



Número: **0800411-10.2018.8.15.0091**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Taperoá**

Última distribuição : **19/08/2018**

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

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE DE BARROS SILVA (AUTOR)	MARCELO DANTAS LOPES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
16031 402	19/08/2018 20:32	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
16031 406	19/08/2018 20:32	<u>PETIÇÃO INICIAL</u>	Outros Documentos
16031 410	19/08/2018 20:32	<u>PROCURAÇÃO, DOCS PESSOAIS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA</u>	Procuração
16031 414	19/08/2018 20:32	<u>PRONTUÁRIO MÉDICO 1</u>	Outros Documentos
16031 421	19/08/2018 20:32	<u>PRONTUÁRIO MÉDICO 2 (1)</u>	Outros Documentos
16031 425	19/08/2018 20:32	<u>PRONTUÁRIO MÉDICO 2 (2)</u>	Outros Documentos
16031 429	19/08/2018 20:32	<u>BOLETIM DE OCORRÊNCIA, DOCUMENTO DA MOTO, REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO E CARTA DA NEGATIVA DA PROMOVI</u>	Outros Documentos
18331 494	13/12/2018 07:34	<u>Ato Ordinatório</u>	Ato Ordinatório
23650 757	20/08/2019 08:28	<u>Despacho</u>	Despacho

PETIÇÃO INICIAL EM ANEXO - FORMATO PDF



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 19/08/2018 20:31:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081920313858300000015627848>
Número do documento: 18081920313858300000015627848

Num. 16031402 - Pág. 1



EXCELENTE SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO TITULAR DA COMARCA DE
TAPEROÁ – PB,

“URGENTE”
PROCEDIMENTO ORDINÁRIO
JUSTIÇA GRATUITA - Gratuidade Processual - Art. 4º da Lei nº 1060/50
ACIDENTE DE TRANSITO – SEGURO DPVAT

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO INCLUSO

CARTA NEGATIVA INCLUSA

JOSÉ DE BARROS SILVA, brasileiro, convivente, agricultor, portador da Cédula de Identidade RG nº 2217871 SSP/PB e do CPF nº 079253847-19, residente e domiciliado na Rua da Grotta, centro, Taperoá/PB, CEP 58680 000, email: dlclientestap@gmail.com pelo instrumento procuratório em anexo (**DOC. 01**), por intermédio de seus procuradores e advogados “*in fine*” assinados com escritório profissional situado na Rua Manoel de Farias Castro, n.º 121, Centro, Taperoá-PB, CEP 58680 – 000, email: marcelodlady@gmail.com, onde receberá as eventuais notificações e intimações de estilo, vem respeitosamente a presença de Vossa Excelência através do Procedimento Ordinário e com fulcro na Lei nº 6.194/74, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT

pelo PROCEDIMENTO ORDINÁRIO em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) sob nº 09.248.608/0001-04, companhia de seguros participante do Consorcio de Seguradoras que operam o seguro de danos pessoais causados por veículo de via terrestre, com sede e domicilio na Rua Senador Dantas, nº 74 – 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - **Escritório Filial Taperoá** - Rua Manoel Farias Castro, Nª 121, Centro - (83)88939848.

Dr. Marcelo Dantas Lopes
10039260
08/08/2018
18:44:46





I – DA CONCESSÃO DA JUSTIÇA GRATUITA

A concessão da justiça gratuita tendo-se em vista que o promovente não possuir condições de arcar com as despesas processuais, sem que lhe cause prejuízos ao seu respectivo sustento e a sua respectiva família, com fundamento no artigo 4º da lei nº 1.060/50 e do artigo 1º da lei nº 7.115/1983, como atesta a declaração de hipossuficiência econômica realizada na “*procuração ad iudicium et extra*” (DOC.1).

Ademais, o fato de ingressar em Juízo sob o patrocínio de advogado não integrante dos quadros da Defensoria Pública, nenhuma influência tem na concessão do benefício pleiteado, conforme entendimento da sumula 29 do TJPB, que assim preceitua:

“Não está à parte obrigada, para gozar dos benefícios da Assistência Judiciária, a recorrer aos serviços da Defensoria Pública”.

É o requerido!

III – DOS FATOS E FUNDAMENTOS JURÍDICOS DA DEMANDA

A *causa petendi* que se assenta nas linhas a seguir revela o exercício do mais legítimo Direito da Ação e é mote para aplicação inequívoca da Lei 6.194/74 e seus consectários legais, em DIALOGO DAS FONTES, com a Constituição Federal, Processo Civil e o próprio Direito Civil.

IV – DA CAUSA DE PEDIR REMOTA

O requerente JOHÉ DE BARROS SILVA portador da Cédula de Identidade RG nº 2217871 SSP/PB e do CPF nº 079253847-19, foi vítima de acidente de trânsito no dia 23/09/2017, sofrendo AMPUTAÇÃO DO DEDO MINDINHO DO PÉ DIREITO, bem como, FRATURAS EXPOSTAS DOS DEMAIS DEDOS DO PÉ DIREITO, conforme boletim de ocorrência e os prontuários médicos (DOC. 3 e 4).

Assim, Douto julgador, no mencionado dia por volta das 9h00min o promovente seguia pilotando a motocicleta HONDA CG 150 cc TITAN KS, ANO 2008/2008, COR PRETA, PLACA MOA 7194/PB, CHASSIS 9C2KCO8108R181564, de sua propriedade e licenciada em seu nome, conforme documentação em anexo (DOC.5), QUANDO UM DESCONHECIDO PILOTANDO OUTRA MOTOCICLETA ATRAVESSOU EM SUA FRENTE, FAZENDO COM QUE ELE, PERDESSE O CONTROLE DA MOTO, causando a sua queda imediata, OCASIONANDO FRATURAS EXPOSTAS DOS DEMAIS DEDOS DO PÉ DIREITO, conforme boletim de ocorrência e os prontuários médicos (DOC. 3 e 4).

Neste contexto, MM Juiz, o promovente teve após a queda AMPUTAÇÃO DO DEDO MINDINHO DO PÉ DIREITO, bem como, FRATURAS EXPOSTAS DOS DEMAIS DEDOS DO PÉ DIREITO sendo socorrido por populares para O HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ, e, em seguida, sendo encaminhado para o HOSPITAL TRAUMA E EMERGÊNCIA na Cidade de Campina Grande/PB, conforme comprova os prontuários médicos acostados na presente peça (DOC. 3 e 4).

O promovente teve após a queda FRATURAS NO PÉ DIREITO sendo socorrido para o HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ aonde constatou A FRATURAS NO PÉ

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - **Escritório Filial Taperoá** - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.





ESQUERDO, sendo encaminhado para o HOSPITAL TRAUMA E EMERGÊNCIA na Cidade de Campina Grande/PB, AONDE FOI REALIZADO A AMPUTAÇÃO DO DEDO MINDINHO DO PÉ DIREITO, conforme comprova o BO e os prontuários médicos acostados na presente peça (DOC.3 e 4).

Desse sinistro, restaram sequela permanente no Autor, tais como **AMPUTAÇÃO DE UM DOS DEDOS DO PÉ DIREITO, ATROFIA MUSCULAR NO PÉ DIREITO, DORES ARTICULARES NO PÉ DIREITO, REDUÇÃO ARTICULAR NO PÉ DIREITO E COMPROMETIMENTO DAS FUNÇÕES EXERCIDAS PELOS OS DEDOS DO PÉ DIREITO, PODENDO SER DETECTADAS TAIS DEBILIDADES ATRAVÉS DE UMA SIMPLES VISÃO MACROSCÓPICA.**

Necessário se faz dizer que o promovente apresenta **DOR COM ESFORÇOS NO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.**

Ciente de seu direito ingressou com o pedido administrativo no dia **12/01/2018**, conforme requerimento administrativo **(COMPROVANTE DE POSTAGEM NOS CORREIOS NA CIDADE DE TAPEROÁ/PB)** incluso na presente peça **(DOC. 6)**.

Passados alguns meses o pedido administrativo foi **NEGADO** pela a ré, conforme carta de negativa do seguro obrigatório DPVAT em anexo **(DOC. 7)**.

Salienta-se que o direito da parte Autora, consiste no recebimento da indenização coberta pelo seguro obrigatório **de DPVAT**. Sendo assim, conforme prevê a Lei nº 6.194/74, em seu art. 3º, II a qual regula o pagamento dessas indenizações, o valor a ser pago no caso de invalidez permanente é o equivalente a **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos)**, uma vez que resta comprovado na documentação acostada aos autos o nexo causal entre a colisão e seu estado físico.

Denota-se legítimo o dever da Ré em efetuar o pagamento da indenização do seguro obrigatório **DPVAT**, ora pleiteada. Nesse sentido Excelênci, em decorrência do acidente sofrido pelo **JOSÉ DE BARROS SILVA**, culminado **AMPUTAÇÃO DE UM DOS DEDOS DO PÉ DIREITO, ATROFIA MUSCULAR NO PÉ DIREITO, DORES ARTICULARES NO PÉ DIREITO, REDUÇÃO ARTICULAR NO PÉ DIREITO E COMPROMETIMENTO DAS FUNÇÕES EXERCIDAS PELOS OS DEDOS DO PÉ DIREITO, PODENDO SER DETECTADAS TAIS DEBILIDADES ATRAVÉS DE UMA SIMPLES VISÃO MACROSCÓPICA**, destarte, o Requerente busca a tutela jurisdicional do Estado para fazer valer o seu Direito.

O promovente clama por **JUSTIÇA!**

V- DA CAUSA DE PEDIR PRÓXIMA

A – DO SEGURO DPVAT

O próprio nome do **Seguro DPVAT** é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre.

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.

*Dr. Marcelo Dantas Lopes
08/08/2018
18446*





Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causados por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

Reza Art. 5, da lei 6.194/74:

“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 da responsabilidade do segurado. §1º”.

Entende-se por **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL** a perda ou redução, em caráter definitivo em decorrência de acidente provocado por veículo.

O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974 pela Lei Federal nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determina que qualquer vítima de acidente envolvendo veículo, inclusive motoristas e passageiros, ou seus beneficiários podem requerer a indenização do DPVAT.

Frisa-se que o pagamento independe da apuração de culpados.

Em conformidade com o art. 3º da lei nº. 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, **invalidez permanente** e despesas de assistência médica e suplementar, vejamos o que nos diz este artigo com sua alínea:

“Art. 2º – Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei nº. 73, de 21 de novembro de 1966, a alínea “I” nestes termos:

Art. 20, 1 – Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas não transportadas ou não.

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:

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

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

Apenas a título ilustrativo, cabe aludir que se considera invalidez a perda ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão. Essa perda ou redução é indenizada pelo Seguro DPVAT quando resulta de um acidente causado por veículo é permanente, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável.

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - **Escritório Filial Taperoá** - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado
A. 19/08/2018
G. 16031406
8446





Destarte, a invalidez é considerada permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada **integralmente ou em parte**.

Nesta esteira, mister ressaltar que o STJ editou a súmula 278, e, estabeleceu como marco inicial a data em que o acidentado tomou conhecimento inequívoco de sua incapacidade para o trabalho. Assim, resta claro que o requerente deve ser indenizado pelo seguro, como medida de direito.

O pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP. Vejamos o seguinte julgado:

EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE DO VEICULO. IRRELEVANCIA. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, desse torna-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ-MA em 06/07/01).

Ademais, conforme estabelece o art. 7º da Lei 6.194/74, a responsabilidade pelo pagamento do seguro obrigatório é de qualquer das seguradoras integrantes do consórcio nacional do Seguro Obrigatório **DPVAT**, destarte, a jurisprudência já firmou entendimento neste sentido:

“**SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT.** Consórcio. Legitimidade de qualquer seguradora que opera no sistema. De acordo com a legislação em vigor, que instituiu sistema elogiável e satisfatório para o interesse de todas as partes envolvidas, qualquer seguradora que opera no sistema pode ser açãoada para pagar o valor da indenização, assegurado seu direito de regresso. Precedente. Recurso conhecido e provido.” (REsp 401.418/MG; Recurso Especial 2001/0194323-0; Relator ministro Ruy Rosado de Aguiar – Quarta Turma – Data do Julgamento 23.04.2002 – Data da Publicação/Fonte DJ 10.06.2002, p. 220)”

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação supramencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que o acometem e o registro de ocorrência no órgão policial competente, estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, bága ou segurado.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

VII - DO PEDIDOS MEDIATOS E IMEDIATOS

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101/(83) 8876-3546 - **Escritório Filial Taperoá** - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.

Br. Marcelo Dantas Lopes
TJ-PB
08/08/2018 14:46





1. Do pedido imediato:

a) Requer seja recebida esta inicial, bem como seja processada a presente demanda até final decisão jurisdicional procedente de mérito, haja vista a presença das condições da ação e dos pressupostos processuais, bem como dos requisitos dos artigos 319 e 320 do NCPC. Ademais, requer ainda que seja aplicado *in totum* a lei n. 6.194/74 - Seguro DPVAT.

2. Dos pedidos mediatos:

Diante dos fatos articulados e fundamentados no direito, é que se requer o seguinte:

a) Preliminarmente a concessão da justiça gratuita tendo-se em vista que o promovente não possuir condições de arcar com as despesas processuais, sem que lhe cause prejuízos ao seu respectivo sustento e a sua respectiva família, com fundamento no artigo 4º da lei nº 1.060/50;

b) A citação da requerida, no endereço declinado no preâmbulo para conhecer dos termos da presente, e o processamento desta inicial, sob pena de revelia, em conformidade com o artigo 319 do Novo Código de Processo Civil;

c) A procedência da presente demanda para o fim de condenar a requerida ao pagamento do Seguro Obrigatório (DPVAT), acrescidos de juros de mora, atualização monetária, custas processuais e honorários de advogado na base usual de 20% sobre o valor total do débito e demais cominações legais;

d) Que o valor da condenação seja devidamente corrigido acrescido de juros e correção monetária retroativa a data do sinistro, tudo em conformidade com a súmula 54 do STJ;

e) Que seja a requerida condenada ao pagamento das custas processuais e os honorários advocatícios em 20% sobre o valor da condenação;

f) O julgamento antecipado da lide com fundamento no artigo 355, I do Novo Código de Processo Civil, visto que, as provas são meramente documentais;

g) Que seja realizada perícia judicial e, desde já, requer ainda juntada os quesitos periciais acostados na presente peça petitória, havendo assim, desnecessidade de intimação para especificação de provas e apresentação dos quesitos periciais.

h) Que seja todas as publicações, intimações, notificações e quaisquer outros atos de intercâmbio processual deste juízo sejam realizados na pessoa dos advogados que esta subscreve, sob pena de possível nulidade.

i) Que não seja marcada audiência preliminar haja vista que a promovida declina pelo acordo após a realização da perícia médica judicial;

j) Por fim, a juntada de todos os documentos acostados na exordial.

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente nas provas documentais, requerendo que o autor seja submetido ao exame pericial por um médico ortopedista no Hospital Alcides Carneiro (HU) na cidade de Campina Grande-PB.

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - **Escritório Filial** Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado
CRF-PB 18449





Dá- se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil reais) para meros efeitos fiscais.

Nestes Precisos Termos, Pede e Confia no Deferimento.

Taperoá - PB, 20 de agosto de 2018.

MARCELO DANTAS LOPES
Advogado OAB/PB 18446

Quesitos periciais

Queira o Sr. Perito esclarecer:

- Qual o tipo de lesão sofrida pela Autora em decorrência do acidente mencionado na petição inicial?
- A lesão sofrida pelo paciente provoca debilidade permanente de membro?
- As lesões sofridas são compatíveis com os fatos narrados na inicial e com as fotos anexadas aos autos, ou seja, existe nexo causal entre o atropelamento sofrido e as lesões produzidas no autor?
- Qual foi o tratamento médico aplicado à Autora?
- As lesões físicas produziram sequelas que eliminam sua capacidade laborativa?
- Havendo diminuição ou perda de função de órgão do examinado, este órgão foi lesionado em função do acidente ou de outras causas?
- Em razão do acidente e do tempo de recuperação, por quanto tempo a Autora ficou impossibilitada de exercer sua profissão?
- A diminuição ou perda da função de órgão do autor é de caráter permanente ou temporária?
- Em que percentual de comprometimento funcional está o órgão lesionado?
- Quais as seqüelas físicas da lesão (esclarecendo se temporárias ou permanentes)?
- Havendo sequelas, qual(is) o(s) tratamento(s) recomendado(s) para corrigi-la(s) ou atenuá-la(s)? Qual(is) seu(s) custo(s) médio(s)?

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.

*Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado
OAB/PB 18446*





- Há algum outro ponto que o Sr. Perito repute relevante sobre o exame pericial realizado?
- Queira que o senhor perito informar, detalhadamente, quais são as lesões atualmente apresentadas pela parte autora, e se as mesmas decorrem (ou não) do acidente relatado?
- Queira o senhor perito informar o tempo da consolidação da invalidez?
- Queira o Senhor Perito informar se das referidas lesões decorreu alguma invalidez ou incapacidade para a parte autora e, caso positivo, qual o seu respectivo grau de extensão, DE ACORDO COM O DISPOSTO NA TABELA CONTIDA NA RESOLUÇÃO Nº 1/75, DE 03/10/75, expedida pelo conselho nacional de seguros privados - CNSP, bem ainda se a mesma é definitiva ou meramente provisória?

Escritório Sede - **Campina Grande** - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101/(83) 8876-3546 - **Escritório Filial Taperoá** - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.

Dr. Marcelo Dantas LOPES
Advogado
OAB/PB 15627852



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 19/08/2018 20:31:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081920280134600000015627852>
Número do documento: 18081920280134600000015627852

Num. 16031406 - Pág. 8

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,
OUTORGANTE: *JOSÉ BARROS DA SILVA BRASILEIRO CASADO*
Agriusor, residindo e domiciliado na Rua do Brás,
, S/N, Centro, Taperoá/PB, CEP 58680-000.
, constitui e nomeio os procuradores:

OUTORGADO: MARCELO DANTAS LOPES, brasileiro, casado, advogado regularmente inscrito na OAB – 2PB sob o n.º s com no escritório profissional situado na com escritório profissional situado na Rua Manoel de Farias de Castro, n.º 121, Centro, Taperoá-PB, eletrônico: marcelodladv@gmail.com

OBJETO: representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para propor *Acórdão de Fobanca de Sos Outorgados DPVAT*, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo estabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga à Advogadas acima descritas, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Neste instrumento lido e firmado, entre os contratantes, o outorgante compromete-se a pagar aos outorgados o percentual 20%, a título de honorários advocatícios calculados sobre o valor da condenação (liquidação de sentença ou acordo firmado entre as partes), independente de sucumbência, podendo o juiz a requerimento dos advogados, reter os honorários para o cumprimento deste instrumento, expedido, assim, os RPV's separadamente, um em nome do autor e outro em nome dos patronos.

Taperoá/PB, 20 de Junho de 2018

X José de Barros Silva

OUTORGANTE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.217.871 -2
NOME	JOSÉ DE BARROS SILVA
DATA DE NASCIMENTO	28/11/2014
FILHO DE	LUTS FRANCISCO DA SILVA RITA PEREIRA DE BARROS SILVA
NATURALIDADE	BUIQUE-PE
DOC ORIGEM	NASC. N. 4591 FLS. 86 LIV.A-05
CPF	079.253.847-19
DATA DE NASCIMENTO	
10/04/1977	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.105 DE 29/06/83	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAÍBA	
CARTERA DE IDENTIDADE	







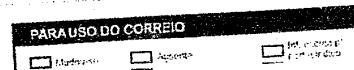


CTC RECIFE PE PL14
JOSE DE BARROS SILVA
R DA GROTA 27
CENTRO
58680-000 TAPEROA PB



7210139109501650000034937550245717

Dt.Post: 24/07/2017 Dt.Vcto: 05/08/2017



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 19/08/2018 20:31:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081920281914800000015627856>
Número do documento: 18081920281914800000015627856

Num. 16031410 - Pág. 3

HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ
FONE: (83) 3463-2298
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

103648

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

F.A.A....: 158164 - Prontuário.: 24827
Nome.....: JOSE DE BARROS SILVA Cor: PARDO
Nasc....: 10/04/1977 Idade: 40a 5m SEXO: M Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: AGRICULTOR
Endereço.: RUA GROTA n°27
Cidade...: TAPEROÁ /PB Cep: 58680000 Bairro.: ALTO
Telefone.: Celular: R.G.: 2217871
Mãe.....: RITA PEREIRA DE BARROS SILVA
Pai.....: LUIS FRANCISCO DA SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

Data....: 23/09/2017 Horário: 09:16 Operador: VIVIANE
Carater.: 02 - URGENCIA Tipo de Serviço: CONSULTA
Convenio: SUS AMBULATORIO N° Cartão do Sus: 702403057479224

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM TIPO DE CLASSIFICAÇÃO:

SINAIS VITAIS PA= 110 x 80 mmHg T= _____ PESO= _____ KG

FC= _____ bpm FR: _____ ipm SPO₂= _____ TAX _____ °C GLICEMIA _____ mg/dl

DUM _____ / _____ / _____ DPP _____ / _____ / _____ ESCALA COMADA DE GLASGOW _____

QUEIXA PRINCIPAL _____

HISTÓRIA REGRESSA _____

QUADRO CLÍNICO _____

ALERGIAS () NAO () SIM QUAL? _____ ASS. E CARIMBO _____

ATENDIMENTO MÉDICO**ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)**

Paciente vítima de colisão moto-moto,
com amputação de parte do pé direito

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPO)

RESULTADOS:**MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:**

- 1º Trombol 700 mg + SF 0,8% HORA: ASS TEC: *0,20*
2º 100mL, EV ASS TEC: *0,20*
3º Tiletal 40mg + AD, EV HORA: ASS TEC: *0,20*
4º Trombomín 1FA + AD, EV HORA: ASS TEC: *0,20*
5º SF 0,8% 500mL, EV, C/ HORA ASS TEC: *0,20*

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)**DIAGNÓSTICO**

- MEDICAÇÃO: CID-10.: _____
 PRESCRITA () OBSERVAÇÃO () RESIDÉNCIA () EVASÃO
() APLICADA () INTERNAÇÃO () OUTRO HOSPITAL () ALTA MÉDICA
() ÓBITO () OUTROS

SERVICOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

- 1 - 0301060061
2 -
3 -

MÉDICO: DR. (A) CRM: /
C.N.S....: 708203626168040 CBO.: 06105

*Dr. José de Barros Silva**Assinatura do Profissional*

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

1510871

Diagnóstico

Fractura exposta em pedra
liso de tendões extensores.

Paciente José da Paixão Sifra

Alojamento 4 Leito 2 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/09	1) Bloco goso, olho Lente de contato		# Olho pediu #
2) SIC, 0,4 1000 ml, IV, sem adit.			
3) Cefotaxima 4g, IV, 12/12h			
4) Dofazima 4mg + AD, IV, 6/6h			
5) Idatil 40mg + AD, IV, 24/24h			
6) Cinepazol 40mg + AD, IV, pela			
7) Manhã em fum			
8) SxIV + cagé			
9) RA 15000 UI, IM, agno	- lasturado no hospital		

Ver

Centro de ferro IV bolhas. **RT**
Fala Bota Jardim.

R-X controle

fbz

Fr submetido a proced.
muito curioso sobre falso
seu intercâmbio.

col. VPA

R-X controle

À VPA

Bracos do bloco as 19:20h

Hallison Lúcio de Almeida
GORE-DO-TRABALHO
0800-999-9999



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
03/09	00 hrs 36s	—	—	—	—	4000	paciente hidratado em - lotion para m -	11



Nome do Paciente		Nº Prontuário
<i>José de Barros</i>		
Data da Operação	23/09/17	Enf. Leito
Operador	<i>Dra Jaylla</i>	1º Auxiliar <i>Dr Hellinson</i>
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fractura exposta de ossos fer^D + lesões tendíneas extensoras 2º ao 5º PDD's</i>		
Tipo de Operação <i>Lmc + Desbridamento + osteomíse + tenorrafia</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia <i>φ</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>sim</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Táctica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral
<i>Pac em ODH sob efeito anestésico</i>
<i>Analgic + antiinflamat + cintos cintos</i>
<i>Indução exaurida c/ 10 litros de Sfb. 9%</i>
<i>Desbridamento de tecidos desvitalizados</i>
<i>Observado extensa lesão de partes moles + perda de substância óssea e tendínea + alterações grande de contumescência + lesão vascular importante em PDD's</i>
<i>Realizado osteomíse de 4º ao 5º Metatarsos</i>
<i>pe (1) c/ fios 1,5 mm Kirschner sob escópico</i>
<i>Tenorrafia de tendões extensores do 4º ao 5º PDD's + tendão flexor 5º PDD</i>
<i>Sutura de pele + cintos</i>
<i>Tela Bota MIO</i>
<i>Malisson Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 021-21052222</i>

Med. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: José de Souza Galo					DN: 101044	GOVERNO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE ENFERMAGEM E BEME DAS LESTE - GONÇALO FERREIRA
LEITE	LEITE Sala 01	CONVÉNIO SUS	IDADE 40 anos	REGISTRO 1520 813		
CIRURGIA	CIRURGIA Intervenção de histerectomia realizada pelo Dr. Wellington					
ANESTESIA	PL Difusão	ANESTESIA Drs. Tayane				
INSTRUMENTADORA	DATA 23/09/17	INÍCIO 16:00	FIM 18:10			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp.	Catet. pl. Óxig.		Cálcio Cromado Sérif		
	Atropina amp.	Catet. De Mina Sist. Fech.		Cálcio Cromado Sérif		
Q1	Diabetan amp.	Compressa Grande + + +		Cálcio Cromado Sérif		
	Dímex amp.	Compressa Pequena		Cálcio Simples		
	Dolantina amp.	Colonoide		Cálcio Simples Sérif		
	Efetene ml	Dreno		Cálcio Simples Sérif		
	Fenegram amp.	Dreno Kerr nº		Cálcio Simples Sérif		
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera pr. casso		
	Inova-ml	Dreno Pezzar nº		Ethibond		
	Ketalar ml	Equipo de Macrogomas		Ethibond		
Q2	Mercina 1% ml	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sérif		
	Mubalim amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sérif		
Q3	Povidona-amp.	Espadriço Largo cm		Fio de Algodão Sutupat		
	Prolignan amp.	Fuscom ml		Fio de Algodão Sutupat		
	Protonido Km	Gasa Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca		
	Quetamina ml	H2O ml	Q4	Mononylon 9,0		
	Rapifen amp.	Intracath Adulto	Q4	Mononylon 4,0		
	Thiobenbutal ml	Intracath Infantil		Prolene Sérif		
	Trichum amp			Prolene Sérif		
Qtd.	MEDICAÇÕES	Q5	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sérif	
Q6	Aqua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sérif	
Q7	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sérif	
Q8	Dipirona amp.	Q1	Luva 7,0 +		Vicryl Sérif	
	Flaxitrol amp.		Luva 7,5		Vicryl Sérif	
	Flabocortid amp	Q2	Luva 8,0 + +		Vicryl Sérif	
	Garamicina amp	Q2	Luva 8,5 + -			
	Glucose amp.		Oxigênio lit			
	Glucos de Cálcio amp		Povidol			
	Haemocel ml	Q5	PVPI Digerente ml			
	Heparina ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakin amp		Sabão Antiséptico		SG Hipotônico lr 600 ml	
	Leabix amp		Saco coletor		SG Gelado lr 500 ml	
	Medroflazol	Q4	Seringa desc. 10 ml +		SG Hipertônico lr 500 ml	
	Plusl amp	Q1	Seringa desc. 20 ml +	Q1	SG Ringer lr 500 ml	
	Prolamina	Q2	Seringa desc. 45 ml -	Q3	SG lf 500 ml	
	Reiniva amp		Sonda	Q4	SE 077 - 77ml	
	Stipulanon amp		Sonda Foley	Qtd.	ORTSESE E PRÓTESE	
Q9	Catgutina 1g		Sonda Nasogástrica	Q5	Fibra Funcken 7,5	
Q10	Waddington		Sonda Uretral nº			
Q11	Ornitox R		Steridren ml			
Q12	Turbo		Tornelinha			
Qtd.	MATERIAIS E SOLUÇÕES		Vaseline ml			
Q13	Agulha desc. 25x7 40114		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28x28	Q4	Lata			
	Agulha-desc. 3x4,5	Q5				
Q14	Agulha pl. reaque nº 15	Q2			EQUIPAMENTOS	
Q15	Alcool de Enfermagem 70%	Q1			(+) Oxímetro de Pulso	
	Alcool Isotônico ml				(+) Foco Auxiliar	
Q16	Algod. de Crepon 30cm				(+) Serra	
	Algod. de Gessada				(+) Electrocautélio	
	Azul metílico amp.				(+) Desfibrilador	
	Benzina ml				(+) Oxicapnógrafo	
					(+) Foco Frontal	
					(+) Cardiômetro	
					(+) Fonte de Luz	
					(+) Rendidor Elétrico	
					(+) Adrenalin 1gr	
					(+) Água de Enfriamento	
					(+) Circulante de Refrigeração	

NOD 994



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: José de Bonos Silveira Idade: 40
Convênio: SUS Data: 23/09/17
Procedimento: Tratamento de Ponte Exposta no D
Cirurgião: Dr. Alison Auxiliar: Anestesista: Dr. Taykoh
Início: 16:00 Término: 18:10 Anestesia: Raquel

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

WCO 199





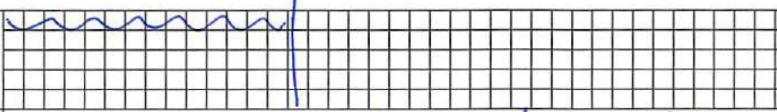
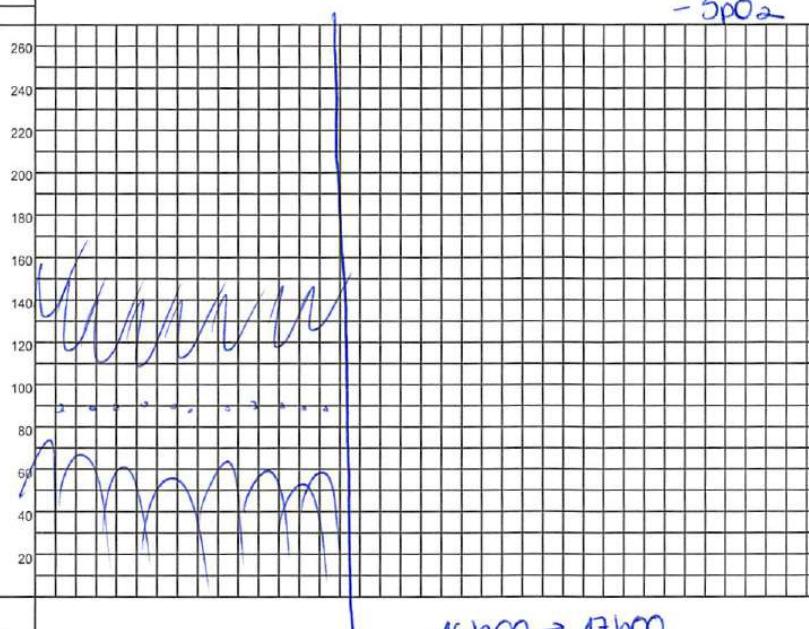
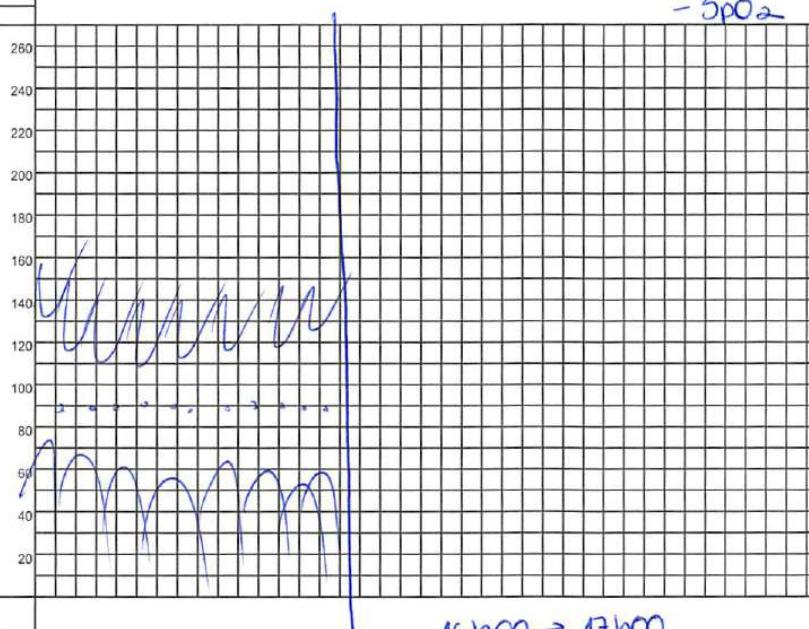
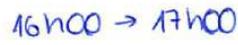
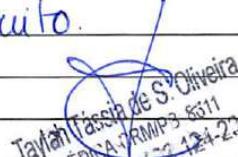
TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

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, Dispnéia = 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 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10



Assinatura do anestesista

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME José de Barros Silva			IDADE	SEXO	COR	
DATA 23/09/17		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
		URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA neg	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO asa 2	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	ÀS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	O ₂				INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo esparmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
	LÍQUIDOS				MANUTENÇÃO neocaina 1 dimorf 1 citaloprina 2 diazepam 2 naxodon 1 decadron 1 antaK 1 tilatil 1 eletrina 1 ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____			
CÓDIGOS VP ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
	SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					Com cânula: Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:		
POSIÇÃO								
AGENTES	Neocaina 20mg + dimorf 100ug.							
TÉCNICA	Raqui Q25G 13-14 ♀				CÂNULAS <i>cn o2</i>			
OPERAÇÃO	tto cirúrg. fratura exposta de p/ dírito.							
CIRURGIÕES	Spila + Alison							
ANESTESISTAS	Taylah Oliveira							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.								
 MÉDIA: 3,55/11 DATA: 23/12/17 PÓRDA SANGUÍNEA CPF: 123.456.789-00								

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 19/08/2018 20:31:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081920293121300000015627866

Número do documento: 18081920293121300000015627866

Num. 16031421 - Pág. 8





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

ok ok
elastofr. no f.
laringo laringo

Paciente: Jôn de Freitas Alojamento: 4 Leito: 2 Convênio: Conselho

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1. Dieta	<u>lata</u>	<u>10h</u>	<u>2-10h</u>
2. SRL 1500ml EV/24h		<u>20h</u>	
3. Dipirona 02ML+AD EV 06/08h		<u>20h</u>	
4. Tilitil 20mg +AD EV 12/12h		<u>20h</u>	
5. Omeprazole 40mg EV/jejum		<u>06h</u>	
6. Tramal 1000mg + 1000ml SF 0,9% EV 8/8h SN		<u>06h</u>	
7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN			
8. Clexane 40mg SC/dia	<u>1500mg</u>		
9. SSWV + CCGG			
10. Ceftriaxone - 1g/dia 12h	<u>06h</u>	<u>06h</u>	<u>sem infecções</u>
11. Ceftriaxone			<u>reduz infecções</u>
ATT			<u>reduz infecções</u>

elastofr.

laringo

laringo

elastofr.

elastofr. laringo
laringo laringo
elastofr. laringo
laringo laringo

elastofr. laringo
laringo laringo
elastofr. laringo
laringo laringo

→ Parálisis espástica tabática entorácica por crisis o ague mantendrá const.

TEC DE SISTEMAS
CÁDIZ. 88-92 (1991)





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

exp. 14							

Paciente José da Silva Alojamento 4 Leito 2 Convênio

Horário

Evolução Médica

Data 26/08 Prescrição Médica Orifl. t.

3 ml/

Orifl. t.

Infecções

<u>Orifl. t.</u>	<u>Infecções</u>

verso





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

PACIENTE:	JOSÉ DE BARROS SILVA
DATA DO EXAME:	23/09/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.

Pâncreas não visualizado por interposição gasosa.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e visceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar buscando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar,

Dra. Marcella Alves de Farias
Médica Radiologista - Membro Titular do CBR

CRM 6550

NOTA: As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação do médico radiologista. O laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda. Estamos à disposição para eventuais esclarecimentos.



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

João de Barros Silva

R.

IM

SAT 5000 UI

Aplicar IM, aguarde

10 min

MOD. 001

1
Data

Médico



10/04/17

apensos



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 19/08/2018 20:31:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081920294826700000015627870>
Número do documento: 18081920294826700000015627870

Num. 16031425 - Pág. 8



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

Receituário Simples

Ào centro cunh-

grão
verde



MOD. 001

1/1
Data

Médico





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ex. exp. da Pele anilida

Evolução de Enfermagem

40 anos

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *João de Oliveira Sá* | Registro: | Leito: *L-2* | Setor Atual: *Intep. II*

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: *36* °C; P: *120* bpm; FR: *12* lpm; PA: *120/80* mmHg; FC: *68* bpm; SPO2: *98* %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: *M2D* | Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotomeagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? _____	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: NSE Data da punção 24/09/17
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa () 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 () Hematuria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra () 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:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: _____ Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: Católico	() Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS	
<p>Paciente cirurgiado, com queimuras no momento alérgico, desseja presente, acesso venoso periférico dito livre, aguardando alta realizada cirúrgico e trazendo de volta o mesmo seguindo os cuidados da equipe.</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Ricardo Silveira Lucianer</i> Enfermeiro COREN-PB 337480	DATA: 25/09/17 HORA: 8:00 h

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *João de Deus Sá* | Registro: | Leito: 4-2 | Setor Atual: *Entrada*

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 35.0°C; P: bpm; FR: 72 irpm; PA: 110/80mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 99 %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: *HJD*. | Obs:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: (), Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venluri % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo-T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> <3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <u>MSC</u> Data da punção <u>24/09/17</u>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Distagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Liquida <input type="checkbox"/> Constipado há ____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocrada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input checked="" type="checkbox"/> Local/Aspecto: <u>MJD</u> Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro: <u>Desconforto e/ou dor</u>	
SONO E REPOUSO	
Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <u>Católica</u> <input type="checkbox"/> Praticante <input checked="" type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Paciente cirurgiado, afibril, sem queixas a excepção das limitações da equipe.</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Adelio Silveira Luciano</u> DATA: <u>24/09/17</u> HORA: <u>9:36 h</u>	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2006).





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

Ficha de Acolhimento

Nome: <u>José de Barros Silveira</u>	Bairro: <u>do Júlio</u>
End: <u>Rua Vaca Gorda 58</u>	Documento de Identificação: <u>Capexia</u>
Data de Nascimento: <u>10.04.74</u>	
Queixa: <u>Colisa</u>	Data do Atend.: <u>03.09.17</u> Hora: <u>13:00</u> Documento: _____
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Notas x Carro

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

MOD. 110

Clínico
 Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 19/08/2018 20:31:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081920294826700000015627870>
Número do documento: 18081920294826700000015627870

Num. 16031425 - Pág. 16

Dr. Daniel (C. Gerir)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO



HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ - ANTONIO HILARIO DE GOUVEIA

www.hgt.org.br

JUSTIFICATIVA DE TRANSFERÊNCIA

Nome: José de Barros Silveira Prontuário: _____

Idade: 40 anos Sexo: M F

Hipótese Diagnósticos: 1- Trauma

2- _____

Exame Físico: Escala de Coma de Glasgow: 15 Pressão: 110 x 80 mmHg FR:
10 bpm FC: 90 bpm SpO2: 98 % Local de Saída: Pavilhão Superior () Pavilhão Inferior ()

Local _____ de _____ Destino: _____
H. de Trauma

Motivo da Transferência:

- Necessidade de cuidados intensivos Necessidade de tratamento Especializado
 Outros: _____

Necessidade de Exames de complementares não contemplado na unidade:

- Tomografia Ressonância USG Arteriografia Hemodiálise
 Outro: _____

Descrição do quadro clínico para transferência: Paciente vítima de colisão moto-moto, apresentando amputação em pé direito.

Responsável pela solicitação do transferência:

Carimbo e assinatura do médico _____

Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____ : _____ h.





Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 19/08/2018 20:31:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081920294826700000015627870>
Número do documento: 18081920294826700000015627870

Num. 16031425 - Pág. 18

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

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

PRONT (B.E) Nº:1510813 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58043-809

Data: 23/09/2017

Atendente: Gisele De Oliveira Lopes

PACIENTE: JOSE DE BARROS SILVA CEP:58600000

Nascimento: 06/04/1977

Sexo:M

Telefone: 988573919

Idade:340

Barro do alto

RG: 2217871

Nº:58

CPF: 07925384719

Profissão:AJUDANTE

Estado Civil:União Estável

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

CONVENIÓIS:

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

Hora: 12:56:55

Especialista:

CRM:

Cidade: Taperoá

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS

SILVA

Responsável: ANTONIO FERNANDES

Data de:

Atest:23/09/2017

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª SUPERINTENDENCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
12ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE LIVRAMENTO
Rita Pereira de Almeida, s/nº, Centro, Livramento PB. CEP 58.690.000

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 002/2018

Aos (11) onze dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezesseis, por volta de 16h10min, nesta cidade de Livramento/PB, na Delegacia de Polícia, presente o Del. Pol. Ariosvaldo Adelino de Melo, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão nomeado ao final assinado, após verificar o livro de ocorrência policial de nº 003, a ocorrência de nº 002/2018, às folhas 35, foi verificado que compareceu:

JOSÉ DE BARROS SILVA - RG 2.217.871 SSP/PB, CPF 079.253.847-19, brasileiro, União Estável, Agricultor, natural de Buique/PE, com 40 anos de idade, nascido aos 10/04/1977, filho de Luiz Francisco da Silva e de Rita Pereira de Barros Silva, residente na Rua da Grotta, 27, bairro do Alto, Taperoá/PB, TEL: 83 xxxx-xxxx.

83 xxxx-xxxx.

PARA NOTIFICAR QUE: informa o noticiante de que no dia 23/09/2017, por volta das 09h00min, seguida do centro de Taperoá/PB, com destino a sua residência, pilotando a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, ANO/MOD 2008/2008, DE COR PRETA, CHASSI 9C2KC08108R181564, PLACA MOA 7194/PB, licenciada em seu nome, quando no trajeto, uma outra motocicleta, pilotada por um homem desconhecido, atravessou em sua frete, fazendo com que ele, noticiante, perdesse o controle e caísse; **QUE**, quando o noticiante caiu, um popular conhecido por CHIQUINHO Patativa, vereador de Taperoá/PB, ia passando o fez seu socorro ate o hospital de Taperoá/PB; **QUE**, após ser atendido naquele hospital, foi verificado que o noticiante havia sofrido uma fratura com amputação do dedo mindinho do pé direito, e foi encaminhado para Campina Grande/PB, onde foi atendido no hospital de Trauma, local onde o medico fez a remoção do dedo, uma vez que não tinha mais como reimplantá-lo; **QUE**, apresenta Ficha de Atendimento Ambulatorial. **Ciente das sanções previstas no artigo 299 do CPB, assume inteira responsabilidade.**

Livramento/PB, 11 de janeiro de 2018.

Notificante José de Bonos Silveira

JOSÉ DE BARROS SILVA

Gilliard Guimaraes Ferreira



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 30301467 - AC TAPEROA
TAPEROA
CNPJ...: 34028316374453 Ins. Est.: 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF....: 09248608000104
Doc. Post.....: 264525759
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao...: 62267655

Movimento...: 12/01/2018 Hora.....: 10:18:07
Caixa.....: 84697445 Matricula.: 84786558
Lancamento.: 014 Atendimento: 00006
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1414617195

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURADO PVAT ATE 30	1	21,75+
Valor do Porte(R\$)...		21,75
Peso real (G).....:		74
CNPJ/CPF Remet:		07925384719
Nome Remetente.: Jose de barros silva		
Endereco Remet.: RUA da grotta,27 - alto		
Cep Remetente.: 58680-000		
Cidade Remet...: TAPEROA		
UF Remet.....: PB		
POSTAL RESPONSA PV	1	28,00+
Valor do Porte(R\$)...		28,00
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (G).....:		67
OBJETO.....: DY785409101BR		

DY 78540910 1 BR

Obj Postado apos horario lim post ag. DH (Depois da Hora)

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 49,75

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

A FATARAR

Reconheco a prestacao do(s) servico(s) acima
prestado(s), o(s) qual (is) pagarei mediante
apresentacao de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderao sofrer variacoes de
acordo com as clausulas contratuais!

Nome: RG:

Ass. Responsavel.....

Obj Postado apos horario lim post ag. DH (Depois da Hora)

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

De 24/11 a 31/01, devido aumento nos servico(s)
de encomendas, estarei acrescidos 2 dias Atlet
eis de tolerancia no prazo de entrega.

VIA-CLIENTE SARA 7.8.00

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS

Ag: 30301467 - AC TAPEROA - PB
TAPEROA
CNPJ...: 34028316374453 Ins Est.: 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF....: 09248608000104
Doc. Post.....: 264525759
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao...: 62267655

Movimento...: 12/01/2018 Hora.....: 10:18:07
Caixa.....: 84697445 Matricula.: 84786558
Lancamento.: 014 Atendimento: 00006
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1414617195

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURADO PVAT ATE 30	1	21,75+
Valor do Porte(R\$)...		21,75
Peso real (G).....:		74
CNPJ/CPF Remet:		07925384719
Nome Remetente.: Jose de barros silva		
Endereco Remet.: RUA da grotta,27 - alto		
Cep Remetente.: 58680-000		
Cidade Remet...: TAPEROA		
UF Remet.....: PB		
POSTAL RESPONSA PV	1	28,00+
Valor do Porte(R\$)...		28,00
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (G).....:		67
OBJETO.....: DY785409101BR		

DY 78540910 1 BR

Obj Postado apos horario lim post ag. DH (Depois da Hora)

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 49,75

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

A FATARAR

Reconheco a prestacao do(s) servico(s) acima
prestado(s), o(s) qual (is) pagarei mediante
apresentacao de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderao sofrer variacoes de
acordo com as clausulas contratuais!

Nome: RG:

Ass. Responsavel.....

Obj Postado apos horario lim post ag. DH (Depois da Hora)

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

De 24/11 a 31/01, devido aumento nos servico(s)
de encomendas, estarei acrescidos 2 dias Atlet
eis de tolerancia no prazo de entrega.

VIA-CLIENTE SARA 7.8.00



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETAN - PB Nº 011545659677 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA: COD. RENAVAM: 0096892794-7 DATA: 20150100071838-3 07925384719 NOME: JOSE DE BARROS SILVA	
CPF/CNPJ: 07925384719 PLACA: MOA7194/PB TIPO: NOVO COD. FAB: 9C2KC08108R181564	
MARCA/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS Ano/Fab: 2008 Cal/Tipo: PRETA Cota Única: IPVA PAGO EM 27/04/2015 Cota Única: IPVA PAGO EM 27/04/2015	
PREMIO TANATÁRIO: ***** CUSTO DO SEGURO (R\$): ***** CUSTO DO BILHETE (R\$): ***** TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$): *****	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ: 09.221.006/0001-01 www.seguradoralider.com.br	
14478-0930200-20150717	



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL CPF da Vítima Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <input type="text" value="JOSE DE BARROS SILVA"/>		CPF titular da conta <input type="text" value="079253847-19"/>	Profissão <input type="text" value="Agricultor"/>
Endereço <input type="text" value="Rua da Graciosa"/>		Número <input type="text" value="27"/>	Complemento <input type="text" value="CASA"/>
Bairro <input type="text" value="Auro"/>	Cidade <input type="text" value="Tapejara"/>	Estado <input type="text" value="PB"/>	CEP <input type="text" value="58680000"/>
Email <input type="text" value="marcelodantas@gmail.com"/>		Telefone (DDD) <input type="text" value="83) 99640-4337"/>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome <input type="text"/>	
AGÊNCIA NRO. <input type="text" value="0043"/>	CONTA NRO. <input type="text" value="23"/>	D/V <input type="text" value="00165238-5"/>	NRO. <input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text" value=""/>	CONTA NRO. <input type="text" value=""/>	D/V <input type="text" value=""/>	NRO. <input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Tapejara/PB, 12 de Janeiro de 2018
Local e Data

X José de Barros Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CADDE 001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 19/08/2018 20:31:56
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081920302785900000015627874
Número do documento: 18081920302785900000015627874

Num. 16031429 - Pág. 4

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José de Barros Silva

RG nº 2217872, data de expedição 28/11/14, Órgão SSP/PB,

CPF nº 079253847-19, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua da Geom</u>
Número	<u>27</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Alto</u>
Cidade	<u>Tapera</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58680.000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99640-4118</u>
E-mail	<u>marcelo.dantas@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Tapera/PB, 12/01/18

Assinatura do Declarante: José de Barros Silva



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jose de Barros Silva, portador da carteira de identidade nº 2254871 e inscrito no CPF/MF sob o nº 07925384739, residente e domiciliado na Rua da Grotta, 27, Cidade Tapeca, Estado Paraíba, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jose de Barros Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Tapeca/PB, 22/Janerio/18

Local e data





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA João de Barros SilvaDATA DO ACIDENTE 23/04/18 CPF DA VITIMA 079253847-54

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COMA VITIMA É João de Barros SilvaENDEREÇO DO PORTADOR Rua da GreciaNº 22 COMPLEMENTO Casa BAIRRO AnoCIDADE Ipatinga UF MG CEP 58680000E-MAIL marcelo.dantas.lopes@gmail.com TELEFONE (31) 99640-4338

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

FANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- 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, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12/1 JANEIRO 2018IDENTIDADE Q217373

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 19/08/2018 20:31:56

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081920302785900000015627874>

Número do documento: 18081920302785900000015627874

Num. 16031429 - Pág. 7



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE DE BARROS SILVA**

Nº Sinistro: **3180054445**
Vitima: **JOSE DE BARROS SILVA**
Data do Acidente: **23/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180054445**.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13169045



CERTIDÃO

Certifico, em razão do meu ofício, ao MM. Juiz, que não existe processo tramitando (ou que tenha tramitado) em nome das partes existentes neste processo. Faço conclusão dos autos.

O referido é verdade, dou fé.

Taperoá-PB, 13 de dezembro de 2018

Adriana Dias Farias

Técnica Judiciária



Assinado eletronicamente por: ADRIANA DIAS FARIAS - 13/12/2018 07:34:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121307343202600000017837834>
Número do documento: 18121307343202600000017837834

Num. 18331494 - Pág. 1

PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE TAPEROÁ

DESPACHO

Vistos.

Tendo em vista a comprovação do prévio requerimento administrativo, **concedo** os benefícios da assistência judiciária gratuita ao(à) promovente, o que faço com esteio no art. 98 do CPC.

No mais, é sabido que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial, bem assim a praxe das partes não entabularem acordo sem a concretização daquela prova, à luz do princípio da duração razoável do processo, deixo de designar a audiência prevista no art. 334 do CPC.

CITE(M)-SE o(a)(s) promovido(a)(s) para apresentar(em) defesa, no prazo de 15 (quinze) dias – a contar da juntada aos autos do Aviso de Recebimento (AR) -, perante este Juízo, sob pena de serem aceitos pelo(a)(s) promovido(a)(s), como verdadeiros, os fatos articulados pelo(a)(s) promovente(s) na petição inicial.

Taperoá, (data e assinaturas eletrônicas).

José Milton Barros de Araújo

Juiz de Direito

```
<!-- /* Font Definitions */ @font-face {font-family:Arial; panose-1:2 11 6 4 2 2 2 2 4;
mso-font-charset:0; mso-generic-font-family:swiss; mso-font-pitch:variable;
mso-font-signature:-536859905 -1073711037 9 0 511 0;} @font-face {font-family:"Cambria Math";
panose-1:2 4 5 3 5 4 6 3 2 4; mso-font-charset:1; mso-generic-font-family:roman; mso-font-format:other;
mso-font-pitch:variable; mso-font-signature:0 0 0 0 0 0;} @font-face {font-family:Calibri; panose-1:2 15
5 2 2 4 3 2 4; mso-font-charset:0; mso-generic-font-family:swiss; mso-font-pitch:variable;
mso-font-signature:-536870145 1073786111 1 0 415 0;} /* Style Definitions */
p.MsoNormal,
li.MsoNormal, div.MsoNormal {mso-style-unhide:no; mso-style-qformat:yes; mso-style-parent:"";
margin:0cm; margin-bottom:.0001pt; mso-pagination:widow-orphan; font-size:12.0pt;
font-family:"Calibri",sans-serif; mso-ascii-font-family:Calibri; mso-ascii-theme-font:minor-latin;
mso-fareast-font-family:Calibri; mso-fareast-theme-font:minor-latin; mso-hansi-font-family:Calibri;
mso-hansi-theme-font:minor-latin; mso-bidi-font-family:"Times New Roman";
mso-bidi-theme-font:minor-bidi; mso-fareast-language:EN-US;} p {mso-style-noshow:yes;
mso-style-priority:99; mso-margin-top-alt:auto; margin-right:0cm; mso-margin-bottom-alt:auto;
margin-left:0cm; mso-pagination:widow-orphan; font-size:12.0pt; font-family:"Times New Roman",serif;
mso-fareast-font-family:Calibri; mso-fareast-theme-font:minor-latin;} .MsoChpDefault
{mso-style-type:export-only; mso-default-props:yes; font-family:"Calibri",sans-serif;
mso-ascii-font-family:Calibri; mso-ascii-theme-font:minor-latin; mso-fareast-font-family:Calibri;
mso-fareast-theme-font:minor-latin; mso-hansi-font-family:Calibri; mso-hansi-theme-font:minor-latin;
mso-bidi-font-family:"Times New Roman"; mso-bidi-theme-font:minor-bidi;
```



mso-fareast-language:EN-US;} @page WordSection1 {size:612.0pt 792.0pt; margin:70.85pt 3.0cm 70.85pt 3.0cm; mso-header-margin:36.0pt; mso-footer-margin:36.0pt; mso-paper-source:0;} div.WordSection1 {page:WordSection1;} -->



Assinado eletronicamente por: JOSE MILTON BARROS DE ARAUJO - 20/08/2019 08:28:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082008282007500000022919310>
Número do documento: 19082008282007500000022919310

Num. 23650757 - Pág. 2