



Número: **0801160-76.2019.8.15.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Grande**

Última distribuição : **04/09/2019**

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

Assuntos: **SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO DOS SANTOS (AUTOR)	ISADORA DANTAS MONTENEGRO (ADVOGADO) LUIS FERNANDO MARTINS SANTOS (ADVOGADO) LORENA DANTAS MONTENEGRO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
24125 469	04/09/2019 14:38	Petição Inicial	Petição Inicial
24125 471	04/09/2019 14:38	DPVAT-	Outros Documentos
24125 472	04/09/2019 14:38	PROCURAÇÃO	Outros Documentos
24125 474	04/09/2019 14:38	DOCUMENTOS PESSOAIS	Outros Documentos
24125 492	04/09/2019 14:38	COMPROVANTE DE RESIDENCIA	Outros Documentos
24125 494	04/09/2019 14:38	BOLETIM DE OCORRENCIA	Outros Documentos
24125 496	04/09/2019 14:38	DADOS BANCARIOS	Outros Documentos
24125 498	04/09/2019 14:38	DOCUMENTAÇÃO MEDICA	Outros Documentos
24125 949	04/09/2019 14:38	DOCUMENTAÇÃO MEDICA	Outros Documentos
24125 952	04/09/2019 14:38	REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO	Outros Documentos
24125 957	04/09/2019 14:38	Indeferimento administrativo	Outros Documentos
24146 875	05/09/2019 16:11	Despacho	Despacho

SEGUE PETIÇÃO ANEXA.



Assinado eletronicamente por: LORENA DANTAS MONTENEGRO - 04/09/2019 14:38:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090414382685300000023365567>
Número do documento: 19090414382685300000023365567

Num. 24125469 - Pág. 1



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA
COMARCA DE ALAGOA GRANDE-PARAÍBA

JOÃO DOS SANTOS, brasileiro, casado, vigilante, portador de RG nº 2.257.473 2^a via SSP-PB e inscrito no CPF nº 713.406.374-72, residente e domiciliado na rua Luiz Laurentino, nº 110, Conj. Geraldo M. Bezerra, Alagoa Grande-PB, por meio dos seus advogados, com endereço profissional à Rua João Pessoa, nº 1242, Centro, Alagoa Grande-PB, onde recebem intimações e comunicações, vem com o respeito de sempre, à Presença de Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº09248608000104 podendo ser citada na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar-Centro, Cep: 20031205, Rio de Janeiro-RJ, por seu representante legal, pelos fatos que expõe para, ao final requerer:





SINOPSE FÁTICA:

No dia 08 de setembro de 2018, por volta das 18h08min, o autor vinha da feira central da cidade de Alagoa Grande-PB, com destino a escola Cantinho do Saber, porém nas proximidades da rodoviária velha, um motociclista não respeitou o cruzamento e causou um acidente envolvendo o autor, fraturando seu tornozelo.

Foi socorrido por terceiros, levado ao hospital de Alagoa Grande- PB, sendo encaminhado em seguida para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE- PB. O autor ao chegar no Hospital de trauma, foi atendido, ficando internado durante o período de (12) doze dias.

Em decorrência do acidente, o autor além das escoriações por todo o corpo, veio a sofrer fratura no tornozelo (CID 10-S82) NECESSITANDO INTERNAÇÃO HOSPITALAR (provas anexas).

Após o acidente o requerente teve que se afastar das suas atividades para reabilitação. **Contudo, ressalta-se que as sequelas decorrentes da colisão de moto PERMANECERAM.** Do referido acidente resultou o autor debilidade permanente, situação que configura a incidência do seguro DPVAT a que tem direito o autor.

Percebe-se, MM. Juiz, que a vida do autor/vítima nunca mais será o mesmo após o fatídico acontecido, pois a marca do ocorrido será carregado por este para sempre, em sua debilidade permanente. Por este motivo, o requerente se utiliza desta petição para requerer a indenização por invalidez a qual faz jus, provando mediante os documentos exigidos pela lei, anexados a esta exordial, que se enquadra nas exigências legais do seguro obrigatório DPVAT.

Desta forma, diante da sua debilidade permanente, e impossibilidade de exercer sua profissão normalmente, apresentando dificuldades para o





desempenho das tarefas inerentes a esta, o requerente vem, portanto, a este juízo acionar a parte ré, para ser resarcido pelos danos que sofreu e que ainda está sofrendo em decorrência das sequelas resultantes do acidente.

DO DIREITO:

DA JUSTIÇA GRATUITA

Digníssimo julgador, o requerente, respeitosamente, com amparo no artigo 98 do CPC/2015, requer os benefícios da justiça gratuita, pois, não se encontra com condições de arcar com as respectivas custas, sem que lhe cause prejuízos para o seu sustento e da família, conforme declaração anexa; requer, ainda, a nomeação do signatário da presente como seu defensor.

Pois bem, o objetivo da presente ação é que seja o autor beneficiado pelo seguro DPVAT que tem como fim indenizar as vítimas de acidentes causados por veículos automotores em vias terrestres, logo, enquadra-se no caso em comento, não tendo o autor, portanto, condições de arcar com as custas processuais.

DA LEGITIMIDADE PASSIVA

No tocante à legitimidade passiva para a causa é uníssono o entendimento que qualquer das Seguradoras da Sociedade Nacional do Convênio DPVAT, responde pelo pagamento da indenização em virtude do Seguro Obrigatório.

Veja a jurisprudência do Supremo Tribunal de Justiça:

RESP: nº401418-MG RE: 2001.094323-0
DJ: 10/06/2002 PAG. 220
MINISTRO RUY ROSADO AGUIAR





SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. Consórcio. Legitimidade de qualquer Seguradora que opera no sistema. De acordo com a legislação em vigor, que instituiu sistema elogiável. É satisfatório para o interesse de todas as partes envolvidas, qualquer seguradora que opera no sistema pode ser acionada para pagar o valor da indenização, assegurado seu direito de regresso. Precedente. Recurso conhecido e provido.

DO SEGURO OBRIGATÓRIO

É cediço e corriqueiro de que o valor do seguro DPVAT, que dispõe sobre seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, as pessoas transportadas ou não, deve ser paga na forma da Lei nº 6.194-74, que fixa pagamento no caso de despesas de assistência médica e suplementares, o valor integral de oito salários mínimos.

Assim dispõe o art. 3º, alínea “C” da citada lei:

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

[...]

II- Até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)- no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

Dante disso, a Empresa ré, bem como, as demais seguradoras, devem pagar de acordo com a norma jurídica acima exposta.

Também preceitua textualmente o art. 5º da Lei nº 8441/92 que “O pagamento da indenização, será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”





O direito do promovente é líquido e certo, basta uma simples interpretação macroscópica para se vislumbrar com a concretude do caso em análise.

A Empresa seguradora ré, bem como as demais seguradoras que operam com DPVAT, baseadas em circulares administrativas desejam que estas se coloquem acima da norma jurídica.

As circulares e resoluções são impostas pela SUSEP, órgão máximo que dita as metas a serem cumpridas no contexto securitário nacional, em um gritante desrespeito à legislação.

A Lei 8841 de 13 de julho de 1992 estabelece disciplina e regulamentou o seguro DPVAT em nosso país, preceituando que, dentro de vários critérios, após a entrega dos documentos da vítima e do beneficiário a seguradora terá 15 dias para pagar o segurado que dele faz jus.

O instituto da responsabilidade civil é parte integrante do direito obrigacional, pois a principal consequência da prática de um ato ilícito é a obrigação que acarreta o dever de reparar o dano causado, sendo este de natureza pessoal que se resolve em perdas e danos.

O art. 5º da Lei nº 6.194/74, em seu parágrafo 5º determina:

[...] O INSTITUTO MÉDICO LEGAL DA JURISDIÇÃO DO ACIDENTE TAMBÉM QUALIFICARÁ AS LESÕES FÍSICAS OU PSÍQUICAS PERMANENTES PARA FINS DE SEGURO PREVISTO NESTA LEI[...]

Como se observa, a lei não faz ressalva a qualquer produção de provas periciais complexas para o recebimento do DPVAT.

DA JURISPRUDÊNCIA

A jurisprudência pátria, exaurida pelos nossos tribunais já se posicionaram de maneira uníssona. A 2º Colenda Turma Recursal Cível desta Comarca, em processo similar, corroborado com os julgados emanados de nossos Tribunais Superiores, exauriu o seguinte acórdão:





Recurso n. 057/2002/TC Civ.

Relator: João Batista de Sousa.

Recorrente: Sul América Companhia Nacional de Seguros.

Advogado: Bel. Adindo Carolino Delgado e outros.

Recorrido: Cícero de Oliveira Cavalcante.

Advogado: Wamberto Balbino Sales.

Ementa:

“ RECURSO INOMINADO CÍVEL-AÇÃO DE COBRANÇA-SEGURU OBRIGATÓRIO (DPVAT)-DANO ESTÉTICO-LESÃO PERMANENTE. PRELIMINARES- REJEIÇÃO-PROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS. APELO-REJEIÇÃO DAS PRELIMINARES-INSUBSTÂNCIA DA SENTENÇA MANTIDA POR SEUS PRÓPRIOS FUNDAMENTOS DO RECURSO.”

Não pode e nem deve a Seguradora ré impor perante a sociedade, que as Circulares e Resoluções, prevaleçam em detrimento à norma legal.

O 2º Juizado Especial Cível da Comarca de Campina Grande-PB, em processo similar proferiu o seguinte veredito:

Processo n. 001.2002.006797-9

Ação: Cobrança com Reparação de Danos

Promovente: Eraldo Anacleto Nunes

Promovido: Sul América Companhia de Seguros S/A

Juiz Leigo: Rossandro Farias Agra

Juiz Presidente: Octanny P. Batista

Ementa:

“PROCESSUAL CIVIL-AÇÃO DE COBRANÇA C/C
REPARAÇÃO DE DANOS-SEGURU DPVAT-
DEFERIMENTO PARCIAL NA ESFERA
ADMINISTRATIVA-COM PROVANTE DA LESÃO-
COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE- DEVER DE
INDENIZAR PROCEDÊNCIA DA AÇÃO”

E ainda:

“INDENIZAÇÃO-SEGURU DPVAT-ACIDENTE DE
TRÂNSITO-PROVA- evidenciado nos autos as provas
necessárias a demonstrar o acidente de trânsito e dos
danos na vítima, impõe-se o pagamento do seguro





obrigatório DPVAT (TAMG-AC 0315761-7-6 C.Civ. Rel. Juiz Darcio Lo'pardi Mendes- J.21/09/2000).

Não encontrando outra forma de solucionar o problema, vem invocar a tutela jurisdicional do Estado, por intermédio de seu órgão judiciário, para dirimir tal conflito, vez que a promovida não tem interesse em pagar a indenização devida ao autor, que após o acidente ficou com debilidade permanente **Em decorrência do acidente, o autor além das escoriações por todo o corpo, veio a sofrer fratura no tornozelo (CID 10-S82) NECESSITANDO INTERNAÇÃO HOSPITALAR (provas anexas)**, criando para tanto barreiras que na via administrativa são quase impossíveis de atravessá-las, por isso, invoca a tutela jurisdicional, a fim de ver seu direito ser resguardado.

DO PEDIDO:

Pelo exposto, requer a procedência da presente, a fim de condenar a requerida, ao pagamento da indenização em epígrafe, no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais);

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

Requer os benefícios da Assistência Judiciária Gratuita por ser o autor, pobre na forma da lei;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, especialmente provas documentais, testemunhais e periciais;

Sejam os valores devidamente acrescidos de juros e correção monetária, desde a data do sinistro;

A condenação da requerida no pagamento das custas processuais (na hipótese de acolhida a impugnação à assistência judiciária gratuita) e de honorários advocatícios no percentual de 20% (Vinte por cento), conforme determina o art. 85 do NCPC;

Requer, por fim, a juntada dos documentos em anexo.





Dá-se a causa o valor de R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos,
Pede e espera deferimento.

Alagoa Grande-PB, 04 de setembro de 2019

Luís Fernando **MARTINS** Santos
OAB/PB 17.291

Lorena Dantas **MONTENEGRO**
OAB/PB 16.849

Isadora Dantas **MONTENEGRO**
OAB/PB 19.824

Matheus Peregrino Dantas Montenegro
ESTAGIÁRIO



Assinado eletronicamente por: LORENA DANTAS MONTENEGRO - 04/09/2019 14:38:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090414382815500000023365569>
Número do documento: 19090414382815500000023365569

Num. 24125471 - Pág. 8



IÊDA CARNEIRO

Serviço Notarial e Registral



LIVRO.: 0105



FOLHA: 068

* 0 1 0 5 0 6 8 *

PROCURAÇÃO

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos 28 (vinte e oito) dias do mês de novembro do ano de 2018 (dois mil e dezoito), neste **IEDA CARNEIRO - SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL**, situado na Praça Apolônio Zenaide, 755, Centro - Alagoa Grande-PB, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, **IÊDA MARIA DE PAIVA CARNEIRO – Titular**, compareceu(ram) como OUTORGANTE(S) **JOAO DOS SANTOS**, brasileiro(a), casado, vigilante, Filho de Severino Josa dos Santos e Rita Maria dos Santos, portador(a) do Documento de Identidade nº 2.257.473 -2 VIA-SSDS/PB, inscrito(a) no CPF/MF nº 713.406.374-72, residente e domiciliado(a) na Rua Projetada, S/N, Centro, Alagoa Grande-PB, CEP 58388-000; identificado(s) como o(s) próprio(s) por mim Notário(a), à vista dos documentos de identificação apresentados, do que dou fé; perante mim por ele(s) me foi dito que constituía(m) e nomeava(m) seu(s) bastante(s) procurador(es): **LORENA DANTAS MONTENEGRO**, brasileira, casada, advogada, inscrita da OAB/PB sob nº 16.849, CPF nº 083.707.154-27, **LUÍS FERNANDO MARTINS SANTOS**, brasileiro, casado, advogado, Inscrito na OAB/PB sob nº 17.291, CPF nº 061.241.834-04 e **ISADORA DANTAS MONTENEGRO**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob nº 19.824, CPF nº 083.688.924-06, ambos com escritório profissional à Rua João Pessoa, 1234, Centro – Alagoa Grande-PB; a quem confere(m) amplos e ilimitados poderes para o foro geral, com a cláusula “ad-judicia”, a fim de que, agindo em conjunto ou separadamente, possa defender os interesses e direito(s) do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartições públicas federal, estadual e municipal, autarquias ou entidades paraestatais, propondo ação(ões) competente(es) em que o outorgante seja autor ou reclamante e, defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo ainda receber citações, intimações, notificações, reclamar, confessar, conciliar, transigir, desistir, fazer acordo, recorrer, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações arguir exceções de incompetência, impedimento ou suspenção na forma dos arts. 112,134 e 135, CPC, bem como substabelecer no todo ou em parte, com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier. Os elementos relativos à qualificação e identificação do procurador, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo(a) outorgante(s), que por eles se responsabiliza(m). Recolhidas as Taxas FARPEN - Fundo de Apoio ao Registro das Pessoas Naturais, no valor de R\$ 5,14, FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 9,48, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 1,19, sendo os Emolumentos R\$47,40. Selo Digital: **AHR93894-W8GV**. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lhe sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando Patrícia Pereira da Silva, solteira, representante comercial, portador do Documento de Identidade nº 2714832-2ºVIA-SSDS/PB, inscrito no CPF/MF nº 041.574.704/00, residente e domiciliado na Rua Gedeão Amorim, nº 124, Alagoa Grande-PB, CEP 58388-000, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo do outorgante que DECLAROU SER ANALFABETO e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, Na presença e assinatura de duas testemunhas: Polyana Ferreira de Araújo, casada, portador do Documento de Identidade nº 3108541-SSP/PB, inscrito no CPF/MF nº 065.128.634-09, residente e

Praça Dr.º Apolônio Zenayde, N.º745 – Centro – CEP: 58.388-000 – Alagoa Grande – Paraíba – Telefax: (0xx83) 3273-1430 E-mail:cartorioiedacarneiro@bol.com.br



Assinado eletronicamente por: LORENA DANTAS MONTENEGRO - 04/09/2019 14:38:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090414382887700000023365570>
Número do documento: 19090414382887700000023365570

Num. 24125472 - Pág. 1

GRÁFICA Y PAIVA

Impressão e Gravação

LIVRO.: 0105



FOLHA.: 068

* 0 1 0 5 0 6 8 *

domiciliado na Rua José Hipólito, nº158, Alagoa Grande-PB, CEP 583888-000 e Matheus Peregrino Dantas Montenegro, solteiro, estudante, portador do Documento de Identidade nº 3925765-SSP/PB, inscrito no CPF/MF nº 121.586.294-60, residente e domiciliado na Rua Francisco Carlos da Silva, nº 508, Alagoa Grande-PB, CEP 58388-000. A presente procuração não pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. O presente ato foi lavrado, rubricado e encerrado, tendo sido conferida toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, **IÉDA MARIA DE PAIVA CARNEIRO – Tabeliã do IEDA CARNEIRO - SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL**, subscrevo e assino, estando conforme o original. (aa) JOAO DOS SANTOS.

Em testemunho () da verdade.

MANUELLA DE FÁTIMA DE PAIVA CARNEIRO

- TABELIÃ SUBSTITUTA -



Assinado eletronicamente por: LORENA DANTAS MONTENEGRO - 04/09/2019 14:38:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090414382887700000023365570>

Número do documento: 19090414382887700000023365570

Num. 24125472 - Pág. 2

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.257.473 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 06/03/2017

NOME JOÃO DOS SANTOS

FILIAÇÃO SEVERINO JOSA DÓS SANTOS
RITA MARIA DOS SANTOS

NATURALIDADE ALAGOINHA-PB

DATA DE NASCIMENTO 28/12/1957

DOC. ORIGEM CASAM N.1503 FLS.198 LIV.B-06
CARTORIO ALAGOINHA-PB

CPP 713.406.374-72

João Pessoa - PB
Marcus A. B. Lacerda Jr. OFR
Chefe do Núcleo de
Identificação Civil
Assinatura: [Signature]

A +



CÓDIGO DE CONTROLE
CA27.4A1F.28EF.D81D

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:14:57 do dia 22/11/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/carta da energia elétrica N° 027.447.006



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

DADOS DO CLIENTE

CLARICE SOARES DOS SANTOS
RUA LUIZ LAURENTINO S/N
ALAGOA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1532207-6

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2019	05/07/2019	57	12/07/2019	R\$ 40,72

Acesse: www.energia.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 08/07/2019				
Pagador: CLARICE SOARES DOS SANTOS CNPJ/CPF: 048.280.274-08				
RUA LUIZ LAURENTINO S/N - CANAFISTULA - ALAGOA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nossa-Número 26249120003462626	Nr Documento 001532207201907	Data Vencimento 12/07/2019	Valor do Documento R\$ 40,72	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				
09.095.183/0001-40				



Assinado eletronicamente por: LORENA DANTAS MONTENEGRO - 04/09/2019 14:38:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090414383035800000023365790>
Número do documento: 19090414383035800000023365790

Num. 24125492 - Pág. 1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 593/2018

Aos TRÊS dias de DEZEMBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). MARIA SOLIDADE DE SOUSA, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:45min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOÃO DOS SANTOS, conhecido(a) por JOÃO ZAROIO, Identidade nº 2.257.473 2ª via-SSDS/PB, CPF nº 713.406.374-72, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: vigilante, filho(a) de Severino Josa dos Santos e de Rita Maria dos Santos, natural de alagoinha/PB, nascido(a) em 28/12/1957 (60 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Luis Laurentino, 101, Conjunto Antônio Fernandes de Carvalho, Distrito de Canafistula, tendo como ponto de referência: Colégio Araci Nóbrega Montenegro, na cidade de ALAGOA GRANDE/PB, fone(s) para contato: (83) 9 8625-8881.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 8 de setembro de 2018;
- 3) **Horário do fato:** 18h:8min;
- 4) **Local do fato:** Próximo a Rodoviária Velha, Alagoa Grande/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo? SIM;**
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado? NÃO;**
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias? NÃO**

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

MOTO HONDA CG 125 TITAN ES , COR PRATA, ANO/MODELO 2003/2003, PLACA ILB 6961/RS, CHASSI 9C2JC30203R130506.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

NÃO

8) Breve resumo do fato:

Que o comunicante vinha da feira central de Alagoa Grande com destino a escola CANTINHO DO SABER para pegar seu neto; Que próximo a Rodoviária Velha uma moto em outro sentido passou direto pelo cruzamento sem respeitar a parada obrigatória, pegando a lateral da moto do comunicante; Que o comunicante sofreu fratura no TORNOZOLE esquerdo; Que o comunicante foi socorrido por terceiros, sendo levado para o HOSPITAL LOCAL DE ALAGOA GRANDE, que foi atendido e transferido no mesmo dia para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE, onde o mesmo passou 12 dias internado, recebendo alta no dia seguinte.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

nada consta

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

JOÃO DOS SANTOS

Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 182.235-7



Assinado eletronicamente por: LORENA DANTAS MONTENEGRO - 04/09/2019 14:38:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090414383213900000023365794>
Número do documento: 19090414383213900000023365794

Num. 24125496 - Pág. 1



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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

José da Santos

foi atendido (às) hoje, às _____ horas, necessitando de _____ dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

582.6

Campina Grande, 22/11/18



Assinatura do Médico - CRM Nº _____

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP: 58432-809 - Malvinas - Campina Grande-PB
MOD.004





07



ATENDIMENTO URGENCIA

CLASS. DE RISCO: AMARELO

PRONT (B/E) N°:1729275

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Av. Major Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Atendente: Sidney Siqueira De Araújo Junior

Data: 08/09/2018

Nascimento: 02/12/1957

Boletim de Emergência (B/E) - Modelo 07

CEP:58388000

Endereço:CONJ ANTONIO FERNANDES DE CARV

Cidade: Alagoa Grande

RG: 2257473

CPF: 71340637472

Sexo:M

Idade:060

Número:0

Bairro:CENTRO

Telefone: 986612191

Profissão:

CNS:706001867723240

Data de Atend:

08/09/2018

CONVÉNIOS/SUS

Especialidade:

CRM:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 18:08:17

Local:

Médico:



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Seáo dos Santos	Bairro:	Almeida Braga
End:	Cant. P. Antônio Ferreira da Cunha	Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:	25/12/1957	Data do Atend.:	18:05
Queixa:	AC: Olho	Hora:	00/09/19
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Documento:	
Classificação de Risco			
Motivo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente	
Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:		
Pressão arterial:	Temperatura axilar:		
Dosagem de HGT:	Mucosas:		
Jambarulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca
MOD. 110			

Estratificação

Ortopédico

- () Amarelo - atendimento até 1 hora

- () Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ ; _____ hs.

 Centro cirúrgico _____ (Alta hospitalar)
 Internação (setor) _____
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

105

SERVIÇOS REALIZADOS:





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: João dos Santos Registro: 1 Leito: 4 Setor Atual: Orto II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 120/80 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnênia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

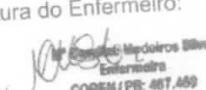
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> < 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?	Precordialgia <input type="checkbox"/>
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: Data da punção 09/09/18
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> V.O. <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gástronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> N.P.T.; Hora: Data: / /	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetênci <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensio <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
R.H.A: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas <input type="checkbox"/> Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto:	Débito: Curativo em: / /
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:	Local: Descrição: Retirado em: / /
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio:	Curativo: / /
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória <input type="checkbox"/> Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada <input type="checkbox"/> Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 10/09/18
	HORA: 12 h
Rosilda de Oliveira Tec. em Enfermagem COREN/PR 001160611	

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: _____ Data da punção ____/____/____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Intacta <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas <input type="checkbox"/> Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____ Débito: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Local: _____ Descrição: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: _____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória <input type="checkbox"/> Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada <input type="checkbox"/> Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
(<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: M. Caroline Medeiros Silva Enfermeira COREN/PB: 487.459	
DATA: 14/09/18 HORA: 11:00 h	
FONTE: BORDINHÃO, R.C.; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).	





UMA NOVA HISTÓRIA

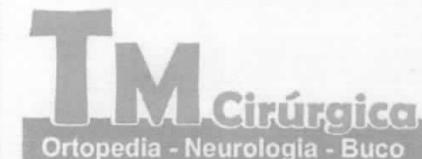
UMA NOVA HISTÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

AL AGORA GRANDE (P/B)

~~Dr. Klioio L. R. Braga MEDICO~~





Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

5581

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

g. Guadalupe

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

José dos Santos

Nº DO PRONTUÁRIO

1729275

Nº AI. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TENS. CIR. DE FIXAÇÃO DE TNL.

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
DURA 3,5 TUBULAR OF.	01		
D.5 CORÍTAL 3,5 x 14	03		
// // 3,5 x 16	01		
// // 3,5 x 18	02		
// // 3,5 x 20	01		

DATA DA UTILIZAÇÃO

14/09/18

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Juci D'Ávila TORRES

OBSERVAÇÕES

Q 3,5 N. 10





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: José da Costa IDADE: 62 SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 01/07/17

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligosintomática

SINTOMAS:

Cefalácia Tontura Síncope

Dispneia de esforço Grande Pequena

Palpitações Média Ortopnênia

Dor Precordial Tosse Seca Expectoração

Relacionada: Esforço Tipica Atípica

Relacionada: Emoções Frio Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

Hipertensão Arterial Sistêmica Sang Hipertensão Pulmonar DPOC Outros

Diabetes Mellitus N Insuf. Cardíaca Congestiva N Insuficiência Coronariana N

Arritmias Insuf. Renal Aguda Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

Alergia a Medicamentos: sim Tabagismo +

Etilismo Sedentarismo sim

Dislipidemia Cirúrgico sim Outros sim

Medicamentos em uso Não

Sim HCTZ, losartan

4 - EXAME FÍSICO:

Estado Geral Bem Regular Comprometido Precário Altura Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: P&P, R, V, J, D

FC.: 56

b.p.m P.A.: 130 x 70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: frac. venoso

5 - E.C.G.: NR

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)

Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)

Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitoramento Clínico)



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Av: 30300053 - AC ALAGOA GRANDE
ALAGOA GRANDE - PB
CNPJ.: 34028316364300 Insc Est.: 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEG. LIDER
CNPJ/CPF.....: 00000000000000
Insc. Est.....: JOAO DOS SANTOS

Movimento.: 29/07/2019 Hora.: 10:22:27
Caixa.....: 92630692 Matricula.: 34779545
Lancamento.: 012 Atendimento: 00005
Modalidade.: A Vista ID Tiquete.: 1679988993

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
CARTA NAO COML REGI	1	14,30
Valor do Porte(R\$).....:	2,80	
Cep Destino:	20031-205 (RJ)	
Peso real (G).....:	85	
Peso Tarifado:.....:	0,085	
OBJETO.....:	JU068903975BR	

REGISTRO A VISTA.....:	5,75
AVISO DE RECEBIMENTO:	5,75

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$)	14,30
---------------------------	-------

Valor Declarado não solicitado(s).
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

TOTAL(R\$).....	14,30
VALOR RECEBIDO(R\$).....	14,30

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

Ganhe tempo!
Baixe o APP de Pre-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
deste comprovante, para eventual contato com
os Correios.

VIA-CLIENTE	SARA 7,9,00
-------------	-------------





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, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190470367

Vítima: JOAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidade Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até **30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14697237





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Alagoa Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801160-76.2019.8.15.0031

DESPACHO

V i s t o s , e t c .

Inicialmente, defiro o pedido de justiça gratuita ao autor, nos termos do art. 98 do CPC.

Outrossim, considerando a omissão da petição inicial, e bem assim o fato de que a seguradora promovida em diversas demandas análogas a esta não demonstra interesse em transigir, deixo de agendar a audiência prevista no art. 334 do CPC e, em via de consequência, determino a CITAÇÃO da parte demandada para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 dias.

ALAGOA GRANDE, 04 de setembro de 2019.

José Jackson Guimarães

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: JOSE JACKSON GUIMARAES - 05/09/2019 16:11:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090516115468900000023385831>
Número do documento: 19090516115468900000023385831

Num. 24146875 - Pág. 1