09:00

PA = 120x80 - Paciente consciente orientado medicado

Abdômen - Comentários: curso de tratamento cirúrgico realizado

o mesmo segue com estado de eufasia

Membros inferiores - Comentários: \_\_\_\_\_

5 - E.C.G.: 07/12/18 20:00 RS  
PA 110x70  
Debuta

Ex. Laboratoriais: \_\_\_\_\_

### 6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: \_\_\_\_\_

Ass. do Médico

MOD. 043



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 07/08/2019 14:51:41

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080714513811500000022594184

Número do documento: 19080714513811500000022594184



## TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
dá plena autorização aos médicos do Hospital \_\_\_\_\_ que o  
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do  
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do  
estabelecimento.

12/12/18 Paciente EBR medicado  
realizado curativo segue  
sob os cuidados da  
Tamp. Imagem *[assinatura]*

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,  
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

12/12/18 Paciente EBR segue  
sob os cuidados  
*[assinatura]*

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.



Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou  
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_



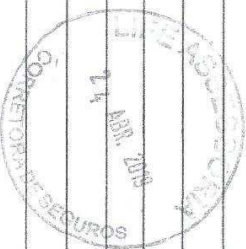




GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

# EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Data	Hora	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Rafaela de Jesus	07-12-18	Manhã	Avaliação pré-operatória. Diagnóstico clínico: Ex de arco do punho H.D.I = paciente vítima de acidente de moto. Escala Fimc: Aceitável, com cicatriz lateral no antebraço, com acromioclavicular, coracoclavicular e fixação rotacional em punho esquerdo. Sinais vitais: PA inicial = 120 x 90 mmHg e PA final = 120 x 90 mmHg. Avaliação funcional: ADM preservada em MMS e MID, não sendo possível avaliar em ME. Força = MMS e MID = 5+; Landolt: Exercícios de triplice flexão do MID, exercícios isométricos de quadriceps LxR10 (D+E), alongamento de trícipar unil (D). ACO: Uma Rapaia.	Art. 1º da Lei nº 13.626/18	Manhã	Paciente em pré-operatório. Encontra-se em E.E., laborativo, ativo, com fixação rotacional em punho E. Sinais vitais: PA inicial: 120 x 90 mmHg, PA final: 120 x 90 mmHg. Landolt: Triplice flexão de punho LxR10, exercícios isométricos de quadríceps com fitball LxR10, alongamento de quadríceps LxR10, alongamento de MMS. Aceitação: Uma Rapaia Landolt.





## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

## Diagnóstico

fx exp.  
fx linear da perna (t)

paciente

José Antônio Rufino

Alojamento

5

Leito

2

Convênio

Data

02/12/18

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data 1min

SAC 1000ml, IV, 24h

CURTAS 100mg, SC, 1X/dia

TINHA 100mg, IV, 1X/dia

Alimentar 1X/dia

Pau + 1X/dia

Dr. Valth Meneses Guimarães

Ortopedia / Traumatologia

CRM-PE 16.551 / TEOT 15.090

SAC 5000 U3 APB, 3M

Levofloxacino 500mg, IV, 1X/dia

Dr. Valth Meneses Guimarães

Ortopedia / Traumatologia

CRM-PE 16.551 / TEOT 15.090

# ortopedia

Traumatologia

Dr. Valth Meneses Guimarães

Ortopedia / Traumatologia

CRM-PE 16.551 / TEOT 15.090



## AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

### 1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

( ) Assintomática ( ) Sintomática 13 12 9:30 P4 ( ) Oligossintomática

#### SINTOMAS:

( ) Cefaléia ( ) Tontura Paciente evolui ( ) Síncope  
( ) Dispnéia de esforço ( ) Grande estabilidade ( ) Pequena  
( ) Palpitações ( ) Média procedimento ci ( ) Ortopnéia  
( ) Dor Precordial ( ) Tosse Seca urgico. ( ) Expectoração  
Relacionada: ( ) Esforço ( ) Típica ( ) Atípica  
( ) Emoções ( ) Pós-prandial

Comentários: \_\_\_\_\_

### 2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

( ) Hipertensão Arterial Sistêmica ( ) Hipertensão Pulmonar ( ) DPOC ( ) Outros  
( ) Diabetes Mellitus ( ) Insut. Cardíaca Congestiva ( ) Insuficiência Coronariana  
( ) Arritmias ( ) Insuf. Renal ( ) Aguda ( ) Crônica

### 3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

( ) Alergia a Medicamentos: \_\_\_\_\_ ( ) Tabagismo  
( ) Etilismo ( ) Sedentarismo  
( ) Dislipidemia ( ) Cirúrgico \_\_\_\_\_ ( ) Outros

Medicamentos em uso ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

### 4 - EXAME FÍSICO:

( ) Estado Geral ( ) Bom ( ) Regular ( ) Comprometido ( ) Precário ( ) Altura ( ) Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: \_\_\_\_\_

FC.: \_\_\_\_\_ b.p.m P.A.: 13-12-18 P.A. = 120x80 20/100 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: P.O. sem ruídos. Segue com

unidades de enfermagem.

Abdômen - Comentários: \_\_\_\_\_

Membros Inferiores - Comentários: \_\_\_\_\_

Daniela Aquino de Araújo  
CRM PB 1.248.611- TE

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

Ex. Laboratoriais: \_\_\_\_\_

### 6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: \_\_\_\_\_

Ass. do Médico







## AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: 14.12.18 204 PA: 110x70 mmHg IDADE: 2 SEXO: Valeria  
IMC:  PROCEDÊNCIA:  PROFISSÃO:  DATA:

### 1 - SIMTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

( ) Assintomática ( ) Sintomática ( ) Oligossintomática

#### SINTOMAS:

( ) Cefaléia ( ) Tontura ( ) Síncopse  
( ) Dispneia de esforço ( ) Grande ( ) Pequena  
( ) Média ( ) Ortopnéia  
( ) Palpitações ( ) Tosse Seca ( ) Expectoração  
( ) Dor Precordial ( ) Típica ( ) Atípica  
Relacionada: ( ) Esforço ( ) Emoções ( ) Frio ( ) Pós-prandial

Comentários:

### 2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

( ) Hipertensão Arterial Sistêmica ( ) Hipertensão Pulmonar ( ) DPOC ( ) Outros  
( ) Diabetes Mellitus ( ) Insut. Cardíaca Congestiva ( ) Insuficiência Coronariana  
( ) Arritmias ( ) Insuf. Renal ( ) Aguda ( ) Crônica

### 3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

( ) Alergia a Medicamentos:  ( ) Tabagismo  
( ) Etilismo ( ) Sedentarismo  
( ) Dislipidemia ( ) Cirúrgico  ( ) Outros

Medicamentos em uso ( ) Não ( ) Sim

### 4 - EXAME FÍSICO:

( ) Estado Geral ( ) Bom ( ) Regular ( ) Comprometido ( ) Precário ( ) Altura ( ) Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários:

FC.:  b.p.m P.A.:  mmHg

Ap. Respiratório - Comentários:

Abdômen - Comentários:

Membros Inferiores - Comentários:

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

Ex. Laboratoriais:

### 6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.:

Ass. do Médico





GOVERNO  
DA PARÁ

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

## AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: José Rolando Fustino IDADE: 69 SEXO: M  
IMC: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DATA: 03/12/18

### 1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática ( ) Sintomática ( ) Oligossintomática

#### SINTOMAS:

( ) Cefaléia ( ) Tontura ( ) Síncope  
( ) Dispnéia de esforço ( ) Grande ( ) Pequena  
( ) Média ( ) Ortopnéia  
( ) Palpitações ( ) Tosse Seca ( ) Expectoração  
( ) Dor Precordial ( ) Típica ( ) Atípica  
Relacionada: ( ) Esforço ( ) Emoções ( ) Frio ( ) Pós-prandial

Comentários: \_\_\_\_\_

### 2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

( ) Hipertensão Arterial Sistêmica N ( ) Hipertensão Pulmonar ( ) DPOC ( ) Outros  
( ) Diabetes Mellitus N ( ) Insut. Cardíaca Congestiva N ( ) Insuficiência Coronariana N  
( ) Arritmias ( ) Insuf. Renal ( ) Aguda ( ) Crônica N

### 3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

( ) Alergia a Medicamentos: neg ( ) Tabagismo N  
( ) Etilismo ( ) Sedentarismo  
( ) Dislipidemia ( ) Cirúrgico P/ prostatectomia ( ) Outros Ventilador

Medicamentos em uso ☒ Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

### 4 - EXAME FÍSICO:

( ) Estado Geral Bom ( ) Regular ( ) Comprometido ( ) Precário ( ) Altura ( ) Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCP, RT, AD

FC.: 84 b.p.m P.A.: 110 x 70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: \_\_\_\_\_

Abdômen - Comentários: \_\_\_\_\_

Membros Inferiores - Comentários: fractura osso perna E (exposto)

5 - E.C.G.: R. sinus, ARV difuso

Ex. Laboratoriais: \_\_\_\_\_

### 6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: \_\_\_\_\_

Dr. Imara Queiroz Barbosa  
Cardiologista  
CRM 27.783

Ass. do Médico



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 07/08/2019 14:51:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080714514428200000022594190>

Número do documento: 19080714514428200000022594190



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

C = Centomimol

PACIENTE:

Jose Batista Justino

DN- 04/09/1949

QI LEITE Sala 04 CONVÊNIO SUS IDADE 69a. REGISTRO 17 85610

CIRURGIA Trat. cirur. part. dos membros da perna esquerda.

CIRURGIÃO Dr. Valth.

ANESTESIA Requi

ANESTESIA Dr. Valdelúcio

INSTRUMENTADORA Jose DATA 02/12/18 INÍCIO 18:10 FIM 18:54

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.
	Adrenalina amp.	01	Catet. p/ Óxg.	Catgut
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut
	Diazepam amp.	02	Compressa Grande	Catgut
01	Dimofe amp.		Compressa Pequena	Catgut
	Dolarfina amp.		Cotonóide	Catgut
	Efrane ml		Dreno	Catgut
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº	Catgut
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº	Cera p.
	Inova ml		Dreno Pezzer nº	Ethibor
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas	Ethibor
01	Neleína % ml		Equipo de Macrogotas	Ethibor
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue	Fio de.
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de.
	Protigmine amp.	4.5	Esparadrapo Larco cm	Fio de.
	Protóxido l/m		Furacim ml	Fio de.
	Quelicin ml	9.5	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fila ca
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml	Monon
	Thionembatal ml		Intracath Adulto	Monon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	Proleni

PRODUTO DE USO ÚNICO PROIBIDO REUSAR, REUSAR É CONTRA A LEI

REGISTRO ANVISA 10108770128  
RESP TEG Roberto L. Paiva - CREIA 506231163  
CLASSE: I QTD: 1  
REF: 0933-001-350 LOTE: 0223/1117

PRODUTO DE USO ÚNICO PROIBIDO REUSAR, REUSAR É CONTRA A LEI

REGISTRO ANVISA 10108770114  
RESP TEG Douglas C. Nunes - CREIA 506231163  
CLASSE: III QTD: 8  
REF: 0920-005-180 LOTE: 0028/1017

Qtd.	MEDICAÇÕES			Qtd.
03	Água Destilada amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 23	Proleni
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Proleni
02	Dipirona amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 15	Proleni
	Flaxidól amp.	02	Luvas 7.0	Vicryl
	Flebocortid amp.		Luvas 7.5	Vicryl
	Flebotomid amp.		Luvas 8.0	Vicryl
	Geramicina amp.		Luvas 8.5	Vicryl
	Glicose amp.	4.5	Oxigênio l/m	
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix	
	Haemacel ml.	9.5	PVPI Degemante ml	
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	
	Kanakion amp.	9.5	Sabão Antisséptico	
	Lacix amp. foragisic		Saco coletor	SG Nor
01	Medrotilazol.	01	Seringa desc. 10 ml	SG Gel
	Metoprolol	01	Seringa desc. 20 ml	SG Hip
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml	SG Rin
	Revivan amp.		Sonda	SG fr 5
	Stuptanon amp.		Sonda folley	
02	Cefalotina 4g Cefipime		Sonda Nasogátrica	
			Sonda Uretral nº	
			Sterydrem ml	
			Torneirinha	

PRODUTO DE USO ÚNICO PROIBIDO REUSAR, REUSAR É CONTRA A LEI

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			Qtd.
	Aguilha desc. 25 x 7		Vaselina ml	
02	Aguilha desc. 25 x 28 210 x 12		Gelcon 18	
	Aguilha desc. 3 x 4,5		Latese	
01	Aguilha p/ raque nº 26	05	Oketaxol	
0.5	Álcool de Enfermagem	03	Okos p/ lizo	
	Álcool Iodado ml			
	Ataduras de Crepon			
	Ataduras de Gessada			
	Azul metileno amp.			
	Betadine ml			

## EQUIPAMENTOS

- (X) Oxímetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- (X) Foco Frontal
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- ( ) Eletrocáuterio
- ( ) Oxícapiógrafo
- (X) Cardiomonitor
- (X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Maria Helena E. B. da Nobrega  
TÉCNICO DE ENFERMAGEM  
PR 001.237.002

MOD 066



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 07/08/2019 14:51:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080714514428200000022594190

Número do documento: 19080714514428200000022594190





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Nome do Paciente <u>José BATISTA Justino</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>02/12/18</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>Dr. VALTH GUIMARÃES</u>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador <u>José</u>	
Anestesia <u>Dr. Valdebrício</u>	Tipo de Anestesia <u>perqui</u>		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>fratura exposta avulsa do pé direito (E)</u>			
Tipo de Operação <u>fto cirúrgico</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório <u>o mesmo</u>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
01. paciente em decúbito dorsal sob anestesia
02. anestesia e antitrombose
03. campo estéril
04. incisão longitudinal ± 6cm em fossa popliteal
05. desbridamento de tecidos devitalizados
06. irrigação c/ soro exaustivamente
07. redução e sutura da ferida
08. fixação c/ fixação externa linear monofilamentar unilateral
09. sutura da pele com pontos e pontos
10. curativo
11. ao final do procedimento boa perfusão distal, pulsos cheios.

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

Dr. Valth Menezes Guimarães  
Ortopedia / Traumatologia  
CREMEPE 15.551 / LEOT 15.090




lod. 018









Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? <span style="float: right;">Precordialgia ( )</span>	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: <u>MSD</u> Data da punção <u>10/12/18</u>	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há _____ dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD; Débito _____ ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros: _____ Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: <u>fixador MIE</u> Curativo em: <u>10/12/18</u>	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo:	
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: _____ ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<u>Paciente BSG, Estável, sem queixas. Aguarda cirurgia e segue aos cuidados da equipe de enfermagem.</u>	
 Enfermeira: <u>Enfermeira</u> COREN-PB: 456559	
	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: <u>10/12/18</u> HORA: _____ h Enfermeiro: <u>Enfermeiro</u> COREN-PB: 456559	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 07/08/2019 14:51:50

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080714514725500000022594195

Número do documento: 19080714514725500000022594195

Num. 23305663 - Pág. 2



Paciente:	José Batesta Justino	Idade:	68
Convênio:	SUS	Data:	02/12/2018
Procedimento:	trat. cirurgico de fratura dos ossos do punho esquerdo		
Cirurgião:	Dr. Valh	Auxiliar:	
		Anestesista:	Dr. Valdelucio
Início:	18:10	Término:	18:54
		Anestesia:	Rogui

[illegible][illegible]

**Observações:**

Assinatura Anestesista

Circulante



RA-100X70

Patent Consultant

Orientado en el tiempo

realizado

Twelve 8 inches

*Spanda Simpai*

22 June 2000

cuando de engañen

TE-700.758.958 PB 99  
Santos Silva  
JURADIA  
COREN

① ATK. 10-12-18

140 Rt - 19:00

7A-110 x 74

~~Jucileide dos Santos Silva  
COREN PB 958.700-TE~~

2802841

Dr. J. H. P.

51.01

① end of 2020  
② 2020  
③ 2020  
④ 2020  
⑤ 2020  
⑥ 2020  
⑦ 2020  
⑧ 2020  
⑨ 2020  
⑩ 2020  
⑪ 2020  
⑫ 2020  
⑬ 2020  
⑭ 2020  
⑮ 2020  
⑯ 2020  
⑰ 2020  
⑱ 2020  
⑲ 2020  
⑳ 2020  
㉑ 2020  
㉒ 2020  
㉓ 2020  
㉔ 2020  
㉕ 2020  
㉖ 2020  
㉗ 2020  
㉘ 2020  
㉙ 2020  
㉚ 2020  
㉛ 2020  
㉜ 2020  
㉝ 2020  
㉞ 2020  
㉟ 2020  
㊱ 2020  
㊲ 2020  
㊳ 2020  
㊴ 2020  
㊵ 2020  
㊶ 2020  
㊷ 2020  
㊸ 2020  
㊹ 2020  
㊺ 2020  
㊻ 2020  
㊼ 2020  
㊽ 2020  
㊾ 2020  
㊿ 2020

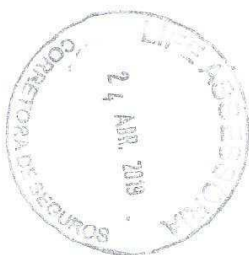


**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
( Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		10

*Emmanuel*

Assinatura do anestesista





E





E













PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE ESPERANÇA

1ª VARA

DESPACHO:

*Vistos etc.*

**Defiro** a gratuidade judiciária requerida (art. 98 e seguintes, CPC), vez que não há elementos nos autos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão do benefício ou capazes de autorizar a desconsideração da presunção relativa da alegação de insuficiência de recursos (art. 99, §§ 2º e 3º, CPC).

Ademais, observando-se que a matéria discutida nos presentes autos admite a autocomposição, mas considerando que a prática forense tem revelado que a parte promovida não se dispõe a fazer acordo sem a realização da perícia médica, afigura-se desnecessária (e mesmo desaconselhável, ineficiente (art. 37, caput, CF) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (art. 5º, LXXVII, CF) a designação exclusiva de audiência de conciliação, quando já se anuncia infrutífera sua realização, sobretudo em razão do benefício pleiteado já ter sido negado administrativamente.

Registra-se, todavia, que a autocomposição pode ser obtida no curso da lide, e mesmo como fase preliminar da própria audiência de instrução (art. 359, CPC), motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo para a *ratio* conciliadora da novel codificação (art. 3º, § 3º, c/c art. 139, V, CPC) a sua não realização no caso dos autos.

Portanto, **cite-se** a parte acionada para, querendo, oferecer contestação no prazo legal.

Em havendo arguição de prejudiciais de mérito/preliminares (art. 337, CPC) ou de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (art. 350, CPC), por ocasião da contestação, intime-se a parte autora, independentemente de conclusão, para, querendo, se manifestar no prazo de **15 (quinze) dias**.

Somente após a réplica, voltem-me conclusos.

Cumpra-se, com as cautelas legais.

Esperança, 13 de agosto de 2019.

Paula Frassinetti Nóbrega de Miranda Dantas

**Juíza de Direito**



