



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

PETIÇÃO INICIAL EM ANEXO - FORMATO PDF



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 impúbere, 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 Excelência 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 domicílio na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:



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 iudicia 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 JURIDICOS DA DEMANDA

A causa petendi que se assenta nas linhas a seguir revela o exercício do mais legítimo Direito da Ação e é mote para aplicação inequívoca da lei 6.194/74 e seus consectários 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 Polícia Civil (DOC. 3).

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



Ato contínuo, 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 Polícia 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 Polícia 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, COMPROMETENDO ASSIM, OS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO**, resultando redução funcional e laborativa, conforme Boletim de Ocorrência registrado na Polícia 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 Polícia Civil e Prontuário Médico (DOC. 3 e 4).

Ciente do seu direito requereu administrativamente a concessão do seguro obrigatório DPVAT na agência 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 nexos 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 Excelência, em decorrência do acidente sofrido pelo **GINALDO DA SILVA FEITOSA**, culminado com **FRATURA MÚLTIPLAS NO PÉ ESQUERDO, OCORRENDO AMPUTAÇÃO DO DEDO DO PÉ ESQUERDO, COMPROMETENDO 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, **invalidéz 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 "l" nestes termos:

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



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, defeso 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 acionada 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 mediatos:

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 possui 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



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 petítória, 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 Secretária 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:



- Qual o tipo de lesão sofrida pela Autora em decorrência do acidente mencionado na petição inicial? Quais órgãos?
- A lesão sofrida pelo o 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 nexa 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 reputa 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?



Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,

OUTORGANTE: GINILDO DA SILVA FEITOSA, menor impúbere,
representado neste ato pela sua Genitora Fanci -
NETE FEITOSA, brasileira, solteira, agricultora residente
e domiciliado na Rua Severino Aúlio Faria, S/N, Centro,
Taperoá-PB,
, constituo 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 Seguro 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 Feitosa

OUTORGANTE





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

132.593.864-59

Nome

GINALDO DA SILVA FEITOSA

Nascimento

05/02/2004

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

3998.19AA.B233.7B56

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

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:47:07 do dia 18/05/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

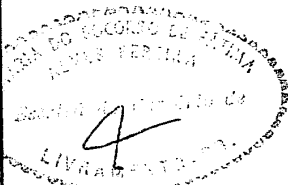
Certidão de Nascimento

NOME:

Ginaldo da Silva Feitosa

MATRÍCULA

0696820155 2004 1 00008 034 0007605 89



DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) 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 ;
MATERNOC(S): Fernando Deodato Feitosa e Maria de Fatima Almeida Feitosa.

GÊMEOS NÃO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) dezoito de fevereiro de dois mil e quatro (18/02/2004). DNV (DEC. NASC. VIVO) NADA CONSTA

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

NOME DO OFÍCIO João Pereira Filho

OFICIAL REGISTRADOR (digite aqui o nome do oficial do cartório)

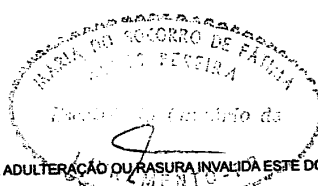
MUNICÍPIO/UF Livramento-PB

ENDEREÇO Rua José Américo Almeida S/N Centro Livramento-PB - CEP 58690000 Fone: (83)3477-1045 E-mail: socorro_cartorio@hotmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Livramento-PB, 19 de março de 2015.

Maria do Socorro de Fátima Alves Pereira
Maria do Socorro de Fátima Alves Pereira
Oficial do Registro Civil

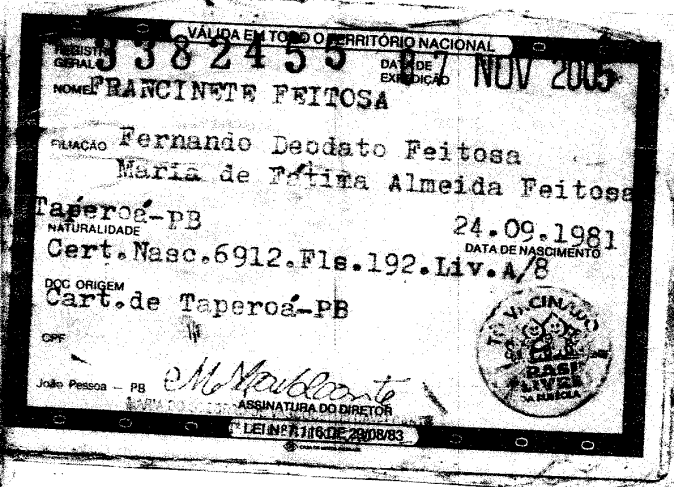
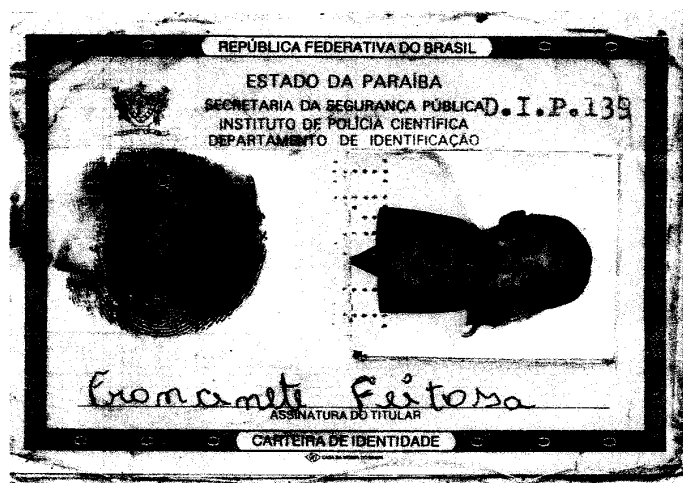
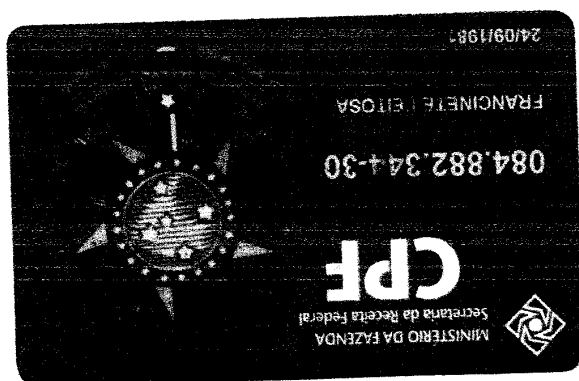
Selo Digital: **AAZ13866-TH4S**
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU FALSIFICAÇÃO DESTE DOCUMENTO

Nº 414805 A



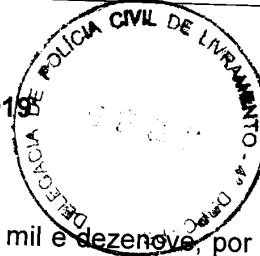


Num. 29773179 - Pág. 5



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

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 029/2019



Aos (15) quinze dias do mês de MAIO do ano de dois mil e dezanove, 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, RENA VAN 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

DETRAN - PE Nº 7179248020
6017610/152

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 2 RODO RENAVAM 040483716 RNTC

NOME/ENDEREÇO
ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49
CASA-POV ANGELICAS
VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGB 029.516.894-45 PLACA KKF6S23

NOME ANTERIOR SEPRAHMOZ LIMA

CHASSI 9C2KCO8105R045874

PLACA ANT./UF *****

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA/ COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS ANO FAB 2004 ANO MOD 2005

CAP/POT/CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

20085731 OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO DIBENS

LOCAL VICENCIA-PE DATA 12/03/08

Coordenador Regional Timbuquá

BILHETE DE SEGURO DE VEICULO

DETRAN - PE Nº 7179248020
6017610/152

NOME/ENDEREÇO
ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49
CASA-POV ANGELICAS
VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGB 029.516.894-45 PLACA KKF6S23

CHASSI 9C2KCO8105R045874

PLACA ANT./UF *****

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA/ COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS ANO FAB 2004 ANO MOD 2005

CAP/POT/CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

20085731 OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO DIBENS

LOCAL VICENCIA-PE DATA 12/03/08

Coordenador Regional Timbuquá



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 7179248020
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 2 COD. RENAVAM 840483716 RNTRO ***** EXERCÍCIO 2008

NOME/ENDEREÇO
ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49
CASA-POV ANGELICAS
VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

PLACA ANT/UF ***** CHASSI 9C2K0C03105R043894

ESP/ST

MARCA/MODELO

DE/OU 150 TITAN KS

CAP/POT/CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS

IPVA 2008 QUITADO 1ª *****

2ª *****

3ª *****

PAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO DIBENS

VICENCIA-PE

17/03/08

Coordenador CIRETRAN - Timbaúba

CHASSI 9C2K0C03105R043894

PLACA KKF6323

CPF/CGC 029.518.894-45

NOME ANTERIOR

SEMPRE MOTOCICLETA

CHASSI 9C2K0C03105R043894

COMBUSTIVEL GASOLINA

ANO FAB. 2004 ANO MOD. 2005

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

CAP/POT/CIL 2P/149CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO DIBENS

VICENCIA-PE

17/03/08

Coordenador CIRETRAN - Timbaúba

CHASSI 9C2K0C03105R043894

PLACA KKF6323

CPF/CGC 029.518.894-45

NOME ANTERIOR

SEMPRE MOTOCICLETA

CHASSI 9C2K0C03105R043894

COMBUSTIVEL GASOLINA

ANO FAB. 2004 ANO MOD. 2005

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

CAP/POT/CIL 2P/149CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO DIBENS

VICENCIA-PE

17/03/08

Coordenador CIRETRAN - Timbaúba

CHASSI 9C2K0C03105R043894

PLACA KKF6323

CPF/CGC 029.518.894-45

NOME ANTERIOR

SEMPRE MOTOCICLETA

CHASSI 9C2K0C03105R043894

COMBUSTIVEL GASOLINA

ANO FAB. 2004 ANO MOD. 2005

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

CAP/POT/CIL 2P/149CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO DIBENS

VICENCIA-PE

17/03/08

Coordenador CIRETRAN - Timbaúba

CHASSI 9C2K0C03105R043894

PE Nº 7179248020 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49

CASA-POV ANGELICAS

VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

EXERCÍCIO 2008 DATA EMISSÃO 17/03/08

NOME/ENDEREÇO

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49

CASA-POV ANGELICAS

VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

EXERCÍCIO 2008 DATA EMISSÃO 17/03/08

NOME/ENDEREÇO

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49

CASA-POV ANGELICAS

VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

EXERCÍCIO 2008 DATA EMISSÃO 17/03/08

NOME/ENDEREÇO

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49

CASA-POV ANGELICAS

VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

EXERCÍCIO 2008 DATA EMISSÃO 17/03/08

NOME/ENDEREÇO

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49

CASA-POV ANGELICAS

VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

EXERCÍCIO 2008 DATA EMISSÃO 17/03/08

NOME/ENDEREÇO

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49

CASA-POV ANGELICAS

VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

EXERCÍCIO 2008 DATA EMISSÃO 17/03/08

NOME/ENDEREÇO

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49

CASA-POV ANGELICAS

VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

EXERCÍCIO 2008 DATA EMISSÃO 17/03/08

NOME/ENDEREÇO

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49

CASA-POV ANGELICAS

VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

EXERCÍCIO 2008 DATA EMISSÃO 17/03/08

NOME/ENDEREÇO

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49

CASA-POV ANGELICAS

VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

EXERCÍCIO 2008 DATA EMISSÃO 17/03/08

NOME/ENDEREÇO

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49

CASA-POV ANGELICAS

VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

EXERCÍCIO 2008 DATA EMISSÃO 17/03/08

NOME/ENDEREÇO

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49

CASA-POV ANGELICAS

VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

EXERCÍCIO 2008 DATA EMISSÃO 17/03/08

NOME/ENDEREÇO

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49

CASA-POV ANGELICAS

VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

EXERCÍCIO 2008 DATA EMISSÃO 17/03/08

NOME/ENDEREÇO

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49

CASA-POV ANGELICAS





HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ
FONE: (83) 3463-2298
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

P.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
Fil.:

DADOS DO ATENDIMENTO

Data.: 25/10/2018 Horário: 22:43 Operador: APARECIDA
Carater.: 02 - URGÊNCIA Tipo de Serviço: CONSULTA
Convenio: SUS AMBULATORIO N° Cartão do Sus: 701406699956735

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

TIPO DE CLASSIFICAÇÃO:

SINAIS VITAIS PA= X mmHg T= PESO= KG
FC= bpm FR: ipm SPO₂= TAX °C GLICEMIA mg/dl
DUM / / DPP / / ESCALA COMDA DE GLASGOW

QUEIXA PRINCIPAL

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:

1° HORA: ASS TEC:
2° 22/55 HORA: ASS TEC:
3° HORA: ASS TEC:
4° HORA: ASS TEC:
5° HORA: ASS TEC:

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

DIAGNÓSTICO

MEDICAÇÃO: ENCAMINHAMENTO CID-10.:
() PRESCRITA () OBSERVAÇÃO () RESIDÊNCIA () EVASÃO
() APLICADA () INTERNAÇÃO () OUTRO HOSPITAL () ALTA MÉDICA
() ÓBITO () OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -
2 -
3 -

MÉDICO: DR. (A)

C.N.S.: 708203626168040 CBO.: 06105


Dr. Sebastião dos Santos
Clínica geral

CRA:

ASSINATURA DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL



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

	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 - Nº DO PRONTUÁRIO 1761748
7 - CARTÃO DO SUS 701406699956735	8 - DATA DE NASCIMENTO 05/02/2004	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCINETE FEITOSA		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SENADOR RUI CORDEIRO, 0, CENTRO		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Taperoá		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 251650
		15 - UF PB
		16 - CEP 58680000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 50px;"> lesão de mudo / lesão n.º 2 de 2º e 3º RDE </div>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 30px;"> TPO cirurgia </div>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 30px;"> Em anexo </div>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Ex. sup. de 2º e 3º RDE		
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Artroscopia		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA 02	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 207428922250018
29 - Nº 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 (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> EULER FABRICIO ALVES CRUZ MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907 </div>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNIE DA EMPRESA 41 - CBOR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - CDO, ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF 46 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



ab 2000/01 2000/01 1 2000 20 2000
2000 20 2000

2000 2000 2000

2000 2000


2000 2000 2000 2000

2000 2000 2000

2000



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

 SUS Sistema Único de 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 - Nº 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 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SENADOR RUI CORDEIRO, 0, CENTRO	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE 83
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Taperoá	14 - CDD 3000 MUNICIPAL 251650
15 - UF PB	16 - CEP 58680000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Exame de urina e hemograma após de 2 e 3 PDE</i>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>TIO emagrecido</i>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Em curso</i>	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Exame de urina e hemograma após de 2 e 3 PDE</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Exame de urina e hemograma após de 2 e 3 PDE</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA <i>02</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 207428922250018	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Euler Fabricio A. Cruz</i>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE EULER FABRICIO ALVES CRUZ	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/10/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>CRM-PB 9907</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - Nº DO BILHETE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAS DA EMPRESA
41 - CNOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - CDD ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	





SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE						
2 - NOME DO PACIENTE						
3 - DATA DE NASCIMENTO						
4 - SEXO						
5 - ENDEREÇO						
6 - CIDADE						
7 - ESTADO						
8 - CEP						
9 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHH)						
10 - DATA DE EMISSÃO DO LAUDO						
11 - DATA DE RECEBIMENTO DO LAUDO						
12 - DATA DE VALIDADE DO LAUDO						
13 - DATA DE EXPIRAÇÃO DO LAUDO						
14 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
15 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
16 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
17 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
18 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
19 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
20 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
21 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
22 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
23 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
24 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
25 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
26 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
27 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
28 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
29 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
30 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
31 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
32 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
33 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
34 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
35 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
36 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
37 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
38 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
39 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
40 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
41 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
42 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
43 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
44 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
45 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
46 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
47 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
48 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
49 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
50 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
51 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
52 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
53 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
54 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
55 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
56 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
57 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
58 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
59 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
60 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
61 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
62 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
63 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
64 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
65 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
66 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
67 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
68 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
69 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
70 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
71 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
72 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
73 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
74 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
75 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
76 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
77 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
78 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
79 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
80 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
81 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
82 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
83 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
84 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
85 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
86 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
87 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
88 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
89 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
90 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
91 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
92 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
93 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
94 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
95 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
96 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
97 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
98 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
99 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						
100 - DATA DE CANCELAMENTO DO LAUDO						

M00.017



4-4 Ative Gabele + Budo
26-10-18 Falt = Silve Budo
27-10-18 Falt = Silve Budo
28-10-18 x Falt = Silve Budo
29-10-18 Falt = Silve Budo
30-10-18 Falt = Silve Budo



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

fx perf. de 2^o e 3^o - PDE
Lado de dentro

Paciente Genildo de Silva Fideles

Alojamento

9

Leito

2

Convênio

Data

26.02.18

Prescrição Médica

1) Dose 1um

2) Suf 3000 mg iv 2x

3) Clinda 600 mg iv 6/6h

4) Eudo 80 mg iv 8/8h

5) Difenoa 1g + 40 mg 6/6h

6) Etecead 30 mg + 40 mg 12/12h

7) Suv + Ceca

8) Emgynal 30 mg vo em jejum

CT

Horário

Leito

Evolução Médica

7) Admissão

Paciente admitido no hospital
de trauma de emergência.

Prontidão de atendimento
e de emergência no
PDE + Exame de
3 - PDE.

CS: VM

Dr. Euler Falcão A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 9907

Dr. Euler Falcão A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 9537



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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

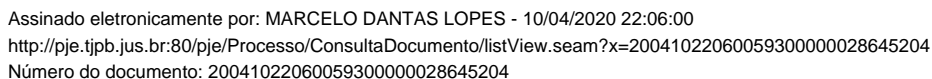
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- ① Põe-se em DDH. sob anest.
- ② Wnspica + atropina + campo estéril
- ③ Lavagem mecânica-compressão vigorosa y com água
estéril qz + desidratado de tecido da digestão
- ④ Redução cuidadosa do peso do intestino
- ⑤ Osteotomia praticada sob controle de sucção, com
fim de Kitchener n° 2,0
- ⑥ Dorso FO + sutura + antídoto
- ⑦ Ovario fixado sobre o grande do 2º PDG com grande
fenda de tecido mole

↓
K

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CÍRURGIA GERAL

PACIENTE:					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
Gimbaldo da Silva Brito 05.02.2004 1761732					
CIRURGIA			CIRURGIÃO		
ANESTESIA			ANESTESIA		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
		26.10.2018	02:20	03:50	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Calel. p/ Oxp.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
	Fontanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Herva ml		Dreno Pozzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Proligimine amp.		Espadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupek
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupek
	Quelcin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H.O. ml		Mononylon
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tetracium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Fiebo cortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Oxigênio l/m		
	Glicose amp.		Polifix		
	Glucos de Cálcio amp.		PVPi Degemante ml		
	Haemacel ml		PVPi Tópico ml	Qtd.	SOROS
	Heparina ml		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Kanakion amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Lasix amp.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Medrotilnazol.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Piasil amp.		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Protamina		Sonda		
	Revivan amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Stuptanon amp.		Sonda Nasogástrica		
	Cefalotina 1g		Sonda Uretral nº		
			Sterycnem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Látex		
	Agulha desc. 3 x 4.5				
	Agulha p/ rague nº				
	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				
EQUIPAMENTOS					
() Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar					
() Serra () Eletrocautério					
() Desfibrilador () Oxiciopigrato					
() Foco Frontal () Cardiomonitor					
() Fonte de Luz () Perfurador Elétrico					



0002-60-20 0002-60-20 0002-60-20
 0002-60-20 0002-60-20 0002-60-20
 0002-60-20 0002-60-20 0002-60-20
 0002-60-20 0002-60-20 0002-60-20
 0002-60-20 0002-60-20 0002-60-20

20

0002-60-20 10

20

20

10

10

10

0002-60-20

20
10
20

0002-60-20

20

20
10

10

10

0002-60-20

0002-60-20 10

0002-60-20

10

10

0002-60-20





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Ginaldo da Silva Feitosa Idade: 14 anos
Convênio: SUS Data: 25/10/18
Procedimento: Osteossíntese percutânea de dedo do pé (E)

Cirurgião: Dr. Tauler (Me) Auxiliar: _____ Anestesista: Dr. Humberto

Início: 02:20 Término: 03:00 Anestesia: Raqui

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
03:15	109x48	63	95%	Rosângela	-	Sonolento
03:45	109x48	55	98%	Rosângela	⊖	II
04:15	112x48	56	98%	Rosângela	-	II
05:00	112x48	55	98%	Rosângela	+	II
06:50	112x48	53	98%	Rosângela	+	II
08:00	125x93	62 bpm	99%	Quirina + Jomes	⊕	Sonolento
09:00	94x47	78 bpm	97%	Quirina + Jomes	⊕	⊕

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações: 09:30 26.10.18
ACT SPTA
S 17/11/2018

Ala Pediátrica

Assinatura Anestesista _____ Circulante _____





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 tosse = 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 O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

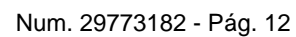
Assinatura do anestesista

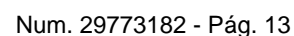


DIAGNÓSTICO

DIAGNOSTICO

Dr. Wagner F. Rizzato
CRM-PB 8643



$$\text{for } 2 \times 10^3 \quad 2^0 + 3^0 \text{ PDE}$$


insulz st cubo-ino

unul
qno.

unul
Cmulo po, 7 e qno



hwp. 20 + 30

Dr. Robert Coste
Georgia - Translating
Cirurgia da Coluna
Cell 5525

7.14.614.13

DIAGNÓSTICO

OK

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Carvalho da Silva		Alojamento:	9	Leito	2	Convênio	Atual do 3º no 8
Data	Prescrição Médica		Horário				Evolução Médica	
30/04	1. Dieta <i>dieta comum</i> 2. SRA 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02Ml + AD EV/06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV/12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clonidine 40mg SC/dia 9. SSV + CCGG		18h 18h 18h 18h 18h 18h 18h 18h 18h	18h 18h 18h 18h 18h 18h 18h 18h 18h			<i>Prontuário atualizado</i> <i>Seguindo prescrição</i>	
	<i>Clonidine 40mg SC/dia</i>						<i>Prontuário atualizado</i> <i>Seguindo prescrição</i>	
	<i>Dieta livre qps aqua.</i> <i>de corfoh.</i> <i>curativo.</i> <i>Atualiza 11/12</i>						<i>Prontuário atualizado</i> <i>Seguindo prescrição</i>	
	<i>Atualiza 11/12</i>						<i>Prontuário atualizado</i> <i>Seguindo prescrição</i>	

Nome do Paciente <u>Ginaldo de Silva Ferreira</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>30/10/18</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>Dr. Marcelo Amarim</u>	1º Auxiliar <u>Dr. Yway (MRZ)</u>		
2º Auxiliar <u>—</u>	3º Auxiliar <u>—</u>	Instrumentador <u>—</u>	
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) Incisão em DDH sob Anestesia local.
- 2) Assepse + Antibiótico + Campos Estéreis.
- 3) Ampliação da 2ª PdT (E) que encobria o nervo após tentativa de fixação após tumor local.
- 4) Linc. el. sfo. 9 / 1
- 5) Sutura c/ Nylon 2-0
- 6) curativo

Dr. J. J. J. J.
Cirurgião Plástico
Rua ... 10.101

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Guilherme da Silva Freitas</u> <u>05/02/2004</u>						GOVERNO DA PARAIBA <small>SECRETARIA DE GESTÃO DE SAÚDE</small> Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<u>Solo OS</u>	<u>SUS</u>	<u>14</u>	<u>1761232</u>		
CIRURGIA <u>mq g. de amputação</u>		CIRURGIÃO <u>Yuri</u>				
ANESTESIA <u>Local</u>		ANESTESIA <u>Yuri</u>				
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
		<u>30/10/18</u>	<u>15:45</u>	<u>19:10</u>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
			Catet. p/ Oxo.		Catgut cromado Sertix	
			Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
			Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
			Compressa Pequena		Catgut Simples	
			Cotonolide		Catgut Simples Sertix	
			Dreno		Catgut Simples Sertix	
			Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
			Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
			Dreno Pezzer n°		Ethibond	
			Equipo de Macrogotas		Ethibond	
			Equipo de Macrogotas		Ethibond	
			Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
			Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
			Esparrapado Largo cm		Fio de Algodrão Sutupak	
			Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
			Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardiaca	
			H ₂ O ml	<u>01</u>	Mononylon <u>30</u>	
			Intracath Adulto		Mononylon	
			Intracath Infantil		Prolene Sertix	
			Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
			Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
			Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
			Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
			Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
			Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
			Luvas 8.5			
			Oxigênio l/m			
			Polifix			
			PVPI Degemante ml			
			PVPI Tópico ml			
			Sabão Antisséptico			
			Saco coletor <u>Luva 1/10</u>	<u>01</u>	SG Normotérmico fr 500 ml	
			Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
			Seringa desc. 20 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
			Seringa desc. 05 ml	<u>01</u>	SG Ring fr 500 ml	
			Sonda		SG fr 500 ml <u>p/ Ringer</u>	
			Sonda Foley			
			Sonda Nasogástrica			
			Sonda Uretral n°			
			Steridren ml			
			Tomeirinha			
			Vaselina ml			
			Gelcon 18			
			Látex			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		EQUIPAMENTOS			
	Agulha desc. 25 x 7		<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso			
	Agulha desc. 28 x 28		<input type="checkbox"/> Serra			
	Agulha desc. 3 x 4.5		<input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	Agulha p/ raque n°		<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal			
	Alcool de Enfermagem		<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar			
	Alcool Iodado ml		<input type="checkbox"/> Eletrocáuterio			
	Ataduras de Crepon <u>OS</u>		<input checked="" type="checkbox"/> Oxícapnógrafo			
	Ataduras de Gessada		<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor			
	Azul metileno amp.		<input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico			
	Benzina ml					
CIRCULANTE RESPONSÁVEL						

MOD 006

Guilherme de Jesus
CNPJ nº 08.950.000/00028645205
CPF nº 08.950.000/00028645205

01-20-22

29-1-2022

10/04/2020

Assinado



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Willy do Anjo	Alojamento		Leito	3-2	Convênio	
----------	---------------	------------	--	-------	-----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
31/10/20	Dr. Duarte Loureiro Atta Hospitalar		Atta Hospitalar
	Atta Hospitalar		
	Atta Hospitalar		
	Atta Hospitalar		
	Atta Hospitalar		
	Atta Hospitalar		
	Atta Hospitalar		
	Atta Hospitalar		





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

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



Governo da Paraíba										SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO										REQUISIÇÃO DE EXAMIN									
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES																													
NOME: <i>Guilherme da Silva Freitas</i>										PRONTUÁRIO																			
ADE: SEXO: <i>M</i> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> COR: <i>B</i> <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PESO: ALTURA: CLINICA: ENF.: LEN:																													
SINAIS CLÍNICOS: <i>Politrauma</i>										ULTRASSONOGRAFIA																			
										Realizada em: <i>05/10/18</i>																			
MATERIAL A EXAMINAR:																													
EXAMES SOLICITADOS: <i>USG - FAST</i>																													
Dr. Tertuliano Leite R. Jr.										RESIDENTE EM CLÍNICA MÉDICA																			
ROTINA:																													



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 10/04/2020 22:06:00



GOVERNO
DA PARANÁ

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

REQUISIÇÃO DE EXA

OME:	GINALDO SELVA FEITOSA										PRONTUÁRIO
ADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEI				
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>									

ADOS CLÍNICOS:

Politrauma

ATERIAL A EXAMINAR:

AMES SOLICITADOS:

*Rx coluna cervical Ap
Rx Forax AP
Rx de bacia AP*

Dr. Teruliano Leite R. Jr.
PEDIATRA CIRURGIÃO GERAL
CLÍNICA MÉDICA
GRUPO 10-11

RAIO-X
26/04/2020





GOVERNO DO PARANÁ		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISICÃO DE EXAME	
NOME:		G. de S. de		PRONTUÁRIO			
IDADE:		SEXO:		COR:		PESO:	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>					
CLÍNICA:		ALTURA:		ENF:		LEI	
DADOS CLÍNICOS:							
MATERIAL A EXAMINAR:							
EXAMES SOLICITADOS:							
De Euler Roberto A. Cruz CR14-P8 9901 NR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA							
URGÊNCIA:		ROTINA:		HORA DA SOLICITAÇÃO:		DATA:	
<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				26.10.18	





GOVERNO
DO PARANÁ

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

OME:	Gonardo de Silva										PRONTUÁRIO
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEI			
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>									

ANAMNESE CLÍNICA:

Tratado 1.º ps. op.

RAIO X
REALIZADO EM:
30/10/18

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx ps (E) AP + oblíquos

URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>
DATA:	20/10/18		
		HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Dr. Yury Paiva
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 10.220





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Ex. Pr. Esquerdo

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ginildo da Silva Registro: Leito: 9-2 Setor Atual: Red

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,5°C; P: bpm; FR: 19 irpm; PA: 120x50 mmHg; FC: 60 bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D (X) Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculat. pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (X) Diminuídos () D () E

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorat.: () 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 ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> < 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MS-E</u> 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: <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"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> 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 () Hematúria () SVD; Débito ml/h:
Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:
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: <input checked="" type="checkbox"/> Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () 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: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
<u>Realizado curativo e limpeza de MIE. Há presença de necrose, apresenta-se</u> <u>crassa, carotenquinosa, com presença de sinais flogísticos.</u> <u>Lamina Deylla - Estágio de Enfermagem - UEPB.</u> <u>14:00 T: 36,4°C. S: 60 bpm. SpO2 98%.</u> <u>sem. em. vital está zero. aponta dor 10 cm</u> <u>passivamente encorajado a respirar.</u> <u>19:00 sem. vital está zero. aponta dor 10 cm</u> <u>sem. vital está zero. aponta dor 10 cm</u> <u>sem. vital está zero. aponta dor 10 cm</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Dr. Davidson Gouveia S.</u> DATA: <u>30/10/2018</u> HORA: <u>10:16</u> h
ENFERMEIRO COREN-PB 309810

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Guinaldo da Silva Registro: _____ Leito: 9-2 Setor Atual: Ped

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36.3 °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: 85 bpm; SPO2: 98 %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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 _____

☒ 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 ÓRGÃOS 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.



14A

Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: (<input checked="" type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia ()
Ausculata cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/>) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSD</u> 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: (<input checked="" type="checkbox"/>) Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/>) 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 () Hematúria () SVD; Débito _____ ml/h;
Aspecto: () Outros: _____ Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses (<input checked="" type="checkbox"/>) Hematomas (<input checked="" type="checkbox"/>) Escoriações () Outros:
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () 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: (<input checked="" type="checkbox"/>) Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória () 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: (<input checked="" type="checkbox"/>) Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
Doente evolui estável, normotérmico (36,3°C), Eupneico (98%), normocardiaco (85 bpm), Religião Católica no MMIE, apresentando melhora no local, segue sob os cuidados de enfermagem, aguardando procedimentos cirúrgicos em PE F
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Vera Lúcia Barbosa Aquino ENFERMEIRA COREN 85501 DATA: 29/10/18 HORA: _____ h
DEUS É FIEL

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



9.2

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Guinaldo da S. Teles 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 PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgésia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

☒ Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO2 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: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: (x) Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (x) JVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: (x) 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: (x) Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (x) 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: <i>Modelos avaliativos de Lúcia</i>	
INTERCORRÊNCIAS	
<i>08:30h auto elativo, o dia com ruído e sonolência.</i>	
<i>20:00h T=36.9°C FC=58bpm SpO2 99%</i>	
<i>Assinado eletronicamente por: JOSÉ MARIA ALVES ENFERMEIRO COREN 427594</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <i>28/10/18</i> HORA: ____ h	

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Genildo da Silva Registro: Leito: 92 Setor Atual: Ex PC I E A

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,5°C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: 65 bpm; SPO2: 98 %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Auscultação 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 ÓRGÃOS 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: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Data da punção: ____/____/____
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora:	Data: ____/____/____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas (X) Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: (X) 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: (X) Satisfatória (X) Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) 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	
Aquecimento proximalmente cirúrgico. não realizado curativo	
20:00 T- 36,8°C SpO2 - 96% FC- 82 bpm	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
DATA: 24/10/18 HORA: ____ h	

Joselma Oliveira Alves
ENFERMEIRA
COREN 427594

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



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

9.2

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ginaldo da Silva Furtado Registro: _____ Leito: _____ Setor Atual: _____
Idade: 14 Sexo: M Cor: _____ Estado Civil: _____ Naturalidade: _____ Profissão: _____
Procedência: () Vermelha () Amarela () Verde () UTI ☒ CC () Ala: () Residência () Outro
Data da internação hospitalar: 26/10/18 Data da internação no setor: 26/10/18
Tem um cuidador/Responsável: ☒ Quem? genitora
Telefone: _____ Tem acesso a uma UBS: () Qual: _____

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivos: _____ Alergias: () Qual: _____
Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade () Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia
() Alcoolismo () Drogadição () Outros: _____ Medicamentos em uso: _____

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar):

Poli-trauma

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SpO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia. Local: _____

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT n° Comissura labial n° FiO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

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

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

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

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


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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS 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: ()			
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. 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"/> JVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT Hora: Data: ____/____/____			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () 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 () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;			
Aspecto: () Outros: Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Íntegra () 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>2000 do 2º @ 3º e 4º</u> 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>200 T: 36,6 °C FC: 64 bpm SpO2: 97</u>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <u>26/10/18</u> HORA: ____ h			
			

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Givaldo da Silva Feitosa			
End:	R: Senador Rui Carneiro		Bairro:	Tapera
Data de Nascimento:	05-02-04	Documento de Identificação:		
Queixa:	Acidente	Data do Atend.:	26-10-18	Hora: 00:20
Acidente de trabalho?	() Sim () Não			

moto

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

- ☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Endereço:
Endereço:
310.725

Assinatura e carimbo do profissional





EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

LiPE 00:35 h

Patient's present address
Adelphi Street, Newark
Robt. H. H. H. H.
Adelphi Street at Adelphi
Newark, N. J.

Caution: ① Always use pipe

② Spranca antobesia

MEDICO
1806-1807

* WIKTOPEDIA in it

Amplas de probare asupra de 2° a 3° PD.

Dr. Euler Palomero A. Cruz
MR. CROPODA - 18466410354
CRM-PB 9907

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

() Centro cirúrgico _____ () Mais hospitalar ✓ () Já revela
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica ✓
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Outro _____

~~X~~ Frequência F20 + 0,50

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

C80

10ADEF



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



ECT - LMP BRAS DE CORREIOS E TELEGRAFOS
 Ag: 30301220 - AC LIVRAMENTO
 - PB
 CNPJ: 34028316309700 Ins Est: 1607495500
 COMPROVANTE DO CLIENTE
 Cliente: SEGURADORA LIDER CONDOR SEGU
 CNPJ/CPF: 09248608000104
 Doc. Post: 3382455
 Contrato: 9912280636 Cod Adm: 11305/09
 Cartao: 62267655
 Movimento: 15/05/2015 Hora: 11:23:20
 Caixa: 91644970 Matrícula: 84783397
 Lançamento: 007
 Modelo: A Faturar ID Inquete: 1643581381
 DESCRICAO: SEGURO PRIVAT ATE 30
 OTD: 1
 PRECO(R\$): 23,26+
 Valor do Porte(R\$): 23,26
 Peso real (G): 103
 Peso Tarifado: 0,103
 CNPJ/CPF Remet: 08468234430
 Nome Remetente: FRANCINETE DA SILVA FEITOS
 Cont. Nome: A
 Endereco Remet: RUA SENADOR RUI CARNEIRO
 Cont Endereco: 124 CASA - SAO JOSE
 Cap Remetente: 58680-000
 Cidade Remet: TAPEIRA
 UF Remet: PB
 POSTAL RESPOSTA DPV: 1
 Valor do Porte(R\$): 29,00
 Cap Destino: 20011-500
 Peso real (G): 104
 Peso Tarifado: 0,104
 OBJETO: DV127450981BR



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 e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua SENADOR Rui Carneiro</u>
Número	<u>124</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>São José</u>
Cidade	<u>Taperoá</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58680000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99640-4818</u>
E-mail	<u>marcelo.dantas.lobes@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Taperoá/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
mencionado 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
local seguro e não sabendo.*

Assinatura do Declarante

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



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 132.593.864-59	Nome completo da vítima GINAUGO DA SILVA FERREIRA
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FRANCINETE FERREIRA	CPF titular da conta 084.882.344-30	Profissão AGRICULTORA
Endereço Rua Salvador Rui Carneiro	Número 124	Complemento CASA
Bairro São José	Cidade Taperoá	Estado PB
Email marcelodantas@gmail.com	CEP 58680-000	Telefone (DDD) (83) 99640-4248

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

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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 dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
Bradesco S/A	
AGÊNCIA NRO.	D/V
1563	6
(Informar dígito se existir)	
CONTA NRO.	D/V
0023447	7
(Informar dígito 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: **Francinete Ferreira**
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal: **Francinete Ferreira**



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Guilherme da Silva FeresDATA DO ACIDENTE 31/03/18 CPF DA VITIMA 132593864-59

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COMA VITIMA É Genimeia (mãe)ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Soudade Rui CarneiroNº 184 COMPLEMENTO Casa BAIRRO São JoséCIDADE Taperoá UF AB CEP 58680-000E-MAIL marcelodantas@gmail.com TELEFONE (81) 98640-4118

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ IMPOSSIBILIDADE 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☒ PERFIL DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ CARTeira 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)☒ 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

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

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTeira 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)

() 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 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07/05/19IDENTIDADE 3382455ASSINATURA Marcelo Dantas Lopes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

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.lvara@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





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 ARESTO 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



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, Relª Desª 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 archive-se, independentemente de nova conclusão.

Cumpra-se.

Taperoá/PB, data e assinatura eletrônicas.

Juiz(a) de Direito



APELAÇÃO EM ANEXO - FORMATO PDF





**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 CPB - 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 impúbere,
representado neste ato pela a sua genitora **FRANCINETE
FEITOSA**, já devidamente qualificado no Processo n° **XXXXXX**,
por intermédio de seus procuradores e advogados infra-
assinados, inconformada, data vênua, 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





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 JUSTIÇA 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 OBTVEU 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.

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





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 JURISPRUDENCIA 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 PRINCÍPIO DA INAFASTABILIDADE DA JURISDIÇÃO, haja vista, QUE O REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELA APELANTE ENCONTRA-SE NEGADO.

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





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 ARESTO 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 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. 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 PUBLICADO 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).

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 PRINCÍPIOS 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 vênia, que seu **legítimo direito** não seja excluído da apreciação do Poder Judiciário.

6 - Dos Pedidos Recursais





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





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



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 11/05/2020 21:39:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051121391676200000029358793>

Número do documento: 20051121391676200000029358793

***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





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





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

