



Número: **0817419-42.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **22/07/2019**

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

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
TIAGO DOS REIS FARIAS (AUTOR)	EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
22893 406	22/07/2019 16:46	Petição Inicial	Petição Inicial
22893 431	22/07/2019 16:46	Inicial	Outros Documentos
22893 434	22/07/2019 16:46	PROCURAÇÃO, DECLARA DE POBREZA E CONTRATO DE TRABALHO	Outros Documentos
22893 448	22/07/2019 16:46	Documento pessoal	Outros Documentos
22893 704	22/07/2019 16:46	Carteira de trabalho	Outros Documentos
22893 713	22/07/2019 16:46	endereço	Outros Documentos
22893 721	22/07/2019 16:46	B.O	Outros Documentos
22893 726	22/07/2019 16:46	Documento do veiculo	Outros Documentos
22893 735	22/07/2019 16:46	Protocolo de entrega documentos na seguradora	Outros Documentos
22893 738	22/07/2019 16:46	numero do processo administrativo	Outros Documentos
22893 741	22/07/2019 16:46	Carta de negativa tecnica	Outros Documentos
22893 747	22/07/2019 16:46	Declaração do SAMU	Outros Documentos
22893 953	22/07/2019 16:46	raio x-otimizado	Outros Documentos
22893 955	22/07/2019 16:46	Prontuários-otimizado_1	Outros Documentos
22893 961	22/07/2019 16:46	Prontuários-otimizado_2	Outros Documentos
22893 963	22/07/2019 16:46	Prontuários-otimizado_4	Outros Documentos
22893 969	22/07/2019 16:46	prontuários da clinica ORTO e TRAUMA De JOÃO PESSOA.-otimizado_1	Outros Documentos
22893 975	22/07/2019 16:46	prontuários da clinica ORTO e TRAUMA De JOÃO PESSOA.-otimizado_2	Outros Documentos
22893 988	22/07/2019 16:46	prontuários da clinica ORTO e TRAUMA De JOÃO PESSOA.-otimizado_3	Outros Documentos

22894 210	22/07/2019 16:46	<u>Prontuários-otimizado_3</u>	Outros Documentos
24193 159	06/09/2019 12:05	<u>Despacho</u>	Despacho
24431 399	15/09/2019 18:08	<u>Mandado</u>	Mandado
24443 578	16/09/2019 10:56	<u>Petição</u>	Petição

Em anexo.



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:44:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216444297400000022206199>
Número do documento: 19072216444297400000022206199

Num. 22893406 - Pág. 1



BALBINOS CONSULTORIA JURÍDICA
DARWIN Wamberto B. Sales
Emmanuel Saraiva Ferreira
Rua Floriano Peixoto 4519
Malvinas- Campina Grande-PB
Tel.: (84) 9.9991-1313
(83) 9.9829-8855

Exmo. (a). Sr.(a) Dr.(a) Juiz (a) de Direito da ____ Varas Cível da Comarca de Campina Grande- Estado da Paraíba.

TIAGO DOS REIS FARIAS, brasileiro (a), casado (a), bombeiro civil, portador (a) do RG nº 3.001.391 SSP/PB e inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 055.796.364-82, podendo ser intimado (a) no (a) Rua Onildo Ribeiro de Assis n. 173, Bodocongo, Campina Grande-PB CEP: 58434086, por intermédio de seus procuradores que esta subscreve, com escritório profissional localizado no endereço acima em epígrafe, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex^a, propor o presente:

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

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

Ab Initio

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

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

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



1. SINOPSE DOS FATOS:

O (a) Autor (a) foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 12 de Janeiro de 2018, por volta das 14h02min, enquanto transitava na motocicleta Honda BIZ 125 KS, ano e modelo 2010 de placa MV-2213-PB, licenciada em seu nome, ocasião em que trafegava pela Via Pública da Avenida Almeida Barreto Bairro do Quarenta nesta Cidade, próximo ao Quartel do 2º. Batalhão da Policia Militar, vinha uma condutora num veiculo Fiat Palio, não identificada cruzou a via e colidiu na traseira de sua moto vindo o mesmo a cair no solo, sofrendo fratura do tornozelo, que foi socorrido pelo SAMU, para, o Hospital HAPVIDA, onde foi submetido aos devidos procedimentos médicos de urgência e Transferido para a outra unidade do Hospital retro citado de João Pessoa, onde passou por procedimentos cirúrgicos , conforme se faz prova através de documentos em anexo.

Devido as gravidades das lesões, o (a) Requerente fora submetido (a) a intervenções médicas devido a **FRATURA DO TORMOZELO DIREITO**, cuja seqüelas comprometem as funções do membro inferior direito, dentre outras complicações físicas, conforme prontuário médico, em anexo.

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

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

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

Devido ao fato do sinistro em tela, decorrer de acidente de transito a parte promovente requereu administrativamente, seguro – DPVAT, tendo enviado a documentação para Seguradora Líder, através da **LIFE ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA**, tendo a requerida pendenciado o processo sem qualquer amparo legal, conforme documentos em anexo.

- DO EXAURIMENTO DA VIA ADMINISTRATIVA

Por força da determinação legal, firmada pelo Supremo Tribunal Federal, informar que fora requerido processo administrativo junto a requerida foi recepcionado pelo funcionário – com ASL- 0180298/19 Sinistro n. 3190349688. No entanto, a requerida negou o pagamento da indenização .

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

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



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

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

2. DA PRETENSAO RESISTIDA DA REQUERIDA EM NÃO LIQUIDAR O DPVAT.

No caso sob júdice, ocorreu a “NEGATIVA” do pagamento da indenização, o que pôde ser observado é que a requerida, negou, cancelou, encontra-se publico no sistema podendo ser acessado por qualquer parte interessada. Todavia, o processo foi indefrido de forma abrupta, sem qualquer respaldo normativo, visto que, nunca é demais ressaltar que os documentos necessários ao pagamento da indenização estão elencados na Lei nº 6.194/74.

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

O fato é que inviabilizado o processo negado na via administrativa caberá ao jurisdicionado buscar o Poder Judiciário, para fazer valer a norma jurídica, visto que, a pendência exaurida pela promovida é uma forma de procrastinar ao máximo a indenização do seguro DPVAT.

Ora Douto Julgador, a pretensão resistida da requerida está devidamente comprovada no documento acostado pela parte autora, fato contundente, visto que, não existem meios administrativos que possam revogar a decisão da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT, para que autarquia venha apreciar e consequentemente pagar a indenização nos exatos termos da Lei n 6.194/74.

A burocracia da Requerida, entenda-se, inúmeras exigências administrativas criadas mensalmente, inseridas no processo DPVAT, torna bastante complexa a formatação de um processo, geradas a cada **reunião** do conselho que administra a autarquia.

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

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



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

3. DA PROVA

Assevera o art. 369, CPC:

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

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

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

Nesse sentido a parte autora faz alusão a necessidade da inquirição da prova testemunhal, para reforçar, dissipar todas as possíveis dúvidas acerca do nexo causal, corroborando com a documentação exaurida pela unidade hospitalar onde ocorreu o atendimento médico do Requerente, deixando de forma clara a ocorrência do sinistro.

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

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

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

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



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

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

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

Art. 5º, da Lei nº 6.194/74:

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

Já os documentos indispensáveis para a regulamentação do DPVAT, estão alinhados no artigo retro citado, serão:

“ ... a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte;”

A norma trata como indispensável, necessário a confecção do boletim de ocorrência, apenas nos casos de morte, sendo que, em momento, algum a Lei nº 6.194/74, condiciona, exige a juntada desse documento em casos tratando-se de processo de invalidez. Destarte, qualquer outra interpretação nesse sentido não encontrará amparo na norma legal.

O dispositivo legal disposto no art. 5º em seu parágrafo § 4º, dissipa quaisquer dúvida ainda pendente sobre a comprovação do acidente por outros meios. In verbis:

“ - Havendo dúvida quanto ao nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, poderá ser acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar relatório de internamento ou tratamento, se houver, fornecido pela rede hospitalar e previdenciária, mediante pedido verbal ou escrito, pelos interessados, em formulário próprio da entidade fornecedora.”

A jurisprudência pátria exaurida também da mesma forma que condicionou a comprovação do requerimento administrativo pelos beneficiários, também entendeu que tratando-se de DPVAT, o boletim de ocorrência poderá perfeitamente ser dispensado diante de outras provas, tais como: Declaração do SAMU, Corpo de Bombeiros e ficha de primeiro atendimento médico hospitalar dentre outros.

-DA AUFERIÇAO DA GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ .

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



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

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

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

Esclarece o Autor, que diante da necessidade da perícia médica, onde serão quantificadas as lesões que acometem o Demandante, não é possível no presente momento a quantificação exata do proveito econômico a ser advindo da lide.

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

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

II – Quando não for possível determinar, desde logo, as consequências do ato ou do fato;

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

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

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

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



5. DO REQUERIMENTO:

Pelo Exposto, requer a V.Exa., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, a procedência da presente ação, para ao final condenar a requerida, ao pagamento da indenização do Seguro DPVAT, a ser aferida após a realização da perícia médica, obedecendo a Tabela incluída pela Lei 11.945/09, requerendo ainda o seguinte:

01- Seja citada a Ré, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;

02- Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitido, especialmente, na produção de **prova pericial e testemunhal**, no sentido de quantificar o grau de lesão, nos quesitos seguem ao final desta;

03- Seja os valores devidamente corrigidos desde o evento danoso, conforme Súmula 54 do STJ;

04- *Nos termos do art. 334, § 5º, do Código de Processo Civil, requer a parte autora e desde já manifesta, pela natureza do litígio, seu desinteresse em auto composição, visto que, em demandas similares inexiste qualquer proposta por parte da Seguradora Líder;*

05- Como no caso em tela o deslinde **trata-se na confecção da prova pericial**, seja nomeado perito de confiança do Juízo, para a realização da prova retro citada, nos termos do art. 31.II da Lei nº 11.945/2009;

06- Requer seja designada audiência de instrução e julgamento;

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

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

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

Nestes termos.

Pede e Espera Deferimento.

Campina Grande-PB, 22 de Julho de 2019.

**Emmanuel Saraiva Ferreira
OAB-PB 16.928**



QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE:

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA ____ / ____ / ____ , por voltadas ____ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA? DE QUE FORMA?

3) DAS LESÕES SOFRIDAS, HOUVERAM SEQUELAS PERMANENTES? QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL. (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO, ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):

4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS?

5) Se a INVALIDEZ ou DEBILIDADE do autor é em grau: MÍNIMO, MÉDIO, OU, GRAVE?

Sem mais, em ____ / ____ / ____ .
(Assinatura – carimbo – CRM)



PROCURAÇÃO "Ad Judicia"

OUTORGANTE

Tiago dos Reis Saraiva,
brasileiro (a), CASADO, Bombeiro Civil inscrito no CPF sob nº
055.796.364-82, podendo ser intimado (a) na Rua
Rua Onílio Ribeiro de Assis, 173. Bodocongo - C.Grande
- Paraíba, CEP: 58.480.000, neste ato nomeia e constitui como seu bastante
procurador e advogado

OUTORGADO(S)

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

E. Gomes - Paraíba, 18 de JUNHO de 2019

⇒

X Tiago dos Reis Saraiva
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Jáco dos Rj Farias., brasileiro (a),
CASADO, BOMBEIRO CIVIL, inscrito no CPF sob nº 055-796-364-82
podendo ser intimado (a) na Rua
Onildo Ribeiro de Assis - 573 Bodocongo Paraíba.
Declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção da palavra.

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

Por ser verdade, firmo o presente.

C. Brinde - Paraíba, 18 de JULHO de 2019

⇒ X Jáco dos Rj Farias.

Declarante.



- CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como
contratante: TIAGO DOS RIS FRIAS, brasileiro,
CASNO BOMBAO CIVIL, inscrito no CPF sob nº
055.796-364-82 podendo ser intimado na Rua
RUA ONILDO DE ASSIS 12173 BODOCONGO - C.Grande - Paraíba,
contrata com os advogados Dr. Wamberto Balbino Sales, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/PB
6846 e Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, ambos com
endereço profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, doravante
identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

- 1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar
ação própria junto a Comarca de Campina grande - Paraíba, tendo como parte demandada, a Seguradora
Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT;
- 2- A parte contratante, não pagará qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na
lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor
correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba
sucumbencial a ser arbitrada pelo Juízo, da causa, firmados na clausula- *ad exitum* (quando o
pagamento só é feito se a decisão for favorável à parte contratante);
- 3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante, não desembolsara, quaisquer valores aos
contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos,
alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão
requerida;
- 4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, deverá a
parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (trinta por cento) sob o valor da
causa;
- 5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a
expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide..

Elegem as partes, para dirimir quaisquer duvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de
CAMPINA GRANDE - Paraíba;

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

C. Grande - Paraíba, 18 de JULHO de 2019

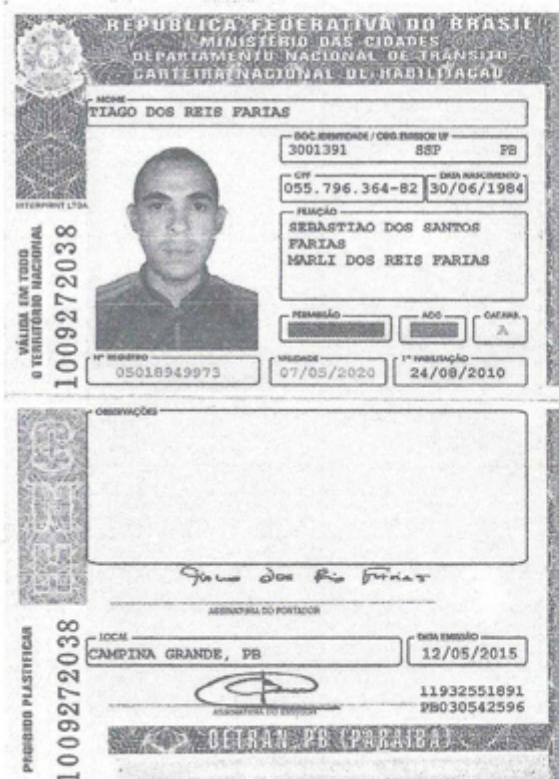
⇒ Contratante: TIAGO DOS RIS FRIAS.

Contratado: _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____





Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:44:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216444635800000022206491>
Número do documento: 19072216444635800000022206491

Num. 22893448 - Pág. 1

você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doencas profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que ocorrem no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreendida, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitá-la na repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico, se adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você é eletricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, assim haverá tempo de auxílio.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefe.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os avisos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os andas, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habilite-se a trabalhar protegido contra os acidentes.

Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Confieça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 96745 Série 00026 PB

ASSINATURA DO PORTADOR

Júlio Cesar dos Reis Farias

QUALIFICAÇÃO CIVIL

QUALIFICAÇÃO CIVIL
Nome TIAGO DOS REIS FARIA
Loc. Nasc. PAMPILA GRANDE Est. PE Data 20/06/1984
Filiação SEBASTIÃO DOS SANTOS FARIA/
MARLI DOS REIS FARIA
Doc. Nº EERT. NASC. N.º 4.641, FLS. 61.V, 61.V, 6-A

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N°
Exp. em / Estado
Obs.:
Data Emissão 27/03/2002 DRT MASSARANDUBA - PB

Assinatura do Funcionário
José Aderaldo L. Machado
Emissor CTPS

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

10

Name	.....
Doc.	.....
Name	.....
Doc.	.....
Name	.....
Doc.	.....
Est. Civil	.....
Doc.	.....
Doc.	.....
Nascimento	.....
Est. Civil	.....
Doc.	.....
Doc.	.....



14) 03.493.009/0001-70

CONTRATO DE TRABALHO

Quarenta e C. Grande

Empregador: Av. das Flores, Centro, Salvador, Bahia, 40100-1190

Cidade - CEP: 40100-1190

CNPJ/MF: 00.125.000/0001-10

Rua: ... N°: ...

Município: ... Est.: ...

Esp. do estabelecimento: ...

Cargo: INSTRUTOR DE MALL

CBO nº: 5103-10

Data admissão: 15 de JUNHO de 2007

Registro nº: 00125 Fis./Ficha: FIG

Remuneração especificada: R\$ 400,37

(Quatrocentos e dois reais e vinte e sete centavos) / mês

Ass. do empregador ou a rogo c/test. S. Grande

Condomínio do Shopping Center Iguatemi S. Grande

1º 2º

Data saída: 03 de Maio de 2014

X Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº:

15

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: Vivante S/A

CNPJ/CEI: 02.386.459/00027-29

Rua: Avenida Tancredo Neves, 274

Município: SALVADOR-BA

Esp. do estabelecimento:

Cargo: Bombeiro Civil

Data admissão: 4 de Agosto de 2014

Registro nº: 00207074

Remuneração especificada:

Salário: R\$ 181,10

Estado: BA

CBO: 517110

Setor: é extinta e um novo se constitui

VIVANTE S/A

Paulo Seiiti Kanda

Gerente de Unidade

Vivante S/A

Fun: Tiago dos Reis Farias (213825)

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída: de de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº:



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é sequência de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: Nº 004.012.544



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Afonso, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãos
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

TIAGO DOS REIS FARIAS
RUA ONILDO RIBEIRO ASSIS 173 BODOCONGO III
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/233242-7

REFERÊNCIA
JUN/2019

APRESENTAÇÃO
19/06/2019

CONSUMO
80

VENCIMENTO
28/06/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 68,23

Acesse: www.energisa.com.br



DISTRIBUIDORA

TIAGO DOS REIS FARIAS

Roteiro: 13-401-600-3220

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 01/07/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
28/06/2019	R\$ 68,23	233242-2019-06-2



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:44:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907221644484200000022206506>
Número do documento: 1907221644484200000022206506

Num. 22893713 - Pág. 1



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA
DEL. DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

RUA RAIMUNDO NONATO DE ARAÚJO, S/N - CATOLÉ - CAMPINA GRANDE - 58.410160 -

OCORRÊNCIA Nº 000346/18

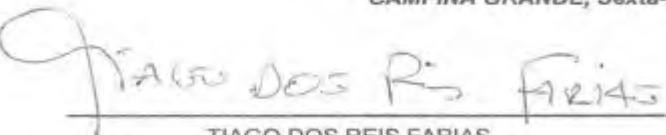
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000346/18 registrada em 26/01/2018, que passo a transcrever na Integra: Aos vinte e seis dias do mês de janeiro do ano de 2018, nesta cidade de CAMPINA GRANDE, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DEL. DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente o Bel. SEVERINO DE CARVALHO LOPES, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 11:07 horas, compareceu o Sr. TIAGO DOS REIS FARIAS, com 33 anos de idade, filho de SEBASTIÃO DOS SANTOS FARIAS e MARLI DOS REIS FARIAS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Casado, escolaridade Médio Completo, profissão INSPECTOR DE MALL, portador da Cédula de Identidade Nº 3001391, expedido pela SSP-PB, residindo à rua - ONILDO RIBEIRO DE ASSIS, 173., bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE - PB, celular 9-8869-0800.

Declarou que:

QUE, no dia 12.01.2018, por volta das 14:02hs, pilotava sua Motocicleta Honda/BIZ 125 KS, Ano/Modelo 2010/2010, de cor Preta, de Placas MOV-2213/PB, Chassi de Nº9C3JC4210AR113875, Licenciada em nome do comunicante Thiago dos Reis Farias, na Avenida Almeida Barreto, bairro Quarenta, momento em que a condutora de um Veículo palio de cor branco e demais sinais e condutor não identificado, que cruzou a via e colidiu na traseira da moto em que o comunicante pilotava, em consequência do fato e a vítima caiu ao solo e sofreu fratura do Tornozelo do Pé esquerdo, tendo sido socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital HAPVIDA (Clinica Orto e Trauma de João Pessoa-PB - PACG, conforme documento em anexo, diante do exposto prestou o presente boletim e solicita as devidas providências, junto aos órgãos competentes. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou Fé.

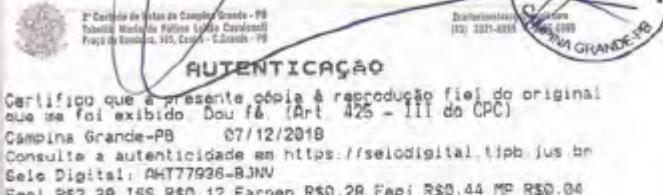
CAMPINA GRANDE, Sexta-feira, 26 de Janeiro de 2018


TIAGO DOS REIS FARIAS

Declarante


ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão



AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original
que me foi exibido. Dou fé. (Art. 425 - III do CPC)
Campina Grande-PB 27/12/2018
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Selo Digital: AH777936-BJNV
Emol R\$2,00 ISS R\$0,12 Farpen R\$0,28 Fapf R\$0,44 MP R\$0,04

Viviane Clevidia de Sousa Caitan,
ESCRIVÃO DE POLÍCIA





REPU Blica FEDERATIVA DO BRASIL					
MINISTÉRIO DAS CIDADES					
DETAN - PB			Nº 013931196150		
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO					
VIA 1	COD. RENAVAM 0020251385-8	R.N.T.R.C. 00/00000000	EXERCÍCIO 2018		
NOME TIAGO DOS REIS FARIAS					
CPF / CNPJ 05579636482			PLACA MOV2213/PB		
PLACA ANT / UP NOVO PB			CHASSI 9C2JC4210AK113875		
ESPECIE / TIPO PAS/MOTONETA/ NAO APLIC			COR / COR GASOLINA		
HONDA/ BIZ 125 K8			ANO / ANO 2010/2010		
CAR / DOT / DI 2 P7124 / CI			CATEGORIA PARTIC		
COTA ÚNICA I P			VALOR COTAS 1 ^a		
V A			PARCELAGEM COTAS 2 ^a 3 ^a		
PRÉMIO DE PARCERIA SEGURÓ			PRÉMIO DE PARCERIA PÁG O 10/05/2016		
OBRAS SOCIAIS A.F ADM DE CONSTRUÇÃO HONDA LTDA					
LOCAL CAMPINA GRANDE-PB					
DATA 12/06/2018					
90465					

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT					
PB Nº 013931196150 BILHETE DE SEGURO DPVAT					
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br</p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>					
<table border="1"> <tr> <td style="text-align: right;">EXERCÍCIO</td> <td style="text-align: right;">DATA EMISSÃO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2018</td> <td style="text-align: right;">12/06/2018</td> </tr> </table>		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	2018	12/06/2018
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO				
2018	12/06/2018				
VIA 1	CPF / CNPJ 05579636482				
MOV 2213/PB					
PLACA 00208213858	MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 RS				
ANO FAB. 2010	CAS TAREF. 9				
Nº CHASSI 9C2JC4210ARI13875					
PRÊMIO TARIFÁRIO					
VALOR TOTAL (R\$) XXXXXX	DESENTRAL (R\$) XXXXXX	CUSTO DO SEGURO (R\$) XXXXXX			
VALOR DO SEGURO (R\$) XXXXXX	SEGURO				
- PAGAMENTO -		DATA DE QUITAÇÃO 10/05/2018			
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO				
SEGURADORA LÍDER - DPVAT					
CNPJ 05.295.000/0001-04					



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:44:51
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907221644504110000022206519>
Número do documento: 1907221644504110000022206519

Núm. 22893726 - Pág. 1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Balbino

ASL-0180298/19

Vítima: TIAGO DOS REIS FARIAS

Data do acidente: 12/01/2018

CPF: 055.796.364-82

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TIAGO DOS REIS FARIAS

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro nova - 3190 349658

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de ato declaratório
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

TIAGO DOS REIS FARIAS : 055.796.364-82

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/05/2019
Nome: TIAGO DOS REIS FARIAS
CPF: 055.796.364-82

TIAGO DOS REIS FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04



SINISTRO 3190349688 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA TIAGO DOS REIS FARIAS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO TIAGO DOS REIS FARIAS

CPF/CNPJ: 05579636482

Posição em 22-07-2019 15:01:27

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:44:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216445378900000022206781>
Número do documento: 19072216445378900000022206781

Num. 22893738 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190349688

Vítima: TIAGO DOS REIS FARIAS

Data do Acidente: 12/01/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), TIAGO DOS REIS FARIAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00327/00328 - carta_04 - INVALIDEZ



00080164

Carta nº 14408278



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:44:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216445474600000022206784>
Número do documento: 19072216445474600000022206784

Num. 22893741 - Pág. 1



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 12/1/2018	HORA: 14:02 HS	ID Nº: 1664792
NOME: TIAGO DOS REIS FARIA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: AV. ALMEIDA BARRETO - QUARENTA		
COMPLEMENTO: AO LADO DO QUARTEL.		
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Escolher um item.		
<input checked="" type="checkbox"/> PACIENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL HAPVIDA		

Campina Grande, 26 de janeiro de 2018.




Deoclécio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



III

TIAGO DOS REIS FARIA

SEXO: M

DATA DO EXAME: 11/04/2018

SÉRIE: 1/1
IMAGEM: 1/2

DIREITO
TR 15022
TR 338

HOSPITAL GERAL DA
PARAÍBA

18 MAI 2019
CORRIGIDA
ASSOCIAÇÃO
DE SEGUROS



|||

TIAGO DOS REIS FARJAS

SEXO: M

DATA DO EXAME: 11/04/2019

SÉRIE: 1/1
IMAGEM: 2/2

DIREITO
TR 15022
TR 338

HOSPITAL GERAL DA
PARÁBA



W: 1024x1512
3396



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:44:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216445662700000022206796>
Número do documento: 19072216445662700000022206796

Num. 22893953 - Pág. 2

TIAGO DOS REIS FARIA

SEXO: M

DATA DO EXAME: 12/01/2018

SÉRIE: 1/3
IMAGEM: 1/1

DIREITO
TR-339

PRONTO ATENDIMENTO
CAMPINENSE



TIAGO DOS REIS FARIA

SEXO: M

DATA DO EXAME: 12/01/2018

SÉRIE: 2/3
IMAGEM: 1/1

FRONTO ATENDIMENTO
CAMPINENSE

DIREITO
TR-339



70%

W: 4095 L: 2047
35%



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:44:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216445662700000022206796>
Número do documento: 19072216445662700000022206796

Num. 22893953 - Pág. 4

C. I. C. J. C. d. c.

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1579048 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mat. Floriano Peixoto, 4700 - Mawmás, Campina Grande - PB, CEP: 58.132-809

Data: 12/01/2018

Atendente : Ana Paula Colaco De Arruda

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: TIAGO DOS REIS FARIAS CEP:58010002

Endereço:ONILDO RIBEIRO DE ASSIS

Sexo:M

Idade:33

Cidade:Campina Grande

CID:

Nome da Mãe: MARLI DOS REIS FARIA

RG: 3001391

Nº:173

Barrio:BOBOCONGÓ

CPF:

Profissão:BOBOCONGÓ CIVIL

Data de

Atend:12/01/2018

CNS:70 900883934215

CONVÉNIO:SUS

Hor: 17:17:18

Especialidade:

CRM:

Médico:

CID:

CNPJ:

OBS FÍGUA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abdômen

2. Aorta

3. Apêndice

4. Cervical

5. Crânio

6. Dorsal

7. Esófago

8. Estômago

9. Órgãos genitais

10. Endovenoso

11. Endovenoso

12. Órgão traquea

13. Faringe

14. Fígado

15. Fígado

16. Fígado

17. Fígado

18. Fígado

19. Fratura óssea fechada

20. Fratura óssea aberta

21. Hem. Somb.

22. Ingu. Fracturação veicular

23. Intercostal

24. Lesão óssea

25. Lungs

26. Mordedura

27. Movimento torácico paroxístico

28. Osteite Entorvac

29. Osteite

30. Parafisiia

31. Pneumia

32. Parafisiia

33. Quemadura

34. Rictus

35. Sintomas de suspeita

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.

165.

166.

167.

168.

169.

170.

171.

172.

173.

174.

175.

176.

177.

178.

179.

180.

181.

182.

183.

184.

185.

186.

187.

188.

189.

190.

191.

192.

193.

194.

195.

196.

197.

198.

199.

200.

201.

202.

203.

204.

205.

206.

207.

208.

209.

210.

211.

212.

213.

214.

215.

216.

217.

218.

219.

220.

221.

222.

223.

224.

225.

226.

227.

228.

229.

230.

231.

232.

233.

234.

235.

236.

237.

238.

239.

240.

241.

242.

243.

244.

245.

246.

247.

248.

249.

250.

251.

252.

253.

254.

255.

256.

257.

258.

259.

260.

261.

262.

263.

264.

265.

266.

267.

268.

269.

270.

271.

272.

273.

274.

275.

276.

277.

278.

279.

280.

281.



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	T	I	G	D	P	R	PRONTUÁRIO:
IDADE:	10						16
SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COR:				
M	F						
B	P	A					
PESO:							
ALTURA:							
CLÍNICA:							
ENF.:							
LEITO:							

DADOS CLÍNICOS:

EXAMES SOLICITADOS:	
URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: 3/01/18	HORA DA SOLICITAÇÃO: Carimbo e Assinatura do Médico Dr. Wagner F. R. Lima da Cunha Ortopedista - CRM-PE 22043

MOD. 002





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

Ficha de Acolhimento

Nome: Tuago dos Reis Faria End: Onubo Deve de Pern - 173 Bairro: Bodecanga
Data de Nascimento: 30.06.87 Documento de Identificação:
Queixa: Ato ruivo Data do Atend.: 13.01.18 Hora: 14:05 Documento:
Acidente de trabalho? Sim Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Baixo () Regular () Alto
Aspecto: () Calmo () Fazendo dor () Gemelos

Frequência cardíaca:

Temperatura axilar

Micoses: () Nam

卷之六

Estratificação: Livre Cadeira de rodas Maca

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

Amarelo - atendimento até 1 hora
Azul - atendimento ambulatorial

EAGLESBURG 1A

MOD. 18

A circular postmark from 'CORREO DE SEGUROS'. The outer ring contains the words 'CORREO DE SEGUROS' at the bottom and 'LIFE ASSESORIA' at the top. The center of the stamp contains the date '28 MAY 2013'.



12/01/2018

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Painel Administrativo

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ hs _____ hs.		
SERVIÇOS REALIZADOS:		
CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico _____	<input checked="" type="checkbox"/> Ata hospitalar / <input type="checkbox"/> Ata revenda	
<input type="checkbox"/> Internação (setor) _____	<input type="checkbox"/> Decisão Médica	
<input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____	<input type="checkbox"/> Jóbito	
<i>J. FERREIRA</i> <i>Ass. do paciente ou responsável(quando necessário)</i>		



Data da Internação: 12/01/2018 Hora: 18:02:53

SUSSistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

TIAGO DOS REIS FARIA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1579081

7 - CARTÃO DO SUS

709008839342115

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/06/1984

9 - SEXO

Masculino**Feminino**

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARLI DOS REIS FARIA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 988690800

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

ONILDO RIBEIRO DE ASSIS , 173 , BODOCONGO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓD. INE MUNICÍPIO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Princípio clínico + dor + deformidade
NY CI Rx TNZ.*



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento curativo

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + ex + rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Rx TNZ

21 - CID 10 PRINCIPAL

T023

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Princípio clínico + tratamento de

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

10308010009

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016296938549

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

WAGNER DE MELO FALCAO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/01/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		35 - CNPJ DA SEGURODA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR		() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO
				() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

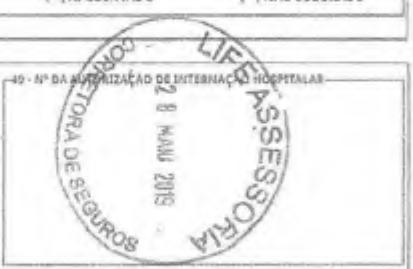
45 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

Data da internação: 12/01/2018 Hora: 18:02:53

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES 2 - CNES 2362856					
			3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES 4 - CNES 2362856		
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE TIAGO DOS REIS FARIA 6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1579081					
7 - CARTÃO DO SUS 709008839342115			8 - DATA DE NASCIMENTO 30/06/1984	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARLI DOS REIS FARIA			11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE 988690800		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) ONILDO RIBEIRO DE ASSIS , 173 , BODOCONGO			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		
			14 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO 250400	15 - UF PB	16 - CEP 58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paroxi cr. dor + dispneia d. - 202</i> <i>Nr cr. Fx 2-2.</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de hospitalização</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Próximamente</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL IX TVZ		21 - CID 10 PRINCIPAL T023		22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Intervenção de urgência</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0003040019			
26 - CLÍNICA 02		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER DE MELO FALCAO		30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12/01/2018		31 - ASSINATURA E CARENTE (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
32 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR		<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO		<input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		47 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
49 - ASSINATURA E CARENTE (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					

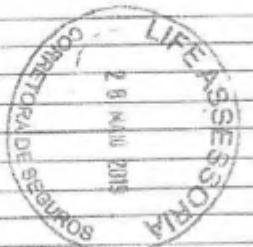


FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK

DIAGNÓSTICO

Paciente	Nº	Leito	Cognitivo	Assessoria
Data	Prescrição Médica	Horário	Introdução Médica	
1. Dieta		07		
2. SRL 1500ml EV/24h		08		
3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h		09		
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h		10		
5. Omeprazol 40mg EV/jejum		11		
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		12		
7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN		13		
8. Claviane 40mg SC/dia		14		
9. SSIV + CCGG		15		
		16		
		17		
		18		
		19		
		20		
		21		
		22		
		23		
		24		
		25		
		26		
		27		
		28		
		29		
		30		
		31		
		01		
		02		
		03		
		04		
		05		
		06		
		07		
		08		
		09		
		10		
		11		
		12		
		13		
		14		
		15		
		16		
		17		
		18		
		19		
		20		
		21		
		22		
		23		
		24		
		25		
		26		
		27		
		28		
		29		
		30		
		01		
		02		
		03		
		04		
		05		
		06		
		07		
		08		
		09		
		10		
		11		
		12		
		13		
		14		
		15		
		16		
		17		
		18		
		19		
		20		
		21		
		22		
		23		
		24		
		25		
		26		
		27		
		28		
		29		
		30		
		01		
		02		
		03		
		04		
		05		
		06		
		07		
		08		
		09		
		10		
		11		
		12		
		13		
		14		
		15		
		16		
		17		
		18		
		19		
		20		
		21		
		22		
		23		
		24		
		25		
		26		
		27		
		28		
		29		
		30		
		01		
		02		
		03		
		04		
		05		
		06		
		07		
		08		
		09		
		10		
		11		
		12		
		13		
		14		
		15		
		16		
		17		
		18		
		19		
		20		
		21		
		22		
		23		
		24		
		25		
		26		
		27		
		28		
		29		
		30		
		01		
		02		
		03		
		04		
		05		
		06		
		07		
		08		
		09		
		10		
		11		
		12		
		13		
		14		
		15		
		16		
		17		
		18		
		19		
		20		
		21		
		22		
		23		
		24		
		25		
		26		
		27		
		28		
		29		
		30		
		01		
		02		
		03		
		04		
		05		
		06		
		07		
		08		
		09		
		10		
		11		
		12		
		13		
		14		
		15		
		16		
		17		
		18		
		19		
		20		
		21		
		22		
		23		
		24		
		25		
		26		
		27		
		28		
		29		
		30		
		01		
		02		
		03		
		04		
		05		
		06		
		07		
		08		
		09		
		10		
		11		
		12		
		13		
		14		
		15		
		16		
		17		
		18		
		19		
		20		
		21		
		22		
		23		
		24		
		25		
		26		
		27		
		28		
		29		
		30		
		01		
		02		
		03		
		04		
		05		
		06		
		07		
		08		
		09		
		10		
		11		
		12		
		13		
		14		
		15		
		16		
		17		
		18		
		19		
		20		
		21		
		22		
		23		
		24		
		25		
		26		
		27		
		28		
		29		
		30		
		01		
		02		
		03		
		04		
		05		
		06		
		07		
		08		
		09		
		10		
		11		
		12		
		13		
		14		
		15		
		16		
		17		
		18		
		19		
		20		
		21		
		22		
		23		
		24		
		25		
		26		
		27		
		28		
		29		
		30		
		01		
		02		
		03		
		04		
		05		
		06		
		07		
		08		
		09		
		10		
		11		
		12		
		13		
		14		
		15		
		16		
		17		
		18		
		19		
		20		
		21		
		22		
		23		
		24		
		25		
		26		
		27		
		28		
		29		
		30		
		01		
		02		
		03		
		04		
		05		
		06		
		07		
		08		
		09		
		10		
		11		
		12		
		13		
		14		
		15		
		16		
		17		
		18		
		19		
		20		
		21		
		22		
		23		
		24		
		25		
		26		
		27		
		28		
		29		
		30		
		01		
		02		
		03		
		04		
		05		
		06		
		07		
		08		
		09		
		10		
		11		
		12		
		13		
		14		
		15		
		16		
		17		
		18		
		19		
		20		
		21		
		22		
		23		
		24		
		25		
		26		
		27		
		28		
		29		
		30		
		01		
</				

RESULTADOS ESPERADOS:									
REGISTROS									
DATA	HORA	PA	T	PC	FR	HGT	DURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
14.07.18	120x80	-	-	-	-			Paciente consciente orientado sem dizergos e responde bem comodade endermagom deferido amanha Paciente tranquilo	Ricardo da Silva Enfermagem N.PB432164
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA					INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA				
									



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907221645008800000022206806>
 Número do documento: 1907221645008800000022206806

Num. 22893963 - Pág. 1



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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

RISCO DE QUEDA	CD/FR:
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:
RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input checked="" type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA
RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
NÁUSEA	CD/FR:
DOR AGUDA	<input checked="" type="checkbox"/> DOR CRÔNICA
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
DEFÍCIT NO AUTO CUIDADO	<input checked="" type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input checked="" type="checkbox"/> PARA BANHO
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:
	CD/FR:
	CD/FR:
	CD/FR:

~~Raquel dos Anjos Cunha
ENFERMEIRA
COREN 357.347~~

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FB: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

FREQUÊNCIAS DE EMISSÃO DE SINAIS VITais

PROBLEMA DE GLICEMIA CAPILAR

PREScrição de Enfermagem

- MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.
- REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.
- ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFunda.
- INSTALAR CATETER DE O2 A 1L/MIN OU CONFORME ORDEM MÉDICA.
- AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).
- ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.
- POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°
- MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO NECESSÁRIO.
- MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, RUBOR, HIPEREMIA).
- ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.
- REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PROTOCOLO.
- RELACIONAR OS DADOS AO DIAGNOSTICO IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS E AS RESPOSTAS DO PACIENTE.

A circular stamp with the text "CORRETORA DE SEGUROS S.A." around the perimeter and "LIFE" at the top. The date "29 JUL 1986" is stamped in the center.

ASSINATURA

1130 125



Diagnóstico

Tipo Rec

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

9 de Julho de 2010

Paciente

Alojamento	Leito	Convênio
------------	-------	----------

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

15/07/2010

Intubado

07h

EVOLUÇÃO

01/07/2010

Extubado

07h

EVOLUÇÃO

14/07/2010

Extubado

07h

EVOLUÇÃO

15/07/2010

Extubado

07h

EVOLUÇÃO

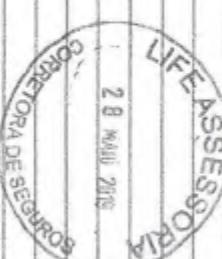
16/07/2010

Extubado

07h

EVOLUÇÃO

União - Estado da Paraíba - TJDFT - RJ
Câmara de Desembargadores - RJ
Fazenda Pública - RJ





CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

AV JULIA FREIRE, 1058 - EXPEDICIONARIOS
58040-004 JOAO PESSOA - PB

Declaração de Acompanhamento

Declaro para os devidos fins que o(a) Sr(a) _____ compareceu a este hospital, no período de 24/01/2018 até 25/01/2018 como acompanhante do(a) Sr(a) TIAGO DOS REIS FARIAS para atendimento com o(a) médico(a) RAFAEL LARA DE FREITAS

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8784 TFO 9693

JOAO PESSOA, 25 de Janeiro de 2018.



R3001DA

RAFAEL LARA DE FREITAS

25/01/2018 07:27:53

10.1.32.202



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907221645018700000022206811>
Número do documento: 1907221645018700000022206811

Num. 22893969 - Pág. 1

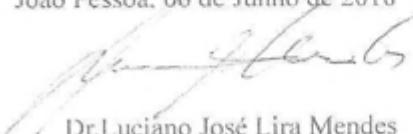
SISTEMA
HAPVIDA

LAUDO MÉDICO

Declaro para devido fins que o(a) paciente Tiago dos Reis Farias, foi atendido no HOSPITAL GERAL DA PARAÍBA no dia 24/01/2018, vítima de acidente de trânsito com moto (sic),tendo o diagnóstico codificado com o CID-10 S82, submetido a tratamento cirúrgico da lesão.

Ante o exposto conclui que o paciente encontra-se de alta para retorno as atividades laborais e sem sequelas.

João Pessoa, 06 de Junho de 2018



Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dr. Luciano J Lira Mendes
Ortopedista - Traumatologista
CRM 4290



440 - 2



HOSPITAL GERAL
DA PARAÍBA

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

AV JULIA FREIRE, 1058 - EXPEDICIONARIOS
58040-004 JOAO PESSOA - PB

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: RAFAEL LARA DE FREITAS

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS

Data do Atendimento: 25/01/2018

RECEITA

USO ORAL

1) MAXSULID 400 MG -----01 CX

TOMAR 01 COMP 12/12HS POR DIA DURANTE 7 DIAS

2) PARACETAMOL 750 MG -----10 COMP

TOMAR 01 COMP DE 12/12 HORAS

USO EXTERNO

1) CLOREXIDINE 0,05% -----01 TUBO

APLICAR NA FERIDA APOS LIMPEZA COM SORO FISIOLOGICO

USAR MULETAS DURANTE 3 SEMANAS

CURATIVO DIARIO

RETORNO EM 07/02 AS 08:00 NO PS DA HAPVIDA

MEXER COM O JOELHO

Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 3724 / TOT 9693



RP3000N

RAFAEL LARA DE FREITAS

25/01/2018 07:26

10.1.32.202



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907221645018700000022206811>
Número do documento: 1907221645018700000022206811

Num. 22893969 - Pág. 3



Inscrição no CNPJ: 09.114.695/0001-07
Av. Júlia Freire, 1058-Expeditonários – (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o paciente **TIAGO DOS REIS FARIAS**, foi atendido neste Hospital no dia **24/01/2018**, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme prontuário de nº **48233132**.

João Pessoa, 14 de Junho de 2018



293



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907221645018700000022206811>
Número do documento: 1907221645018700000022206811

Num. 22893969 - Pág. 4



FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
48233132



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

12/06/2018 09:05:20

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12222787	TIAGO DOS REIS FARIAS	M	30/06/1984	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
3001391 SSP PB	5579636482		1-CASADO	
Endereço				
R APOI.ONIO AMORIM 520 ALTO BRANCO CAMPINA GRANDE-PB CEP:58401528				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
		MARLOI DOS REIS FARIAS		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGP	Matrícula	Tipo Documento
Data	Hora		
24/01/2018	13:30		
Médico Atendente			Clinica
29446727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
29446727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano VIVANTE S A	
1822-HAPVIDA JOAO PESSOA	Z-PLANO EMPRESA ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
93070000307000024		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
N. Guia	Procedimento Senha Descrição	
31906762	99996666 C59584701	INTERNACAO
31906762	52150089 C59584701	FRATURA BIMALEOLAR OU TRIMALEOLAR DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO





CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

AV JULIA FREIRE, 1058 - EXPEDICIONARIOS
58040-004 JOAO PESSOA - PB

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo: RAFAEL LARA DE FREITAS

CRM: 8784

UF: PB

AV JULIA FREIRE 1058 EXPEDICIONARIOS

58040040 Tel.

Cidade:JOAO PESSOA

UF: PB

1^a Via retenção da Farmácia ou Drogaria
2^a Via orientação ao Paciente

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TOT 9693

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS

Endereço: APOLONIO AMORIM 520 ALTO BRANCO CAMPINA GRANDE PB 58401528 Tel.

Prescrição: USO ORAL

2) KEFLEX 500 MG ----- 28 COMP

TOMAR 01 COMP DE 6/6 HORAS DURANTE 7 DIAS



CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

AV JULIA FREIRE, 1058 - EXPEDICIONARIOS
58040-004 JOAO PESSOA - PB

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo: RAFAEL LARA DE FREITAS

CRM: 8784

UF: PB

Jr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TOT 9693

Cidade:JOAO PESSOA

UF: PB

1^a Via retenção da Farmácia ou Drogaria
2^a Via orientação ao Paciente

Jr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TOT 9693

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS

Endereço: APOLONIO AMORIM 520 ALTO BRANCO CAMPINA GRANDE PB 58401528 Tel.

Prescrição: USO ORAL

2) KEFLEX 500 MG ----- 28 COMP

TOMAR 01 COMP DE 6/6 HORAS DURANTE 7 DIAS



Data : 25/01/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:
Orgão Emissor:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:
Ident:
Orgão Emissor:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Ident:
Orgão Emissor:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data : 25/01/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:
Orgão Emissor:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:
Ident:
Orgão Emissor:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Ident:
Orgão Emissor:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Cidade:
UF:
Telefone:

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

Cidade:
UF:
Telefone:

Assinatura do Farmacêutico Data: / /



CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

HOSPITAL
JOAO PESSOA

AV JULIA FREIRE, 1058 - EXPEDICIONARIOS
58040-004 JOAO PESSOA - PB

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: RAFAEL LARA DE FREITAS

CRM: 8784

UF: PB

AV JULIA FREIRE 1058 EXPEDICIONARIOS
580400040 Tel.

Cidade:JOAO PESSOA

UF: PB

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS

Endereço: APOLONIO AMORIM 520 ALTO BRANCO CAMPINA GRANDE PB 58401528 Tel.

Prescrição: USO ORAL

1) PARATRAM-----01 CX

TOMAR 01 COMP 8/8 HS DURANTE 7 DIAS EM CASO DE DOR FORTE

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

HOSPITAL
JOAO PESSOA

AV JULIA FREIRE, 1058 - EXPEDICIONARIOS
58040-004 JOAO PESSOA - PB

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: RAFAEL LARA DE FREITAS

CRM: 8784

UF: PB

AV JULIA FREIRE 1058 EXPEDICIONARIOS
580400040 Tel.

Cidade:JOAO PESSOA

UF: PB

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS

Endereço: APOLONIO AMORIM 520 ALTO BRANCO CAMPINA GRANDE PB 58401528 Tel.

Prescrição: USO ORAL

1) PARATRAM-----01 CX

TOMAR 01 COMP 8/8 HS DURANTE 7 DIAS EM CASO DE DOR FORTE

Data : 25/01/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Date : 25/01/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR



Cidade:
Telefone:

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

Cidade:
Telefone:
UF:
Assinatura do Farmacêutico Data: / /

x

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1
Emissão: 12/06/2018 (09:01)

Paciente: TAGO DOS REIS FARIA S	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132
Convenção: APIVDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 15718550	Prontuário: 12222787
Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA - HGP	Leito: 04-HGP/I	Peso: 70,00 kg
1.DIETAGERAL.-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h ORAL	CRM-10582
2.Hidratação Venosa Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7,00 gts/min
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20,83 mL/Kcal/dia	Acesso Periférico
3.CEFAZOLINA SODICA (1,00g)	1g	IFRAP(C/IGR)
	Agua Destilada	8/8h EV
10 ml		
4.PROFENID IV (100,00mg)	100 mg	12/12h EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml	
5.PLAMET (5,00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL. C/10MG\$8h EV
	18 ml	
6.TRAMADOL (50,00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL. C/100MG\$8h EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml	SN
7,OMEPRAZEC (40,00mg)	40 mg	1 FRAP(C/40MG) 24/24h EV
	18 ml	
8.DIPIRONA (500,00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL. C/500MG\$6h EV
Água Destilada	18 ml	
9.CURATIVO MEDIO+SFIGAZE ACOLCHOADA		
10.SINAIS VITAIS		
11.GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS		
12.TALA BOTA		
Profissionais CRM-10582 ANDRÉA HATTORI NASRALA		



CRM-10582



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216450286200000022206817>
Número do documento: 19072216450286200000022206817

Num. 22893975 - Pág. 1

x

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página | de |
Emissão: 12/06/2018 09:01

Paciente: TAGO DOS REIS FARIA'S Convenção: APIVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO 1A - ALA A	Dr. Nasc.: 30/06/1984 Nº Prescrição: 1572193 Leito: 1A-1102	Dt. Nasc.: 30/06/1984 Nº Prescrição: 1572193 Leito: 1A-1102	Atendimento: 48233132 Pronunciado: 12222787 Peso: 70,00 kg
1.DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h ORAL		
2.Hidratação Venosa Fase Única SORO FISIOLOGICO 0,9% 20.83	Vol. Total: 500 ml mL/Kcal/dia 500 ml	7,00 gts/min	Acesso Periférico
3.CEFAZOLINA SODICA (1,00g) Agua Destilada	1g 1FRAP(C/IGR) 10 ml	8/8h EV	CRM-8784
4.PLAMET (5,00mg/ml) Agua Destilada	10 mg 2ML (AMPL C/10MG@8h 18 ml	EV	CRM-8784
5.PROFENID IV (100,00mg) Soro Fisiologico 0,9%	100 mg 1FRAP(C/100MG) 100 ml	12/12h EV	CRM-8784
6.DIPIRONA (500,00mg/ml) Agua Destilada	1000 mg 2ML (AMPL C/500M@6h 18 ml	EV	CRM-8784
7.TRAMADOL (50,00mg/ml) Soro Fisiologico 0,9% Alta vigilância	100 mg 2ML (AMPL C/100M@8h 100 ml	EV SN	CRM-8784
8.OMEPRASEC (40,00mg) Agua Destilada	40mg 1FRAP(C/40MG) 18 ml	24/24h EV	CRM-8784
9.CURATIVO MÉDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA 10.SINAIS VITais 11.GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS 12.TALA BOTA 32.Alta em: 25/01/2018 Alta da enferm: RAFAEL LARA DE FREITAS Profissionais CRM-8784 RAFAEL LARA DE FREITAS			



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:55

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOÃO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-110/2	
Profissional(is): IRENE CIPRIANO DE OLIVEIRA CARVALHO, ENFERMEIRO(A), COREN 293155 [1]	Nº: 18617366	25/01/2018	às 02:46

PACIENTE			
Estado Civil	CASADO	[1]	
Origem Do Paciente	Residência.	[1]	
PRÉ-OPERATÓRIO			
Tipo De Cirurgia	Eletiva.	[1]	28 MAIO 2019
Data Da Cirurgia	24/01/2018	[1]	
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE TORNOZELO	[1]	CORRETORA DE SEGUROS
Pulseira De Identificação	MSE.	[1]	
Responsável Pelo Recebimento	IRENE	[1]	
Avaliação Pré-Anestésica	Sim.	[1]	
Nome, dosagem, frequência	NAO	[1]	
Alergia- Descrição	NEGA	[1]	
Avaliação Das Condições Emocionais	Tranquila.	[1]	
Orientações Ao Paciente	Cirurgia.	[1]	
Reserva de Hemoderivados	Não.	[1]	
Higienização	Sim	[1]	
Tricotomia	Sim	[1]	
Adornos, Esmaltes E Maquiagem	Sim	[1]	
Prótese	Sim	[1]	





REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:55

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIA	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-110/2	
Profissional(is): LUZIA BRITO FERREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 664944 [1]		Nº: 18619521	25/01/2018 às 07:42
DADOS DO PACIENTE			
Data De Nascimento	30/06/1984	[1]	
Sexo	Masculino.	[1]	
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ			
Hora	07:00	[1]	
Hora			
Descrição	RECEBI PLANTÃO COM PACIENTE EM 1ºDPO DE FRATURA DE TORNOZELO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, S/D, AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. #APOS VISITA MEDICA PCT RECEBEU ALTA HOSPITALAR.		
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE			
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE			
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216450286200000022206817>
Número do documento: 19072216450286200000022206817

Num. 22893975 - Pág. 4



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:56

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-110/2	
Profissional(is): MARIA DA CONCEICAO BENTO FERREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM	Nº: 18617595	25/01/2018	às 03:25
COREN 560390 [1]			

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento	30/06/1984	28 MAIO 2019	[1]
Sexo	Masculino.		[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora		[1]
------	--	-----

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

Hora	10:00	[1]
------	-------	-----

Hora		
------	--	--

Descrição	paciente evolui em poi de fratura de tornozelo em egr consciente orientado eupneico afebril sem queixas no momento.segue em observação.	[1]
-----------	---	-----

Hora	22:00	[1]
------	-------	-----

Hora		
------	--	--

Descrição	paciente medicada cpm.	[1]
-----------	------------------------	-----

Hora	04:00	[1]
------	-------	-----

Hora		
------	--	--

Descrição	paciente segue sono e repouso preservado.	[1]
-----------	---	-----

Hora	06:00	[1]
------	-------	-----

Hora		
------	--	--

Descrição	paciente segue medicado e aos cuidados da equipe.	[1]
-----------	---	-----

CUIDADOS DE ENFERMAGEM





CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:57

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOÃO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-110/2	
Profissional(is): IRENE CIPRIANO DE OLIVEIRA CARVALHO 293155 [1]	COREN	Nº: 18617334	25/01/2018 às 02:43

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	24/01/2018	[1]
Hora Da Cirurgia		[1]
Cirurgia	FRATURA DE TORNOCÉLIO	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	INTERNACÃO	[1]
Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Autorização Do Paciente	Sim.	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	Sim.	[1]
Informação De Lateralidade Pelo MA	Sim.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Anestesia	Sim.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	Não.	[1]
Tricotomia Até 2 Horas Antes	Não.	[1]
Higienização	Sim.	[1]



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907221645028620000022206817>
Número do documento: 1907221645028620000022206817

Num. 22893975 - Pág. 6



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:57

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A		Leito: 1A-110/2
Profissional(is): IRENE CIPRIANO DE OLIVEIRA CARVALHO, ENFERMEIRO(A), COREN 293155 [1]		Nº: 18617287	25/01/2018 às 02:36

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem	21:20 Paciente admitido neste setor procedente do bloco em POI de fratura de tornozelo, EGR, consciente, orientado, eupneico, fo oclusa, nega alergia, diurese espontânea, segue em observação eaos cuidados da equipé.	[1]
------------------------	---	-----

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Acesso Periférico	Sim	[1]
-------------------	-----	-----



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216450286200000022206817>
Número do documento: 19072216450286200000022206817

Num. 22893975 - Pág. 7



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MIED LTDA - HGP

12/06/2018 08:57

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	DL Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A		Leito: 1A-110/2
Profissional(is): ANDREA BORGES MACEDO, ENFERMEIRO(A), COREN 214819 [1]	Nº: 18619539	25/01/2018	às 07:42



EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:56

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-110/2	
Profissional(s): RAFAEL LARA DE FREITAS, MÉDICO, CRM 8784 [1]	Nº: 18619166 25/01/2018 às 07:24		

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente 1 DIH [1]

ID 33
HD FRATURA DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO
CIRURGIA: OSTEOSINTSE DO MALEOLO LATERAL
BEM SEM QUEIXAS
EQUIPE: DR. LUCIANO LIRA
DRA. ANDREA NASRALA
PROGRAMAÇÃO:
- ALTA
- TALA BOTA
- ANALGESIA E ANTIBIÓTICO
- RETORNO E SEGUIMENTO AMBULATORIAL



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216450406300000022207029>
Número do documento: 19072216450406300000022207029

Num. 22893988 - Pág. 2



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIA	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48217759	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): LUCIANO JOSE LIRA MENDES CRM 4290 [1]	Nº: 18584401 24/01/2018 às 07:27		
ANAMNESE			
Queixa Principal	DOR		
Queixa Principal	[1]		
CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL		
Queixas e Sintomas Gerais	DOR NO TNZ APÓS ACIDENTE DE TRANSITO HÁ 12 DIAS (SIC) AO EX: DOR E EDMEA CD: INTERNAÇÃO		
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			





DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
12/06/2018 08:54
9182_000

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 15721309	25/01/2018 às 02:39	
Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-110/2		
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR	Manhã	Tarde	Noite
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Manhã	Tarde	Noite

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO	07:00		
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Manhã	Tarde	Noite

10 - RISCO DE SANGRAMENTO

Relacionado a: TRAUMATISMO

MANTER PRESSÃO OU CURATIVOS OCLUSIVOS	07:00	19:00
---------------------------------------	-------	-------





RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:56

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-110/2	
Profissional(is): RAFAEL LARA DE FREITAS, MÉDICO, CRM 8784 [1]		Nº: 18619247	25/01/2018 às 07:28
DIAGNÓSTICOS			
CID10 S826 FRAT DO MALEOLO LATERAL [1]			
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS			
Cirurgia Realizada	OSTEOSSINTESE		[1]
Cirurgião	DR LUCIAN LIRA		[1]
ALTA / TRANSFERÊNCIA			
Paciente Melhorado	Sim		[1]



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216450406300000022207029>
Número do documento: 19072216450406300000022207029

Num. 22893988 - Pág. 5



PLANO TERAPÉUTICO MULTIDISCIPLINAR

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:59

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA		Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA	Leito: 04-HGP/1
Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA, MÉDICO, CRM 10582 [1]	Nº: 18606430 24/01/2018 às 17:12		

IDENTIFICAÇÃO

Nome	TIAGO DOS REIS FARIAS	[1]
Sexo	Masculino.	[1]
Idade	33 A 6 M	[1]
Data De Nascimento	30/06/1984	[1]
Nº Atendimento	48233132	[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S826 FRAT DO MALEOLO LATERAL	[1]
----------------	------------------------------	-----

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Principal	OSTEOSSÍTESE DO TORNOZELO DIREITO	[1]
-----------	-----------------------------------	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	2 Dias	[1]
---------------	--------	-----



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216450406300000022207029>
Número do documento: 19072216450406300000022207029

Num. 22893988 - Pág. 6



BOLETIM DE CIRURGIA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:59

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA Leito: 04-HGP/1		
Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA MEDICO, CRM: 10582 [1]	Nº: 18606654	24/01/2018	às 17:18
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL [1]		
Diagnóstico Cirúrgico	[1]		
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	24/01/2018 [1]		
Cirurgia	OSTEOSSINTESE DO MALEOLO LATERAL [1]		
Cirurgião	DR. LUCIANO LIRA [1]		
1º Auxiliar	DRA. ANDREA NASRALA [1]		
Anestesista	DR. ITALO [1]		
Descrição Cirúrgica	1- ANESTESIA + GARROTEAMENTO MID 2 - ANTISEPSIA + ASSEPSIA 3 - COLOCAÇÃO DE CAMPO CIRURGICO 4 - INCISÃO LONGITUDINAL LATERAL E TENOLISE DO TIBIAL POSTERIOR 5- REDUÇÃO CIRURGICA DE FRATURA DE MALEOLO LATERAL COM PLACA 1/3 TUBO E 05 PARAFUSOS CORTICais 3,5 MM E FIXAÇÃO DA SINDESMOSE COM 1 PARAFUSO SUPRASINDESMAL 6-CONTROLE FLUOROSCOPICO SATIFATORIO + SUTURA + CURATIVO COMPRESSIVO [1]		





EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 09:00

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA		Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA	Leito: 04-HGP/1
Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA, MÉDICO, CRM 10582 [1]	Nº: 18606482 24/01/2018 às 17:13		

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	# PACIENTE OPERADO #	[1]
ID 33 HD FRATURA DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO CIRURGIA: OSTEOSINTSE DO MALEOLO LATERAL EQUIPE: DR. LUCIANO LIRA DRA. ANDREA NASRALA PROGRAMAÇÃO: - ALTA 1º PO - TALA BOTA - ANALGESIA E ANTIBIÓTICO - RETORNO E SEGUIMENTO AMBULATORIAL		



TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, 17 de Janeiro de 2018
Diogo dos Reis Farias
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

MOD. 042



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME: <i>Raquel dos Anjos Farias</i>		IDADE: 33		SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / /
SETOR:		LEITO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTINUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESença DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:	DUSURIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANURIA <input type="checkbox"/>	S' DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/ APOIO <input checked="" type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. RONENTEAL (DIETA):	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
RISCO DE QUEDA	CD/FR:				
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:				
RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/>	RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
NAUSEA	CD/FR:				
DOR ACUDA	<input type="checkbox"/>	DOR CRÔNICA	CD/FR:		
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/>	ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/>	PARA BANHO	CD/FR:
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
	CD/FR:				
	CD/FR:				
	CD/FR:				
<i>Raquel dos Anjos Farias</i> ENFERMEIRA COREN 267-44	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRIMAMENTO	ASSINATURA	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.					
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 04ML/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
<input type="checkbox"/> AVALAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO					
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).					
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	S/A				
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	<i>Sampl.</i>				

1603175



ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DE CAMPINA GRANDE

2ª VARA CÍVEL

Processo n° 0817419-42.2019.8.15.0001

AUTOR: TIAGO DOS REIS FARIAS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Vistos etc.

Demonstrada, em um juízo de cognição sumária, a hipossuficiência econômica da parte autora, **defiro o pedido de justiça gratuita**, nos termos dos artigos 98 e 99 do Código de Processo Civil.

1. A atual sistemática adotada pelo Código de Processo Civil estabelece, como regra, a designação de audiência de conciliação ou de mediação como ato subsequente ao recebimento da petição inicial das ações de procedimento comum, nos termos do art. 334, *caput*, do Código de Processo Civil;
2. Nada obstante, o § 4º do mesmo dispositivo legal traz duas hipóteses em que a sobredita audiência não será realizada, a saber:
 - a) se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual; b) quando não se admitir a autocomposição;
3. Assim sendo, **excepcionalmente, a sessão conciliatória poderá ser dispensada pelo juiz**, caso se enquadre em uma das duas hipóteses elencadas acima, ou, ainda, em casos de procedimentos especiais, regidos por legislações específicas e pelo próprio Código de Processo Civil;
4. A presente demanda se insere nos casos em que, de acordo com a nova orientação do NUPEMEC, deve-se procurar evitar remeter aos CEJUSC's "feitos que demandem ações repetitivas, conhecidamente sem chance de conciliação, tais como revisionais de contrato, DPVAT, em que se tem conhecimento que as empresas tradicionalmente não fazem acordos" (Des. Leandro dos Santos, Ofício Circular 003/2018).
5. Desse modo, ainda que se tratem de direitos disponíveis, observa-se de outros processos análogos em tramitação nas varas cíveis desta comarca que **a designação da audiência de conciliação em ações envolvendo a empresa promovida vem se revelando como ato processual inútil**;
6. Por tais fundamentos, e ainda tendo por base os princípios da celeridade e da efetividade processual, insculpidos nos arts. 4º e 6º da legislação processual civil, e, ainda, utilizando por analogia o art. 334, § 4º, do mesmo código, **deixo, por ora, de designar a audiência de conciliação no presente caso**;



Assinado eletronicamente por: ELY JORGE TRINDADE - 06/09/2019 12:05:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090610131520900000023429244>
Número do documento: 19090610131520900000023429244

Num. 24193159 - Pág. 1

7. Ressalte-se, por oportuno, que a não designação da audiência nesta fase processual não impede que uma sessão conciliatória seja marcada em momento posterior, a requerimento das partes ou até mesmo de ofício por este juízo, caso as circunstâncias do caso demonstrem haver utilidade na sua realização, nos termos do art. 139, V, do Código de Processo Civil;

8. Diante do exposto, **intime-se a parte autora do teor deste despacho** e, em seguida, **cite-se a parte demandada para oferecer contestação**, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data prevista no art. 231 do Código de Processo Civil, de acordo com o modo como for feita a citação, conforme determina o art. 335, *caput* e inciso III, do mesmo diploma;

9. Advirta-se que caso a parte ré não ofereça contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (art. 344 do CPC), salvo as exceções previstas no art. 345 do Código de Processo Civil;

10. Apresentada a contestação, e caso esta venha instruída com prova documental e/ou se alegue quaisquer das matérias constantes dos arts. 350 e 351 do Código de Processo Civil, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar impugnação.

11. Por fim, intime-se para especificação de provas que pretendam produzir, ou requerimento de julgamento antecipado, no prazo comum de 15 (quinze) dias.

Campina Grande, data e assinatura do Sistema.



Assinado eletronicamente por: ELY JORGE TRINDADE - 06/09/2019 12:05:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090610131520900000023429244>
Número do documento: 19090610131520900000023429244

Num. 24193159 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN - 15/09/2019 18:08:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091518080156900000023654052>
Número do documento: 19091518080156900000023654052

Num. 24431399 - Pág. 1



**PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
2ª VARA CÍVEL – COMARCA DE CAMPINA GRANDE**

MANDADO DE INTIMAÇÃO

Processo nº 0817419-42.2019.8.15.0001

AUTOR: TIAGO DOS REIS FARIAS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Advogado: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA OAB: PB16928 Endereço:
desconhecido

Em cumprimento a determinação proferida no processo supra indicado, **INTIMO** a parte **promovente** na pessoa de seu procurador(a) e advogado(a) acima nominado(a), do teor do despacho/decisão **ID 24193159**.

Campina Grande-PB, 15 de setembro de 2019

De ordem, SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN

ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]



Assinado eletronicamente por: SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN - 15/09/2019 18:08:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091518080156900000023654052>
Número do documento: 19091518080156900000023654052

Num. 24431399 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN - 15/09/2019 18:08:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091518080156900000023654052>
Número do documento: 19091518080156900000023654052

Num. 24431399 - Pág. 3

CAMPINA& ADVOGADOS ASSOCIADOS

Emmanuel Saraiva Ferreira

Wamberto Balbino Sales

Rua Floriano Peixoto, 4519, Malvinas

Campina Grande - Paraíba

Tel.: (84) 9.9991-1313

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 2^a VARA CIVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE, ESTADO DA PARAÍBA.

PROCESSO: 0817419.42.2019.815.0001

REQUERENTE: TIAGO DOS REIS FARIAS

REQUERIDO: SEGURADORA LIDER DE CONSORCIOS DPVAT

TIAGO DOS REIS FARIAS, devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representado por seu advogado que esta subscreve, nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT, que promove em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., em cumprimento ao despacho de fls. expor e requerer o seguinte:



A parte autora ajuizou a presente demanda, em face de ter sido vítima de acidente de trânsito, encontrando-se com debilidade permanente, razão pela qual, pleiteia a presente demanda com o fito do recebimento da indenização do Seguro DPVAT.

De certo, conforme entendimento do STF, todos os casos de indenização por debilidade permanente (invalidez), torna-se imprescindível a realização da prova pericial, para que seja quantificado o grau de debilidade na região corporal afetada, de acordo com a Tabela disposta na Lei 11.945/2009, que estipula o percentual máximo para cada membro afetado.

Dessa forma, pugna o autor pela realização de prova pericial e com base no Convênio de Nº 015/2014 firmado entre este Egrégio Tribunal e a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, que esta seja intimada a realizar o pagamento dos honorários periciais, sendo nomeado um perito da confiança deste Juízo para promover a perícia médica no requerente, informando ainda, o desinteresse do autor na realização da audiência de conciliação, considerando que a Seguradora Líder, em ações similares, não apresenta proposta de acordo antes da realização da prova pericial.

Nestes Termos,

Pede Deferimento,

Campina Grande - Paraíba, aos 16 DE SETEMBRO DE 2019.

Bel. Emmanuel Saraiva Ferreira

OAB/PB 16.928

