



Número: **0800268-50.2020.8.15.0091**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Taperoá**

Última distribuição : **10/04/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
G. D. S. F. (AUTOR)	MARCELO DANTAS LOPES (ADVOGADO)
FRANCINETE FEITOSA (REPRESENTANTE)	MARCELO DANTAS LOPES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
29773 176	10/04/2020 22:12	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
29773 178	10/04/2020 22:12	<u>PETIÇÃO INICIAL</u>	Documento de Comprovação
29773 179	10/04/2020 22:12	<u>PROCURAÇÃO, DOCS PESSOAIS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA</u>	Procuração
29773 180	10/04/2020 22:12	<u>BO E O DOCUMENTO DA MOTO</u>	Documento de Comprovação
29773 181	10/04/2020 22:12	<u>PRONTUÁRIO DO HG DE TAPEROÁ</u>	Documento de Comprovação
29773 182	10/04/2020 22:12	<u>PRONTUÁRIO 1</u>	Documento de Comprovação
29773 183	10/04/2020 22:12	<u>PRONTUÁRIO MÉDICO 2</u>	Documento de Comprovação
29773 184	10/04/2020 22:12	<u>PRONTUÁRIO MÉDICO 3</u>	Documento de Comprovação
29773 185	10/04/2020 22:12	<u>CARTA NEGADA</u>	Documento de Comprovação
29773 186	10/04/2020 22:12	<u>REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO</u>	Documento de Comprovação
30246 203	29/04/2020 12:43	<u>Certidão</u>	Certidão
30276 621	30/04/2020 18:02	<u>Sentença</u>	Sentença
30566 838	11/05/2020 21:39	<u>Apelação</u>	Apelação
30567 099	11/05/2020 21:39	<u>APELAÇÃO DE FRANCINETE-convertido</u>	Apelação
30567 100	11/05/2020 21:39	<u>CARTA NEGADA</u>	Outros Documentos
30597 282	12/05/2020 17:01	<u>Informação</u>	Informação
32776 940	29/07/2020 21:20	<u>Certidão</u>	Certidão
32916 339	04/08/2020 12:56	<u>Despacho</u>	Despacho

PETIÇÃO INICIAL EM ANEXO - FORMATO PDF



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 10/04/2020 22:05:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041022055897300000028645198>
Número do documento: 20041022055897300000028645198

Num. 29773176 - Pág. 1



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ TITULAR DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE TAPEROÁ/PB

"URGENTE"

PROCEDIMENTO ORDINÁRIO

JUSTIÇA GRATUITA - Gratuidade Processual - Art. 4º da Lei nº 1060/50

ACIDENTE DE TRANSITO - SEGURO DPVAT

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO INCLUSO
CARTA NEGADA INCLUSA

FRATURAS/SEQUELAS: Perda do Dedo do Pé Esquerdo e Fraturas Múltiplas no Pé Esquerdo, ocasionando assim, o comprometimento dos movimentos do pé esquerdo.

GINALDO DA SILVA FEITOSA, menor impúrbere, portador do CPF sob nº 132593864-59 representado neste ato pela a sua genitora FRANCINETE FEITOSA, brasileira, solteira, agricultora, portadora da Cédula de Identidade RG nº 338245 SSP/PB e do CPF nº 084882344-30, residente e domiciliado na Rua Severino Alípio Faria, s/n, Centro, Taperoá/PB, CEP 58680 000, email: dlclientestap@gmail.com pelo instrumento procuratório em anexo (DOC. 01), por intermédio de seus procuradores e advogados "in fine" assinados com escritório profissional situado na Rua Manoel de Farias Castro, n.º 121, Centro, Taperoá-PB, CEP 58680 - 000, email: marcelodladv@gmail.com, onde receberá as eventuais notificações e intimações de estilo, vem respeitosamente a presença de Vossa Excelênciia através do Procedimento Ordinário e com fulcro na Lei nº 6.194/74, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT

pelo PROCEDIMENTO ORDINÁRIO em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) sob nº 09.248.608/0001-04, companhia de seguros participante do Consorcio de Seguradoras que operam o seguro de danos pessoais causados por veículo de via terrestre, com sede e domicilio na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:



(83) 9 8893.9848 | (83) 9 9640.4118
marcelodladv@gmail.com
OAB/PB - 18.448



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 10/04/2020 22:05:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041022055927000000028645200>
Número do documento: 20041022055927000000028645200

Num. 29773178 - Pág. 1



I - DA CONCESSÃO DA JUSTIÇA GRATUITA

A concessão da justiça gratuita tendo-se em vista que o promovente não possuir condições de arcar com as despesas processuais, sem que lhe cause prejuízos ao seu respectivo sustento e a sua respectiva família, com fundamento no artigo 4º da lei nº 1.060/50 e do artigo 1º da lei nº 7.115/1983, como atesta a declaração de hipossuficiência econômica realizada na "procuração ad juditia et extra" (DOC.1).

Ademais, o fato de ingressar em Juízo sob o patrocínio de advogado não integrante dos quadros da Defensoria Pública, nenhuma influência tem na concessão do benefício pleiteado, conforme entendimento da sumula 29 do TJPB, que assim preceitua:

"Não está à parte obrigada, para gozar dos benefícios da Assistência Judiciária, a recorrer aos serviços da Defensoria Pública".

É o requerido!

III - DOS FATOS E FUNDAMENTOS JURÍDICOS DA DEMANDA

A causa petendi que se assenta nas linhas a seguir revela o exercício do mais legitimo Direito da Ação e é mote para aplicação inequívoca da **lei 6.194/74** e seus consectarios legais, em **DIALOGO DAS FONTES**, com a Constituição Federal, Processo Civil e o próprio Direito Civil.

IV - DA CAUSA DE PEDIR REMOTA

O requerente **GINALDO DA SILVA FEITOSA**, nascido no dia **05/02/2004**, portador do **CPF nº 132593864-59** foi vítima de acidente de trânsito.

Assim, Douto julgador, no dia **25/10/2018** por volta das 19 (dezenove) horas 00 (zero) minutos, o requerente conduzia a **motocicleta HONDA/CG 150CC TITAN KS, PLACA KKF 6223/PE, COR PRETA, ANO 2004/2005, CHASSI 9C2KCO8105R43894**, cuja propriedade é de sua genitora e licenciada em nome do Sr. **ROSENILDO PEREIRA DA SILVA**, conforme documentação anexa (DOC.2), pela a **estrada PB 216 sentido Município de Livramento PB quando colidiu com um carro que seguia em sentido contrário, ocasionando a sua queda imediata**, conforme Boletim de Ocorrência registrado na Policia Civil (DOC. 3).

Registra-se que o condutor do veículo evadiu do local sem prestar os devidos socorros ao autor requerente.



(83) 9 8893.9848 | (83) 9 9640.4118
marcelodlady@gmail.com
OAB/PB - 18.448



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 10/04/2020 22:05:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041022055927000000028645200>
Número do documento: 20041022055927000000028645200

Num. 29773178 - Pág. 2

Ato continuo, após a queda o promovente foi socorrido por populares até a Zona Urbana de Livramento/PB, sendo conduzido posteriormente ao Hospital Regional de Taperoá e transferido em seguida para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, aonde foi constatado diversas fraturas no pé esquerdo, **bem como, a perda de um dos dedos do pé esquerdo**, conforme Boletim de Ocorrência registrado na Policia Civil (DOC. 3).

Em razão do impacto o requerente sofreu **FRATURA MÚLTIPLAS NO PÉ ESQUERDO, PERDENDO INCLUSIVE UM DEDO**, conforme Boletim de Ocorrência registrado na Policia Civil e Prontuário Médico (DOC. 3 e 4).

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes no Autor, tais como: **FRATURA MÚLTIPLAS NO PÉ ESQUERDO E PERDA DE UM DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO, COMPROMENTENDO ASSIM, OS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO**, resultando redução funcional e laborativa, conforme Boletim de Ocorrência registrado na Policia Civil e Prontuário Médico (DOC. 3 e 4).

O promovente **em decorrência do acidente foi submetido a procedimento cirúrgico, restando ao mesmo SEQUELAS PERMANENTES**, conforme Boletim de Ocorrência registrado na Policia Civil e Prontuário Médico (DOC. 3 e 4).

Ciente do seu direito requereu administrativamente a concessão do seguro obrigatório DPVAT na agencia dos Correios no dia **15/05/2019**, conforme requerimento administrativo (**COMPROVANTE DE POSTAGEM NOS CORREIOS NA CIDADE DE TAPEROÁ/PB**) incluso na presente peça (DOC. 5).

Passados alguns meses o pedido administrativo foi **NEGADO** pela a ré, conforme carta de negativa do seguro obrigatório DPVAT em anexo (DOC. 6).

Salienta-se que o direito da parte Autora, consiste no recebimento da indenização coberta pelo seguro obrigatório **de DPVAT**. Sendo assim, conforme prevê a Lei nº 6.194/74, em seu art. 3º, II a qual regula o pagamento dessas indenizações, o valor a ser pago no caso de invalidez permanente é o equivalente a **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos)**, uma vez que resta comprovado na documentação acostada aos autos o nexo causal entre a colisão e seu estado físico.

Denota-se legítimo o dever da Ré em efetuar o pagamento da indenização do seguro obrigatório **DPVAT**, ora pleiteada. Nesse sentido Excelênci, em decorrência do acidente sofrido pelo **GINALDO DA SILVA FEITOSA**, culminado com **FRATURA MÚLTIPLAS NO PÉ ESQUERDO, OCORRENDO AMPUTAÇÃO DO DEDO DO PÉ ESQUERDO, COMPROMENTENDO ASSIM, OS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO, REDUÇÃO ARTICULAR E PERDA DE MOBILIDADE**, destarte, o





Requerente busca a tutela jurisdicional do Estado para fazer valer o seu Direito.

O promovente clama por **JUSTIÇA!**

V- DA CAUSA DE PEDIR PRÓXIMA

A - DO SEGURO DPVAT

O próprio nome do **Seguro DPVAT** é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre.

Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causados por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

Reza Art. 5, da lei 6.194/74:
"O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia da responsabilidade do segurado. §1º".

Entende-se por **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL** a perda ou redução, em caráter definitivo em decorrência de acidente provocado por veículo.

O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974 pela Lei Federal nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determina que qualquer vítima de acidente envolvendo veículo, inclusive motoristas e passageiros, ou seus beneficiários podem requerer a indenização do DPVAT.

Frisa-se que o pagamento independe da apuração de culpados.

Em conformidade com o art. 3º da lei nº. 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, **invalidez permanente** e despesas de assistência médica e suplementar, vejamos o que nos diz este artigo com sua alínea:

"Art. 2º - Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei nº. 73, de 21 de novembro de 1966, a alínea "1" nestes termos:

Art. 20, 1 - Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas não transportadas ou não.



(83) 9 8893.9848 | (83) 9 9640.4118
marcelodlady@gmail.com
OAB/PB - 18.448



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 10/04/2020 22:05:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041022055927000000028645200>
Número do documento: 20041022055927000000028645200

Num. 29773178 - Pág. 4

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

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

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

Apenas a título ilustrativo, cabe aludir que se considera invalidez **a perda ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão.** Essa perda ou redução é indenizada pelo Seguro DPVAT quando resulta de **um acidente causado por veículo é permanente**, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável.

Destarte, a invalidez é considerada permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada **integralmente ou em parte.**

Nesta esteira, mister ressaltar que o STJ editou a súmula 278, e, **estabeleceu como marco inicial a data em que o acidentado tomou conhecimento inequívoco de sua incapacidade para o trabalho. Assim, resta claro que o requerente deve ser indenizado pelo seguro, como medida de direito.**

O pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP. Vejamos o seguinte julgado:

EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE DO VEICULO. IRRELEVANCIA. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, desse torna-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ-MA em 06/07/01).

Ademais, conforme estabelece o art. 7º da Lei 6.194/74, a responsabilidade pelo pagamento do seguro obrigatório é de qualquer das seguradoras integrantes do consórcio nacional do Seguro Obrigatório **DPVAT**, destarte, a jurisprudência já firmou entendimento neste sentido:

"SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. Consórcio. Legitimidade de qualquer seguradora que opera no sistema. De acordo com a legislação em vigor, que instituiu sistema elogiável e satisfatório para o interesse de todas as partes envolvidas, qualquer seguradora que opera no sistema pode ser açãoada para pagar o valor da indenização, assegurado seu direito de regresso. Precedente. Recurso conhecido e provido." (Resp 401.418/MG; Recurso





Especial 2001/0194323-0; Relator ministro Ruy Rosado de Aguiar - Quarta Turma - Data do Julgamento 23.04.2002 - Data da Publicação/Fonte DJ 10.06.2002, p. 220)"

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação supramencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que o acometem e o registro de ocorrência no órgão policial competente, estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:

Art. 5º **O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente**, independentemente da existência de culpa, haja ou segurado.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

VII - DO PEDIDOS MEDIATOS E IMEDIATOS

1. Do pedido imediato:

a) Requer seja recebida esta inicial, bem como seja processada a presente demanda até final decisão jurisdicional procedente de mérito, haja vista a presença das condições da ação e dos pressupostos processuais, bem como dos requisitos dos artigos **319 e 320 do NCPC**. Ademais, requer ainda que seja aplicado **in totum a lei n. 6.194/74 - Seguro DPVAT**.

2. Dos pedidos mediados:

Diante dos fatos articulados e fundamentados no direito, é que se requer o seguinte:

a) Preliminarmente **a concessão da justiça gratuita tendo-se em vista que o promovente não possuir condições de arcar com as despesas processuais, sem que lhe cause prejuízos ao seu respectivo sustento e a sua respectiva família, com fundamento no artigo 4º da lei nº 1.060/50;**

b) A citação da requerida, no endereço declinado no preâmbulo para conhecer dos termos da presente, e o processamento desta inicial, sob pena de revelia, em conformidade com o artigo 319 do Novo Código de Processo Civil;

c) A intimação da promovida para acostar no presente processo o **PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO 3190351932**

c) A procedência da presente demanda para o fim de condenar **a requerida ao pagamento do Seguro Obrigatório (DPVAT) referente as sequelas permanentes advindas pelo o acidente de trânsito sofrido pelo o autor, acrescidos de**



(83) 9 8893.9848 | (83) 9 9640.4118
marcelodladv@gmail.com
OAB/PB - 18.448



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 10/04/2020 22:05:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041022055927000000028645200>
Número do documento: 20041022055927000000028645200

Num. 29773178 - Pág. 6



juros de mora, atualização monetária, custas processuais e honorários de advogado na base usual de 20% sobre o valor total do débito e demais cominações legais;

- d) Que o valor da condenação seja devidamente corrigido acrescido de juros e correção monetária retroativa a data do sinistro, tudo em conformidade com a súmula 54 do STJ;
- e) Que seja a requerida condenada ao pagamento das custas processuais e os honorários advocatícios em 20% sobre o valor da condenação;
- f) O julgamento antecipado da lide com fundamento no artigo 355, I do Novo Código de Processo Civil, visto que, as provas são meramente documentais;
- g) Que seja realizada perícia judicial e, desde já, requer ainda juntada os quesitos periciais acostados na presente peça petitória, havendo assim, desnecessidade de intimação para especificação de provas e apresentação dos quesitos periciais.
- h) Que seja todas as publicações, intimações, notificações e quaisquer outros atos de intercâmbio processual deste juízo sejam realizados na pessoa dos advogados que esta subscreve, sob pena de possível nulidade.
- i) Que não seja marcada audiência preliminar haja vista que a promovida declina pelo acordo após a realização da perícia médica judicial;
- j) Por fim, a juntada de todos os documentos acostados na exordial.

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente nas provas documentais, requerendo que o autor seja submetido ao exame pericial por um médico ortopedista junto a Secretaria Municipal de Saúde de Taperoá/PB.

Dá- se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil reais) para meros efeitos fiscais.

Nestes Precisos Termos, Pede e Confia no Deferimento.

Taperoá - PB, 07/04/2020.

MARCELO DANTAS LOPES
Advogado OAB/PB 18446

Quesitos periciais

Queira o Sr. Perito esclarecer:



(83) 9 8893.9848 | (83) 9 9640.4118
marcelodladv@gmail.com
OAB/PB - 18.448



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 10/04/2020 22:05:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041022055927000000028645200>
Número do documento: 20041022055927000000028645200

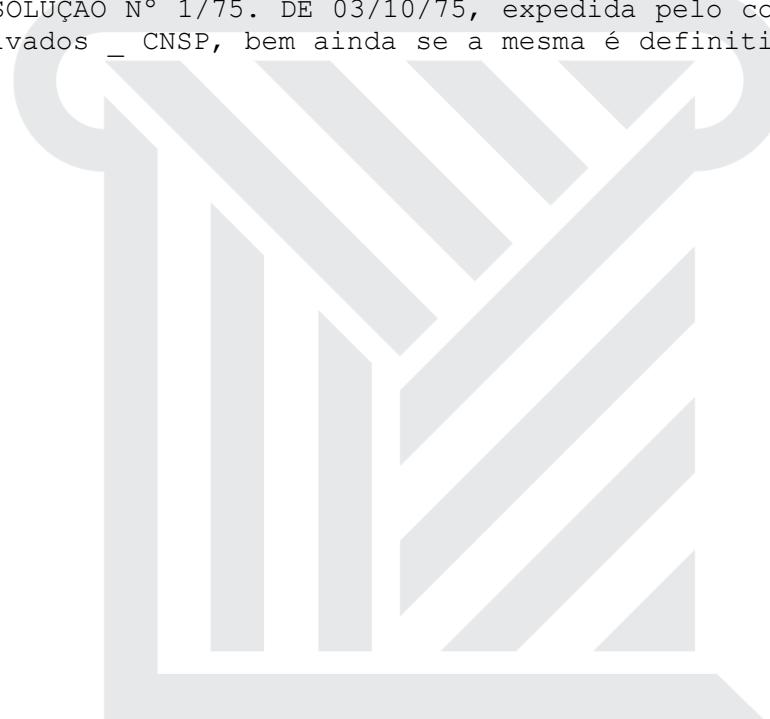
Num. 29773178 - Pág. 7

- Qual o tipo de lesão sofrida pela Autora em decorrência do acidente mencionado na petição inicial? Quais órgãos?
- A lesão sofrida pelo paciente provoca debilidade permanente de membro (cotovelo direito, antebraço direito e punho direito)?
- As lesões sofrida (cotovelo direito, antebraço direito e punho direito) são compatíveis com os fatos narrados na inicial e com as fotos anexadas aos autos, ou seja, existe nexo causal entre o atropelamento sofrido e as lesões produzidas no autor?
- Qual foi o tratamento médico aplicado à Autora?
- As lesões físicas (cotovelo direito, antebraço direito e punho direito) produziram sequelas permanentes que eliminam sua capacidade laborativa?
- Havendo diminuição ou perda de função de órgão do examinado (cotovelo direito, antebraço direito e punho direito), este órgão foi lesionado em função do acidente ou de outras causas?
- Em razão do acidente e do tempo de recuperação, por quanto tempo a Autora ficou impossibilitada de exercer sua profissão?
- A diminuição ou perda da função de órgão (cotovelo direito, antebraço direito e punho direito) do autor é de caráter permanente ou temporária?
- Em que percentual de comprometimento funcional está o órgão lesionado (cotovelo direito, antebraço direito e punho direito)?
- Quais as sequelas físicas da lesão (esclarecendo se temporárias ou permanentes)?
- Havendo sequelas, qual(is) o(s) tratamento(s) recomendado(s) para corrigi-la(s) ou atenuá-la(s)? Qual(is) seu(s) custo(s) médio(s)?
- Há algum outro ponto que o Sr. Perito repute relevante sobre o exame pericial realizado?





-
- Queira que o senhor perito informar, detalhadamente, quais são as lesões atualmente apresentadas pela parte autora, e se as mesmas decorrem (ou não) do acidente relatado?
 - Queira o senhor perito informar o tempo da consolidação da invalidez?
 - Queira o Senhor Perito informar se das referidas lesões decorreu alguma invalidez ou incapacidade para a parte autora e, caso positivo, qual o seu respectivo grau de extensão, DE ACORDO COM O DISPOSTO NA TABELA CONTIDA NA RESOLUÇÃO N° 1/75. DE 03/10/75, expedida pelo conselho nacional de seguros privados _ CNSP, bem ainda se a mesma é definitiva ou meramente provisória?



(83) 9 8893.9848 | (83) 9 9640.4118
marcelodladv@gmail.com
OAB/PB - 18.448



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 10/04/2020 22:05:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041022055927000000028645200>
Número do documento: 20041022055927000000028645200

Num. 29773178 - Pág. 9

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,
OUTORGANTE: *Francinete Ferrosa menor impunberes, representado neste ato pela sua Garimoneira Francinete Ferrosa, brasiliense, solteira, agricultora residente e domiciliada na Rua Severino Alívio Faria, S/N, Centro Taperoá-PB,* constituí e nomeio os procuradores:

OUTORGADO: MARCELO DANTAS LOPES, brasileiro, casado, advogado regularmente inscrito na OAB – 2PB sob o n.º s com no escritório profissional situado na com escritório profissional situado na Rua Manoel de Farias de Castro, n.º 121, Centro, Taperoá-PB, eletrônico: marcelodladv@gmail.com

OBJETO: representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para propor *Ação de cobrança do Garimoneiro DPVAT*

podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga à Advogadas acima descritas, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015.

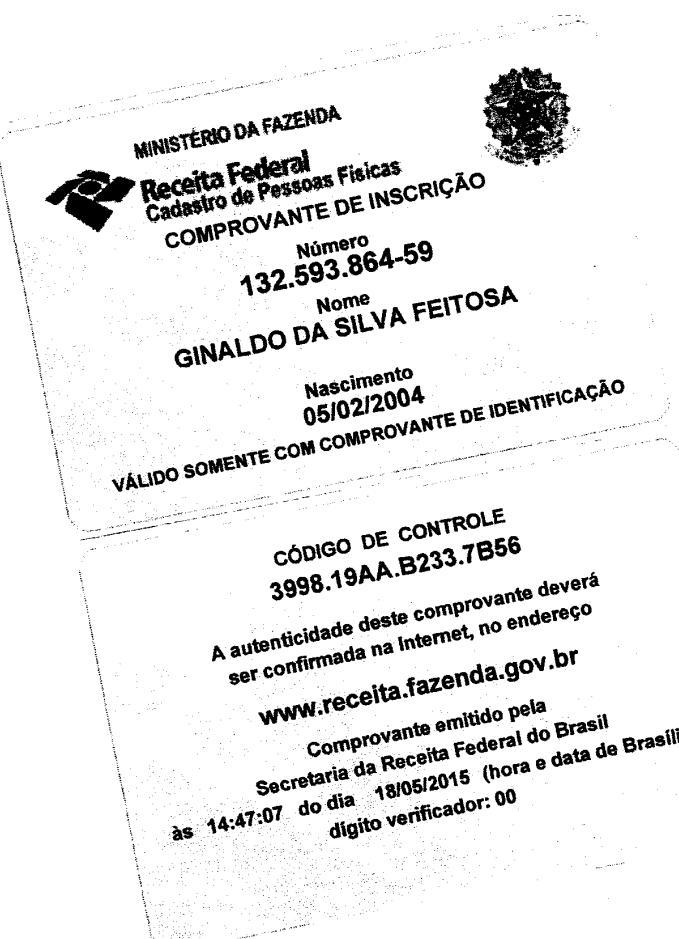
CONTRATO DE HONORÁRIOS: Neste instrumento lido e firmado, entre os contratantes, o outorgante compromete-se a pagar aos outorgados o percentual 25%, a título de honorários advocatícios calculados sobre o valor da condenação (liquidação de sentença ou acordo firmado entre as partes), independente de sucumbência, podendo o juiz a requerimento dos advogados, reter os honorários para o cumprimento deste instrumento, expedido, assim, os RPV's separadamente, um em nome do autor e outro em nome dos patronos.

Taperoá-PB, 30 de Março de 2020

X Francinete Ferrosa

OUTORGANTE





Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 10/04/2020 22:05:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041022055953800000028645201>
Número do documento: 20041022055953800000028645201

Num. 29773179 - Pág. 2



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

Ginaldo da Silva Feitosa

MATRÍCULA

0696820155 2004 1 00008 034 0007605 89

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO)

cinco de fevereiro de dois mil e quatro

DIA

05

MÊS

02

ANO

2004

HORA DE NASCIMENTO

20:00

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Campina Grande-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO (UF)

LIVRAMENTO-PB

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital CLIPSI-Campina Grande-PB - Campina Grande-PB

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

Genildo Ferreira Silva e Francinete Feitosa

AVOS

PATERNO(S): Luiz Severino da Silva e Maria Anunciada Ferreira da Silva ;

MATERNO(S): Fernando Deodato Feitosa e Maria de Fátima Almeida Feitosa.

GÊMEOS

NAME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

NÃO POSSUI

DNV (DEC. NASC. VIVO)

NADA CONSTA

DATA DE REGISTRO (POR EXTENO)

dezeto de fevereiro de dois mil e quatro (18/02/2004).

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2ª VIA. Obs: Registro lavrado em 18/02/2004, no livro A-00008, Nº 7605, folha 34. Esta conforme com o original dou fé

NAME DO OFÍCIO

João Pereira Filho

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Livramento-PB, 19 de março de 2015.

OFICIAL REGISTRADOR

(digite aqui o nome do oficial do cartório)

Maria do Socorro de Fátima Alves Pereira

Maria do Socorro de Fátima Alves Pereira

Oficial da Registro Civil

Selo Digital: **AAZ13868-TH4S**

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

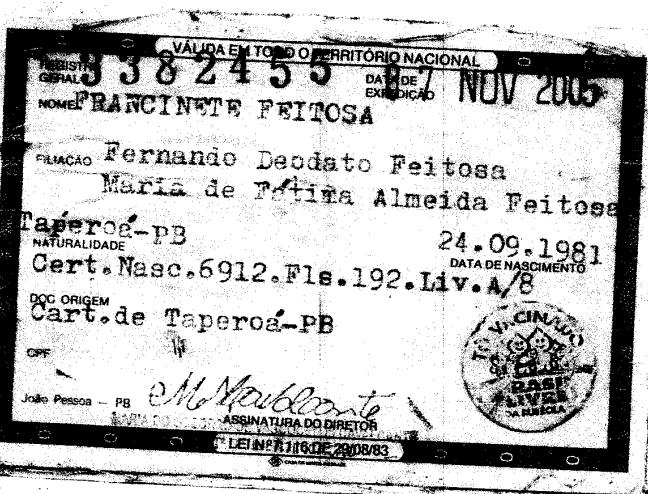
ENDERECO

Rua Jusé Américo Almeida S/N Centro Livramento-PB - CEP

58690000 Fone: (83)3477-1045 E-mail:

socorro_cartorio@hotmail.com

Cartório de Fátoria da



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 10/04/2020 22:05:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041022055953800000028645201>
Número do documento: 20041022055953800000028645201

Num. 29773179 - Pág. 4



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDENCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
15ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE LIVRAMENTO
Rita Pereira de Almeida, s/nº, Centro, Livramento PB. CEP 58.690.000

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 029/2019



Aos (15) quinze dias do mês de MAIO do ano de dois mil e dezenove, por volta de 10h00min, nesta cidade de Livramento/PB, na Delegacia de Polícia, presente o Del. Pol. Ariosvaldo Adelino de Melo, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão nomeado ao final assinado, após verificar o livro de ocorrência policial de nº 003, a ocorrência de nº 029/2019, às folhas 50-V, foi verificado que compareceu:

FRANCINETE FEITOSA – CPF 084.882.344-30, RG nº 3382455 SSP/PB, brasileira, solteira, Agricultora, com Ensino Fundamental incompleto, natural de Taperoá/PB, filha de Fernando Deodato Feitosa e de Maria de Fátima Almeida Feitosa, com 37 anos de idade, nascida em 24/09/1981, residente na Rua Senador Rui Carneiro, 124, São José, Taperoá/PB, tel: (83) 98793-7057.

PARA NOTIFICAR QUE: informa a noticiante de que no dia 25/10/2018, por volta das 19h00min, foi ate o hospital de Taperoá com um de seus filhos, pois ele estava doente, deixando em casa seu outro filho mais velho, GINALDO DA SILVA FEITOSA, brasileiro, solteiro, estudante, nascido em 05/02/2004, com 15 anos de idade, filho dela declarante e de Genildo Ferreira Silva, CPF 132.593.864-59, residindo com a declarante; QUE, quando ainda estava no hospital, por volta das 22h30min, chegou uma ambulância do SAMU socorrendo seu filho acima qualificado, pois ele havia sofrido um acidente de moto aqui na cidade de Livramento/PB, causando muita surpresa a noticiante; QUE, a noticiante havia deixado a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, ANO/MOD 2004/2005, PRETA, PLACA KKF 6323/PE, chassi 9C2KC08105R043894, RENAVAN 840483716, guardada dentro de casa e com a chave escondida; QUE, provavelmente seu filho encontrou a chave e saiu junto com outro colega e vieram ate Livramento/PB; QUE, soube de que ele colidiu com um carro, e nessa colisão o menor sofreu uma fratura no pé esquerdo, perdendo um dedo do mesmo pé, sendo encaminhado para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB, onde passou por cirurgia; QUE, a moto era de sua propriedade, mas a mesma teve que se desfazer para pagamento dos danos causados pelo acidente provocado por seu filho GINALDO DA SILVA FEITOSA. Ciente das sanções previstas no artigo 299 do CPB, assume inteira responsabilidade.

Livramento/PB, 12 de setembro de 2019.

Notificante Francinete Feitosa
FRANCINETE FEITOSA

Gilliard Guimarães Ferreira
escrivão



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETAN-PE	
N° 7179248020 60176107152	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
VIA 2	ODD RENAVAM 8446483716
PNTRC 朱本末本末本末本末本末	
NOME/ENDEREÇO ROSENILDO PEREIRA DA SILVA RUA JOSÉ FRANCISCO DE MELO 49 CASA-POV. ANGÉLICAS	
VENCIMENTO DE 029-516-694-43	
PLACA KKF6323	
NOME ANTERIOR SEFRAMOSA LIMA	
PLACA ANO/FUN 朱本末本末本末本末	
CHASSI 9C2KC08105R045894	
ESPECIE TIPO PAG /MOTOCICLETA	
MARCAS/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS	
CAP/POT/GIL 2P/1490L	
CATEGORIA PARTIC	
ANO FAB 2004	
ANO MOD 2005	
COR PREDOMINANTE PRETA	
OBSERVAÇÕES	
AL. FIO. BANCO DIREITO	
LOCAL	
VICENCIAS-PE	
PATA 12/03/08	
CNPJ 11.111.111/0001-00 Coordenação de Atualização Imobiliária FRT/PA	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE N° 7179248020
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTRC EXERCÍCIO
2 840483716 2008

NOME/ENDERÉCO
ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49
CASA-POV ANGELICAS
VICENCIAS-PE 55650-000

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323
PLACA ANTO/LE 9C2K006105R043894 CHASSI

ESPECIE 2P/143CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETO

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN XS

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS

TIPVA 2008 QUITADO PARCELAGEMTO/COTAS

FAIXA IPVA 3º 029.518.894-45 DATA DE PAGAMENTO 12/03/08

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO

OBSERVAÇÕES
ALL. FID. BANCO DITRANS

VICENCIAS-PE *Marcelo Dantas S. de Melo Gomes* DATA 12/03/08
Contratador CIRETRAN - Timbaúba
CNPJ 00.000.000/0001-00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

N° 7179248020
DETAN-PE

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTRC
2 840483716 NOME/ENDERÉCO

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA 49
RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49
CASA-POV ANGELICAS 55650-000
VICENCIAS-PE 029.518.894-45 PLACA KKF6323
NOME ANTERIOR

SE PESO BRUTO 170Kg CHASSI 9C2K006105R043894
PLACA ANTO/LE 029.518.894-45 DATA 12/03/08

ESPECIE TIPO AUTOCICLETA/
PLAS MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN XS
PLACA/COD. 150 TITAN XS CATEGORIA PARTIC
2P/143CL 2008

COMBUSTIVEL GÁSOLINA
ANO/FABRICADO 2008 COR PREDOMINANTE PRETO
CNPJ 00.000.000/0001-00
20085731 - OBSERVAÇÕES

ALL. FID. BANCO DITRANS

DATA 12/03/08
LOCAL

VICENCIAS-PE *Marcelo Dantas S. de Melo Gomes*
Contratador CIRETRAN - Timbaúba
CNPJ 00.000.000/0001-00

CONTRATANTE



**HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ**

FONE: (83) 3463-2298

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

F.A.A....: 212105 - Prontuario.: 46055

Nome....: **GINALDO DA SILVA FEITOSA** Cor: PARDO

Nasci....: 05/02/2004 Idade: 14a 8m SEXO: M Estado Civil:

Profissão:

Endereço.: RUA SENADOR RUI CARNEIRO n°S/N

Cidade...: **TAPEROÁ** /PB Cep: 58680000 Bairro.: SAO JOSE

Telefone.: Celular: R.G.:

Mãe....: FRANCINETE FEITOSA

Pai.....:

DADOS DO ATENDIMENTO

Data....: 25/10/2018 Horario: 22:43 Operador: APARECIDA

Carater.: 02 - URGENCIA Tipo de Serviço: CONSULTA

Convenio: SUS AMBULATORIO Nº Cartão do Sus: 701406699956735

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM TIPO DE CLASSIFICAÇÃO:

SINAIS VITAIS PA= X mmHg T= PESO= KG

PFC bpm FR: ipm SPO₂= TAX °C GLICEMIA mg/dl

DUM / / DPP / / ESCALA COMDA DE GLASGOW

QUEIXA PRINCIPAL

SAMU

HISTÓRIA REGRESSA

QUADRO CLÍNICO

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

ATENDIMENTO MÉDICO
ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPO)

RESULTADOS:**MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:**

- 1º Hora: ASS TEC:
2º Hora: 22:55 ASS TEC:
3º Hora: ASS TEC:
4º Hora: ASS TEC:
5º Hora: ASS TEC:

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)DIAGNÓSTICO CID-10.: *Fractura de braço*

MEDICAÇÃO:	ENCAMINHAMENTO
() PRESCRITA	() OBSERVAÇÃO () RESIDÊNCIA () EVASÃO
() APLICADA	() INTERNAÇÃO () OUTRO HOSPITAL () ALTA MÉDICA
	() ÓBITO () OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO PROCEDIMENTO

Dr. Sebastião dos Santos

Clínico Geral

MÉDICO: DR. (A)
C.N.S....: 708203626168040 CBO.: 06105

CRM:

Assinatura do paciente / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL



Data da internação: 26/10/2018 Hora: 01:58:38

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856		
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE GINALDO DA SILVA FEITOSA		6 - N.º DO PRONTUÁRIO 1761748		
7 - CARTÃO DO SUS 701406699956735		8 - DATA DE NASCIMENTO 05/02/2004	9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCINETE FEITOSA		11 - FONE DE CELULAR 83	12 - N.º DE TELEFONE	
12 - ENDERECO (RUA, N.º BARRITO) SENAIOR RUI CORDEIRO , 0 , CENTRO		13 - CÓD. INSCR. MUNICÍPIO 251650	14 - UF PB	15 - CEP 58680000
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Onze de outubro, paciente infarto de coração de 2º a 3º PDE</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>TTG cirurgia</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS <i>Em ação</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Tx. agud. de 2º a 3º PDE</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL <i>02</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Hospitalização</i>				
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 207428922250018
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE EULER FABRICIO ALVES CRUZ		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/10/2018	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Euler Fabricio A. Cruz</i>	33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>CRM-PB 5507</i>
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO				
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
36 - CNPJ DA SEGURADORA				
37 - N.º DO BILHETE				
38 - SÉRIE				
39 - CNPJ EMPRESA				
40 - CNAE DA EMPRESA				
41 - CBOR				
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO				
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>/ /</i>	



ab sobre ação e não deixa
- 2012-3-15

em 01/07

em 03/07
- 2012-3-15

releitura

- 2



Data da internação: 26/10/2018 Hora: 01:58:38

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE GINALDO DA SILVA FEITOSA			6 - N.º DO PRONTUÁRIO 1761748	
7 - CARTÃO DO SUS 701406699956735		8 - DATA DE NASCIMENTO 05/02/2004	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCINETE FEITOSA			11 - FONE DE CELULAR 83	N.º DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º BAIRRO) SENADOR RUI CORDEIRO , 0 , CENTRO			14 - CÓD. DO MUNICÍPIO 251650	15 - UF PB
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Taperoá			16 - CEP 58680000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>lendo de malas e malas na parte de 21-3 FDE</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>THO</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exa. sanguíneo</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>hernia</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL <i>F05</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>hernia</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)	29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 207428922250018	30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Euler Fabricio A. Cruz
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE EULER FABRICIO ALVES CRUZ		32 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/10/2018	33 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO NACIONAL DE MEDICINA) <i>CRM-PB 9907</i>	34 - SÉRIE
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
35 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURODORA	37 - N.º DO BILHETE	38 - SÉRIE	
39 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
40 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	41 - CNPJ EMPRESA	42 - CNAE DA EMPRESA	43 - CBOR	
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR	45 - AUTÔNOMO	46 - DESEMPREGADO	47 - APOSENTADO	48 - NÃO SEGURO
AUTORIZAÇÃO				
49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - COD. ORGÃO EMISSOR	51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
52 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF	53 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>1/1</i>	55 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			



4-4 ~~Final~~ ~~Final~~ ~~Final~~ ~~Final~~
26-10-18. ~~Final~~ ~~Final~~ ~~Final~~ ~~Final~~
27-10-18. ~~Final~~ ~~Final~~ ~~Final~~ ~~Final~~
28-10-18. ~~Final~~ ~~Final~~ ~~Final~~ ~~Final~~
29-10-18. ~~Final~~ ~~Final~~ ~~Final~~ ~~Final~~
30-10-18. ~~Final~~ ~~Final~~ ~~Final~~ ~~Final~~



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex 9a: $\text{do } 2 \times 3 = \text{PDE}$

1140

Dr. Euler Patrício A. Crim
MIR ORTOPÉDIA, TRAUMATOLOGIA
CRM-SP 9557

Dr. Euler Patrício A. Crim
M.R. ORTOPÉDIA, TRAUMATOLOGIA
CRM-RJ 9557

Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 10/04/2020 22:06:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041022060059300000028645204>
Número do documento: 20041022060059300000028645204

Nome do Paciente <i>Geraldo de Souza Ferreira</i>		Nº Prontuário <i>1761778</i>
Data da Operação <i>26.10.19</i>	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Carlos</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Eufer (Cruz)</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fr. exp. do joelho PDG</i>		
Tipo de Operação <i>Osteotomia rotuliana</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Q nexo</i>		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- ① Localização DDH - 1º de ordem
- ② Abreço + adeno + capsula articular
- ③ Lâmina resecção - corticais. Rigoroso 7 zona limpa -
rigor 0,9% + desidratação de tecido de sangramento
- ④ Redução com auxílio de paus de fundo
- ⑤ Osteotomia rotuliana sob auxílio de serra, com
fim de Kirschner n.º 2,0
- ⑥ Cura FO + sutura + andar
- ⑦ Osteotomia rotuliana supra grau de 2º PDG com grande
pende de pasto molhado

↓
↑
Dr. Eufer Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



28

maggio - 10

200
200
100

10

0.2 mmol/L D-Glcp 40
· growth response 10

power + work





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Ginaldo da Silva Feitora Idade: 14 anos
Convênio: SUS Data: 26/10/18
Procedimento: Osteosíntese percutânea de diâmetro do pé (E)

Observações: 09:30 26.10.12
Refe. SPM
S/177/2012
Ala Pediátrica.

Assinatura Apresentante

Circulante

Relatório de Operação

MAP 112





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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e losse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNOSTICO

Paciente: Fábio dos Reis Alojamento: ✓ Leito: ✓ Convênio: ✓

卷之三

200

100

194

Evolução N

2 Convênio

100

14

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

fx exp 2^o + 3^o PDE

Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 10/04/2020 22:06:00
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041022060059300000028645204
Número do documento: 20041022060059300000028645204



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: *Guilherme da Silva*

Alojamento: *9*

Leito: *9*

Convênio: *CPT*

*Fract. 2º + 3º
osteosíntese*

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

86

Evolução Médica

Data	Prescrição Médica
10/10	1. Dieta <i>lactose</i>
	2. SAB 500ml EV/24h
	3. Dipirona 02ML + AD EV/05/06h
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN
	7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN
	8. Clonazepam 40mg SC/dia <i>10/10</i>
	9. SSV + CCGG

Florida, Aug 29. On the 29th

24

卷之三

101

Frank Sublette is present. —
Report Captain is en route to
Sear impenetrable region.
No men and two wagons.

Op 4. De vliegenvuur
Vuurkasten.

卷之三



Nome do Paciente <u>Ginaldo de Silva Ferreira</u>	Nº Prontuário	
Data da Operação <u>30/10/18</u>	Enf.	Leito
Operador <u>De Moraes Amorim</u>	1º Auxiliar	<u>Dr. Yury (M22)</u>
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	<u>Necrose 2º PDT (E)</u>	
Tipo de Operação	<u>Amputação 2º PDT (E)</u>	
Diagnóstico Pós-Operatório	<u>O mesmo</u>	
Relatório Imediato da Patologia	<u>φ</u>	
Exame Radiológico no Ato	<u>Não</u>	
Acidente Durante a Operação	<u>Não</u>	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Prender em DDH sob Anestesia Local.
- 2) Aspirar + Antisseptizar + Coagular esferas.
- 3) Amputar da 2^o PNT (é que encorcha-se venófia após histerotomia de fixar) após furação local.
- 4) Limpe o SFO, a
- 5) Sutura c/ Nylon 2-0
- 6) curativo



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Givaldo da Silva Ferreira</i> 07/02/2004				REGISTRO: <i>14 7761232</i>	GOVERNO DA PARAÍBA
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	SECRETARIA DE SAÚDE	
<i>Solo os 55</i>		<i>SUS</i>	<i>14</i>	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
CIRURGIA: <i>70 g de amputação de 2 de dedo do pé</i>		CIRURGÃO: <i>Yuri</i>			
ANESTESIA: <i>Loral</i>		ANESTESIA: <i>Yuri</i>			
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM		
	<i>30/10/18</i>	<i>18:45</i>	<i>19:10</i>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calef. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande <i>RTG</i>		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonolide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ ossos	
	Inovarml <i>1000 ml</i>	Dreno Pezzar n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogolas		Ethibond	
	Nubatin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifen amp.	H2O ml	Qtd.	Mononylon <i>30</i>	
	Thionémbutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Protene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Qtd.			
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 23		Protene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Protene Sertix	
	Dipirona amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Protene Sertix	
	Flaxidiol amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Fliebocortid amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Glicose amp.	Luvas 8.5			
	Glucos de Cálcio amp.	Oxigênio l/m			
	Haemacel ml.	Polidix			
	Heparema ml.	PVPI Degemerante ml			
	Kanakinum amp.	PVPI Topico ml.	Qtd.	SOROS	
	Lasix amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Medrotinazol.	Saco coletor <i>lungs/1000 ml</i>	Qtd.	SG Gelado fr 500 ml	
	Piasil amp.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Revivan amp.	Seringa desc. 05 ml	Qtd.	SG fr 500 ml <i>pt/fragil</i>	
	Stuplanon amp.	Sonda Iolley			
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica			
		Sonda Uretral n°			
		Steridirem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28	Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4.5				
	Aguilha p/ raque n°				
<i>Q1</i>	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
<i>Q2</i>	Ataduras de Crepon <i>25cm</i>				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metílico amp.				
	Benzina ml				
EQUIPAMENTOS					
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxicapnógrafo <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico					
CIRCULANTE RESPONSÁVEL					

MOD 006





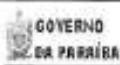
**SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESS**

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/01/2024	Dr. Diogo Souza	10:00	Mau humor





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

PACIENTE:	GINALDO DA SILVA FEITOSA
DATA DO EXAME:	26/10/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas e rins identificáveis ao método.

Dr. William Ramos Tejo Neto
Médico Radiologista
CRM/PB 6733



<i>Edinaldo da Silva Furtado</i>		REQUISIÇÃO DE EXAME							
GOVERNO DA PARANÁ	SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES							PRONTUÁRIO	
NAME:	<i>Edinaldo da Silva Furtado</i>							LEITURA	
ADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	BNF.:	LEIT.		
	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A							
TIPOS CLÍNICOS:		<i>Pelotâmera</i>							
MATERIAL A EXAMINAR:		ULTRASSONOGRAFIA Realizada em <i>05/10/18</i>							
EXAMES SOLICITADOS:		<i>056 - Fast</i>							
ROTEIRO:		Dr. Tertuliano Leite R. Jr. RESIDENTE DE CLÍNICA CLÍNICA MÉDICA							





Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 10/04/2020 22:06:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041022060089500000028645205>
Número do documento: 20041022060089500000028645205

Num. 29773183 - Pág. 8

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOIS LUXO GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAI

NAME:	GINALDO SELVA FERREIRA								PRONTUÁR
ADE:	SESCO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEN		
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A				

ADOS CLÍNICOS:

Fractura

MATERIAL A EXAMINAR:

IMAGES SOLICITADOS:

- Rx coluna cervical AP
- Rx torax AP
- Rx da face AP

Dr. Tertuliano Leite R. Jr.
RESIDENTE DE CRURGIAGERAL
RESIDENTE DE MEDICA
CRM-PB 1111

R. 410. 10. 100
D. 100





Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 10/04/2020 22:06:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041022060089500000028645205>
Número do documento: 20041022060089500000028645205

Num. 29773183 - Pág. 10





Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 10/04/2020 22:06:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041022060089500000028645205>
Número do documento: 20041022060089500000028645205

Num. 29773183 - Pág. 12



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

REQUISIÇÃO DE EXAI

ONOME:	Ginaldo de S. A.								PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEN:		
	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A							

ADOS CLÍNICOS:

Travma l. pss - P

RAIO X
REALIZADO EM:
30/10/18 118

MATERIAL A EXAMINAR:

ITENS SOLICITADOS:

12x pé (E) AP + obliquos

ROBÔNOMIA:

DATA:

ROTINA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Wally Palva
ORTOPEDICO
DR. WALLY PALVA





Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 10/04/2020 22:06:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041022060089500000028645205>
Número do documento: 20041022060089500000028645205

Num. 29773183 - Pág. 14

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Ex-PCB Exames

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ginulho da Silva | Registro: | Leito: 9-2 | Setor Atual: Ped

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 26,3°C; P: 110 bpm; FR: 19 irpm; PA: 120x80 mmHg; FC: 60 bpm; SPO2: 98%
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: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas MidriáticasMobilidade 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 cmHzO Eupnênia; () Taquipnênia () Bradipnênia () Dispnéia () 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? <input type="checkbox"/> 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: MSE Data da punção <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
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: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Data: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/> .	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
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 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 Sentimentos e comportamentos: <input checked="" 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	
<p>Realizado curativo e limpeza de MIG. Há presença de necrose, aprotina-se o crêpito cruentoso, com presença de sinal clorótico.</p> <p>Lamia Dayella - Estagiária de Enfermagem - UFPA.</p> <p>14:00 T: 36,4°C. FC: 62 bpm. SPO₂: 98%.</p> <p>Presença de dor no lado esquerdo da parede torácica, intensa, de duração curta, com intensidade de 8/10. A dor desaparece com a respiração profunda.</p> <p>14:00 - 14:30: Dor intensa, de 8/10, desaparece com respiração profunda.</p> <p>14:30 - 15:00: Dor intensa, de 8/10, desaparece com respiração profunda.</p>	
<p>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 30/10/2018 HORA: 10:16 h</p> <p>Dr. Davyson Gouveia S. ENFERMEIRO COREN-PB 309810</p>	

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ginaldo da Silveira | Registro: | Leito: 9-2 | Setor Atual: Ped

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,3 °C; P: 110 bpm; FR: 18 irpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 85 bpm; SPO2: 98 %

HGT: 70 mg/dl; Peso: 60 Kg; Altura: 170 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 cmHz0

Eupnênia; () Taquipnênia () Bradipnênia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS 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.



IMA

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 type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> 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: MSD Data da punção: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
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 checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> IVO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Data: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input checked="" type="checkbox"/> Hematomas <input checked="" 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 Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto:	Curativo em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:	Débito: <input type="checkbox"/> Retirado em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio:	Local: <input type="checkbox"/> Descrição: <input type="checkbox"/> Curativo: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
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 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 Sentimentos e comportamentos: <input checked="" 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	
<p>Recente evolução estável, normotérmico (36,3°C), Eupneico (98%), normocarídico (89 bpm), sedação transitória no MUIE, apresentando melhora no local, degrau sob as fundas de ambulatório.</p> <p>aguardando procedimento cirúrgico em PCF</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Vera Lúcia Barbosa Aquino ENFERMEIRA COREN 86501 DEUS É FIEL	
DATA: 29/10/18 HORA: h	

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



Evolução de Enfermagem
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ginaldo da S. Telosa | Registro: | Leito: | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,2 °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: 81 bpm; SPO2: 99 %
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 cmHz0

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () 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

P脉: () 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 type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input 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 checked="" 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 type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <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 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 Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: 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 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 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: <i>Monica Góes de Lopes</i> <i>Enfermeira</i> <i>340551</i>	
INTERCORRÊNCIAS	
<i>09:30h auto eurótico, o doce com pino + cianótico.</i>	
<i>20:00h T-36.9° FC= 58bpm SpO2 99 %</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Marcelo Dantas Lopes</i> <i>ENFERMEIRO</i> <i>COREN 427594</i>	
DATA: <u>19/10/18</u> HORA: _____ h	

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Cinelito de Souza Registro: 92 Leito: 92 Setor Atual: fx p/ e a p/

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,5 °C; P: 110 bpm; FR: 18 irpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 65 bpm; SPO2: 98 %

HGT: mg/dt; Peso: 70 Kg; Altura: 170 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): 15 Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: Isocônicas Anisocônicas 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; Taquipnênia Bradipnênia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva Expectorado: 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 () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida	Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? _____	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: _____ Data da punção ____ / ____ / ____
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: _____	ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: _____	Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: _____
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros: _____
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito _____ ml/h;	Aspecto: () Outros: _____ Observações: _____
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Intacta () Ressecada () Equimoses () Hematomas <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações () Outro: _____	INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____ / ____ / ____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____ / ____ / ____	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____ / ____ / ____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input checked="" type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: _____	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações: _____	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros: _____	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações: _____	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>Aquecimento procedimento cirúrgico. Sua radioterapia realizada em outubro</i></p> <p><i>20:00 T- 36,8°C SB2 - 96%. FC- 81 b.p.m</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Yolanda de Souza Alves</i> <i>ENFERMEIRA</i> <i>COREN 477594</i>	
DATA: <u>24/10/18</u> HORA: _____ h	

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



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
9.2
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: <i>Ginaldo da Silva Furtado</i>	Registro:	Leito:	Setor Atual:		
Idade: <i>14</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Estado Civil: <i>Estado Civil:</i>	Naturalidade:	Profissão:
Procedência: <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Ala:			<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Outro		
Data da internação hospitalar: <i>26/10/18</i>			Data da internação no setor: <i>26/10/18</i>		
Tem um cuidador/Responsável: <input checked="" type="checkbox"/> Quem? <i>Senhora</i>					
Telefone:	Tem acesso à uma UBS: <input type="checkbox"/> Qual:				

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: <input type="checkbox"/> Motivos:	Alergias: <input type="checkbox"/> Qual:
Doenças: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Tabagista <input type="checkbox"/> Ex-tabagista <input type="checkbox"/> Neoplasia	<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Drogadição <input type="checkbox"/> Outros:
Medicações em uso:	

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar):

Potraum
4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: <i>9°C</i>	P: <i>120 bpm</i>	FR: <i>18 rpm</i>	PA: <i>120/80 mmHg</i>	FC: <i>60 bpm</i>	SPO2: <i>98%</i>
HGT: <i>mg/dl</i>	Peso: <i>Kg</i>	Altura: <i>cm</i>	Dor: <input type="checkbox"/>	Local:	Obs:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

 Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro
 GLASGOW(3-15): *15* Drogas (Sedação/Analgesia):

 Pupilas: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotoreagentes Mióticas Midráticas

 Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia. Local:

 Linguagem: Alteração: Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

 Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi *100%* *1l/min* Traqueostomia Ayre/Tubo T
 VMNI VMI TOT *nº* *Comissura labial nº* *FiO2* *% PEEP* *cmH2O*
 Eupnéia Taquipnéia Bradipnéia Dispnéia Outros:

 Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

 Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

 Tosse: Improdutiva Produtiva Expectoração: Quantidade e aspecto:

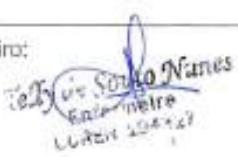
 Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: D E Selo d'água

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

 Gasometria arterial: PH *7.40* PCO₂ *40* PO₂ *95* HCO₃ *25* EB *0.80* SpO₂ *98* Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

 Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:


SEGURANÇA FÍSICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:	
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR	
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio. Pele: () Corada <input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida. Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia: () Auscultação cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/_____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido <input checked="" type="checkbox"/> Emagrecido () Caquético () Obeso. Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> IVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT Hora: Data: ____/____/_____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: RHA: () Normoativos; () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Outro: Coloração da pele: () Normocorada <input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: <input checked="" type="checkbox"/> Local/Aspecto: <u>desco de 20 cm</u> () 3 ^o a 4 ^o Curativo em: ____/____/_____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/_____	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/_____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: <input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>2011 - T: 36,6 °C</u> <u>FC: 64 bpm</u> <u>SPO2: 97</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: <u>26/10/18</u> HORA: ____ h	

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





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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Givaldo da Silva Festna		
End:	R. Senador Rui Carneiro		
Data de Nascimento:	05-02-04	Bairro:	Taperoá
Queixa:	Didente		
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto:	<input type="checkbox"/> Calmo	<input type="checkbox"/> Fáceis de dor	<input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Maca	Mucosas:	<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Pálida	

Estratificação

MOD. 110

R. 04/04/2020
 Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

*Endereço: Rua 10 de Novembro, 310, Centro
CEP: 58010-725
Data: 04/04/2020*

Assinatura e carimbo do profissional





Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 10/04/2020 22:06:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041022060117800000028645206>
Número do documento: 20041022060117800000028645206

Num. 29773184 - Pág. 11

Clip on: 35 m

Patient presented to Calico
Robotic Breast Project and
Robotic file request D.

Conclusie: ① Hebt nu epe-
② Speciale ontwerpindicaties

01 Kopie

Resumo de postura junta de $\theta = 30^\circ$ PJS.

Message de l'Assemblée
Qd: 00 Place Georges

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ HS _____

Centro cirúrgico
 Internação (setor)
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL
 ~~Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)~~ *Volta hospitalar*

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

60

104

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar _____ () Revisão _____
 () Internação (setor) _____ () Declaração Médica _____
 () Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito _____

الله رب العالمين

SERVIÇOS REALIZADOS

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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190351932

Vítima: GINALDO DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: 14/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCINETE FEITOSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorno ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



ECT - EMP BRA DE CORREIOS E TELEGRAMAS
 AG: 30301220 - AC LIVRARIA
 LIVRARIA
 CNPJ: 34028316369/00 INS EST: 160/45500
 Cliente: SEGUINARDIA LIVRARIA UNICOR SEGU
 CEP/CPF: 09248608000104
 Doc. P/est: 332455
 Contrato: 9912280636 Cad. Atm: 1125/09
 Cartao: 6267655
 Movimenta: 15/05/2019 Hora: 11:23:20
 Bafixa: 9164970 Matr. Col. 84/83397
 Lancamento: 007 Alteração: 00004
 Model. Idade: A Faturar ID. Itaquele: 1043581381
 CNPJ/CPF Remetente: 0846823430
 Nome Remetente: FARMACINTEL DA SILVA FEITOS
 Cont. Nome: A
 Endereço Remetente: RUA SENADOR RUI CRISTE
 CEP Remetente: 58660-000
 Endereço Remetente: 124 CASA - SAM JOSE
 Cont Endereço: 124 CASA - SAM JOSE
 CEP Remetente: PB
 Valor do Porte(PB): 29,00
 Peso Real (g): 0,104
 Cep Destino: 2001-3483
 Valor do Porte(PB): 29,00
 Peso Real (g): 0,104
 Objeto: DV1274509818R



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francinete Feitosa

RG nº 3382455, data de expedição 02/11/05, Órgão SSP/PB,

CPF nº 084882344-30, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo é verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Senador Rui Carreiro</u>
Número	<u>124</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>São José</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58680000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99640-4818</u>
E-mail	<u>marcelodantas@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina/PB 07/05/19

Assinatura do Declarante: Francinete Feitosa



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, _____,

RG nº _____, data de expedição _____/_____/_____,
Órgão _____, portador do CPF nº _____, com
domicílio na cidade de _____, no Estado de
_____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
_____, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima _____, cujo o condutor era _____.

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data: _____

*Proprietário encontra-se em
horário inusitado e não sabido.*

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

132593864-59

Nome completo da vítima

Ginaudo da Silva Ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Francinete Ferreira	CPF titular da conta	084882344-30	Profissão	AGRICULTORA
Endereço	Rua Segador Rui Carneiro	Número	124	Complemento	Casa
Bairro	São José	Cidade	Taperoá	Estado	PB
Email	marcelodantas@gmail.com	CEP	58680 000	Telefone (DDD)	(83) 99640-4258

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.
Bradesco S/A		

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1563	6	0023447	7
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Taperoá/PB, 07 de Maio de 2019

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Givaldo da Silva FernandesDATA DO ACIDENTE 30/11/18 CPF DA VITIMA 132593864-59

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COMAVITIMA É Gentilma (mãe)ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Senador Rui CarneiroNº 244 COMPLEMENTO Casa BAIRRO CentroCIDADE Teresópolis UF RJ CEP 26680 000E-MAIL marcelodantaslopez@gmail.com TELEFONE (22) 38640-4458

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA E PÉDICO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

X CARTEIRA DE IDENTIDADE (NOME DA VITIMA) OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X (CÓPIA) VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

X IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

X BREVETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

X AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

() VALORES DE INDENIZAÇÃO • MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE www.dpvatsegurodotransito.com.br OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X (CÓPIA) DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07/05/19IDENTIDADE 3382455

NOME _____

ASSINATURA _____





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE TAPEROÁ

VARA ÚNICA

Fórum Desembargador Manoel Taigy Filho

Rua João Suassuna, s/n, Centro, Taperoá-PB, CEP 58680-000

Fone: (83) 3463-2226 / E-mail: ter.1vara@tjpb.jus.br

0800268-50.2020.8.15.0091

CERTIDÃO

Certifico que, não existe ação judicial tramitando, ou mesmo tramitou, no Sistema de Controle de Processos do TJPB, referente a mesma classe e assunto envolvendo as partes referidas na petição Inicial.

Certifico, ainda, que, nesta data faço conclusos os presentes autos ao MM. Juiz de Direito desta Comarca.

O referido é verdade e dou fé.

Taperoá/PB, data do registro eletrônico.

PATRICIA GOMES BEZERRA DA COSTA

Técnica Judiciária



Assinado eletronicamente por: PATRICIA GOMES BEZERRA DA COSTA - 29/04/2020 12:43:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042912431876000000029066656>
Número do documento: 20042912431876000000029066656

Num. 30246203 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Taperoá**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800268-50.2020.8.15.0091

[Acidente de Trânsito]

AUTOR: G. D. S. F.REPRESENTANTE: FRANCINETE FEITOSA

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

SENTENÇA

Defiro a gratuidade judiciária requerida (art. 99, §§2º e 3º, CPC).

Trata-se de ação de cobrança de indenização do Seguro DPVAT.

A jurisprudência dominante exige a comprovação de prévio requerimento administrativo e o correspondente indeferimento para que reste configurado o interesse processual.

Ilustrativamente:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURO DPVAT. SENTENÇA QUE EXTINGUIU O FEITO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO POR FALTA DE INTERESSE DE AGIR. AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. NECESSIDADE. PRECEDENTE DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL EXARADO EM SEDE DE REPERCUSSÃO GERAL. AÇÃO AJUIZADA DEPOIS DO JULGAMENTO DO ARRESTO PARADIGMA. INAPLICABILIDADE DA REGRA DE TRANSIÇÃO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO DO RECURSO. “Esta corte já firmou entendimento no sentido de que o estabelecimento de condições para o exercício do direito de ação é compatível com o princípio do livre acesso ao Poder Judiciário, previsto no artigo 5º, XXXV, da Constituição Federal. A ameaça ou lesão a direito aptas a ensejarem a necessidade de manifestação judiciária do estado só se



Assinado eletronicamente por: DIEGO GARCIA OLIVEIRA - 30/04/2020 18:02:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20043018025869500000029094400>
Número do documento: 20043018025869500000029094400

Num. 30276621 - Pág. 1

caracterizam após o prévio requerimento administrativo, o qual não se confunde com o esgotamento das instâncias administrativas, consoante firmado pelo plenário da corte no julgamento de repercussão geral reconhecida nos autos do RE 631.240, Rel. Min. Roberto Barroso. " (STF RE 839.353 MA, Relator: Min. Luiz Fux, data de julgamento: 04/02/2015, data de publicação: DJE-026 divulg. 06/02/2015 e public. 09/02/2015). (TJPB, APL 0010339-16.2015.815.2001, Primeira Câmara Especializada Cível, Rel. Des. Leandro dos Santos, DJPB 03/04/2017, p. 8).

AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE EM VIRTUDE DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. SENTENÇA QUE EXTINGUIU O FEITO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO POR FALTA DE INTERESSE DE AGIR. APELAÇÃO. AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. NECESSIDADE. PRECEDENTE DO STF. PEDIDO ADMINISTRATIVO NÃO DEMONSTRADO. AUSÊNCIA DE PRETENSÃO RESISTIDA APTA A JUSTIFICAR A PROPOSITURA DA AÇÃO. DESPROVIMENTO DO RECURSO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. "Esta Corte já firmou entendimento no sentido de que o estabelecimento de condições para o exercício do direito de ação é compatível com o princípio do livre acesso ao Poder Judiciário, previsto no artigo 5º, XXXV, da Constituição Federal. A ameaça ou lesão a direito aptas a ensejarem a necessidade de manifestação judiciária do Estado só se caracterizam após o prévio requerimento administrativo, o qual não se confunde com o esgotamento das instâncias administrativas, consoante firmado pelo Plenário da Corte no julgamento de repercussão geral reconhecida nos autos do RE 631.240, Rel. Min. Roberto Barroso" (STF. RE: 839353 MA, Relator: Min. LUIZ FUX, Data de Julgamento: 04/02/ 2015, Data de Publicação: DJe-026 DIVULG 06/02/2015 PUBLIC 09/02/2015) (TJPB, APL 0040819-50.2010.815.2001, Quarta Câmara Especializada Cível, Rel. Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira, DJPB 24/03/2017, p. 16).

No mesmo sentido: TJPB, APL 0020823-61.2013.815.2001, Terceira Câmara Especializada Cível, Rel^a Des^a Maria das Graças Morais Guedes, DJPB 11/04/2017, p. 14; e TJPB, APL 0002391-51.2014.815.2003, Segunda Câmara Especializada Cível, Rel. Des. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho, DJPB 11/04/2017, p. 10).

Em consulta ao sítio eletrônico da Seguradora Líder, verifico que a indenização ainda não foi apreciada administrativamente EM VIRTUDE DE DOCUMENTOS FALTANTES QUE NÃO FORAM ENTREGUES (boletim de ocorrência e declaração do proprietário do veículo), tendo a promovida aberto prazo de cento e oitenta dias para saneamento das lacunas.



Portanto, NÃO HOUVE INDEFERIMENTO ADMINISTRATIVO, MAS DESÍDIA DA PRÓPRIA PARTE AUTORA NA FORMALIZAÇÃO DO PEDIDO ADMINISTRATIVO, TENDO HAVIDO CONCESSÃO DE PRAZO PARA ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO FALTANTE.

Verifica-se, na espécie, que não houve, portanto, indeferimento administrativo previamente ao ajuizamento desta ação.

Consigno, por fim, não ser o caso de intimação do autor para comprovar o prévio requerimento administrativo e correspondente indeferimento, nos moldes do art. 321 do CPC, porquanto os documentos já encartados nos autos indicam, sem qualquer dúvida, que não houve recusa administrativa de pagamento até o presente momento, de modo que essa diligência seria inútil, servindo tão somente para retardar a prestação jurisdicional.

Posto isso, nos moldes do art. 485, I, c/c art. 330, III, do CPC, **INDEFIRO A INICIAL, EXTINGUINDO O PROCESSO SEM RESOLUÇÃO DE MÉRITO POR FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL**, e condeno a parte autora ao pagamento das custas processuais, observada a suspensão de exigibilidade de que trata o art. 98, §3º, do CPC, por ser beneficiária da gratuidade judiciária.

Dispensada a publicação no Diário da Justiça Eletrônico (art. 5º, *caput*, da Lei Federal n.º 11.419/2006¹).

Intime-se a parte autora, somente por intermédio de seu advogado (expediente eletrônico).

Decorrido o prazo recursal sem manifestação, certifique-se o trânsito em julgado e arquive-se, independentemente de nova conclusão.

Cumpra-se.

Taperoá/PB, data e assinatura eletrônicas.

Juiz(a) de Direito



APELAÇÃO EM ANEXO - FORMATO PDF



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 11/05/2020 21:39:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051121391384100000029358781>
Número do documento: 20051121391384100000029358781

Num. 30566838 - Pág. 1



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA DA COMARCA DE TAPEROÁ - PB.

INTERESSE DE AGIR CONFIGURADO - REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO NEGADO

PEDIDO ADMINISTRATIVO NEGADO - AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS (DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO) - A APELANTE NÃO POSSUI O DOCUMENTO EXIGIDO - REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO REALIZADO COM OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SUA CONCESSÃO.

INFORMA A PARTE APELANTE QUE NÃO PODE ACOSTAR DOCUMENTOS NO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO DOS QUAIS NÃO OS POSSUEM COMO A DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO SOB PENA DE INCORRER EM CRIME DE FALSIDADE IDEOLÓGICA

ARTIGO 299 DO CPC - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO INCLUSO

CARTA NEGADA INCLUSA

Autos: 08002685020208150091

GINALDO DA SILVA FEITOSA, menor *impúrbere*, representado neste ato pela a sua genitora **FRANCINETE FEITOSA**, já devidamente qualificado no Processo n° **xxxxx**, por intermédio de seus procuradores e advogados infra-assinados, inconformada, data vénia, com a respeitável decisão prolatada no processo em epígrafe, vem, perante Vossa Excelência, interpor o presente **RECURSO DE APELAÇÃO**, requerendo a remessa dos autos ao Egrégio Tribunal de Justiça da Paraíba, com fulcro no que preceitua o artigo 1009 e seguintes do NCPC.

Requer ainda, com base no que preceitua os artigos 4º e 9º da Lei N°. 1.060/1950, que o presente recurso seja recebido com os benefícios da justiça gratuita, uma vez que a Apelante não dispõe de condições financeiras de arcar com as custas processuais sem prejudicar o próprio sustento.

Nestes Termos, P. deferimento.

Taperoá, 10 DE MAIO DE 2020.

MARCELO DANTAS LOPES

Advogado OAB/PB 18.446

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, N° 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira centro - Fone: (83) 3343-4101 - Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, N° 121, Centro - Fone: 88939848



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 11/05/2020 21:39:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051121391573100000029358792>
Número do documento: 20051121391573100000029358792

Num. 30567099 - Pág. 1



EGRÉGIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA PARAÍBA

Apelante: GINALDO DA SILVA FEITOSA, menor *impúrbere*, representado neste ato pela a sua genitora **FRANCINETE FEITOSA**

Autos: 08002685020208150091

Comarca de Origem: Taperoá/PB

RAZÕES RECURSAIS DO APELANTE

Colenda Turma Julgadora,

Eminente relator,

Merece reforma total a sentença proferida pelo MM. Juiz de Primeiro Grau, tendo em vista ter contrariado frontalmente os princípios constitucionais **DO LIVRE ACESSO A JUSTICA E DA INAFASTABILIDADE DA JURISDIÇÃO ESTABELECIDOS** no artigo 5º, inciso XXXV da Constituição Federal.

Outrossim, Nobres Julgadores, **O APELANTE ciente de seu direito ingressou com o pedido administrativo com toda a documentação exigida pela a apelada para obter o seguro DPVAT NO QUAL FAZ JUS como o Boletim de Ocorrência (BO), os Prontuários Médicos do Hospital Geral de Taperoá e do Hospital de Trauma de Campina Grande/PB e outros documentos, tendo O PRESENTE PEDIDO NEGADO em virtude da exigência de um documento no qual a autora NÃO POSSUI, COMO A DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO.**

Logo, Nobres Julgadores, O APELANTE REALIZOU O DEVIDO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO, HAJA VISTA QUE POSSUIA OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SUA CONCESSÃO, CONTUDO NUNCA OBTEVE RESPOSTA ACERCA DO SEU DIREITO DE RECEBER O SEGURO DPVAT.

NESTE CONTEXTO, NOBRES JULGADORES, O DOUTO JUIZ A QUO EXTINGUIU O PRESENTE FEITO POR FALTA DE INTERESSE DE AGIR, MESMO ESTANDO INCLUSO O PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO COMO DETERMINA A ATUAL JURISPRUDÊNCIA E A CARTA DE INDEFERIMENTO.

Escrivório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira centro - Fone: (83) 3343-4101 - Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: 88939848





ADEMais, como já mencionado o presente pedido administrativo encontra-se negado, destarte, o interesse de agir resta devidamente configurado.

DATA MAXIMA VÊNIA, A ATUAL JURISPRUDÊNCIA NÃO DETERMINA O COMPLEMENTO/EXAURIMENTO, MAS SIM NO PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO, O QUE FOI FEITO PELA APELANTE.

LOGO, ANTE AO PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO COMO DETERMINA A JURISPRUDÊNCIA ATUAL E O PEDIDO ADMINISTRATIVO NEGADO O APELANTE REQUER A REFORMA DA REFERIDA SENTENÇA.

1. BREVE ESBOÇO DA LIDE

A Parte Apelante ajuizou a presente demanda pleiteando junto ao Poder Judiciário a indenização do seguro obrigatório DPVAT decorrente de acidente de trânsito.

Nisto, Nobres Desembargadores, a petição inicial foi devidamente instruída com os documentos necessários para concessão da indenização do seguro obrigatório DPVAT como o Boletim de Ocorrência, Prontuário médico, e outros documentos, bem como, **A JUNTADA DO PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO E A CARTA DE INDEFERIMENTO DA APELADA.**

Necessário se faz dizer que **O PRESENTE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO FOI ACOMPANHADO DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A CONCESSÃO COMO BOLETIM DE OCORRÊNCIA, PRONTUÁRIO MÉDICO** e outros documentos

Desta feita, o juízo a quo **EXTINGUIU O FEITO POR FALTA DE INTERESSE DE AGIR, MESMO TENDO O APELANTE REALIZADO O PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO E O MESMO ESTANDO NEGADO.**

A sentença recorrida a **AFRONTA A GARANTIA CONSTITUCIONAL DO LIVRE ACESSO A JUSTIÇA E O PRINCIPIO DA INAFASTABILIDADE DA JURISDIÇÃO, haja vista, QUE O REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELA APELANTE ENCONTRA-SE NEGADO.**

Escrítorio Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira centro - Fone: (83) 3343-4101 - **Escrítorio Filial Taperoá** - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: 88939848





Inconformado com a sentença monocrática, a parte autora interpõe a presente Apelação, com vistas à reforma total da sentença de 1.º Grau, com suporte nas razões a seguir expostas.

2. Dos Pressupostos de Admissibilidade e a sua Tempestividade

A intimação do apelante se deu por meio da plataforma PJE no dia 11/05/2020, devendo-se considerar os prazos processuais só devem ser contados a partir do primeiro dia útil seguinte, tendo o prazo fatal no dia 01/06/2020.

Logo, o presente recurso ENCONTRA-SE plenamente tempestivo.

Acerca das custas e emolumentos recursais, salienta o apelante que não possui meios de arcar com as mesmas sem prejuízo de sua própria subsistência e de sua família, logo, requer o deferimento da assistência judiciária gratuita nos termos da Lei nº 1060/50.

Os demais pressupostos intrínsecos e extrínsecos do Recurso de Apelação estão plenamente preenchidos.

3. Do Mérito

A decisão do juízo a quo não deve ser mantida, porquanto está em desconformidade com os dispositivos legais e constitucionais, como se vê o **PEDIDO ADMINISTRATIVO ENCONTRA-SE NEGADO, DESTARTE, O INTERESSE DE AGIR ENCONTRA-SE CONFIGURADO.**

Outrossim, o interesse de agir já restaria **CONFIGURADO PELO PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO, CONFORME JURISPRUDÊNCIA ABAIXO:**

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURO DPVAT. SENTENÇA QUE EXTINGUIU O FEITO EM RESOLUÇÃO DO MÉRITO POR FALTA DE INTERESSE DE AGIR. AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. NECESSIDADE. PRECEDENTE DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL EXARADO EM SEDE DE REPERCUSSÃO GERAL. AÇÃO AJUIZADA DEPOIS DO JULGAMENTO DO ARRESTO PARADIGMA. INAPLICABILIDADE DA REGRAS DE TRANSIÇÃO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO DO RECURSO. "Esta corte já firmou entendimento no sentido de que o estabelecimento de condições para o exercício do direito de ação é

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira centro - Fone: (83) 3343-4101 - **Escritório Filial Taperoá** - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: 88939848





compatível com o princípio do livre acesso ao Poder Judiciário, previsto no artigo 5º, XXXV, da Constituição Federal. A ameaça ou lesão a direito aptas a ensejarem a necessidade de manifestação judiciária do estado só se caracterizam após o prévio requerimento administrativo, o qual não se confunde com o esgotamento das instâncias administrativas, consoante firmado pelo plenário da corte no julgamento de repercussão geral reconhecida nos autos do RE631.240, Rel. Min. Roberto Barroso. " (STF RE 839.353 MA, Relator: Min. Luiz Fux, data de julgamento: 04/02/2015, data de publicação: DJE-026 divulg. 06/02/2015 e public. 09/02/2015). (TJPB, APL 0010339-16.2015.815.2001, Primeira Câmara Especializada Cível, Rel. Des. Leandro dos Santos, DJPB 03/04/2017, p. 8).

ACÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE EM VIRTUDE DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. SENTENCA QUE EXTINGUIU O FEITO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO POR FALTA DE INTERESSE DE AGIR. APELAÇÃO. AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. NECESSIDADE. PRECEDENTE DO STF. PEDIDO ADMINISTRATIVO NÃO DEMONSTRADO. AUSÊNCIA DE PRETENSÃO RESISTIDA APTA A JUSTIFICAR A PROPOSITURA DA AÇÃO. DESPROVIMENTO DO RECURSO. MANUTENÇÃO DA SENTENCA. "Esta Corte já firmou entendimento no sentido de que o estabelecimento de condições para o exercício do direito de ação é compatível com o princípio do livre acesso ao Poder Judiciário, previsto no artigo 5º, XXXV, da Constituição Federal. A ameaça ou lesão a direito aptas a ensejarem a necessidade de manifestação judiciária do Estado só se caracterizam após o prévio requerimento administrativo, o qual não se confunde com o esgotamento das instâncias administrativas, consoante firmado pelo Plenário da Corte no julgamento de repercussão geral reconhecida nos autos do RE 631.240, Rel. Min. Roberto Barroso" (STF. RE: 839353 MA, Relator: Min. LUIZ FUX, Data de Julgamento: 04/02/ 2015, Data de Publicação: DJe-026 DIVULG 06/02/2015 PUBLICADO 09/02/2015) (TJPB, APL 0040819-50.2010.815.2001, Quarta Câmara Especializada Cível, Rel. Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira, DJPB

Escrítorio Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira centro - Fone: (83) 3343-4101 - **Escrítorio Filial Taperoá** - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: 88939848



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 11/05/2020 21:39:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051121391573100000029358792>
Número do documento: 20051121391573100000029358792

Num. 30567099 - Pág. 5



24/03/2017, p. 16).

Outrossim, a extinção do processo sem resolução ao mérito ante a COMPROVAÇÃO DO PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO, bem como, A CONSTATAÇÃO DO INDEFERIMENTO ADMINISTRATIVO É UMA AFRONTA AOS PRINCIPIOS CONSTITUCIONAIS PROCESSUAIS DO LIVRE ACESSO A JUSTIÇA E DA INAFASTABILIDADE DA JURISDIÇÃO.

4. Das Razões Recursais

Como já mencionado, Nobres Julgadores, a presente causa versa sobre a cobrança do Seguro Obrigatório DPVAT no qual o juízo a quo que **EXTINGUIU O FEITO POR FALTA DE INTERESSE DE AGIR, MESMO A APELANTE TER REALIZADO O PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO COMO DETERMINA A ATUAL JURISPRUDÊNCIA E HAVENDO O INDEFERIMENTO DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO (NEGADO).**

Oportuno dizer que, felizmente, a jurisprudência pátria, aplicando o princípio da inafastabilidade da apreciação pelo Poder Judiciário, previsto no **artigo 5º, inciso XXXV, da Constituição Federal, não vacila em garantir que a toda lesão ou ameaça ao direito teve ser apreciado pelo PODER JUDICIÁRIO.**

O apelante **BUSCA APENAS A PRESTAÇÃO JURISDICIONAL APÓS O PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO E A SUA NEGATIVA, DA MELHOR FORMA PREVISTA EM LEI E ACEITA PELOS TRIBUNAIS PÁTRIOS.**

No caso dos autos, é de ser afastada a carência de ação por ausência de interesse de agir, uma vez que **O APELANTE REQUEREU O PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO, E O MESMO ENCONTRA-SE NEGADO.**

Destarte, espera e confia, data vénia, que seu **legítimo direito** não seja excluído da apreciação do Poder Judiciário.

6 - Dos Pedidos Recursais

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira centro - Fone: (83) 3343-4101 - **Escritório Filial Taperoá** - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: 88939848





Por todo o exposto, pelo que consta dos autos e pelo que será suprido pelos DD. Julgadores requer seja o presente recurso **CONHECIDO** e **PROVIDO**, para **ANULAR** a r. sentença que **extinguiu o feito sem resolução do mérito**, afastando a **FALTA DE INTERESSE DE AGIR**, haja vista, que nos autos consta o **PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**, bem como, **CARTA DE INDEFERIMENTO DO PLEITO ADMINISTRATIVO**, restando assim, o interesse de agir configurado, determinando o retorno dos autos ao E. Juízo de origem, a fim de que se dê **prosseguimento ao feito com a determinação da citação da ré, sob pena de afronta aos princípios do livre acesso à justiça e o da inafastabilidade da jurisdição**.

Nestes precisos termos, pede e confia no deferimento.

Taperoá, 10/10/2020

MARCELO DANTAS LOPES

Advogado OAB/PB 18.446

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira centro - Fone: (83) 3343-4101 - **Escritório Filial Taperoá** - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: 88939848



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 11/05/2020 21:39:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051121391573100000029358792>
Número do documento: 20051121391573100000029358792

Num. 30567099 - Pág. 7

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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190351932

Vítima: GINALDO DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: 14/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCINETE FEITOSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



*Ciente da sentença proferida nos presentes autos, bem como,
informa que já houve a juntada do RECURSO DE APelação.*

TAPEROÁ/PB, DATA, HORA E ASSINATURA DIGITAIS.

MARCELO DANTAS LOPES

ADVOGADO OAB/PB 18446



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 12/05/2020 17:01:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051217011393700000029386512>
Número do documento: 20051217011393700000029386512

Num. 30597282 - Pág. 1



Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Taperoá

R JOÃO SUASSUNA, S/N, CENTRO, TAPEROÁ - PB - CEP: 58680-000

Número do Processo: 0800268-50.2020.8.15.0091
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [Acidente de Trânsito]
Polo ativo: AUTOR: G. D. S. F.REPRESENTANTE: FRANCINETE FEITOSA
Polo passivo: REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CERTIDÃO

Certifico e dou fé, que:

- 1) a parte autora interpôs o recurso de apelação ID 30567099 no prazo legal.
- 2) faço conclusão dos autos.

TAPEROÁ, 29 de julho de 2020

PATRICIA GOMES BEZERRA DA COSTA

Técnica Judiciária



Assinado eletronicamente por: PATRICIA GOMES BEZERRA DA COSTA - 29/07/2020 21:20:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072921200335500000031387660>
Número do documento: 20072921200335500000031387660

Num. 32776940 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Taperoá**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800268-50.2020.8.15.0091

DESPACHO

Intime-se o promovido para, querendo, contrarrazoar o apelo no prazo legal.

Após, remetam-se os autos ao E. TJPB independente de nova conclusão.

Cumpra-se.

TAPEROÁ, 4 de agosto de 2020.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: DIEGO GARCIA OLIVEIRA - 04/08/2020 12:56:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080412563718800000031514986>
Número do documento: 20080412563718800000031514986

Num. 32916339 - Pág. 1