



Número: **0800425-48.2019.8.15.1161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Santana dos Garrotes**

Última distribuição : **30/08/2019**

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

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAMIAO CLOVES DA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
24000733	30/08/2019 13:41	Petição Inicial	Petição Inicial
24000736	30/08/2019 13:41	Petição Inicial	Outros Documentos
24000739	30/08/2019 13:41	Quesitos - Perícia	Outros Documentos
24000742	30/08/2019 13:41	Procuração	Procuração
24000744	30/08/2019 13:41	Declaração de Hipossuficiência	Documento de Comprovação
24000849	30/08/2019 13:41	RG	Documento de Identificação
24000852	30/08/2019 13:41	Comprovante de Residência	Documento de Comprovação
24000853	30/08/2019 13:41	Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
24000854	30/08/2019 13:41	Pagamento de Indenização	Documento de Comprovação
24000855	30/08/2019 13:41	Boletim de Atendimento Médico-1 Parte	Documento de Comprovação
24000856	30/08/2019 13:41	Boletim de Atendimento Médico-2 Parte	Documento de Comprovação
24517726	24/09/2019 07:57	Decisão	Decisão

PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS EM ANEXO.





AO JUÍZO DE DIREITO DA ÚNICA VARA DA COMARCA DE SANTANA DOS GARROTES/PB.

DAMIÃO CLOVES DA SILVA, brasileiro, casado, carpinteiro, portador da cédula de identidade nº 36039009-2, SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o nº 020.050.634-01, residente e domiciliado na Rua Vereador Antônio Gonçalves, s/n, Centro, Nova Olinda/PB, CEP: 58.798-000, por seu procurador *infra-assinado*, conforme Instrumento de Mandato anexo, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, **com base na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores, nos termos dos artigos 319 e 320 do Código de Processo Civil**, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, sediada à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205, pelos motivos de fato e direito a seguir aduzidos:

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





I – DA CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente, ressalta-se que a parte Autora, temporariamente, não tem condições de arcar com as custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil, por ser pobre da forma da Lei, conforme Declaração em anexo.

Assim, desde já REQUER a Vossa Excelência, a compreensão da situação, para que conceda os benefícios da Justiça Gratuita à parte Autora, uma vez que, neste momento, não dispõe de recursos financeiros suficientes para o pagamento de custas e despesas com o processo, além de honorários advocatícios, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

II – DOS FATOS E FUNDAMENTOS JURÍDICOS DO PEDIDO

A parte Autora fora vítima em **acidente de trânsito** causado por veículo automotor em **18/03/2018**, consoante **Boletim de Ocorrência** em anexo, estando o automóvel garantido pelo Seguro Obrigatório DPVAT.

Em consequência do citado evento danoso, a parte Autora sofreu diversas lesões e traumas, conforme demonstrado no **Boletim de Atendimento Hospitalar**, a ensejar o pagamento da indenização instituído pela Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores, que trata do Seguro Obrigatório DPVAT.

Desta forma, a parte Autora formulou perante a Seguradora Ré, pedido de indenização por invalidez permanente, a qual se refere o Seguro Obrigatório DPVAT, quando então recebeu a importância de **R\$ 2.025,00** (dois mil e vinte cinco reais), conforme anexo, **em desconformidade com a citada Lei, como restará comprovado durante a instrução processual através da Prova Pericial**, desde já requerida.

Como é sabido, o DPVAT é o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres criado pela Lei nº 6.194/74, com o fim de amparar as vítimas de acidente de trânsito em todo território nacional, e prevê indenizações em caso de morte, invalidez permanente, total ou parcial, além de despesas de assistência médica e suplementares, cujo valor máximo da indenização prevista no art. 3, inciso II, da Lei nº 6.194/74, está fixado em **até R\$ 13.500,00** (treze mil e quinhentos reais).

No caso, a parte Autora visa obter do Poder Judiciário a condenação do Réu ao pagamento de indenização correspondente a diferença do Seguro Obrigatório DPVAT que lhe foi pago administrativamente, fora dos parâmetros consignados na Lei nº 6.194/74.





Sendo certo, que a indenização ora pleiteada deverá ser paga com base no valor vigente a época da ocorrência, **bastando para tanto à simples demonstração do acidente (Boletim de Ocorrência expedido pela Autoridade Policial) e do respectivo dano (Lesões/Traumas – Boletim de Atendimento Hospitalar e Pagamento PARCIAL de Indenização pelo Réu)**, como preceitua o art. 5º, parágrafo 1º da Lei 6.194/74.

Noutro giro, quanto à **correção monetária é devida desde a data do evento danoso**, como já assentou o **Superior Tribunal de Justiça**, enquanto que os **juros moratórios** são devidos desde a data da CITAÇÃO do Réu, nos termos da **Súmula nº 426, do Superior Tribunal de Justiça**.

III – DA IMPOSSIBILIDADE DE AUTOCOMPOSIÇÃO – DA NECESSIDADE DE PROVA PERICIAL

No caso, está previsto na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores diferentes lesões e graus de invalidez permanente, classifica em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, assim como inseriu tabela para disciplinar os percentuais das perdas à cobertura securitária, de acordo com a respectiva repercussão da lesão.

Deste modo, faz-se necessária a produção de prova pericial para aferição da **LESÃO** sofrida pela parte Autora e da respectiva **REPERCUSSÃO (GRAU)**, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009.

Diante disso, nas ações dessa natureza a prática tem demonstrado que a designação de audiência preliminar de conciliação objetivando a realização de composição entre as partes tem sido infrutíferas devido à necessidade de produção de prova pericial. E, por essa razão a Seguradora Ré tem se limitado a conciliações em MUTIRÕES realizados em parcerias com os Tribunais de Justiça em todo País, inclusive por esse Egrégio Tribunal, **motivo pelo qual a designação de audiência com essa finalidade restará sem êxito**.

Assim sendo, a parte Autora informa a Vossa Excelência o seu **desinteresse na autocomposição, nos termos do art. 334, § 4º, I e § 5º do CPC**.

IV – DOS PEDIDOS

Diante do exposto, REQUER a Vossa Excelência:

a) Sejam concedidos os benefícios da Justiça Gratuita a parte Autora, nos termos do art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal c/c o artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil;

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





b) Seja determinada a citação do Réu, pelo Correio, nos termos do art. 247 do CPC, para, querendo, conteste a presente ação, sob pena de confissão e revelia, a teor do art. 344 do Código de Processo Civil;

c) Ao final, seja julgada **PROCEDENTE** a ação, para condenar o Réu ao pagamento complementar da indenização devida pelo Seguro Obrigatório DPVAT, apurado através da Perícia Judicial (art. 324, § 1º, II, CPC), acrescido de correção monetária desde a ocorrência do evento danoso e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês a partir da citação, tudo com arrimo na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores e súmula 426 STJ;

d) Requer, ainda, seja o Réu condenado ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios, de modo a assegurar a dignidade do profissional, na forma do art. 85 do Código de Processo Civil.

V – DAS PROVAS (PROVA PERICIAL)

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, a documental, testemunhal e, especialmente **realização de perícia médica para verificação das lesões/traumas sofridos pela parte Autoria e a respectiva repercussão (grau), em decorrência do referido acidente de trânsito, na forma do art. 3º, II, § 1º, I, da Lei nº 6.194/74**, o que desde já fica requerido, devendo os **QUESITOS** em anexo serem respondidos pelo perito nomeado por esse Juízo, sob pena de nulidade, **nos termos do artigo 369 do Código de Processo Civil.**

VI – DO VALOR DA CAUSA

Atribui-se a causa, o valor de R\$1.000,00(mil reais).

**NESTES TERMOS,
PEDE E ESPERA DEFERIMENTO.**

Santana dos Garrotes/PB, 30, de agosto de 2019.

HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO
OAB/PE 25.252

RAFAELA MAGALHÃES DE CARVALHO
ESTAGIÁRIA/CPF: 084.759.764-41

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





QUESITOS – PERÍCIA

PARTE AUTORA: DAMIÃO CLOVES DA SILVA

Queira o Sr. Perito esclarecer, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009, os seguintes QUESITOS:

1 – Em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve Lesões na Mão Esquerda?

2 – Em caso positivo, a Lesão ou as Lesões são Temporárias ou Permanentes?

3 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?

4 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?

5 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?

6 – Independente do quesito exposto no item “1”, em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve algum outro tipo Lesão?

7 – Em caso positivo, qual tipo de Lesão ocorreu?

8 – Em caso de ter havido Lesão, ela é temporária ou permanente?

9 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?

10 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?

11 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DAMIÃO CLOVES DA SILVA, brasileiro, casado, carpinteiro, portador da Cédula de Identidade nº 36.039.009-2, SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o nº 020.050.634-01, residente e domiciliado na Rua Vereador Antônio Gonçalves, s/n, Centro, Nova Olinda/PB, CEP: 58.798-000, através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56 com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo - PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

PODERES: a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “ad judicium et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

Itaporanga/PB, 24 / Fevereiro / 2019

X Damião Cloves da Silva

OUTORGANTE

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hme.advocacia@gmail.com



DECLARAÇÃO

Eu, **DAMIÃO CLOVES DA SILVA**, brasileiro, casado, carpinteiro, portador da Cédula de Identidade nº 36.039.009-2, SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o nº 020.050.634-01, residente e domiciliado na Rua Vereador Antônio Gonçalves, s/n, Centro, Nova Olinda/PB, CEP: 58.798-000, **DECLARO** que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Itaporanga/PB, 14/ Fevereiro / 2019.

Damião Cloves da Silva
Declarante



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 36.039.009-2 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/JUL/2006

NOME DAMIÃO CLOVES DA SILVA

FILIAÇÃO CLOVES JOSE DA SILVA
E RITA CHAGAS DA SILVA

NATURALIDADE NOVA OLINDA -PB DATA DE NASCIMENTO 26/DEZ/1975

DOC ORIGEM PIANCO-PB
NOVA OLINDA
CN:LV.A3 /FLS.108 /N.001791
CPF 020050634/01 PIS 12503096273

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8000-2

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUNGLETON DA SILVA

PROIBIDO PLASTIFICAR

Damião Cloves da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

B410-034948

CARTEIRA DE IDENTIDADE



DAMIAO CLOVES DA SILVA
RUA VEREADOR ANTONIO GONCALVES S/N - CENTRO
NOVA OLINDA / PB CEP: 58759000 (AG. 154)

Emissão: 11/07/2018 Referência: Jul / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - Crote Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: 4 - 158 - 430 - 3786 Nº medidor: 000098758E7

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.096.183/0001-40 Insc. Est. 15.015.622-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 009.253.659
Cód. par. Dtb. Automático: 00018022194

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2018	11/07/2018	10/08/2018	200.606.340-1 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1802219-4

Canal de contato

- MENSAGEM TARIFA SOCIAL - ATENÇÃO!
Seu benefício foi cancelado porque sua família não atualizou os dados no cadastro único. Para mais informações, ligue para o MDS - 0800 707 2003 - Motivo: Revisão cadastral 2018

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/06/18	1669	11/07/18	1627	1	55	30

Demonstrativo								
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Atual	Base Calc. Pot(R\$)	Coeficiente(R\$)		
		Tributos Total(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	Pot/Coeficiente(R\$)	(1,0845%)	(4,9966%)
0801	Consumo em kWh	55,000	0,739099	118,77	118,77	27	31,52	118,77 1,28 5,63
0801	Adic. B. Vermelha	11,80		11,80	11,80	27	3,18	11,80 0,13 0,59
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIB. ILLUM. PUBLICA	9,52	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2018	0,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
0805	MULTA 08/2018	1,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018	0,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00





BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Nº. 302 / 2018.

NATUREZA DA Ocorrência: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 18 / março / 2018 **HORAS:** 20h00

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL. RENATO ANDERSON DE OLIVEIRA

Notificante/Vítima:

Damião Cloves da Silva, brasileiro, natural de Nova - Olinda/PB, Casado, Carpinteiro, nascido no dia 26/DEZ/1975, filho de Cloves José da Silva e Rita Chagas da Silva, RG 36.039.009-2 / SSP/SP e CPF 020.050.634-01, residente na R. Vereador Antonio Gonçalves s/n centro Nova Olinda -PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia 18/março/2018, por volta das 20h, circulava pela ruas de Nova Olinda, conduzindo a moto Honda/cg 160 titan ex, cor vermelha, ano 2016/17, placa QFT1285/PB e chassi 9C2KC2210HR006345, em nome de DAMIÃO VENCESLAU DA SILVA e ao passar pela Rua Av. Epitácio Pessoa (centro), em uma lombada perdeu o controle da moto, vindo a cair no calçamento, sendo então socorrido por familiares - para o Hospital da cidade de Piancó/PB.

ITAPORANGA/PB, 11 DE maio DE 2018.

Damião Cloves da Silva
NOTIFICANTE/VÍTIMA

ESCRIVÃO PLANTONISTA:

[Assinatura]
P.O. SARA RODRIGUES
CH. POLICIAL PM - 00465
CHEFE DE CARTÓRIO



SINISTRO 3180384546 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** DAMIAO CLOVES DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO DAMIAO CLOVES DA SILVA**CPF/CNPJ:** 02005063401**Posição em 16-01-2019 15:41:40**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
01/10/2018	R\$ 2.025,00	R\$ 0,00	R\$ 2.025,00





FICHA DE ATENDIMENTO

NOME: <i>Danião Clóves de Silva</i>	REGISTRO:
DATA: <i>11.03.18</i>	HORA:
SEXO: <i>M</i>	IDADE: <i>42</i>
QUEIXA PRINCIPAL: <i>Trauma, edema e dor em MESS</i>	
HISTÓRIA BREVE: <i>Acidente motocicleta</i>	
OBSERVAÇÃO OBJETIVA:	

DADOS VITAIS:	PA: <i>120x80</i>	T:	SPO ₂ :	PULSO:	DOR:
---------------	-------------------	----	--------------------	--------	------



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHA	AMARELA	VERDE	AZUL
----------	---------	-------	------

DROGAS: ALERGIAS: <i>Ø</i>
DOENÇAS PREEXISTENTES: <i>—</i>
CONDUTA INICIAL: <i>consulta médica</i>
REAValiação: HORA:
NOME DO ENFERMEIRO: <i>Eduardo</i>



PESO: _____ PA _____ LEMBR.: _____

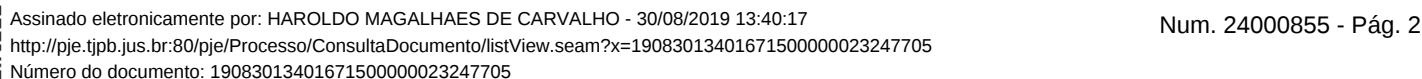
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Pati apresentando edema e dor em ambos os membros inferiores após acidente de moto há 5 dia (sic)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Rx dos membros

RESULTADOS





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANACÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-E)

Lusivaldo Queiroz de Lima
Téc. em Radiologia
CRTR 02432T

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES

CÓDIGO DA UNIDADE: 5673

CNPJ: 08.778.268/0031-86

ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPIANO FILHO, 302 BAIRRO: OURO VELHO CEP: 58765-000

MUNICÍPIO: PIANCÓ

ESTADO: PARAÍBA

UF: PB

PACIENTE

NOME: Damiano Alves de Sousa

IDADE: 42a

PROFISSÃO: DOCUMENTO:

ENDEREÇO: BAIRRO: CEP:

MUNICÍPIO: ESTADO: UF:

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: CNS:

DATA DO NASCIMENTO: DATA DO ATENDIMENTO: 18/08/18

CARÁTER DO ATENDIMENTO: RAÇA/COR: SEXO: M

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Rx dos mto

02/04/04/0094 (3)

CID - 10

PROFISSIONAL

CBO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

225/25

ASSINATURA DO PACIENTE

OU POLEGAR DIREITO





GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

11) *Tomar Dor.*

2) *F. Lancos 500 — ora*

Tomar ora 12/12

21) *Vilun (F) — ora*

*Tomar ora 4hr
o almoço*

20/03/19.

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
C.R.C. 12.919

Rua Horácio Nobrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - Pb.





HRP
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SUS  Sistema Único de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr.(a) Raimundo Clóvis da Silva portador(a) da identidade RG. _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S63.1, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 (trinta) dias, a partir desta data.

Patos-PB, 20/03/19

Dr. Gaudencio Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.288/0001-60
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA





HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Cód. Intern. 29328

Data/Hora 20/3/2018 08:29:42

Prontuario: 85092

Ocorrência: DOR NA MAO

Classif. Risco: VERDE

Transporte: VEICULO PROPRIO

Origem: PROPRIA RESIDENCIA

Reg: N Enc: N

Servidor do Dr.:

Paciente DAMIAO CLOVES DA SILVA

Idade: 42 Gênero HOMEM CIS

Filiação

Filiação I RITA CHAGAS DA SILVA

Filiação II CLOVES JOSE DA SILVA

Endereço

Cidade NOVA OLINDA - PB - 58798-000 - 2510204

Endereço: VEREADOR ANTONIO GONCALVES

Bairro: CENTRO

Naturalidade: NOVA OLINDA - PB

Fone: (83)9969-9304

Documentos

CNS: 702-1007-0939-2591

Identidade: 360390092 SSP=PB

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento 26/12/1975

Cor: BRANCA

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: ENCARREGADO DE OBRA

Responsável:

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*paciente relata dor na
mao @ e E*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

For + deformidade no 4º ADD e 4º DDE

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raios X, laboratórios)

Diagnóstico:

lesão interdigital do 4º ADD e DDE

DADOS DA SAÍDA

Data:

Hora: H Min

Motivo: () Alta Curado () Alta Melhorado () Alta a pedido () Transfência () Evasão () Óbito

Dr. Claudenir Mendes de S. Filho

Ortopedia e Traumatologia

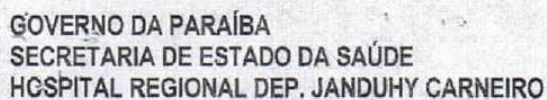
Médico/CRM

CRM-PB 7519

Letra ilegível não é legal (CEM Cap. 3, Art 11)

Norma





PACIENTE:

7 am to 8 am

LEITO:

REG.:

DATA	HORA	
20/07/18		1º e 2º metacarpais interfalangeares do: 4º dedo e 4º dedo. com ulna e 9ª falange com fratura em: Intercapital Dr. Guilherme Mendes de S. Filho Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 7619

Dr. Gilberto Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7619



ATENDIMENTO COM ACOULHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Hora	Idade	Gênero*	Nome/Nome Social	Regulado? () S () N
08/08		42	VC	Dominus Gouvea	Encaminhado? () S () N
Origem*:					
Queixa Principal/História Atual da doença/ Início dos sintomas:					
Arreuma nos dedos.					
Motivo do atendimento*: Dor nos dedos					
Cidade:	Alergia? () S () N				
Transporte:	Doença Prévia? () S () N				
Uso de Medicação?	() S () N				
Tempo:	eC	Pulso:	bpm	Resp.:	irpm
					% PA:
Dor:	mmHg HGT: mg/DL				
Classificação de Risco:					
() Vermelho () Verde					
() Amarelo () Azul					
Especialidade Médica:					
Obstetra					
Acompanhante: () S/ Acomp. (Setor Crítico) () S/ Acomp. (pcte consciente, orientado e capaz de autocuidado)					
() Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 () Acomp. p/ pcte com cond. clínica limitadora					

* Consultar tabela para preencher

ENFERMEIRO/CARIMBO

Duque



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Janduí Alves da Silva		Nº prontuário
Data da Cirurgia	Enf.	Leito	
20/03/18			
Cirurgião	1º Auxiliar		
Dr. Janduí Alves da Silva	Dr. João Manoel		
Anestesiista	Tipo de Anestesia		
Dr. Janduí			
Diagnóstico Pré-Operatório	Lesão intersticial do 4º e 5º		
	4º e 5º		
Tipo de Cirurgia	Procurado		
Diagnóstico Pós Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Cirurgia			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras
1. Acesso em 2ª e 3ª via anterior / Abdominal + peritoneal
2. Lesão intersticial + peritoneal
3. Lesão intersticial + peritoneal
4. Lesão intersticial + peritoneal
5. Lesão intersticial + peritoneal
6. Lesão intersticial + peritoneal
7. Lesão intersticial + peritoneal
8. Lesão intersticial + peritoneal
9. Lesão intersticial + peritoneal
10. Lesão intersticial + peritoneal

Dr. Guilherme Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519



Nº DA SALA - CIRURGIA GERAL				
PACIENTE <i>Carneiro Chaves da Silva</i>		GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE		
UT	LEITO	CONVÊNIO <i>SUS</i>	IDADE <i>42</i>	REGISTRO <i>85092</i>
CIRURGIA <i>Tratamento do f. de abd.</i>		CIRURGIÃO <i>Dr. Gaudêncio</i>		
ANESTESIA <i>Sedação</i>		ANESTESISTA <i>Dr. Távila</i>		
INSTRUMENTADORA <i>Silvana</i>	DATA <i>22/03/18</i>	INÍCIO <i>10:05</i>	FIM	



HOSPITAL REGIONAL
DEP. JANDUHY CARNEIRO

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	L	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
2	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
2	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
2	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	L	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
2	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocaín	L	Atadura de Crepom 10cm
1	Halotano <i>Propofol</i>		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelcín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
X	Xilocaína a 2%	2	Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar	2	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	2	PVPI Tintura
	Dimorf	2	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19g <i>Levofloxacina</i>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
L	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20, e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		





Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Vara Única da Comarca de Santana dos Garrotes

Fórum Desembargador Mário Moacyr Porto – Rua Severino Teotônio, s/n

Santana dos Garrotes/PB – CEP 58.795-000 – Fone(Fax) (83) 3485-1030

Processo: 0800425-48.2019.8.15.1161

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: DAMIAO CLOVES DA SILVA

Advogado do(a) AUTOR: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - PE25252

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

DECISÃO

Vistos.

DEFIRO a gratuidade da justiça à parte autora.

Diante da improvável autocomposição nesta fase preliminar, deixo de designar audiência de conciliação.

1) CITE-SE a parte ré para contestar no prazo legal, sob pena de revelia. Deverá com a contestação juntar os documentos que instruíram o procedimento administrativo, apresentar quesitos e recolher os honorários periciais.

2) Com a contestação, **INTIME-SE** a parte autora para impugnar a contestação no prazo de 15 dias úteis.

3) NOMEIO a médica perita Rosana Bezerra Duarte de Paiva, CRM/PB n.4183, cadastrada no TJPB/Convênio, e **FIXO** honorários no valor de R\$200,00 (duzentos reais) a serem pagos pela parte ré (Convênio n.015/2014).

4) OFICIE-SE a médica perita para realizar perícia, em conjunto com outros processos, na parte interdita, devendo ser designada data com prazo mínimo de 30 (trinta) dias, diante da necessidade de intimação da parte a ser periciada e as providências de seu deslocamento (art. 156, §5º do CPC/2015).



Conste o prazo de 15 (quinze) dias para encaminhar o relatório da perícia, a contar da sua realização. Anexem-se ao ofício os quesitos do Juízo e das partes.

Os quesitos do Juízo são os estabelecidos no Convênio.

5) Com a data da perícia, **INTIME-SE** pessoalmente a parte autora para realizá-la levando todos os exames, notas fiscais de remédios, atestados, documentos pessoais etc.

6) Com a entrega do laudo, **INTIMEM-SE** as partes.

7) Por fim, **FAÇA-SE** conclusão para Sentença.

Santana dos Garrotes/PB, data da assinatura digital.

Joscileide Ferreira de Lira

Juíza de Direito em Substituição

Portaria Gapre nº 1.995/2019

(assinado mediante certificado digital)

