



Número: **0801059-93.2020.8.15.0131**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Cajazeiras**

Última distribuição : **09/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ZILDA PEREIRA BARROS GOMES (AUTOR)		JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31420 249	09/06/2020 19:08	Petição Inicial	Petição Inicial
31420 251	09/06/2020 19:08	2018	Documento de Comprovação
31420 252	09/06/2020 19:08	2019	Documento de Comprovação
31420 253	09/06/2020 19:08	2020	Documento de Comprovação
31420 254	09/06/2020 19:08	B.O	Documento de Comprovação
31420 255	09/06/2020 19:08	COMP RESID VITIMA	Documento de Comprovação
31420 256	09/06/2020 19:08	DOC HOSPITALAR 1	Documento de Comprovação
31420 257	09/06/2020 19:08	DOC HOSPITALAR 2	Documento de Comprovação
31420 258	09/06/2020 19:08	GuiaCustas	Documento de Comprovação
31420 259	09/06/2020 19:08	PETIÇÃO INICIAL DIFERENÇA	Informações Prestadas
31420 260	09/06/2020 19:08	PROCURAÇÃO JUDICIAL E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA	Procuração
31420 261	09/06/2020 19:08	RG E CPF VITIMA	Documento de Identificação
31420 262	09/06/2020 19:08	SAMU	Documento de Comprovação
31420 263	09/06/2020 19:08	Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo	Documento de Comprovação
32670 170	27/07/2020 13:00	Despacho	Despacho

PDF



Situação das Declarações IRPF 2018

Prezado Contribuinte (CPF 037.021.304-11),

ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

09/06/2020

18:52

versão 01.20180815

[Voltar](#)



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R



Situação das Declarações IRPF 2019

Prezado Contribuinte (CPF 037.021.304-11),

ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

09/06/2020

18:51

versão 01.20180815

Voltar



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R



Situação das Declarações IRPF 2020

Prezado Contribuinte (CPF 037.021.304-11),

ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

09/06/2020

18:50

versão 01.20180815

[Voltar](#)



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 328/2018/DPVAT

Natureza da ocorrência - SINISTRO DE TRANSITO
Data do fato: 02.05.2018 HORÁRIO: 09H00 APROXIMADAMENTE
Data de notícia do fato a Depol: 08.05.2018
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA.



NOTIFICANTE: FABIANO DA SILVA ALVES, brasileiro (a), natural de Cajazeiras -PB, aux. Serviços gerais, nascido (a) em 22.10.1986, união estável, filho (a) de José Alves da Silva e Ilzete da Silva Alves, residente na Rua Travessa Dr. José Vicente Leite, 36, bairro São Francisco - Cajazeiras - PB. RG 4.203.758 SSP PB

VÍTIMA: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES, brasileira, união estável, nascida em 05.10.1972, natural de Cajazeiras-PB, filho de Bernardo Barros de Souza e Berenice Pereira de Barros, residente a residente na Rua Travessa Dr. José Vicente Leite, 36, bairro São Francisco - Cajazeiras - PB.

HISTÓRICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE em 02.05.2018, por volta das 09h00 aproximadamente, a vítima ZILDA PEREIRA BARROS GOMES, conduzia o veículo HONDA/CG125 FAN KS, VERMELHA, ANO FAB/MOD 2009/2010, PLACA NQE6780/PB, CHASSI 9C2JC4110AR548107, RENAVAL 0018408536-5, MATRICULADA EM NOME DE IRANILDO BEZERRA DA SILVA TRAFEGAVA NA RUA PROFETA JOAO ALVES, QUANDO PASSOU SOBRE UM BURACO NO ASFALTO, VINDO A PERCER O CONTROLE E A CAIR; QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA AO HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS - HRC, QUE SOFREU FRATURA NA PERNA DIREITA, SENDO NECESSÁRIO INTERVENÇÃO CIRURGICA, A QUAL SERÁ REALIZADA, E TRAUMAS PELO CORPO. DIANTE DESTE FATO VEIO A ESTA DEPOL REGISTRAR OCORRÊNCIA E PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Seguindo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 08 de MAIO de 2018.

X *Fabiano da Silva Alves*

☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Elisangela N. Dantas

Mat. 155.719-0

Elisangela N. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155.719-0

POLEGAR
DIREITO

27 JUL. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boloto para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica : N° 005.422.485



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

DADOS DO CLIENTE

ZILDA PEREIRA BARROS GOMES
TRAV DR JOSE VICENTE LEITE 36
CAJAZEIRAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/205080-5

REFERÊNCIA

ABR/2018

APRESENTAÇÃO

23/04/2018

CONSUMO

128

VENCIMENTO

30/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 88,69



DESTAQUE AQUI

ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

Roteiro: 13-212-185-3680

83640000000-3 88690054000-8 02050802018-5 04700212019-5

Acesse: www.energisa.com.br

VENCIMENTO

30/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 88,69

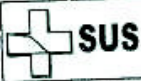
MATRÍCULA

205080-2018- 04-7



27 JUL. 2018





Sistema Único da Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

2 | 6 | 1 | 3 | 4 | 7 | 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

MASC. ☐FEM. ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

27 JUL. 2018





Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

INFORMAÇÃO

Informo para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

Nome Erlon Pereira Gomes N.º 1

Cartão Nacional de Saúde (CNS) 161017171818121515110101018

Data Nascimento 05 / 10 / 1972 Residente à (Rua, Av.) Travessa Uir-

ante Rute, 36 N.º 36 Bairro São Francisco

Cidade Cajazeiras UF PB Segurado ou Dependente Fabi-

lante Grau Parentesco irmão

no qual dou fé

Cajazeiras, 02 / 07 / 2018

Cajazeira
Funcionário Responsável

Paciente Responsável

Gratuito - R\$ 0,00 (R\$) 3531.2442

27 JUL. 2018



Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr. _____ Observação N° _____
Nome: E. P. de Sousa Filho de: _____
_____ e de _____
Residência: _____ Idade: 43
Cor: _____ Sexo: masculino Estado Civil: solteiro
Naturalidade: Paraíba Profissão: professor
Internado em 03 de junho de 2018

Anamnese: (Histórico da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

- História de insuficiência cardíaca (SI) com dor
no peito e impotência funcional em joelhos

①

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Exames Complementares: (Raio X, Laboratório)

27 JUL. 2018

Diagnóstico:

fratura do pl. f. fibia ①

Dr. Palomiro Mendonça
Ortopedia e Traumatologia

Gratidão DIAL (83) 331.2442





Estado da Paraíba
Hospital Regional

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

27 JUL. 2018



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Enf. 444 Leito 01

27 JUL. 2018

Collection REF: 18212533-2442





Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome Zilda Pereira Idade _____ Enf. _____ Leito _____

Data	Hora	A n o t a ç õ e s	Temp.	Pulso	Respiração	Pres. Art
08/05/18	08h00	Paciente admi. hipertensão, hipocacato, agileril, repere hortuços, segue aos cuidados da equipe física.	36.5	78	20	120x80
	19h00	Iniciada 1ª bolsa de concentrado de hemácias Dt, 291ml, bolsa num. 604230 33498				
	13h00	2ª bolsa de Concentrado de hemácias -				
	18h00	SSV - física	36	78	18	110x80
09/05/18	8:00	SSV —————	36	78	20	110x80
		Paciente calma, consciente, verbalizando. Oscila dieta. Eliminações presentes. Segue aos cuidados de enfermagem.				
09/05/18	08:00	SSV —————	36.5	80	20	120x80
		Paciente consciente orientada, verbalizando, nestrol no leito, oscila dieta, eliminações presentes e normais. Segue aos cuidados da equipe.				
	13:00	SSV —————	36.5	74	20	120x80

27 JUL. 2018

sfica IDEAL (03) 3631-2442



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Zilda Pereira Enf.: 245 Leito: 1

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
08-05		Paciente admitida em pré-operatório. Em ECG, comecou a apresentar, aumento do duto, no pulso e afétil. Duto duto. Como o repouso preferencial. Evidencia com fisiologias presentes. Nega DM e sendo HIAS. No momento sem queixas. Antonia A. Pinheiro Enfermeira COREN 0765802
09-05		Paciente verbalmente consciente, orientada, afétil, eupneica, orionética, orielina, aceto duto - sem repouso preferencial. Segue os cuidados de.
10-05-18	18:00	Paciente verbalmente consciente, orientada, verbalizando, aumento do duto, afétil, normotensa, normocorde, sem repouso preferencial, aceto duto, eliminando fisiologias presentes (Cid). Segue em uso de AVF da cidade, da equipe. Kleuber CASA 486-235.
12-05-18		Paciente verbalmente em pré-operatório, afétil, aceto duto. Eliminadas fisiologias presentes. Nega DM sendo HIAS. No momento sem queixas. Proceder a alta hospitalar para o dia 14-05-18. Mas se não for até o dia 12-05-18. Antonia A. Pinheiro Enfermeira COREN 0765802

27 JUL. 2018





OUTRO 2010/01/20 Perdida Enf: MS Leito: 15

[illegible]

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS					ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Zilene Pereira Gomes</u>			IDADE <u>46</u>	SEXO <u>F</u>	COR
DATA <u>09/05/18</u>	PRESSÃO ARTERIAL <u>140x80</u>	PULSO <u>88</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO <u>OK</u>					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO <u>OK</u>					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIA		
ESTADO VENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALEGRIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADAS ÀS	EFEITO		
AGENTE ANESTÉSICO	02					INDUÇÃO	
LIQUIDO						Satisf. _____ Excit. _____ Tos. _____	
						Laringo Espasmo: _____ Lenta: _____	
						Náuseas: _____ Vômitos: _____	
						Outros: _____	
						MANUTENÇÃO	
						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____	
						Não Por Que: _____	
						DESPERTAR	
						Reflexos na SO: _____	
						Obstr.: _____ CO _____ Excit. _____	
						Náuseas: _____ Vômitos: _____	
						Outros: _____	
						Com Cânula	
						Para o Leite: Sim _____ Não _____	
						CONDIÇÕES:	
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES	<p>VP - ARTERIAL: O PULSO: O RESPIRAÇÃO</p> <p>A X ANESTESIA: O OPERAÇÃO</p> <p>SÍMBOLO: A-01 B-10 C-5</p> <p>ANOTAÇÕES:</p>						
AGENTES	A-01 Mafus-01 B-10 Bupivacaína 0,5% C-5 Mupirocin 1%						
TÉCNICA	Ressecção de tecido mole com laser CO2 e cânulas						
OPERAÇÃO							
CIRURGIÕES	Rafael						
ANESTESISTAS	Rafael Pereira Filho Médico - Anestesiologista CRM/PB 6587						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDAS SANGÜÍNEAS		



Not intended for official interpretation.

ZILDA PEREIRA GOMES

20180502-47

F 10/5/1972

1

Hospital Regional de Cajazeiras

- R.V. - mAs

UNIQUE: S-200 L-40 FB d:1.1 g:2.25 sb:4.92 eq:1 nr:0 dc:3.2 ...

Zoom 100%



SID mm

27 JUL. 2018

11:08 AM
5/2/2018



Not intended for official interpretation.

ZILDA PEREIRA GOMES

20180502-47

F 10/5/1972

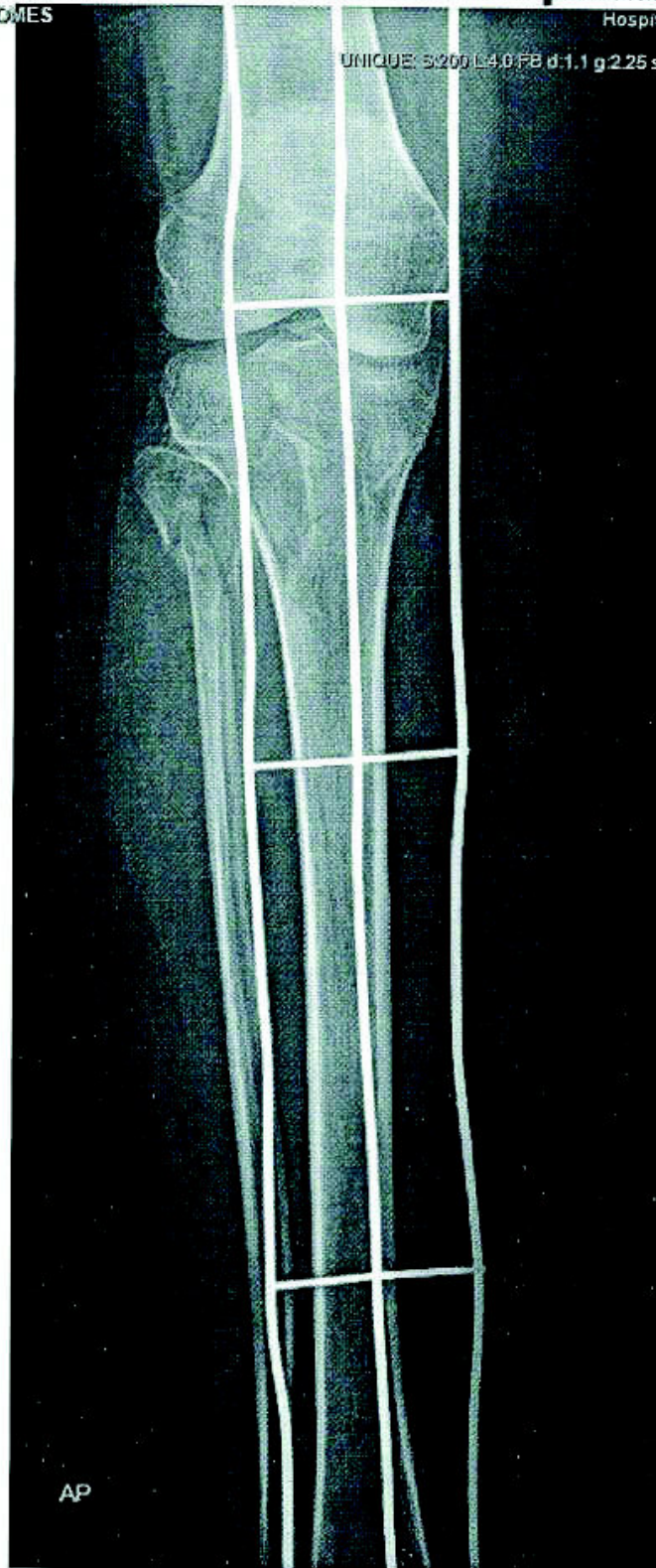
1

Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE: 5:200 L4.0 FB d:1.1 g 2.25 sb:4.92 eq:1 nr:0 dc:3.2 ...

Zoom 100%



SID mm

27 JUL. 2018

11:08 AM
5/2/2018



Not intended for official interpretation.

ZILDA PEREIRA GOMES

20180502-47

F 10/5/1972

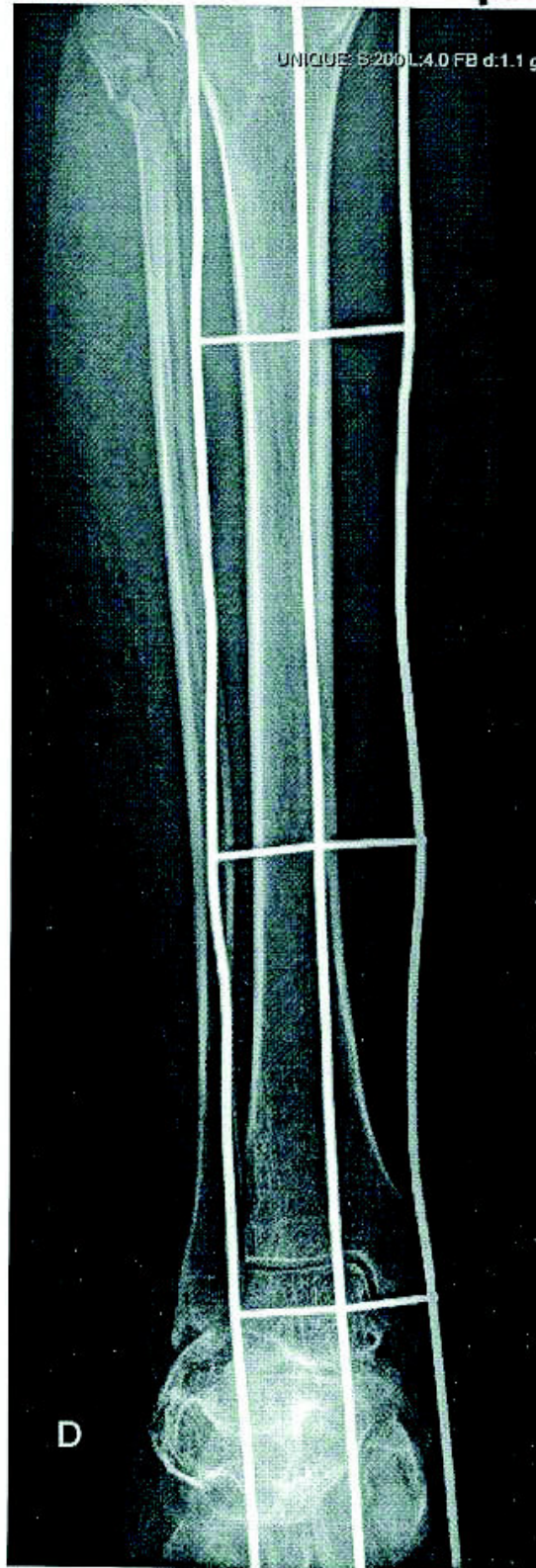
1

Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE S:200 L:4.0 FB d:1.1 g:2.25 sb:4.92 eq:1 hr:0 dc:3.2 ...

Zoom 100%



27 JUL. 2018

310 mm

11:06 AM
5/2/2018



Not intended for official interpretation.

ZILDA PEREIRA GOMES

20180502-47

F: 10/6/1972

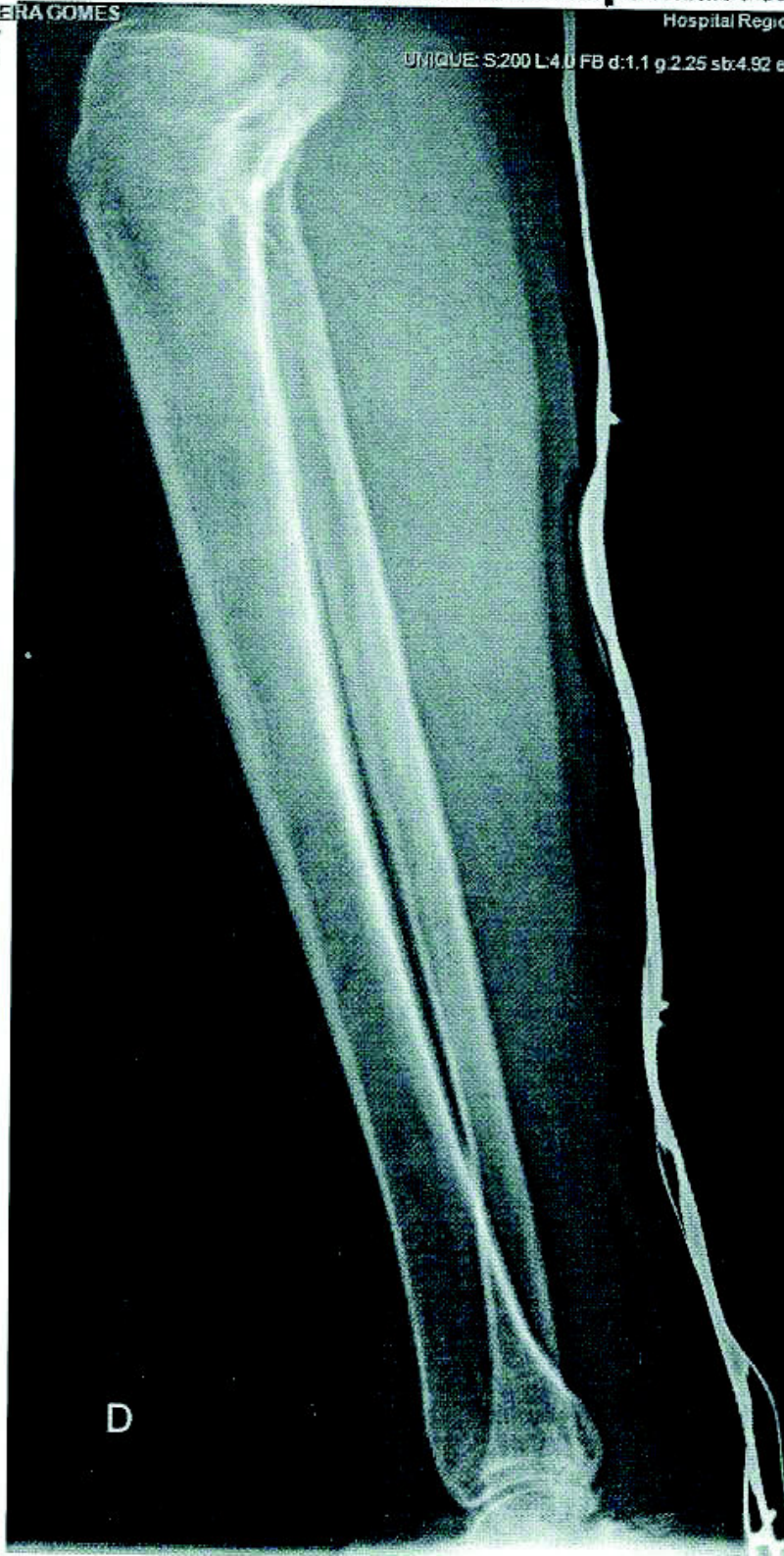
1

Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE S-200 L4.0 FB d:1.1 g 2.25 sb:4.92 eq:1 nr:0 dc:3.2 ...

Zoom 100%



SID mm

27 JUL. 2018

11:07 AM
5/2/2018



NOME: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES
MEDICO: DR. PALMERINDO MENDONCA
CPF: 037.021.304-11
RG: 2.151.107
DATA: 05/05/2018

TOMOGRAFIA DE JOELHO DIREITO

TÉCNICA

- Exame de Tomografia Computadorizada de joelho, cortes axiais de 3,0 mm de espessura orientados através da radiografia digital.

DESCRIÇÃO

- Fratura cominutiva do platô tibial e terço proximal da fibula.
- Tala gessada.
- Aumento de partes moles.
- Pequeno derrame articular do joelho direito.



DR. EVALDO DE SOUSA NOBREGA
Radiologia e Diagnóstico Por Imagem
Médico CRM -5227 PB



NOTA


As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

27 JUL. 2018

Rua Engenheiro Carlos Pires de Sá, 259 - Centro - Cajazeiras-PB - Fone: (83) 3531.4905



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 013.1.20.00767/01
Nº do Processo:	Comarca: Cajazeiras	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 09/06/2020
Número da guia: 013.2020.600767 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/06/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 258,90 Promovente: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES - Taxa Judiciária: R\$ 70,87 - Despesas processuais postais: R\$ 6,20 Promovido: - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 51,78
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - Para gerar nova guia, acessar app.tjpb.jus.br/custasonline, e escolher opção Consultar Guia.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 337,33
			Desconto total: R\$ 0,00
866900000039 373309283183 520200630017 312000767011 			Valor final: R\$ 337,33

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 013.1.20.00767/01
Nº do Processo:	Comarca: Cajazeiras	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 09/06/2020
Número da guia: 013.2020.600767 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/06/2020
Promovente: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES Promovido:			UFR vigente: R\$ 51,78
Detalhamento: - Despesas processuais postais: R\$ 6,20 - Com AR R\$ 6,20			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 337,33
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 337,33

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 013.1.20.00767/01
Nº do Processo:	Comarca: Cajazeiras	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 09/06/2020
Número da guia: 013.2020.600767 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/06/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 258,90 Promovente: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES - Taxa Judiciária: R\$ 70,87 - Despesas processuais postais: R\$ 6,20 Promovido: - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 51,78
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - Para gerar nova guia, acessar app.tjpb.jus.br/custasonline, e escolher opção Consultar Guia.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 337,33
			Desconto total: R\$ 0,00
866900000039 373309283183 520200630017 312000767011 			Valor final: R\$ 337,33





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 013.2020.600767

Data Vencimento: 30/06/2020

Data Emissão: 09/06/2020

Comarca: Cajazeiras

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

Promovido:

Valor da Causa: R\$ 4.725,00

Despesas Processuais: R\$ 6,20

Custas: R\$ 258,90

Taxa: R\$ 70,87

Total da Guia: R\$ 335,98

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.



AO JUÍZO DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA COMARCA DE
CAJAZEIRAS/PB

ZILDA PEREIRA BARROS GOMES, brasileira, solteira,
agricultor, inscrito no RG nº 2.151.107 e CPF nº 037.021.304-11,
com endereço na Rua Travessa Dr. José Vicente Leite, 36, São
Francisco, Cajazeiras, Paraíba, CEP: 58900-000, não possui
endereço eletrônico, vem, por intermédio de seus advogados infra-
assinados, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT
PELO PROCEDIMENTO COMUM (Art. 318 CPC)

em face de **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO**
DPVAT S.A., pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ nº
09.248.608/0001-04, localizada na Avenida Treze de Maio, nº 23,
2º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20031-902, portal
<https://www.seguradoralider.com.br/> pelas razões de fato e de
direito que passa a expor:

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

Inicialmente, a parte autora solicita a Vossa Excelência se digne a deferir a Gratuidade de Justiça, na forma dos artigos 98 e 99 e seus parágrafos do CPC bem como, da Lei 1060/50, eis que não possui condição financeira para arcar com o ônus da presente demanda, sem que tal dispêndio traga, para si e sua família, prejuízo de subsistência, nos termos da declaração acostada nos autos.

Junta para tanto, a guia de custas do processo, conforme determinação do E. Tribunal de Justiça da Paraíba, para fins de gratuidade processual.

Junta também extrato dos três últimos anos do IRPF.

DAS PUBLICAÇÕES E INTIMAÇÕES

Por fim em cumprimento ao art. 39, I, do CPC, a parte autora requer que todas as intimações referentes a este processo sejam endereçadas a Av. João Machado, 553, sala 404, Centro, João Pessoa/PB, CEP. 58013-520, requerendo, ainda, **que todas as publicações sejam efetuadas exclusivamente em nome dos advogados Dr. Jose Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/RJ sob o nº 57069, endereço eletrônico josebritoadvogados@hotmail.com e Dr. Felipe Eduardo Farias de Sousa, inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251, endereço eletrônico fariasdesousaadv@gmail.com** sob pena de nulidade, a teor do art. 236, § 1º, do CPC, esperando deferimento.

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DA MEDIAÇÃO

Muito embora a parte autora tenha sempre interesse em conciliar, no caso concreto, como a experiência demonstra a seguradora ré jamais conciliou o que sempre tornou inócua as audiências de conciliação previstas no código anterior. Por isso, na forma do parágrafo 5º. Do Artigo 334, do novo CPC, o autor, declara seu **desinteresse** na designação de audiência com a finalidade de conciliação ou mediação.

DOS FATOS

Na data de 02 de maio de 2018, o autor foi vítima de grave acidente de trânsito, ocasião que sofreu **FRATURA GRAVE NA PERNA DIREITA, SUBMETENDO-SE A CIRURGIA, TRAUMAS E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.**

Em virtude das lesões sofridas pelo autor, conforme relatado acima, culminou com a sua debilidade permanente, apresentando assim, dificuldades de locomoção, sustentar seu próprio peso, atrapalhando então suas atividades diárias, tudo conforme comprova o Boletim de Ocorrência nº 328/2018 e Boletim de Atendimento Médico e documentação médica hospitalar anexa.

Conforme lesão e debilidade citada acima, a lei vigente rege que tal sequela em tela (perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores) seja indenizada no percentual de 100% da tabela, ou seja, R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais).

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



A autora sofre com as sequelas permanentes provenientes do acidente, sentindo fortes dores na região lesionada e outras patologias que serão comprovadas mediante perícia médica.

Ao vermos os documentos presentes nos autos, a seguradora ré levou em consideração de forma arbitrária que a promovente possui direito apenas a valor inferior do valor indenizatório devido, em seus cálculos, contrariando a lei em vigência, conforme documento comprobatório.

Na tela em anexo é possível verificar que por erro da própria ré, não está disponível a carta com os cálculos de pagamento, mas consta o valor liberado pela seguradora que está claramente inferior a realidade dos fatos, devendo ser averiguado através de perícia médica.

No caso em tela, há de se pagar o percentual de 100%, perfazendo a indenização de até R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais) deduzindo-se o valor já pago administrativamente, sendo informado através de perícia médica o percentual de diferença a ser seguido e pago.

Assim, na qualidade de vítima de acidente de transito, ciente de sua inequívoca invalidez e munido da documentação necessária, protocolizou o pedido de pagamento do **SEGURO DPVAT**, tendo a seguradora ré **RECONHECIDO O ACIDENTE, ATRAVÉS DO SINISTRO Nº 3180345622**, pagando, todavia, valor inferior ao devido, apenas R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais), contrariando desta forma, o previsto na Lei nº. 6194/74 com as atualizações da lei nº 11945/09.

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



Ressalte-se que, após o acidente sofrido, adquiriu **INVALIDEZ DE NATUREZA PERMANENTE**, não lhe restando, dessa forma, alternativa, senão a propositura da presente ação, para o recebimento do seu direito.

DO DIREITO

A questão vertente exige a exegese da norma constante dos art. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74, com as atualizações da Lei 11945/09, pelo qual se depreende de modo inequívoco, que havendo **INVALIDEZ PERMANENTE** em membro inferior (perna) com outros traumas, o valor da indenização deve ser de 100% do Seguro DPVAT, que corresponde a R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), a ser paga de acordo com o real grau de invalidez de que é portadora a vítima, devendo o grau ser aferido por ocasião da perícia médica.

No caso dos autos, a seguradora ré pagou apenas R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais) restando ainda ser pago R\$ R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais).

Dessa forma, restando comprovado o acidente de trânsito e as sequelas oriundas deste, faz jus a autora ao recebimento do complemento do **SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ, NO VALOR DE R\$ 4.725,00** (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais).

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DO PEDIDO

Face ao exposto, requer a Vossa Excelência, seja determinada, desde logo, a citação da seguradora ré, para, se quiser, responder aos termos da presente sob pena de revelia e confissão, pedindo e esperando a inteira **PROCEDÊNCIA DO PEDIDO**, com a consequente condenação da ré ao pagamento de uma indenização que tenha como base as seguintes verbas:

- a) O deferimento do pedido de gratuidade de justiça;
- b) Que todas as publicações na Imprensa Oficial sejam feitas **exclusivamente em nome do Dr. Jose Orisvaldo Brito da Silva, OAB/RJ 57069 e Dr. Felipe Eduardo Farias de Sousa, OAB/PB 25.251**, bem como para fins do art. 39, inciso I do CPC, que sejam remetidas todas as futuras intimações para seu endereço profissional constantes no timbre da presente peça;
- c) **Pagamento do SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ**, no valor de **R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais)**, na forma do artigo 3º, alínea b, da Lei nº 6194/74, com as atualizações da Lei nº 11945/09, **corrigido monetariamente desde a data do acidente, acrescido de juros desde a citação**;
- d) Honorários advocatícios, estes arbitrados em até 20% sobre o valor da condenação, custas judiciais, juros e correção monetária onde couber.

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DAS PROVAS

Finalmente, protesta pela produção de provas, especialmente a documentação superveniente e a pericial médica, acostando, para tanto, os quesitos.

DO VALOR DA CAUSA

Dá-se à causa o valor de R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais).

Termos em que,

Pede e espera deferimento.

Cajazeiras, 09 de junho de 2020.

Felipe Eduardo Farias de Sousa
OAB/PB 25.251

Jose Orisvaldo Brito da Silva
OAB/RJ 57069

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



QUESITOS PARA PERÍCIA MÉDICA

Queira o Ilustre Perito responder o seguinte:

1. Foi o periciado vítima de acidente automobilístico? Em que data?
2. Foi internado? Qual nosocômio?
3. Qual o diagnóstico médico?
4. Necessitou de intervenção cirúrgica? Qual a indicação nosológica?
5. Necessita ainda o periciado de tratamento?
6. São definitivas as sequelas?
7. A lesão é permanente?
8. Ficou com incapacidade permanente? Se positivo indicar o (s) membro (s) e/ou sentido (s) e/ou função(ões) e o percentual, por parte afetada, separadamente, de acordo com a tabela do SEGURO DPVAT, informando, inclusive se o periciado suporta sequelas residuais.
9. Suporta deformidade e debilidade permanente? Esclarecer, de acordo com a tabela do SEGURO DPVAT, percentual, **por parte afetada**, separadamente, inclusive se o periciado suporta sequelas residuais.

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



10. Se a(s) parte(s) atingida(s), compromete parte e/ou todo o movimento e/ou funcionalidade do Membro ou órgão afetado? Caso positivo, qual o percentual a ser atribuído, levando em conta o comprometimento do membro ou órgão afetado?
11. Tendo como base o teto máximo do seguro DPVAT (100%), informar qual o somatório final dos percentuais apurados.
12. Esclareça todo o mais que entender necessário ao bom trabalho a que foi nomeado.
13. No caso de a sequela da qual é portadora a vítima, não fazer parte das sequelas indenizáveis pela tabela do SEGURO DPVAT, qual o percentual de invalidez o expert atribuiria ao periciado, considerando o comprometimento da sequela na vida diária e laborativa da vítima.
14. Se a lesão sofrida pela autora, prejudicou o seu desempenho profissional, a ponto de ter de ser readaptada a nova função?

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

OUTORGANTE: ZILDA PEREIRA BARROS COMES, brasileira
casada, agricultora, CPF: 037.021.304-11, RG: 2.151.107
2ª Via, residente e domiciliada na Trav. Dr. José Vicente
Leite, 36, Cajazeiras - P.B

OUTORGADOS: FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251 e JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, Advogado inscrita na OAB/PB sob o nº 25.251/A ambos com escritório profissional localizado na Av. João Machado, 553, 4º andar, sala 404, Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58013-520.

PODERES: Para o foro em geral, nos termos do art. 105, e seus incisos do CPC/2015, inclusive, como CLÁUSULA ESPECIAL, CONFERINDO PODERES DE CONFESSAR, TRANSIGIR, DESISTIR, RECEBER ALVARÁ JUDICIAL PERANTE O CARTÓRIO QUE TRAMITA O PROCESSO BEM COMO, LEVANTAMENTO DE VALORES EM INSTITUIÇÕES BANCÁRIAS, DAR QUITAÇÃO A CRÉDITOS EM FAVOR DO (A) OUTORGANTE decorrente da atuação do outorgado, firmar compromisso de inventariante, bem como, de síndico em falência e comissário em concordata, prestar primeiras e últimas declarações em inventário ou arrolamento, acompanhá-los em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, reconhecer a procedência do pedido, retirar alvará em cartório, dar e receber quitação, renunciar no todo ou em parte do direito sobre o qual funda a ação, representando-o (os) perante o Juízo, Instância ou Tribunal, repartições Públicas, Federais e/ou Municipais, na resolução de demandas administrativas, ainda, receber e dar quitação de alvarás em estabelecimentos financeiros e bancários seja eles quais forem separadamente, representar o (a) outorgante em delegacias, procedimentos criminais e administrativos criminais, delegacia do idoso, atuar em representações criminais, atuar em ações de cobrança de seguro obrigatório DPVAT, representar o (a) outorgante em estabelecimentos hospitalares, requerer vistas e cópias de prontuários médico, bem como, substabelecer com ou sem reservas de poderes, receber valores depositados mediante alvará nas instituições bancárias conveniadas com o Tribunal de Justiça da Paraíba, representar o outorgante em ações de cobrança contra instituições de crédito, seguradoras, cobranças de seguro de vida e previdência, representar de forma administrativa nas esferas Estadual e Municipal, acompanhar e praticar atos em processos administrativos, bem como, perante o INSS, realizando-se todo e qualquer ato que seja necessário.

Sousa, 07 DE MAIO DE 2019

Zilda Pereira Barros Comes
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE: *Zilda Pereira Barros Gomes, brasileira, casada, agricultora, CPF: 037.021.301-11, RG: 2.151.107, 2º Via, residente e domiciliada na Rua Trav. Dr. José Vicente Leite, 36, Cajazeiras - PB*

DECLARO com base na Lei n.º 7.115 de 29/01/1993 (Lei da Desburocratização) e Lei 1.060/50, que: "Não disponho de condições econômicas suficientes para arcar com custas e despesas processuais, da demanda, sem que venha a causar danos ao sustento próprio e de minha família, não percebo verba suficiente para o custeio antecipado de custas".

DECLARO ainda, ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e penais a que estarei sujeito (a), caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

João Pessoa, 07 DE MAIO DE 2019.

Zilda Pereira Barros Gomes
DECLARANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-040

Zilda Pereira Barros Gomes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.151.107 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 25/11/2014

NOME ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

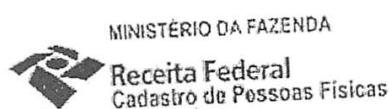
FILIAÇÃO BERNARDO BARROS DE SOUZA
BERENICE PEREIRA DE BARROS

NATURALIDADE CAJAZEIRAS-PB DATA DE NASCIMENTO 05/10/1972

DOC ORIGEM CASAM N.4136 FLS.224 LIV.B15
CARTORIO CAJAZEIRAS-PB

CPF 037.021.304-11

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
037.021.304-11

Nome
ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

Nascimento
05/10/1972

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
DC6A.F212.9ABA.8C6D

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 11:18:55 do dia 12/11/2014 (hora e data de Bra
digito verificador: 00

27 JUL. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-040

Zilda Pereira Barros Gomes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.151.107 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 25/11/2014

NOME ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

FILIAÇÃO BERNARDO BARROS DE SOUZA
BERENICE PEREIRA DE BARROS

NATURALIDADE CAJAZEIRAS-PB DATA DE NASCIMENTO 05/10/1972

DOC ORIGEM CASAM N.4136 FLS.224 LIV.B15
CARTORIO CAJAZEIRAS-PB

CPF 037.021.304-11

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
037.021.304-11

Nome
ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

Nascimento
05/10/1972

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
DC6A.F212.9ABA.8C6D

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 11:18:55 do dia 12/11/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

27 JUL. 2018



**SAMU
192**

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

**PREFEITURA DE
CAJAZEIRAS**
O FUTURO SE FAZ AGORA

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

USA _____ / USB ☒

DATA: 02/07/18	HORA: 18h	OCORRÊNCIA Nº:	PACIENTE / USUÁRIO: <u>Felipe Farias Gomes</u>	IDADE: <u>46</u>	SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>Rua - Rua de São Carlos</u>		BAIRRO: <u>Centro</u>	MÉDICO REGULADOR: <u>Rodolfo</u>		
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE / PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:					
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO					

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/ SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HCC RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSPARÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

SF + Sinais + Acetaminofeno. **27 JUL, 2018**

DADOS VITAIS

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☐ <30irpm/PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

P.A.: 110x80 FC: FR: 86 TEMP: _____ °C - GLICEMIA _____ mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/02: _____ So2c/02: 98

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☒ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Percepção Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Vitima de queda de moto, refere dor intensa em
perna direita. Removida ao HCC



VIAS AERIAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA	
<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS <input type="checkbox"/> RESP. RUIDOSA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL <input checked="" type="checkbox"/> EUPNÉIA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNÉIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA <input type="checkbox"/> APNÉIA	EXPANSIBILIDADE <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR MURMÚRIOS VESICULARES <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUÍDO <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> HIPERTIMPANISMO <input type="checkbox"/> MACICEZ	PULSO <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FINO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> AUSENTE PERFUSÃO <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> RETARDADA <input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> SONOLÊNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA	<input type="checkbox"/> RINORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> RINORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E PUPILAS <input type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> MEDRIASE <input type="checkbox"/> FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> NÃO FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> ANISOCORIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO
☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VERCICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS/TRACÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

INTERVENÇÕES:

Intubação

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

27 JUL. 2018

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABEÇEIRAS (CEBEÇA)

RECUSA

NOME: _____ RG.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): *Lucia Robin* COREN: *281855* MAT.: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: *Isabela* COREN: _____ MAT.: _____

CONDUZTOR: *Severina* MAT.: _____





(1)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRESSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180345622 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO JG TORRESEG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

CPF/CNPJ: 03702130411

Posição em 09-06-2020 18:53:56

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00



Valor Total: R\$00.000,00

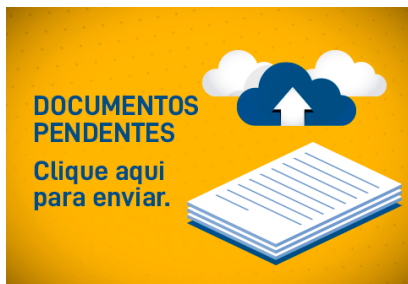
Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
24/09/2018	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
11/09/2018	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/F0cSPAW6Yr27Kg24vEapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaaRDt__ftibZ+k1JP8O__Bak=)
18/08/2018	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/fc7alW4JzTbZ3yVSIx+Capi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaaRDt__ftibZ+k1JP8O__Bak=)



10/08/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Q+WITtREftE2zoMFY0BV_api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaaRDt__fltibZ+k1JP8O__Bak=)
28/07/2018	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/pLMFPqQ+Uz2kC9OkF_api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaaRDt__fltibZ+k1JP8O__Bak=)



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A 

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(https://http://ftp.gnu.org/ftp.gnu.org/old-gnu/Manuals/ld-2.13.90/html_chapter/ld_1.html#SEC101)
%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](#)
- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)
- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](#)
- › [Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](#)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

COMARCA DE CAJAZEIRAS

Juízo do(a) 4ª Vara Mista de Cajazeiras

Rua Comandante Vital Rolim, S/N, Centro, CAJAZEIRAS - PB - CEP: 58046-710

Tel.: () ; e-mail:

Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.

DESPACHO



Nº do Processo: 0801059-93.2020.8.15.0131

Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assuntos: [Acidente de Trânsito]

AUTOR: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

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

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária requerida (art. 98 e ss., CPC), vez que não há elementos nos autos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão do benefício, aptos a autorizar a desconsideração da presunção relativa da alegação de insuficiência de recursos (art. 99, §§ 2º e 3º, CPC).

Observando-se que a matéria discutida nos presentes autos admite a autocomposição, mas considerando que a designação exclusiva de audiência de conciliação atenta-se desnecessária e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (artigo 5º, LXXVII, CF), sobretudo em razão do pagamento pleiteado já ter sido negado administrativa em sua totalidade, deixo de designar audiência de conciliação.

Sendo assim, **cite(m)-se** a(s) parte(s) acionada(s) para, querendo, apresentar(em) contestação, no prazo legal, com as advertências do artigo 344 do CPC.

Em havendo arguição de prejudiciais de mérito/preliminares (art. 337, CPC) ou de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (art. 350 do CPC), por ocasião da contestação, **intime-se** a parte autora, independentemente de conclusão, para, querendo, se manifestar no prazo de **15 (quinze) dias**.

Somente após a réplica, voltem-me conclusos.

Cumpra-se.

Cajazeiras/PB, data do protocolo eletrônico.



Hermeson Alves Nogueira

Juiz de Direito

