



Número: **0800314-07.2020.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Mamanguape**

Última distribuição : **29/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VALCIR CORREIA DE MORAIS (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
27795 965	29/01/2020 14:33	Petição Inicial	Petição Inicial
27795 966	29/01/2020 14:33	INICIAL COMPLEMENTAÇÃO - VALCIR CORREIA	Informações Prestadas
27795 967	29/01/2020 14:33	Procuração e docs. pessoais - Valcir	Procuração
27795 970	29/01/2020 14:33	Laudo - Valcir Correia	Outros Documentos
27795 972	29/01/2020 14:33	Outros laudos e declarações	Outros Documentos
27795 973	29/01/2020 14:33	B.O - Valcir	Outros Documentos
27795 974	29/01/2020 14:33	carta adm - Valcir Correia de Moraes	Outros Documentos
28944 470	10/03/2020 20:42	Despacho	Despacho

PDF



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:32:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914322765300000026815009>
Número do documento: 20012914322765300000026815009

Num. 27795965 - Pág. 1



Vieira & Costa

ADVOGADOS ASSOCIADOS

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA
MISTA DA COMARCA DE MAMANGUAPE – PARAÍBA**

VALCIR CORREIA DE MORAIS, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade n.º 3.780.237 SSP/PB, inscrito no CPF/MF 100.708.124-46, residente e domiciliado no Sítio Lagoa Grande, s/n.º, Zona Rural, Cuité de Mamanguape, Paraíba, através de seu advogado e procurador legalmente constituído, com escritório profissional localizado Rua João Amorim, 356, centro, João Pessoa, Paraíba, onde deverão ser enviadas as comunicações processuais pertinentes, vem à presença de Vossa Excelência, com fulcro na Lei 6194/74 (Veículos - Seguro Obrigatório de Danos Pessoais) e demais legislações pertinentes à espécie, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT (DEBILIDADE PERMANENTE – COMPLEMENTAÇÃO)

em face **BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS S/A** localizada no Parque Solon de Lucena, 641, centro, João Pessoa, PB, CEP – 58013-131, inscrita no CNPJ N.º 33.055.146/0001-93tendo em vista os fatos e os motivos a seguir delineados:

JUSTIÇA GRATUITA.

Inicialmente, requer os benefícios da *Justiça Gratuita*, nos termos da Lei n.º 1.060/50 e das demais legislações pertinentes, por não ter condições de dar prosseguimento à presente demanda sem comprometer o seu sustento.

Para tanto, declara-se, desde já, pobre na forma da legislação de regência e conhecedor de todas as penalidades cabíveis em caso de falseamento da verdade.

FATOS.

www.vieiraecostaadvogados.com.br | www.vieiraecosta.com.br

Rua João Amorim, 356, SI 02/03 - Centro - João Pessoa /PB - CEP 58013-310 - Fone/Fax: (83) 3243.8889





Vieira & Costa

ADVOGADOS ASSOCIADOS

A parte Promovente sofreu acidente de trânsito no dia 28.06.2018, por volta das 16h30min, no Sítio Bonita, Zona Rural de Cuité de Mamanguape/PB quando trafegava em motocicleta de marca Honda CG 150 FAN ESDI, de placa OEX 1689/PB e foi abalroado por outro veículo colidindo frontalmente. Na ocasião o sinistrado foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital de Trauma de João Pessoa, onde foi diagnosticado com fratura no tornozelo esquerdo, passando por tratamento cirúrgico para correção da fratura.

Mesmo realizando a cirurgia, a parte Promovente ficou com debilidade permanente no membro inferior direito (perna e pé) com limitação funcional devido a perda de movimentos e diminuição da força muscular do referido membro, afetando também a função da marcha em razão da rigidez articular, apresentando claudicação.

De posse de toda documentação necessária para requerer indenização por invalidez referente ao seguro DPVAT, o autor requereu administrativamente (Sinistro 3190351109), vindo a receber a quantia de R\$1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Todavia, as sequelas suportadas pelo autor prejudicaram consideravelmente a função da marcha devido a limitação dos movimentos de flexão e extensão do membro e encurtamento da perna, sendo certo que o autor faz jus a uma indenização complementar correspondente a diferença do valor recebido e o valor máximo indenizável, sendo necessário a realização de perícia médica para apuração do grau da invalidez.

Eis os fatos necessários.

FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA.

O seguro obrigatório (DPVAT) tem por finalidade dar cobertura a danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

A Lei n.º 6194/74, que trata do **Seguro Obrigatório**, em seu artigo 3º elenca os danos pessoais cobertos pelo mesmo:

Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º¹ compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

¹ I) Danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não."





Vieira & Costa

ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Trilhando, ainda, por esta senda a Lei 6194/74, em seu artigo 5º, preceitua que a indenização será paga mediante a simples comprovação do acidente e do dano decorrente, senão, veja-se:

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.

Há de se observar que esse artigo instituiu uma responsabilidade objetiva, adotando também a teoria do risco integral, aqui se deixa de imputar uma responsabilidade ao condutor do veículo e passa a imputar a sociedade como um seguro social, devido ao grande número de acidente deste gênero.

Por outro lado, urge destacar, que os requisitos (**prova do acidente e do dano decorrente**) para a indenização foram preenchidos, senão, observe-se:

1) **Prova do Acidente:** Laudo Médico fornecido pelo Hospital de Trauma da Capital e Boletim de Ocorrência fornecido pela Polícia Civil. (docs.anexos)

2) **Dano:** debilidade permanente no membro inferior direito (perna e pé) com limitação funcional devido a perda de movimentos e diminuição da força muscular do referido membro, afetando também a função da marcha em razão da rigidez articular, apresentando claudicação.

3) **Nexo causal:** Se não tivesse ocorrido o acidente a parte Promovente não teria sofrido as lesões já relacionadas.

Neste viés, tem-se, ainda, o entendimento do *Egrégio Tribunal do Rio Grande do Sul*:

Para a concessão da indenização do seguro DPVAT basta a simples prova da ocorrência do sinistro e do dano decorrente. O artigo 3º, letra "b" da Lei 6.194/74 estabelece o valor de 40 salários mínimos para indenização por invalidez permanente. (TJRS - AC 70010140473 - Cachoeira do Sul - 5ª C.Civ. - Rel^a Des^a Ana Maria Nedel Scalzilli - J. 07.07.2005)





Vieira & Costa ADVOGADOS ASSOCIADOS

Outrossim, é forçoso concluir que a parte Promovente faz jus a indenização do seguro obrigatório.

DOS PEDIDOS

Ante o expendido, requer que Vossa Excelência se digne em:

- a) Conceder à parte Promovente os benefícios da Justiça Gratuita por não ter condições de arcar com as custas processuais sem comprometer o seu próprio sustento e o de sua família;
- b) Citar a parte Promovida com as advertências do art. 334 e as prerrogativas do art. 212, ambos do Novo Código de Processo Civil, no endereço supramencionado, para, querendo, contestar o pedido da parte Promovente, sob pena de revelia e confissão tácita dos fatos narrados, indicando desde logo seu desinteresse na realização de audiência de conciliação ou mediação;
- c) Condenar a parte Promovida no pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios, estes na ordem de 20% (vinte por cento) do valor da condenação a ser imposta àquela.
- d) Julgar inteiramente **PROCEDENTE a presente demanda**, em todos os seus termos, condenando a seguradora a pagar ao autor o valor de R\$7.762,50 (sete mil setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), correspondente a diferença entre o valor máximo indenizável e o que efetivamente foi pago administrativamente, ou ainda, em outro valor apurado pela perícia, de acordo com o grau de invalidez do sinistrado;
- e) A produção de todas as provas admitidas em direito, notadamente o depoimento de seu representante legal ou seus prepostos, juntada de novos documentos, oitiva de testemunhas, **perícia médica** e tudo mais que o controvertido assim exigir;

Dá à causa o valor de R\$7.762,50 (sete mil setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,
Pede e Espera Deferimento.
João Pessoa, PB, 22 de janeiro de 2020.

*Advogado **Abraão Costa** Florêncio de Carvalho
OAB/PB – 12.904*

www.vieiraecostaadvogados.com.br | www.vieiraecosta.com.br

Rua João Amorim, 356, SI 02/03 - Centro - João Pessoa /PB - CEP 58013-310 - Fone/Fax: (83) 3243.8889



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:32:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914323277800000026815010>
Número do documento: 20012914323277800000026815010

Num. 27795966 - Pág. 4

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

VALCIR CORRÊA DE MORAIS

Outorgados: Dr. ABRAÃO COSTA FLORÊNCIO DE CARVALHO, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 12.904, e-mail: abraao@vieiraecosta.com.br, Dr. ADAILTON COELHO COSTA NETO, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 12.903, e-mail: adailton@vieiraecosta.com.br, todos com escritório profissional na Rua João Amorim, 356, sala 2, Centro, João Pessoa, PB, fone (83) 3243-8889, Cep: 58013-310

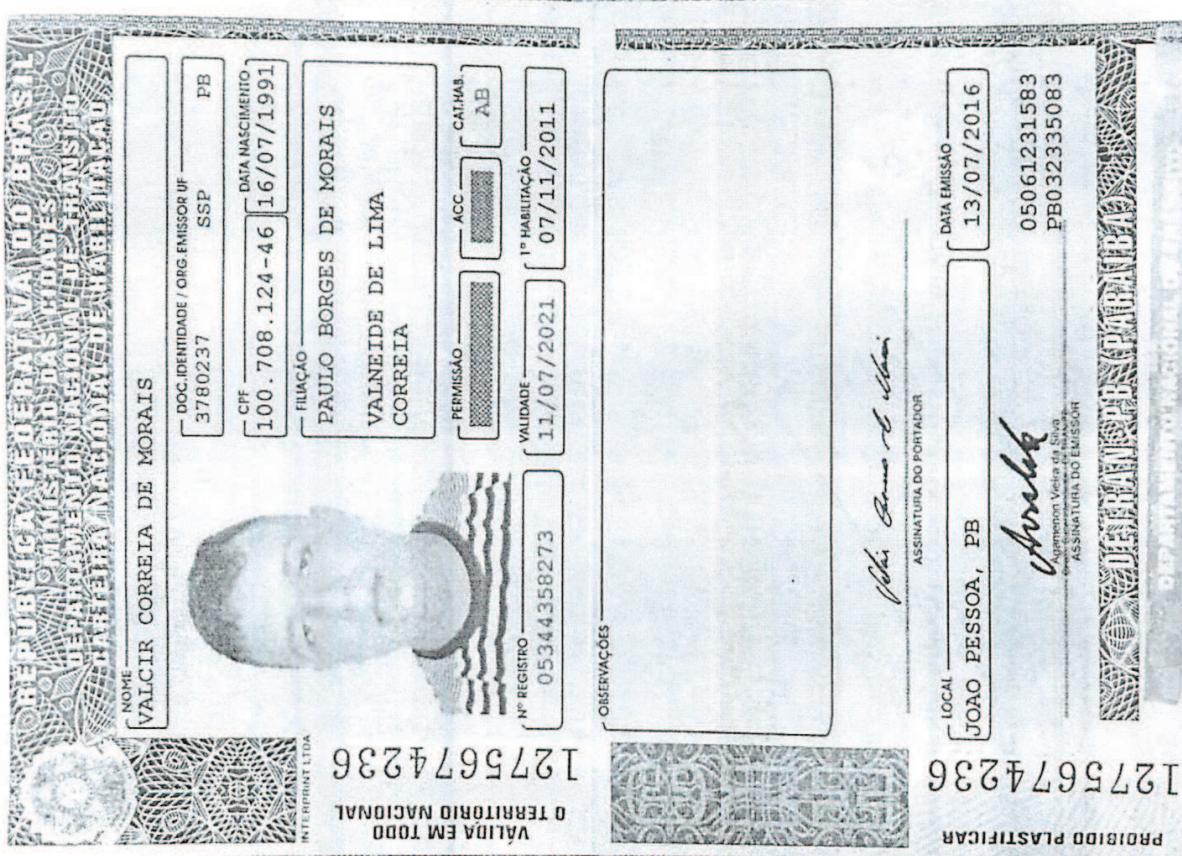
Poderes: Confere amplos e gerais poderes para o foro em geral, com a cláusula "**ad judicia et extra**", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer falência e concordata, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, reclamações trabalhistas, defender-me nas que me forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas judiciais, cautelares, administrativas, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos médicos e prontuários junto clínicas e hospitais públicos e/ou particulares, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, fazer acordo, impugnar, assinar termos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou reclamante(s) e defendendo-o(s), na condição de reclamada(s), bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Poderes Específicos: A presente procuração outorga aos advogados acima descritos, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15, podendo tais poderes serem substabelecidos.

João Pessoa, 17 de outubro de 2018.

Valcir Corrêa de Moraes
OUTORGANTE





Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:32:44
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914323899200000026815011
Número do documento: 20012914323899200000026815011

Num. 27795967 - Pág. 2

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: Nº 037.196.552



ENERGISA PARAÍBA - 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

VALCIR CORREIA DE MORAIS
SIT LAGOA GRANDE S/N
CUITE DE MAMANGUAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1602980-3

REFERÊNCIA
JAN/2020

APRESENTAÇÃO
13/01/2020

CONSUMO

82

VENCIMENTO

20/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 70,53

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 10858.317174 4 8140000007053

Pagador: VALCIR CORREIA DE MORAIS CNPJ/CPF: 100.708.124-46

SIT LAGOA GRANDE S/N - AREA RURAL - CUITE DE MAMANGUAPE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120010858317	001602980202001	20/01/2020	R\$ 70,53	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:32:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914323899200000026815011>
Número do documento: 20012914323899200000026815011

Num. 27795967 - Pág. 3



CERTIDÃO

Nº. 0195/2019

Atendendo solicitação de **VALCIR CORREIA DE MORAIS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 140502 e Prontuário nº 2018.06.003810 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/06/2018 às 20H25min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Indicado tratamento cirúrgico. Alta a pedido dia 29/06/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de Março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





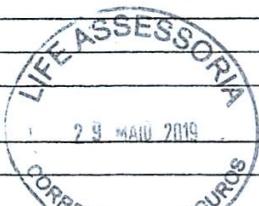
FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 28/06/18

Nome: VACIN CARGA DO MATIS
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F() M() Cor: _____ Data de Nascimento: / /
Escolaridade: _____

QPD: _____
HDA: Presente apreensão de sede e de fadiga. Temozão em ZMA (1)
Apresente febre e constipação.
em regiões Anterior e Peerna.

Medicações em uso: _____



Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



HN - 071-129



TERMO DE ALTA A PEDIDO

O abaixo assinado, Valcix Correia de Moraes pessoa responsável pelo(a) paciente, o mesmo certifica que deixa o **COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA**, por livre e espontânea decisão, contra o parecer do Médico Assistente e da Administração do Hospital. Declara, outrossim, que foi informado(a) dos riscos envolvidos e, pelo presente, isenta o Médico Assistente, o Hospital e o corpo de funcionários de qualquer responsabilidade pelo que possa ocorrer decorrente do seu ato.

João Pessoa, 29 / 06 / 2018



Valcix Correia de Moraes
Assinatura do (a) Paciente ou Responsável

Rg. 3 780-234-SSP/PB

Assinatura do (a) Funcionário (a)

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____ []HAS []DMD []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

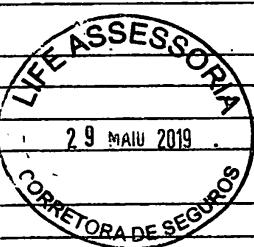
ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: F rato + ZN + (6)Conduta: _____ - Inhaloterapia __________ - Sofá __________ - Intubação _____*Dr. Enes P. Costa Neto
Médico Residente em Ortopedia
CRM: 64936*

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Dr. Rava + Dr. Sávia



 Hospital Samaritano
CENTRO CIRÚRGICO – FICHA DE CIRURGIA

FICHA DA CIRURGIA

Paciente: Adelcine Coimbra de Souza
 Idade: _____ Sexo: _____ Sala: _____ Data: 27/06/18 Convenio: Bacete

SUMÁRIO CLÍNICO

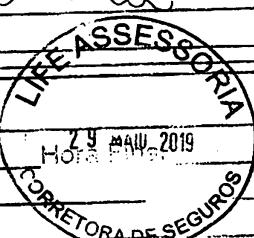
Bri e der, let seu
Toracoplasty

EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião: Dr. Fidias Borges
 1º. Auxiliar: _____
 2º. Auxiliar: _____
 3º Auxiliar: _____
 Anestesista: Do. Guttemberg Borges
 Instrumentador(a): Abraao

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Data da Cirurgia: 27/06/18 Hora Inicial: _____
 Local de Cirurgia: Fiocruz Hora Final: 21:00
 Diagnóstico Pré-Operatório: Fistula TNC
 Tipo de Anestesia: Regional
 Risco Cirúrgico: _____
 Intercorrelações Cirúrgicas: _____



Diagnóstico Pós-Operatório: Oncor

Cirurgia (Descrever via acesso, Tática e Técnica, Ligadura, Sutura, Aspecto das Visceras, material empregado)

- ① Aneptice + art: gipsada
- ② Acom estom + m
- ③ Fixo blu + linstosio
- ④ De fistula tnc
- ⑤ Fixo + placa 3,5 + D. St. plater
- ⑥ Sutura por blu + linstosio

Dr. Fidias G. H. Borborema
 CRM-PB: 1395
 CRM-PE: 14654
 SBOT: 16276



S		UNICR TM CORRECA MPRAC												
Hospital Samaritano		PRESSO. INICIAL (MMHg)	PRESSO. FINAL (MMHg)	PULSO (P/M)	TEMP (°C)	ESTADO MENTAL	ASA 1 (2) 3 4 5 6 E	CONVENIO	PATIUNAR		APT/ENF			
AGNÓSTICOS		100	100				2	3	4	5	6	E		
ROCEDIMENTO REALIZADO		TIRADA MELITO CINTO DE FORTA MELITO		AUXILIAR 1		AUXILIAR 2		ANESTESISTA						
INÍCIO (min)		19:30	TERMINO (min)	20:30	DURAÇÃO (min)	100	EMERGÊNCIA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	MPA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	DROGA	EFEITO SATISFAZORIO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	URPA <input type="checkbox"/>	INF/APT <input type="checkbox"/>	UTI <input type="checkbox"/>	AMB <input type="checkbox"/>
Nº ATENDIMENTO:														
CARTEIRA:														
COLAR ETIQUETA SE HOUVER														
HORÁRIO DO PROCEDIMENTO														
MONITORIZAÇÃO		OXIGÉNIO												
SAP ANEST. CHECADO		<input type="checkbox"/> NO / AR		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
CARDIOSCÓPIO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
OXIMETRIA DE PULSO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
CAPNOGRAFIA		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
IBIS		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
RESSÃO ART. NÃO INVASIVA		<input type="checkbox"/> MECÂNICA		<input type="checkbox"/> MECÂNICA		<input type="checkbox"/> MECÂNICA		<input type="checkbox"/> MECÂNICA		<input type="checkbox"/> MECÂNICA		<input type="checkbox"/> MECÂNICA		
EST. DE NERVOS		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
GULHA [®]		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
ACESSO VENOSO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
CATETER IV		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
CATETER IV		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
INTRACATH		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
DUP. LUMEN		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
BOMBA DE INFUSÃO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
VIA AÉREA		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
INTUBAÇÃO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
OROTRAQUEAL		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
NASOTRAQUEAL		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
TRAQUEOSTOMIA		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
CÂNLULA GUEDEL		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
MÁSCARA FACIAL		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
CATETER NASAL		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
ALERGIAS		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
QUAL:		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
ISA ALGUMA MEDICAÇÃO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
QUAL:		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
SUBSIDIO:		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
VIA AÉREA DIFÍCIL		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
QUAL:		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		
LÍQUIDOS		CORRECA MPRAC												
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110		100		90		80		70		60		
50		40		30		20		10						
190		180		170		160		150		140		130		
120		110												

Bloco Cirúrgico

Paciente: <i>Valter Correia Moraes</i>	Convênio: <i>Pacote</i>
Cirurgia: <i>Frotana de Tumores Cervicais</i>	Data: <i>29/6/18</i>
Cirurgião: <i>DR. Fábio Borboleta</i>	Anestesista: <i>DR. Gutembergue</i>
Auxiliar 1:	Anestesia: <i>Rogue + Sedacan</i>
Auxiliar 2:	Circulante: <i>José 719071</i>
Instrumentador: <i>Adriano</i>	Idade:

MEDICAMENTOS			
Água Destilada 10 ml	Droperidol	Q1	Nimbum
Adrenalina	Etomidato		Neomicina Pomada
Aminofilina	Efedrina		Neocaína Isobárica
Amicacina	Fenergan		Neocaína Pesada
Atropina	Fentanil 2ml	Q2	Novabupi 0,5 c/v
Bextra 40mg	Fentanil 10ml		Novabupi 0,5 s/v
Buscopam Composto	Flagyl 500mg		Nubaim
Buscopam Simples	Fenitoína		Omeprazol
Brycanil	Flumazenil		Oxacilina 500mg
Clonidina	Gentamicina		Pavulon
Cipro 200mg	Glicose 50%		Plasil
Duo Decadron	Hidrocortisona		Precedex
Dimorf 0,2mg	Keflim 1g	Q1	Profenid
Dimorf 10mg	Kefazol 1g	Q2	Propofol
Dimorf 1mg	Ketalar/Ketamin	Q1	Prostiguimine
Dexametasona mg	Kolagenase Pomada		Quelicim mg
Dipirona Sódica	Lasix		Rapifen
Dolosal	Liquemine		Ranitidina
Dormonid	Narcan		Rocefin 1g
Diazepam	Nauseodron		Telebrix

SOLUÇÕES			
Soro Fisiol. 0,9% 1000ml	Soro Ringer c/ Lactato	Q9	PVPI Degermante
Soro Fisiol. 0,9% 500ml	Água Destilada 1L		PVPI Tintura
Soro Fisiol. 0,9% 250ml	Purisole		PVPI Tópico
Soro Glicosado 5% 250ml	Manitol		
Soro Glicosado 5% 500ml	Voluven		

MATERIAIS DESCARTÁVEIS			
Akulha 13x4,5G	Conexão 2 vias	Q1	Luva de Procedimento
Akulha 25x7G	Dreno Penrose 1		Luva 7,0
Akulha 40x12G	Dreno Penrose 2		Luva 7,5
Akulha Raqui 25G	Dreno Penrose 3		Luva 8,0
Akulha Raqui 26G	Dreno Sucção 3,2		Luva 8,5
Akulha Raqui 27G	Dreno Sucção 4,8		Lâmina Bisturi 11
Akulha Peridural 16G	Dreno Sucção 6,4		Lâmina Bisturi 15
Akulha Peridural 17G	Dreno Tórax 32		Lâmina Bisturi 24
Akulha Peridural 18G	Dreno Tórax 36		Máscara Descartável
Akulha de Bloqueio Plexo	Dreno Tórax 38		Propé
Jelco 14G	Espadrapo	Q1	Seringa 1ml
Jelco 16G	Eletrodos	Q5	Seringa 3ml
Jelco 18G	Equipo Macrogotas	Q1	Seringa 5ml
Jelco 20G	Equipo Microgotas		Seringa 10ml
Jelco 22G	Escova degermante	Q5	Seringa 20ml
Jelco 24G	Gorro Descartável	Q4	Seringa 60ml
Atadura Crepon 15cm	Gaze Pacote	Q7	Sonda Foley 3v 18
Atadura Crepon 30cm	Gelfoan		Sonda Foley 3v 20
Atadura Gessada	Surgicel		Sonda Foley 3v 22
Coletor Sist. Aberto	Intracath		Sonda Foley 2v 12
Coletor Sist. Fechado	Catéter monolúmen		Sonda Foley 2v 14
Cateter Nasal	Filtro bacteriológico		Sonda Foley 2v 16
Cateter Peridural 16	Capa VDL		Sonda Foley 2v 18

EQUIPAMENTOS

Aspirador	Capnógrafo	Fonte de Luz	RX/ Arco Cirúrgico
Bisturi Elétrico	CO2	Monitor	Tricotomia
Bomba de Infusão	Oxigênio	Respirador	Peça Cirurg:
Carro de VDL	Nitrogênio	Oxímetro	Destino:

Jucelina Faustino da Silva
COREN-PB 523.018-ENF





Hospital Samaritano

Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

Paciente:	Data: 29 / 6 / 18
Nome da Mãe: Valmídia Lúcia	Convenio: Pacote
Cirurgião: DR Z	2º Cirurgião
3º Cirurgião:	Anest. DR: Guilherme
Cirurgia: Frat de Tornozelo esquerdo	Origem:

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Recepção do Paciente: () Paciente Interno () Paciente Ambulatorial (X) Cirurgia Eletiva () Cirurgia de Urgência Venoclise () Sim () Não () Periférico_MS () Central

Estado geral/Nível de Consciência:

() Consciente () Sedado () Outros, SSVV: PA: 150 / 69 mmHg P: 56 bpm R: 18 SPO2 99

LIFE ASSESSORIA
ORDEM DE SERVIÇO

TRANS-OPERATÓRIO

29 MAI 2019

Grau de Contaminação: (X) Limpa: epiderme, subcutâneo, músculo-esquelético, nervoso e cardiovascular, () Contaminada: cólon, reto e ânus, crânio, () Potencialmente Contaminada: gastrointestinal, respiratório, genito-urinário, oculares e de vias biliares () Infectada: tecido com presença de infecção local

Posição do Paciente no Transoperatório: () Dorsal () Ventral (X) Lateral E/D () Ginecológica

Coxim: () Dorsal (X) Coluna Cervical () Ombro () Tórax () Outros:

Bisturi Elétrico: () Sim (X) Não Local da Placa: () Panturrilha () Face posterior da coxa () Glúteos

Soluções Usada na Assepsia: (X) PVPI () Clorexidina () Outros

Uteros e Drenos: SVD nº _____ () 2 vias () 3 vias c/irrigação, Anticéptico utilizado, _____ Balão insufiado com _____ ml, Passado por: _____	() Acesso central () Acesso venoso periférico MS E	() SNG nº _____ () Pen rose nº _____, () Dreno sucção kher, () Dreno de blacker nº _____ () Dreno de tórax nº _____
---	--	---

Ostomias: () Traqueal () Cística () Local

Tipo de Anestesia: () Geral (X) Raquianestesia () Peridural (X) Sedução () Local () Geral Venosa
() Bloqueio de plexo () Sedação () Tubo Endot. Nº _____ Fio guia: () Sim () Não () Guedel nº _____

Serviços Requisitados: () Banco de Sangue () Radiologia () Laboratório

Hora do Início: 19 : 30

Hora do Término:

Intercorrencias: () Sim (X) Não

Qual: _____





IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: Valcir Correia de morais

Atendimento: _____

Convênio: Pocoté

Cirurgia: Fratura de Tornozelo esquerdo

Cirurgião: DR. Fidim Burhanom

Sala: 02 Data: 29/01/18

Circulante de sala (não rubricar): joão 719 091

<p>71- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE</p>	<p>19- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE</p>	<p>20- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE</p>	<p>2018 02- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE</p>
<p>1- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE</p>	<p>1- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE</p>	<p>1- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE</p>	<p>29 MAI. 2019 LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS</p>
<p>1- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE</p>	<p>1- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE</p>	<p>1- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE</p>	





Hospital Samaritano

Ficha de Evolução Clínica

Paciente: _____
Leito: _____ Convênio: _____ Setor: _____

DATA	29/06
Anamnese	
Exame Físico	
Diagnóstico	
Tratamento	
Prognóstico	
Assinatura do Médico	
Dr. Fidias G. F. Borborema CRM-PB: 5395 CRM-PE: 14654 SBOT: 9870	
	
29/06/18 - Afebril	
Exame Físico	
Diagnóstico	
Tratamento	
Prognóstico	
Assinatura do Médico	
Dr. Fidias G. F. Borborema CRM-PB: 5395 CRM-PE: 14654 SBOT: 9870	





Hospital Samaritano

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Date: 20/06/18

Paciente:	Volante C. de Souza	Date:
Clinica:	Apt: 34	Time:
OED	VENDE TERAPÉUTICO / QUANTIDADE / VIA	Preço R\$ 10,00
(1) D. Volante		
(2) Fiover Glicofos + TAKA - Pote		
(3) Alfee Isotoler		
(4) Folvane - IFR (av) B		
<p>Dr. Fides G. F. Borborema CRM-PB: 5395 CRM-PE: 14654 SBOT: 9876</p>		
MÉDICO:	SEPARADO POR:	
CRM:		





Hospital Samaritano

Valcir C. L. Melo

64

Tm

- Retorno youme

01/2

Aphelio Tm

Dr. Fidias G. F. Borborena
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14854
SBOT: 9876



Ressonância Magnética – Tomografia – Hemodinâmica – Ultrassanografia
Endoscopia – Laboratório de Análises Clínicas – Radiologia – Videolaparosco

Av. Santa Júlia, 35 – Torre – João Pessoa – Pb

Fone: (83) 3048-2100



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:32:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914324408200000026815014>
Número do documento: 20012914324408200000026815014

Num. 27795970 - Pág. 14



Lendo as deles

Belisario Coimbra de Moraes
foi submetido a tratamento
cirúrgico com fixação de
fistula de TN2-E, após
seis meses de tratamento.

No momento da fístula
encontrava-se consolada;

Ressonância Magnética – Tomografia – Hemodinâmica – Ultrassanografia

Endoscopia – Laboratório de Análises Clínicas – Radiologia – Videolaparoscopia

Dr. Fidias G. F. Bordorffha
Av. Santa Júlia, 35 – Torre – João Pessoa – Pb
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
SPOT: 9876

Fone: (83) 3048-2100



entre tantas horas deude
de visitarlos a Trujillo.

O paciente está queixa-
do por os temores.

CID: 582.5

Dr. Filipe G. F. Borbochma
CRM-PB: 5895
CRM-PE: 14654
SBOT: 9876

J.P. 16/11/18





S
Hospital Samaritano

DPUT

Salvador Coimbra de Moraes
vítima de acidente de
transito.

Foi submetido a tratamento
comprimidos para frear a
fractura do braço esquerdo e
também houve o agamento

Ressonância Magnética – Tomografia – Hemodinâmica – Ultrassanografia

Endoscopia – Laboratório de Análises Clínicas – Radiologia – Videolaparoscopia

Av. Santa Júlia, 35 – Torre – João Pessoa – Pb

Fone: (83) 3048-2100



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:32:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914324774800000026815016>
Número do documento: 20012914324774800000026815016

Num. 27795972 - Pág. 3

me voler de um mil e
setecentos reais (R\$1.400,00)
para pagamento da equipa
máscara e do material
de implemento (Rocas + Ros fuso).

Dr. Fidias G. F. Borboerma
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
SBOT: 9876

J.P.

16/11/18





Hospital Samaritano

300

Reclamação p/ DP VAT

R

Alain Coimbra morreu
foi submetido a Tratamento cirúrgico
que com fixação de prótese do
Tornozelo esquerdo, após cedente
motociclistas.

Coimbra em seguida.

Horas o pagamento de cinq
mil reais (Hospital + motel +
equipe médica).

Ressonância Magnética – Tomografia – Hemodinâmica – Ultrassanografia

Endoscopia – Laboratório de Análises Clínicas – Radiologia – Videolaparoscopia

Av. Santa Júlia, 35 – Torre – João Pessoa – Pb

Fone: (83) 3048-2100



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:32:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914324774800000026815016>
Número do documento: 20012914324774800000026815016

Num. 27795972 - Pág. 5

Dz: Faetene Tonello E

CIP: 582.4

J.P.

10/08/18

13
Dr. MÁRCIO E. BORGES
CRM-PB: 5305
CRM-ME: 14054
SIDI: 0876





SECRETARIA DE
SAÚDE



CIDADE DO
TRABALHO

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

Mamanguape, 20 de Julho de 2018



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, VALCIR CORREIA DE MORAIS, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Mamanguape, no dia 28 de Junho de 2018, vítima de colisão carro com motocicleta, e transferido ao Ortotrauma.

Gurápu Crisane França de Farias
Coordenadora Geral SAMU 192
Mamanguape/PB
CNPJ 08674396000164

Rua Marquês do Herval, 64 - Centro – Fone (83) 996501777/991136091 –
samucrisane@gmail.com





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. **VALCIR CORREIA DE MORAIS** cpf nº. 100.708.124-46 esteve internado neste hospital para tratamento cirúrgico no período de 29/06/2018 a 30/06/2018 conforme registro de nº. 16301.

João Pessoa, 29 de Outubro de 2018.

*Dr. Marco Antônio Barros
CRM 4617
Gestor Clínico
Hospital Samaritano*
Dr. Marco Antônio Barros
Diretor Clínico

Avenida Santa Júlia 35 - Torre - João Pessoa (PB) - CGC 09.129.222/0001-83 - Fone/Fax (083)3048-2100 e-mail hsamaritano@veloxmail.com.br



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:32:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914324774800000026815016>
Número do documento: 20012914324774800000026815016

Num. 27795972 - Pág. 8



D E C L A R A Ç Ã O

Conforme solicitação do Sr. **VALCIR CORREIA DE MORAIS** estamos entregando cópia do seu prontuário no período de 29/06/2018 a 30/06/2018.

João Pessoa, 29 de Outubro de 2018.

Marco Antonio Barros
Marco Antonio Barros
Diretor Clínico
Hospital Samaritano

Avenida Santa Júlia 35 - Torre - João Pessoa (PB) - CGC 09.129.222/0001-83 - Fone/Fax (083)3048-2100 e-mail
hsamaritano@veloxmail.com.br



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:32:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914324774800000026815016>
Número do documento: 20012914324774800000026815016

Num. 27795972 - Pág. 9



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 03/2019

Ocorrência nº. 0931/2019

Aos DEZESSETE dias de MAIO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FRANCISCO MARINHO DE MELO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Frederico Figueiredo Brito da Silva, aí, por volta 09h:33min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

VALCIR CORREIA DE MORAIS, conhecido por , Identidade nº 3.780.237-SSP/PB, CPF nº 100.708.124-46, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Paulo Borges De Moraes E De Valneide De Lima Correia, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 16/07/1991 (27 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Lagoa Grande, nº s/n, bairro: zona rural – Cuité de Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de Cuité De Mamanguape/PB, fone(s) para contato: (83)98144-6118.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 28 de junho de 2018;
- 3) HORÁRIO: 16h:30min;
- 4) LOCAL: Sítio Bonita nº , bairro: zona rural – CUITÉ DE MAMANGUAPE/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

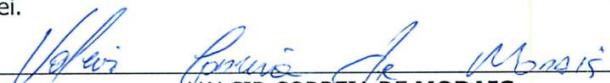
6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

Veículo marca/modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI, cor: PRETA, placa: OEX 1689/PB, ano: 2011, chassi: 9C2KC1670BR636748 em nome de JOSEILTON SILVA DE SOUZA

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE o comunicante estava conduzindo o referido veículo (motocicleta) no local em referência, quando colidiu frontalmente em um veículo SANTANA, que foi em sua direção em uma curva, QUE o condutor deste veículo é da cidade de João Pessoa e não sabe descrever maiores informações sobre o mesmo, QUE o condutor deste veículo ficou no local até a chegada do SAMU da cidade de Mamanguape/PB, pelo qual foi socorrido e conduzindo ao Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa, vítima de acidente de trânsito; QUE segundo laudo do referido hospital, o comunicante teve fratura do tornozelo esquerdo, QUE foi submetido a intervenção cirúrgica no Hospital Samaritano no mesmo dia em que fez pedido de alta hospitalar ao Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa no dia 29/06/2018.

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


VALCIR CORREIA DE MORAIS

Comunicante


Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 156.567-2



Rua Escritor Lima Pinto nº 18, Campo, Mamanguape/PB telefone: 3292-2604





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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190644831 Vítima: ANTONIO AVELINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO AVELINO DOS SANTOS

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. 00143/00144 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 15189206



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:33:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914325534900000026815018>
Número do documento: 20012914325534900000026815018

Num. 27795974 - Pág. 1

2ª Vara Mista de Mamanguape

0800314-07.2020.8.15.0231

AUTOR: VALCIR CORREIA DE MORAIS

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Vistos,

1. Defiro a gratuidade judiciária, nos termos do art. 98, do CPC.
 2. Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, **deixo de designar audiência de conciliação** (CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM), após oportuna análise da conveniência e, especialmente, considerando que é facultada a conciliação às partes em qualquer momento do processo e não há nulidade sem prejuízo.
 3. **Cite-se a parte Ré para contestar** o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

4. Transcorrido o prazo concedido para a defesa e sendo esta apresentada, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, **apresentar impugnação**, CASO seja(m) lançada(s) (I) preliminares¹, (II) defesa indireta de mérito² ou (III) juntada de documentos³, permitindo-lhe a produção de prova (itens I, II e III), ou a impugnação correspondente (item III).

Via digitalmente assinada da decisão servirá como mandado/carta.

10 de março de 2020

JUIZ(A) DE DIREITO

Endereço para intimação/citação/notificação do(a/s) promovido(a/s)/impetrado(a/s):

N o m e : B R A D E S C O **S E G U R O S** **S / A**
Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP:
58013-131

1 CPC - Art. 351. Se o réu alegar qualquer das matérias enumeradas no [art. 337](#), o juiz determinará a oitiva do autor no prazo de 15 (quinze) dias, permitindo-lhe a produção de prova. **Art. 337.** Incumbe ao réu, antes de discutir o mérito, alegar: I - inexistência ou nulidade da citação; II - incompetência absoluta e relativa; III - incorreção do valor da causa; IV - inépcia da petição inicial; V - perempção; VI -



litispendência; VII - coisa julgada; VIII – conexão; IX - incapacidade da parte, defeito de representação ou falta de autorização; X - convenção de arbitragem; XI - ausência de legitimidade ou de interesse processual; XII - falta de caução ou de outra prestação que a lei exige como preliminar; XIII - indevida concessão do benefício de gratuidade de justiça.

2 CPC - Art. 350. Se o réu alegar fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor, este será ouvido no prazo de 15 (quinze) dias, permitindo-lhe o juiz a produção de prova.

3 CPC - Art. 437. O réu manifestar-se-á na contestação sobre os documentos anexados à inicial, e o autor manifestar-se-á na réplica sobre os documentos anexados à contestação. § 1º Sempre que uma das partes requerer a juntada de documento aos autos, o juiz ouvirá, a seu respeito, a outra parte, que disporá do prazo de 15 (quinze) dias para adotar qualquer das posturas indicadas no [art. 436](#). **Art. 436.** A parte, intimada a falar sobre documento constante dos autos, poderá: I - impugnar a admissibilidade da prova documental; II - impugnar sua autenticidade; III - suscitar sua falsidade, com ou sem deflagração do incidente de arguição de falsidade; IV - manifestar-se sobre seu conteúdo.

