



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
16031402	19/08/2018 20:32	Petição Inicial	Petição Inicial
16031406	19/08/2018 20:32	PETIÇÃO INICIAL	Outros Documentos
16031410	19/08/2018 20:32	PROCURAÇÃO, DOCS PESSOAIS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	Procuração
16031414	19/08/2018 20:32	PRONTUÁRIO MÉDICO 1	Outros Documentos
16031421	19/08/2018 20:32	PRONTUÁRIO MÉDICO 2 (1)	Outros Documentos
16031425	19/08/2018 20:32	PRONTUÁRIO MÉDICO 2 (2)	Outros Documentos
16031429	19/08/2018 20:32	BOLETIM DE OCORRÊNCIA, DOCUMENTO DA MOTO, REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO E CARTA DA NEGATIVA DA PROMOTORA	Outros Documentos
18331494	13/12/2018 07:34	Ato Ordinatório	Ato Ordinatório
23650757	20/08/2019 08:28	Despacho	Despacho

PETIÇÃO INICIAL EM ANEXO - FORMATO PDF





EXCELENTÍSSIMO 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 domicílio 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, Nº 121, Centro -
(83)88939848.

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Assinado
04/08/2018 16:44h





I – DA CONCESSÃO DA JUSTIÇA GRATUITA

A concessão da justiça gratuita tendo-se em vista que o promovente não possui 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 iudicia 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 JURIDICOS 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 consectarios legais, em **DIALOGO DAS FONTES**, com a Constituição Federal, Processo Civil e o próprio Direito Civil.

IV – DA CAUSA DE PEDIR REMOTA

O requerente **JOSÉ 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 - (83)88939848.

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado
OAB/PB 16448





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 Excelência, 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
19/08/2018
08:46:18





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, **invalidéz 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, I – 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
OAB/PE 18448





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, defeso 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 acionada 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, haja ou não seguro.

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 - (83)88939848.

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Assinado o
16031406



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 possui 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 petitoria, 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 intercambio 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.





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 o 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 repete 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/RN 160314



Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,

OUTORGANTE: JOSE BARROU DA SILVA BRASILEIRO CASADO,
Agricultor, RESIDENTE e DOMICILIADO NA RUA DA GRAMA,
S/N ALTO TAPERÓIA/PB, CEP 58680000,
, 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,
Taperóia–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
Ação de cobrança do Seg Obrigatório 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
substabelecer 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.

Taperóia/PB, 20 de Junho de 2018

X José de Barros Silva

OUTORGANTE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME JOSÉ DE BARROS SILVA DATA DE PEDIDO 28/11/2014

2.217.871 -2

FILIAÇÃO LUIS FRANCISCO DA SILVA

RITA PEREIRA DE BARROS SILVA

NATURALIDADE BUIQUE-PE

DOC ORIGINASC.N.4591 FLS.86 LIV.A-05

CPF CARTORIO BUIQUE-PE 079.253.847-19

DATA DE NASCIMENTO 10/04/1977

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

006-2

V-02

ASSINATURA DO TITULAR

José de Barros Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE





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



721013910950165000003453753240717

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

PARA USO DO CORREIO		
<input type="checkbox"/> Manifesto	<input type="checkbox"/> Assento	<input type="checkbox"/> Informação e orientação





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

103648

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

F.A.A.: 158164 - Prontuario.: 24827
Nome: JOSE DE BARROS SILVA Cor: PARDO
Nasci.: 10/04/1977 Idade: 40a 5m SEXO: M Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: AGRICULTOR n°27
Endereço: RUA GROTA Cep: 58680000 Bairro: ALTO
Cidade: TAPEROÁ /PB R.G.: 2217871
Telefone: Celular:
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 COMDA DE GLASGOW

QUEIXA PRINCIPAL

HISTÓRIA REGRESSA

QUADRO CLÍNICO

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

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente seixto de idade moto-moto,
com amputação de parte do pé direito

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPO)

RESULTADOS:

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1° Isonal 700 mg + SF 98% HORA: ASS TEC:
2° 700 mL, EV HORA: ASS TEC:
3° Tilatil 40 mg + AD, EV HORA: ASS TEC:
4° Trammin 1FA + AD, EV HORA: ASS TEC:
5° SF 0,8% 500 mL, EV, CUI HORA: ASS TEC:

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

DIAGNÓSTICO

MEDICAÇÃO: (X) PRESCRITA () APLICADA
ENCAMINHAMENTO: () OBSERVAÇÃO () INTERNAÇÃO () ÓBITO
CID-10.: () RESIDÊNCIA () EVASÃO (X) OUTRO HOSPITAL () ALTA MÉDICA () OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 - P301060061
2 -
3 -

MÉDICO: DR. (A)

C.N.S.: 708203626168040 CBO.: 06105

Dr. José de Barros Silva

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

As paredes em pé e o
chão de fundos fixos,
cabo externo.

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
15/0871 foxi da Mares S/ta	4	2	

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

12 exames em p.e.t.
 grupo de fundos fixos;
 grupo externos.

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
23/09	20 h 36	—	—	—	90% 10	—	paciente hidratado com fome persistente em dia.	



Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Data da Operação		Enf.	Leito
Operador		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
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 Visceral

Potem DDH sob efeito crônico

Anest. + antiespasm. + campos curativos

Irrigação exaustora c/ 10 lts de Sfb. 9%

Desbridamento de tecidos desvitalizados

Observado extensa lesão de partes moles + perda de substância óssea e tendínea + altíssimo grau de contuminação + lesão vascular importante em PDD's

Realizada osteotomia de 4º ao 5º Metatarsais de ① c/ fios 1,5 mm Kirschner sob escopia

Tenotomia de tendões extensores do 4º ao 5º PDD's + tendão flexor 5º PDD

Sutura de pele + curativo

Tela Bota MID

Edilson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CSU 20.002

Matheus Bertus de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CSU 73.922

May 1988

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Wesley de Barros Silva		DN: 10/04/77		GOVERNO DO PARÁIBA	
LEITE: Sala 04	CONVÊNIO: SUS	IDADE: 40 anos	REGISTRO: 1510 813	SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE	
CIRURGIA: pro laparoscopia de intestino apertado de D. Muller		CIRURGIÃO: D. Muller		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Figueiredo	
ANESTESIA: Dr. Diógenes		ANESTESIA: Dr. Fayal			
INSTRUMENTADORA: S. Costa		DATA: 23/09/17		FIM: 18:10	
INÍCIO: 16:00					

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Cat. pl. Ovg.		Calgut cromado Serfix	
	Atropina amp.	Cat. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Serfix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Calgut cromado Serfix	
01	Dindig amp.	Compressa Pequena		Calgut Simplex	
	Dolantina amp.	Colonoide		Calgut Simplex Serfix	
	Eltane ml	Dreno		Calgut Simplex Serfix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Calgut Simplex Serfix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera pl. osso	
	Indox ml	Dreno Pizar nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macroglot		Ethibond	
01	Mercaina amp.	Equipo de Macroglot		Ethibond	
	Mubalin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serfix	
01	Roxidone amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Serfix	
	Proligamine amp.	Espandrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulupat	
	Proloido Mx	Furacim ml		Fio de Algodão Sulupat	
	Quelid ml	Gasa Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml	06	Monomylon	3.0 - - - - -
	Thionembul ml	Intracath Adulto	04	Monomylon	4.0 - - - - -
	Tracium amp.	Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lamina de Blisul nº 23	Prolene Serfix	
01	Agua Destilada amp.		Lamina de Blisul nº 11	Prolene Serfix	
01	Decadron amp.		Lamina de Blisul nº 15	Prolene Serfix	
02	Dipirone amp.	01	Luvax 7.0	Vicryl Serfix	
	Flazid amp.		Luvax 7.5	Vicryl Serfix	
	Flabocortid amp.	02	Luvax 8.0	Vicryl Serfix	
	Garanticha amp.	02	Luvax 8.5		
	Glicose amp.		Oxigenio ltr		
	Glucos de Cálcio amp.		Pomex		
	Haemacel ml	05	PVPi Orogelento ml		
	Heparina ml		PVPi Topico ml	Qtd.	SOROS
	Kanekion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotermico fr 600 ml
	Leob amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medroclimazol	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml
	Musil amp.	01	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringer fr 500 ml
	Prolemine	02	Seringa desc. 05 ml	03	SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda	08	SE 091 - 77 ltr fr 500 ml
	Simplanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
01	Coligina 1g		Sonda Nasogástrica	05	Fio de sutura 2.5 - - - - -
01	Novumom		Sonda Uretral nº		
01	Ortix		Steridran ml		
01	Tenid		Tornesinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaseline ml		
01	Agulha desc. 25x2.40 114		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 23	02	Lalele		
	Agulha desc. 3 x 4.5	05	Autoclave		
01	Agulha p/ raque nº 15	02	Base de		
05	Alcool de Enfermagem 70%	02	Algodão catapoda		
	Alcool Iodado ml				
04	Ataduras de Crepon 8.06m				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS	
(+) Oxímetro de Pulso	(+) Foco Auxiliar
() Seta	() Eletrocardiograma
() Desfibrilador	() Oxímetro
() Foco Frontal	() Cardiomonitor
(+) Fonte de Luz	(+) Fonte de Luz

Adriana Sereno
A. Sereno
CIRCULANTE

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	José de Barros Silva	Idade:	40
Convênio:	Plus	Data:	23/09/17
Procedimento:	Lha emingus de Protina Exposta no O.		
Cirurgião:	Dr. Almon	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Taylor
Início:	16:00	Término:	18:20
		Anestesia:	Rapin

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MCD 103



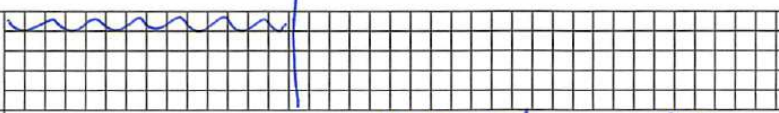
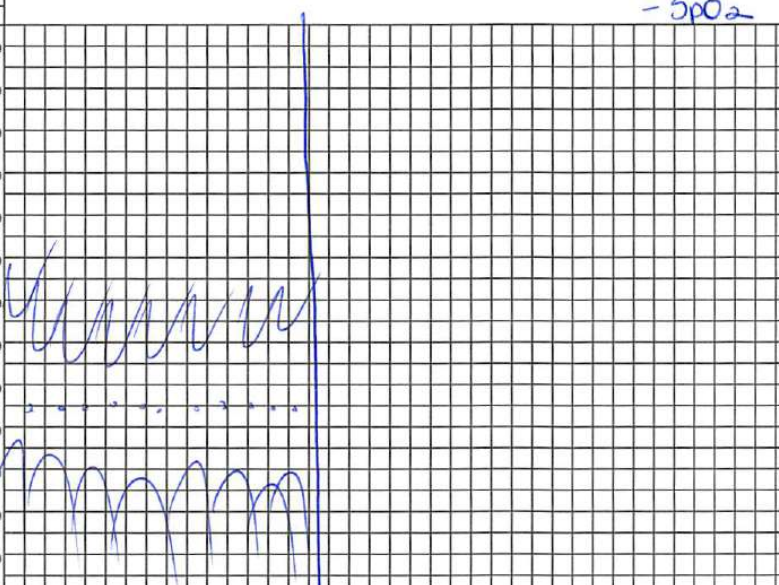

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

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 O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 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

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>João de Barros Silva</u>			IDADE <u>40a</u>	SEXO <u>M</u>	COR
DATA <u>23/09/17</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	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 <u>ningu</u>	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO <u>asa 2</u>	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	ÀS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo esparmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LÍQUIDOS	<u>5F 2000ml</u> - PNE - ECG - SpO2				MANUTENÇÃO <u>neocaina</u> 1 <u>dimorf</u> 1 <u>clorplina</u> 2 <u>diplofora</u> 2 <u>nausechon</u> 1 <u>de cadron</u> 1 <u>antak</u> 1 <u>tilatil</u> 1 <u>efedrina</u> 1 ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
CÓDIGOS					DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co2: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<u>16h00 → 17h00</u>				Com cânula: Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:		
POSIÇÃO							
AGENTES	<u>Neocaina 20mg + dimorf 100 4g</u>						
TÉCNICA	<u>Raqui Q256 L3-L4 L</u>				CÂNULAS <u>CV 02</u>		
OPERAÇÃO	<u>tto cirúrg. fratura exposta de p. direito</u>						
CIRURGIÕES	<u>João + Alisson</u>						
ANESTESISTAS	<u>Taylan Oliveira</u>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.							

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

Diagnóstico

Fx. Gp. Pé D + Lesão Tecidual

ORTOPEDIA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP:

Paciente	José de Barros Silva	Alojamento	4	Leito	2	Convênio	
----------	----------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica
24/09	1. DIETA LIVRE 2. JELCO 4. DIETIRONA 2ML EV 6/6H 5. OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM 6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N 7. NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N 8. TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12H S/N 9. XARELTO 10MG 1 CP VO 1 X DIA, <i>do 15-2</i> 10. SSVV + CCGG 11. Cevatus diário 12. Ceftazoxima 1g, EV, 12/12h 13. Gentamicina 20mg c/ea EV 12/12h	<i>08h</i> 18h 20h 22h 24h 26h 28h 30h 32h 34h 36h 38h 40h 42h 44h 46h 48h 50h 52h 54h 56h 58h 60h 62h 64h 66h 68h 70h 72h 74h 76h 78h 80h 82h 84h 86h 88h 90h 92h 94h 96h 98h 100h 102h 104h 106h 108h 110h 112h 114h 116h 118h 120h 122h 124h 126h 128h 130h 132h 134h 136h 138h 140h 142h 144h 146h 148h 150h 152h 154h 156h 158h 160h 162h 164h 166h 168h 170h 172h 174h 176h 178h 180h 182h 184h 186h 188h 190h 192h 194h 196h 198h 200h 202h 204h 206h 208h 210h 212h 214h 216h 218h 220h 222h 224h 226h 228h 230h 232h 234h 236h 238h 240h 242h 244h 246h 248h 250h 252h 254h 256h 258h 260h 262h 264h 266h 268h 270h 272h 274h 276h 278h 280h 282h 284h 286h 288h 290h 292h 294h 296h 298h 300h 302h 304h 306h 308h 310h 312h 314h 316h 318h 320h 322h 324h 326h 328h 330h 332h 334h 336h 338h 340h 342h 344h 346h 348h 350h 352h 354h 356h 358h 360h 362h 364h 366h 368h 370h 372h 374h 376h 378h 380h 382h 384h 386h 388h 390h 392h 394h 396h 398h 400h 402h 404h 406h 408h 410h 412h 414h 416h 418h 420h 422h 424h 426h 428h 430h 432h 434h 436h 438h 440h 442h 444h 446h 448h 450h 452h 454h 456h 458h 460h 462h 464h 466h 468h 470h 472h 474h 476h 478h 480h 482h 484h 486h 488h 490h 492h 494h 496h 498h 500h 502h 504h 506h 508h 510h 512h 514h 516h 518h 520h 522h 524h 526h 528h 530h 532h 534h 536h 538h 540h 542h 544h 546h 548h 550h 552h 554h 556h 558h 560h 562h 564h 566h 568h 570h 572h 574h 576h 578h 580h 582h 584h 586h 588h 590h 592h 594h 596h 598h 600h 602h 604h 606h 608h 610h 612h 614h 616h 618h 620h 622h 624h 626h 628h 630h 632h 634h 636h 638h 640h 642h 644h 646h 648h 650h 652h 654h 656h 658h 660h 662h 664h 666h 668h 670h 672h 674h 676h 678h 680h 682h 684h 686h 688h 690h 692h 694h 696h 698h 700h 702h 704h 706h 708h 710h 712h 714h 716h 718h 720h 722h 724h 726h 728h 730h 732h 734h 736h 738h 740h 742h 744h 746h 748h 750h 752h 754h 756h 758h 760h 762h 764h 766h 768h 770h 772h 774h 776h 778h 780h 782h 784h 786h 788h 790h 792h 794h 796h 798h 800h 802h 804h 806h 808h 810h 812h 814h 816h 818h 820h 822h 824h 826h 828h 830h 832h 834h 836h 838h 840h 842h 844h 846h 848h 850h 852h 854h 856h 858h 860h 862h 864h 866h 868h 870h 872h 874h 876h 878h 880h 882h 884h 886h 888h 890h 892h 894h 896h 898h 900h 902h 904h 906h 908h 910h 912h 914h 916h 918h 920h 922h 924h 926h 928h 930h 932h 934h 936h 938h 940h 942h 944h 946h 948h 950h 952h 954h 956h 958h 960h 962h 964h 966h 968h 970h 972h 974h 976h 978h 980h 982h 984h 986h 988h 990h 992h 994h 996h 998h 1000h 1002h 1004h 1006h 1008h 1010h 1012h 1014h 1016h 1018h 1020h 1022h 1024h 1026h 1028h 1030h 1032h 1034h 1036h 1038h 1040h 1042h 1044h 1046h 1048h 1050h 1052h 1054h 1056h 1058h 1060h 1062h 1064h 1066h 1068h 1070h 1072h 1074h 1076h 1078h 1080h 1082h 1084h 1086h 1088h 1090h 1092h 1094h 1096h 1098h 1100h 1102h 1104h 1106h 1108h 1110h 1112h 1114h 1116h 1118h 1120h 1122h 1124h 1126h 1128h 1130h 1132h 1134h 1136h 1138h 1140h 1142h 1144h 1146h 1148h 1150h 1152h 1154h 1156h 1158h 1160h 1162h 1164h 1166h 1168h 1170h 1172h 1174h 1176h 1178h 1180h 1182h 1184h 1186h 1188h 1190h 1192h 1194h 1196h 1198h 1200h 1202h 1204h 1206h 1208h 1210h 1212h 1214h 1216h 1218h 1220h 1222h 1224h 1226h 1228h 1230h 1232h 1234h 1236h 1238h 1240h 1242h 1244h 1246h 1248h 1250h 1252h 1254h 1256h 1258h 1260h 1262h 1264h 1266h 1268h 1270h 1272h 1274h 1276h 1278h 1280h 1282h 1284h 1286h 1288h 1290h 1292h 1294h 1296h 1298h 1300h 1302h 1304h 1306h 1308h 1310h 1312h 1314h 1316h 1318h 1320h 1322h 1324h 1326h 1328h 1330h 1332h 1334h 1336h 1338h 1340h 1342h 1344h 1346h 1348h 1350h 1352h 1354h 1356h 1358h 1360h 1362h 1364h 1366h 1368h 1370h 1372h 1374h 1376h 1378h 1380h 1382h 1384h 1386h 1388h 1390h 1392h 1394h 1396h 1398h 1400h 1402h 1404h 1406h 1408h 1410h 1412h 1414h 1416h 1418h 1420h 1422h 1424h 1426h 1428h 1430h 1432h 1434h 1436h 1438h 1440h 1442h 1444h 1446h 1448h 1450h 1452h 1454h 1456h 1458h 1460h 1462h 1464h 1466h 1468h 1470h 1472h 1474h 1476h 1478h 1480h 1482h 1484h 1486h 1488h 1490h 1492h 1494h 1496h 1498h 1500h 1502h 1504h 1506h 1508h 1510h 1512h 1514h 1516h 1518h 1520h 1522h 1524h 1526h 1528h 1530h 1532h 1534h 1536h 1538h 1540h 1542h 1544h 1546h 1548h 1550h 1552h 1554h 1556h 1558h 1560h 1562h 1564h 1566h 1568h 1570h 1572h 1574h 1576h 1578h 1580h 1582h 1584h 1586h 1588h 1590h 1592h 1594h 1596h 1598h 1600h 1602h 1604h 1606h 1608h 1610h 1612h 1614h 1616h 1618h 1620h 1622h 1624h 1626h 1628h 1630h 1632h 1634h 1636h 1638h 1640h 1642h 1644h 1646h 1648h 1650h 1652h 1654h 1656h 1658h 1660h 1662h 1664h 1666h 1668h 1670h 1672h 1674h 1676h 1678h 1680h 1682h 1684h 1686h 1688h 1690h 1692h 1694h 1696h 1698h 1700h 1702h 1704h 1706h 1708h 1710h 1712h 1714h 1716h 1718h 1720h 1722h 1724h 1726h 1728h 1730h 1732h 1734h 1736h 1738h 1740h 1742h 1744h 1746h 1748h 1750h 1752h 1754h 1756h 1758h 1760h 1762h 1764h 1766h 1768h 1770h 1772h 1774h 1776h 1778h 1780h 1782h 1784h 1786h 1788h 1790h 1792h 1794h 1796h 1798h 1800h 1802h 1804h 1806h 1808h 1810h 1812h 1814h 1816h 1818h 1820h 1822h 1824h 1826h <		

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
24/09/17	19:00	-	-	-	120/80	+	Ref. Comiss. de Orit. do Sistema de SSWCCG curativa. Segui as direções de enfermagem.	
24-09-2000	-	-	-	-	120/80		Recont. cateter e amg. ixo e medic. de controle paciente medicado.	



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
24/08/17	19:00	-	-	-	120/80	✓	<p>Ref. comecar a dar toda a medicação segun as ordens</p> <p>de enfermagem</p> <p>Maria José da Silva França</p> <p>TEC. DE ENFERMAGEM</p> <p>COREN-PB 512.016</p>	
24/08/2000	-	-	-	-	120/80		<p>Prescrita oxalato e</p> <p>com queixas e</p> <p>medicamentos</p> <p>paciente com</p>	



DIAGNÓSTICO

Dr. Ricardo Amorim G. Filho
Cirurgião de Transcologia
Cidade de São Paulo - SP 05313-000



13.17 Paciente apresenta em estado geral comprometido, pós cirurgia, foi nutrido euidado como antes,
20 apresentando boa aparência sem nenhuma alteração, foi tratado todo e segue em vigilância, foi
medicado e não se queixa de dor. *Assinado por*
NTE DE ENFERMAGEM
COREN-PR 070.081

13-130/30

* Paciente não apresenta nenhuma enfermidade pós cirurgia e segue mantendo conduta
for medicada CPN. *Assinado por*
Andréa Oliveira PM
TEC DE ENFERMAGEM
COREN-PR 070.081

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

 SpringerEvolução Médica

3/1/20

2231

colt 5

admission

Ch: 44/25

Alth

02/22/08



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

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 vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-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.





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

Receituário Simples

Jose de Barros Silva

Rx

1M

SAT 5000 U1 —

Aplicar 1M, aguarde

ver D

Dr. Marcelo D. Lopes

atando!

MOD. 001

Data

Médico



10/04/77

Tapenoi





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

4o centro cirúrg-

quiro
[Handwritten signature]

MOD. 001

_____/_____/_____
Data

Médico



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

Nome do Profissional
TAMARA C.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

IDADE: 43 anos

PRONTUÁRIO: 15100813

Nome do Paciente: Sílvia

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

ENTRADA

PAUSA CIRÚRGICA

SALA:

☒ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

☒ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

• SÍTIO CIRÚRGICO

• PROCEDIMENTO A SER REALIZADO

• CONSENTIMENTO

☒ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO

CONFIRMAM VERBALMENTE

• IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

• SÍTIO CIRÚRGICO

• PROCEDIMENTO

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS?

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS COMO INSTRUMENTAIS, PROTETORES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)

HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUALQUER PREOCUPAÇÕES?

☒ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM

☒ BIÓCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE

☒ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

☒ O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

☒ NÃO

☒ VIA AEREA OFICIALMENTE DE BRONCOPNEUMONIA?

☒ NÃO

☒ SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

☒ RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML

☒ (7) ALTO EM CIRCUNSTÂNCIAS?

☒ NÃO

SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

☒ A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

☒ SIM

☒ NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

☒ SIM

☒ NÃO SE APLICA

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Fx. exp. da Pe. direito
40 anos

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulo de Barros Silva Registro: Leito: 4-2 Setor Atual: ortop. II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,5 °C; P: bpm; FR: 32 lpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 68 bpm; SPO2: 98 %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: (X) Local: MJD Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotoreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

Ruídos 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 ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) 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 () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>USE</u> Data da punção <u>24/09/17</u>	
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 () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: _____ () Outros: _____ Observações: _____	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
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: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> 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: <u>Católico</u> () Praticante <input checked="" type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Paciente cirurgado, sem queixas no momento atual, diátese presente, acesso venoso periférico, dieta livre, aguardando alta realizado curativo e troca de gaze o mesmo segue aos cuidados da equipe.</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Rafaela Silva Luciani</u> DATA: <u>25/09/17</u> HORA: <u>8:00</u> h	
Enfermeiro COREN-PB 337480	

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Joel de Barros Lima Registro: _____ Leito: 4-2 Setor Atual: ortop: 4

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 38.8°C; P: _____ bpm; FR: 12 irpm; PA: 110/80 mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 99 %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: (X) Local: MID. Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

Ruídos 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 de inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia: ()
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSE</u> Data da punção <u>24/09/17</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: (X) Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: (X) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há <u> </u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito <u> </u> ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: (X) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: (X) Local/Aspecto: <u>MSD</u> Curativo em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro: <u>Deambula e/ou apoio</u>	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <u>católico</u> () Praticante (X) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Paciente cirurgiado, afebril sem queixas e segue aos cuidados da equipe.</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>[Assinatura]</u> DATA: <u>24/09/17</u> HORA: <u>9:30</u> h	

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:	Jorge de Barros Silva		
End:	Rua da Grota 58	Bairro:	do Jato
Data de Nascimento:	10.04.77	Documento de Identificação:	aproxima
Queixa:	Colúbas	Data do Atend.:	03.09.17
		Hora:	13:00
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

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

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

Assinatura e carimbo do profissional



CÓPIA DIGITALIZADA NO SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
06/12/2017
ASS. Marcelo Dantas Lopes



Dr. Daniel (C. Carol)



GOVERNO
DA PARAÍBA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO



GERIR
Instituto de Gestão em Saúde

HOSPITAL GERAL DE TAPERÓIA - ANTONIO HILARIO DE GOUVEIA

www.hgt.org.br

JUSTIFICATIVA DE TRANSFERÊNCIA

Nome: José de Barros Silva Prontuário: _____

Idade: 40 anos Sexo: M ☒ F ☐

Hipótese Diagnósticos: 1- Trauma

2- _____

Exame Físico: Escala de Coma de Glasgow: 15 Pressão: 140 X 80 mmHg FR: _____ lpm FC: 90 bpm SpO2: 98 % Local de Saída: Pavilhão Superior () Pavilhão Inferior ()

Local _____ de _____ Destino: _____
H. de Trauma

Motivo do 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 acidente moto-moto, apresentando amputação
em pé direito.

Responsável pela solicitação do transferência:

Carimbo e assinatura do médico _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____h.





30/12/2017



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1510813

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mairim, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/09/2017
Bolsim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento: Giselle De Oliveira Lopes

PACIENTE: JOSE DE BARROS SILVA CEP: 58680000 Nascimento: 18/04/1977

Cidade: Tapeobá Sexo: M Telefone: 998573919

Nome da Mãe: RITA PEREIRA DE BARROS SILVA RG: 2217871 Uf: SC Baixo DO ALTO

Responsável: ANTONIO FERNANDES CPF: 07925384719 Professor AJUDANTE

Estado Civil: União Estável Data de Atendimento: 23/09/2017 CNES: 702403057279224

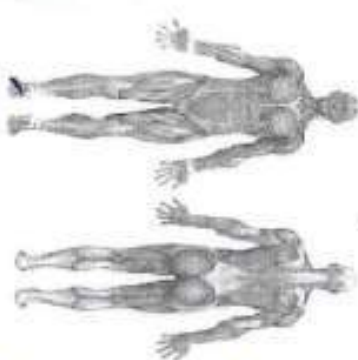
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Horário: 12:56:55 CONVENIO: SUS

Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Acotovelado
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Opressão
6. Dor
7. Estenose
8. Empalramento
9. Enfisema subcutâneo
10. Ematoma
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortado
16. Contusão
17. F. Perfuro-contusão
18. F. Perfuro-contusão
19. F. Perfuro-contusão
20. Fratura óssea fechada
21. Hemiorraquia
22. Injeção de venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoso
28. Objeto Enfiado
29. Queimadura
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Pericardite
33. Queimadura
34. Hemorragia
35. Sinal de Babinsky
- 36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

Queda de moto.

http://10.1.1.748/projetos/imprensa/imprensa.php?contato=1510813

HTCG-Panel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente encaminhado do Hospital de Tapeobá, após acidente de moto em colisão com muro, não usou cinto de segurança e não usou capacete. Não foi ferido sob imobilização. Queixa de dor em PE direito. As mãos estão frias, coloração normal sem quebras, sem dor. G: branco, RV em ambos Hx e C. Presença de sangramento em ferimento com colatura em PE @, D.O. 18.06.17

ALERGIA:

Penicilina

Em tempo: acidente com...

MEDICAMENTOS:

Não

Não

em tempo: acidente com...

PATOLOGIAS:

Não 1 discórdia

em tempo: acidente com...

EXAME FÍSICO

PUPILAS

Miotorregentes

psicóticas

() Anisocóricas

()

()

()

()

()

()

Glaucoma

15

PA

138x89

HGT

1,65

1,65

1,65

1,65

1,65

1,65

1,65

PE: RUÍDO em ambos Hx em PA

AC: RER em 21 BALT sem sopros

FGV: plano, depressão indolente

()

()

()

()

()

()

()

()

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia computadorizada

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia

as

as

as

as

as

as

as

as

as

as

as

Especialista:

as

as

as

as

as

as

as

as

as

as

as

as

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

HTCG-Panel Administrator

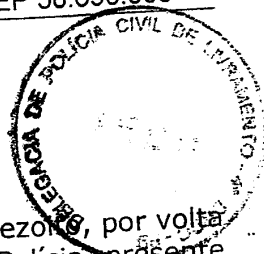
EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

[illegible]



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

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 002/2018



Aos (11) onze dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dez, 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 Grota, 27, bairro do Alto, Taperoá/PB, TEL: 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 Barros Silva

JOSÉ DE BARROS SILVA


Giliard Guimarães Ferreira
escrivão



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 30301467 - AC TAPEROA
TAPEROA
CNPJ: 34026316374453 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 Matrícula: 84786558
Lancamento: 014 Atendimento: 00006
Modalidade: A Faturar ID Tiquete: 1414617195

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURO DPVAT 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 grota.27 - alto		
Cep Remetente: 58680-000		
Cidade Remet.: TAPEROA		
UF Remet.: PB		
POSTAL RESPOSTA DPV	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 FATURAR

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 serviAr"o s de encomendas, estaAruo acrescidos 2 dias Arlt eis de tolerArancia no prazo de entrega.

VIA-CLIENTE SARA 7.8.00

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 30301467 - AC TAPEROA
TAPEROA
CNPJ: 34026316374453 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 Matrícula: 84786558
Lancamento: 014 Atendimento: 00006
Modalidade: A Faturar ID Tiquete: 1414617195

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURO DPVAT 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 grota.27 - alto		
Cep Remetente: 58680-000		
Cidade Remet.: TAPEROA		
UF Remet.: PB		
POSTAL RESPOSTA DPV	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 FATURAR

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 serviAr"o s de encomendas, estaAruo acrescidos 2 dias Arlt eis de tolerArancia no prazo de entrega.

VIA-CLIENTE SARA 7.8.00



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011545639677
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAM: 1 0096892794-7
FRT: 20150100071838-9
NOME: JOSE DE BARROS SILVA
CPF/CNPJ: 07925384719
PLACA ANTIGA: MOA7194/PB
NOVO: PB 9C2KC08108R181564

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN KS
CATEGORIA: 2 P/149 /CI
COR: PRETA
DATA DE REGISTRO: 27/04/2015

IPVA PAGO EM 27/04/2015
PAGAMENTO: 33375
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

TAPEROA - PB 33375
DATA: 17/07/2015

14478

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011545639677 PRIMEIRO DE SEGURO DPVAT

2015
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
07925384719 CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 029 1204

2015 17/07/2015
VIA - COD RENAVAM: 1 07925384719
PLACA: MOA7194/PB
ANO FAB: 2008 9
CATEGORIA: HONDA/CG 150 TITAN KS
COR: 9C2KC08108R181564

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) *****
DENOMINAR (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****
TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) *****

SEGURO PAGO
COTA ÚNICA
PAGAMENTO: 27/04/2015

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 08.242.606/0001-01
www.seguradoralider.com.br
14478-0930200-20150717

JUL-2014



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

**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 — X —	CPF da Vítima 079253847-19	Nome completo da vítima JOSE DE BARROS SILVA
------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo JOSE DE BARROS SILVA		CPF titular da conta 079253847-19	Profissão Agricultor
Endereço RUA da GREGO		Número 27	Complemento CASA
Bairro Auro	Cidade Taperacá	Estado PB	CEP 58680000
Email marcelodladv@gmail.com			Telefone (DDD) (83) 99640-4317
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 type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	
<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <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"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0043 (Informar dígito se existir)	D/V 23	CONTA NRO. 00165238-5 (Informar dígito se existir)	D/V
BANCO Nome 		NRO. 	
AGÊNCIA NRO. 	D/V 	CONTA NRO. 	D/V
(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.

Taperacá/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



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>Auro</u>
Cidade	<u>Taperoá</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58680-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99640-4418</u>
E-mail	<u>marcelo.dantas@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Taperoá/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 2257871 e inscrito no CPF/MF sob o nº 079253847-59, residente e domiciliado na Rua da Gruta, 27, Cidade Tapera, 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

Tapera/PB, 22/Jan/2018

Local e data





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA João de Barros Silva
 DATA DO ACIDENTE 23/09/18 CPF DA VÍTIMA 079.253.847-34
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É João de Barros Silva
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua da Green
 Nº 22 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Anjo
 CIDADE Tapera UF PA CEP 58680000
 E-MAIL marcelodantas@gmail.com TELEFONE (83) 99640-4238

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12/ Janeiro / 2018
 IDENTIDADE 2217871
 ASSINATURA João de Barros Silva

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

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



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 entabulem 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;} -->

