



09/01/2019

Número: **0800879-62.2017.8.15.0461**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única de Solânea**

Última distribuição : **08/12/2017**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	TIAGO JOSE SOUZA DA SILVA
AUTOR	ARNOBIO RIBEIRO DE MORAIS
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11608 641	08/12/2017 20:24	1 - Inicial Cobrança - DPVAT - ARNOBIO RIBEIRO x Seguradora Lider	Informações Prestadas
11608 655	08/12/2017 20:24	2 - Procuração e Docs Pessoais-otimizado 1	Procuração
11608 669	08/12/2017 20:24	3 - Boletim de Ocorrência-otimizado 1	Documento de Comprovação
11608 679	08/12/2017 20:24	3.1 - Requerimento Administrativo	Documento de Comprovação
11608 691	08/12/2017 20:24	3.2 - Seguradora Líder-DPVAT - Acompanhe o Processo	Documento de Comprovação
11608 713	08/12/2017 20:24	4 - Prontuario medico	Documento de Comprovação
11608 727	08/12/2017 20:24	4.1 - Prontuario Medico 1	Documento de Comprovação
11608 741	08/12/2017 20:24	4.2 - Prontuario Medico 2	Documento de Comprovação
11608 771	08/12/2017 20:24	4.3 - Prontuario Medico 3	Documento de Comprovação
11608 778	08/12/2017 20:24	4.4 - Prontuario Medico 4	Documento de Comprovação
11608 812	08/12/2017 20:24	4.5 - Prontuario Medico 5	Documento de Comprovação
11608 852	08/12/2017 20:24	5 - Notas Fiscais Medicamentos	Documento de Comprovação
11608 884	08/12/2017 20:24	6 - Atestado Amputação do dedo-otimizado 1	Documento de Comprovação
12194 877	23/01/2018 10:44	Despacho	Despacho
18398 286	17/12/2018 13:43	Ato Ordinatório	Ato Ordinatório

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA
CÍVEL DA COMARCA DE SOLÂNEA – ESTADO DA PARAÍBA**

ARNOBIO RIBEIRO DE MORAIS, brasileiro, portador do RG nº 3229031 SSP/PB e CPF/MF sob o nº 071.940.364-28, residente e domiciliado no Sítio Barrocas, S/N, Zona Rural de Solânea-PB, por intermédio de seu advogado regularmente constituído nos termos do instrumento procuratório anexo, vem perante Vossa Excelência para propor:

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) NOS TERMOS
DA LEI Nº 6.194, ALTERADA PELAS LEIS Nº 11.482/07 E Nº 11.945/2009**

em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, com personalidade jurídica própria, com inscrição do CNPJ sob o nº **09.248.608/0001-04**, com endereço para receber citação e intimação na Rua Senador Dantas, 74 – 5º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, pelas razões fáticas e jurídicas que passo a expor:

I – DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente o Promovente vem requerer os benefícios da Justiça Gratuita, presentes no art. 2º, parágrafo único da Lei 1.050/60, por ser pobre na forma da Lei, bem como pelo fato não poder arcar com as custas e emolumentos judiciais sem prejudicar o sustento próprio ou da família.

Rua Cândido de Souza, 474, 1º andar, Centro, CEP: 58.225-000, Solânea-PB

Fones: (83) 9186-7497 / (83) 9659-4778

E-mail: tiago_j_souza@hotmail.com

Página | 1

II – DOS FATOS

O Promovente foi vítima de acidente de trânsito no dia 14 de Novembro de 2016, quando trafegava pela Rua Governador João Fernandes de Lima, Bairro da Soecia, Solânea-PB, que um homem saiu da rua lateral e entrou na avenida sem observar o fluxo do trânsito, fazendo com que o Promovente colidisse com o mesmo, sendo o mesmo socorrido para o hospital Regional, onde recebeu os primeiros socorros e logo em seguida encaminhado para o hospital de Trauma de Campina Grande, onde ficou internado por alguns dias, sendo necessário realização de 02 (duas) cirurgias, conforme Boletim de ocorrência em anexo.

É bom ressaltar que o promovente ficou com algumas sequelas em virtude do acidente ocorrido, tendo um de seus dedos do pé esquerdo sido amputado, além de outras escoriações e limitações, **resultando em uma debilidade de caráter permanente.**

Ainda, em virtude dos procedimentos realizados e as lesões que o Promovente teve, o mesmo precisou comprar inúmeros medicamentos, conforme verifica-se pelas notas fiscais anexo.

NO DIA 28 DE MARÇO DE 2017, O PROMOVENTE REQUEREU ADMINISTRATIVAMENTE O SEU DIREITO JUNTO A SEGURADORA, COMPROVANTE EM ANEXO. OCORRE, QUE PASSADO MAIS DE 09 (NOVE) MESES NÃO HOUE QUALQUER RESPOSTA POR PARTE DA PROMOVIDA.

SALIENTA-SE EXCELÊNCIA, QUE AO REALIZAR A CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO DE PROCESSO NO SITE DA SEGURADORA DEMANDADA, O MESMO NÃO APARECE NADA.

Sendo assim, o Suplicante munido de documentação necessária, a que alude ao acidente automobilístico, vem requerer de direito a indenização referente ao seguro DPVAT.

III – DO DIREITO

a) DO PRÉVIO REQUERIMENTO NA VIA ADMINISTRATIVA

Conforme verifica-se na documentação anexa, a **Parte Promovente preencheu formulário de requerimento junto a agência de correios no dia 28 de Março de 2017, enviando juntamente com o requerimento todos os documentos necessários para o recebimento dos valores referentes ao seguro.**

Rua Cândido de Souza, 474, 1º andar, Centro, CEP: 58.225-000, Solânea-PB

Fones: (83) 9186-7497 / (83) 9659-4778

E-mail: tiago_j_souza@hotmail.com

Página | 2

Passados alguns dias, mas precisamente 09 (nove) meses, não houve qualquer resposta por parte da Demandada. Importante salientar, que ao realizar a consulta na situação de seu processo no site da empresa demandada, está não consta nada, em anexo.

Assim, tendo em vista a emora injustificada quanto ao pagamento de seu Seguro, resta mais do que demonstrado o **INTERESSE DE AGIR**, esse é o entendimento de nossos Tribunais, vejamos:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. SUSPENSÃO DO PROCESSO. NECESSIDADE DE PEDIDO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. DETERMINAÇÃO PARA COMPROVAÇÃO. PRECEDENTE DO STF. MANUTENÇÃO. Atualmente exige o eg. STF a comprovação do pedido prévio administrativo de cobrança do seguro DPVAT, junto à Seguradora, para só então constatar o interesse de agir do segurado, ao ingressar com o pedido judicial. Revendo o posicionamento antes adotado, embora não seja necessário o esgotamento das vias administrativas, **DEVE-SE CONSIDERAR NECESSÁRIA A FORMULAÇÃO DE PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PELO SEGURADO, BEM COMO A RECUSA DA SEGURADORA AO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT, OU A DEMORA INJUSTIFICADA NA RESPOSTA, A FIM DE QUE SE CONFIGURE O INTERESSE DE AGIR PARA A PROPOSITURA DE AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO.** (TJMG - AI: 10452150065202001, Relator: ALBERTO HENRIQUE, Data de Publicação: 04/03/2016) (grifo nosso)

Nessa esteira, tendo em vista a demora injustificada por parte da Demandada em dá uma resposta quanto ao direito do Promovente, fica claro o esgotamento da via administrativa para se pleitear a Ação de Cobrança do seguro DPVAT.

b) DA LEGITIMIDADE ATIVA “AD CAUSAM”

O Seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículo automotores de vias terrestres - DPVAT, conhecido popularmente como seguro obrigatório, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidente de trânsito em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa.

Rua Cândido de Souza, 474, 1º andar, Centro, CEP: 58.225-000, Solânea-PB

Fones: (83) 9186-7497 / (83) 9659-4778

E-mail: tiago_j_souza@hotmail.com

Página | 3

A redação atual do §3º do artigo 4º da Lei nº 6.194/74, após modificação provocada pela Lei nº 11.482/2007 que regula o seguro obrigatório aduz que:

Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil.

§3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente a vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP.

No caso em análise, é direito do Promovente, vítima do acidente, receber uma indenização por danos pessoais ante ao seu grave estado de saúde, ou melhor, devido aos danos que lhe foram causados pelo acidente sofrido.

c) DA LEGITIMIDADE PASSIVA “AD CAUSAM”

O art. 7º da Lei nº 6.194/74, determina que, em se tratando de seguro denominado DPVAT, pelo fato de existir consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes ao seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será legítima para figurar no polo passivo que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

Nesse sentido também dispõe a Resolução do CNSP nº 154/2006:

Art. 5º (...)

§6º Os consórcios de que trata o caput deste artigo deverão estipular que qualquer uma das sociedades seguradoras se obriga a receber as reclamações que lhes forem apresentadas.

§7º Os pagamentos de indenizações serão realizados pelos Consórcios, representados por seus respectivos líderes.

Matéria também totalmente pacificada pela doutrina e jurisprudência dominante, que entendem que qualquer seguradora que faça parte do Consórcio do Seguro DPVAT S/A constitui-se parte legítima para o pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a Demandada, ora ré.

Rua Cândido de Souza, 474, 1º andar, Centro, CEP: 58.225-000, Solânea-PB

Fones: (83) 9186-7497 / (83) 9659-4778

E-mail: tiago_j_souza@hotmail.com

Página | 4

d) DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

O Art. 5º da Lei 6.194/74 relata que o pagamento da indenização referente ao seguro obrigatório será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, vejamos:

Art. 5º - O pagamento de indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7.º Caput, da Lei 6.194/74 ao estabelecer que:

Art. 7º- A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, por seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido será pago nos mesmos valores, condição e prazo dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do Prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas, diferentemente do que exige a demandada em suas respostas administrativas. Isto posto, é forçoso concluir que independe do pagamento do prêmio do seguro obrigatório

A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na corte do Superior Tribunal de Justiça. Vejamos:

“STJ. Súmula 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES (DPVAT) não é motivo para recusa do pagamento da indenização”.

Sendo assim, é incontroversa a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão somente exigir prova de fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

Rua Cândido de Souza, 474, 1º andar, Centro, CEP: 58.225-000, Solânea-PB

Fones: (83) 9186-7497 / (83) 9659-4778

E-mail: tiago_j_souza@hotmail.com

Página | 5

De tal forma que seguem **anexos** à presente ação todos os comprovantes das despesas do tratamento médico realizado na vítima, laudos médicos afirmando inequivocamente a invalidez, além do registro policial do acidente de trânsito que ocasionou danos pessoais ao Promovente.

e) DO *QUANTUM* INDENIZATÓRIO

A vigente redação da Lei nº 6.194/74 resultado das modificações oriundas das medidas Provisórias nº 340/2006 (convalidada pela Lei nº 11.482/2007) e nº 451/2008 (Lei nº 11.945/2009), dispõe que o seguro DPVAT destina-se a indenizar os seguintes danos, nos valores:

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: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (...)

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;
(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007) (grifo nosso)

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidentes e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o dispositivo abaixo: (Incluído pela Lei 11.945, de 2009).

Rua Cândido de Souza, 474, 1º andar, Centro, CEP: 58.225-000, Solânea-PB

Fones: (83) 9186-7497 / (83) 9659-4778

E-mail: tiago_j_souza@hotmail.com

Página | 6

I – quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura, e (Incluído pela Lei nº11.945, de 2009).

II – quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais. (Incluído pela Lei nº11.945, de 2009).

Diante do exposto, requer que a parte Promovida seja condenada por Vossa Excelência, **a pagar uma indenização ao promovente no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devido a lesão ter deixado sequelas no Promovente, que teve um de seus dedos do pé esquerdo amputado, além de outras sequelas, bem como o pagamento do valor de R\$ 115, 06 (cento e quinze reais e seis centavos) referentes a despesas com medicamentos,** de acordo com o Art. 3º, II e III, da Lei 6.194/74.

f) DA PERÍCIA

Diante da situação fática, sendo imprescindível a realização da prova pericial, segue os quesitos que deverão ser respondidos pelo (a) perito (a):

- a) Quais as lesões sofridas pelo Promovente?
- b) As lesões decorreram de acidente de trânsito?
- c) Essas lesões tornaram algum membro ou função deficiente? Totalmente ou em parte? Em que percentual?
- d) Das lesões resulta incapacidade para o trabalho? A incapacidade é temporária ou permanente?
- e) Das lesões resultam redução da capacidade laboral?

Rua Cândido de Souza, 474, 1º andar, Centro, CEP: 58.225-000, Solânea-PB

Fones: (83) 9186-7497 / (83) 9659-4778

E-mail: tiago_j_souza@hotmail.com

Página | 7

f) A incapacidade se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetado ou é incompleta?

g) No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacidade laborativa é intensa, média, leve?

ASSIM, A PARTE AUTORA DESDE JÁ SOLICITA A VOSSA EXCELÊNCIA QUE DETERMINE A REALIZAÇÃO DA PERICIA MÉDICA, JUNTO AO IML DA CIDADE GUARABIRA, PARA ATESTAR O GRAU DE INCAPACIDADE DA PARTE PROMOVENTE.

IV – DA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO

Quanto a audiência de Conciliação, trazida pelo Novo Código de Processo Civil, em seu Artigo de n.º 334 e seguintes, observa-se que a mesma é opcional, devendo desde logo a parte Autora indicar o seu desinteresse na autocomposição, nos termos do § 5º do Artigo retro mencionado.

Portanto, a parte Autora informa a este Douto Juízo, que não tem interesse na Audiência de Conciliação do Artigo 334 do Novo código de Processo Civil.

V – DOS PEDIDOS

Diante do que foi exposto, requer o Promovente, que Vossa Excelência se digne em:

a DEFERIR o benefício da Justiça Gratuita, vez que se afirma ser pobre nos termos da lei, não possuindo condições de arcar com custas e emolumentos processuais sem comprometer os rendimentos próprios e familiar.

b), CITAÇÃO DO REÚ, através do seu representante legal, para **OFERECER CONTESTAÇÃO, NO PRAZO DE LEI**, sob pena de revelia da matéria fática. Tendo em vista a Parte Autora ter optado pela não realização da Audiência de Conciliação, prevista no Artigo 334 do Novo Código de Processo Civil, nos termos do § 5º do artigo retro mencionado.

c) Que Sejam aplicadas as regras da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), sobretudo A INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA em favor do Promovente, como bem preceitua o art. 6º, inc. VIII, da aludida lei que afirma: **“a facilidade da defesa dos seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova em seu favor, em processo civil, quando, a critério do juiz for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências”.**

Rua Cândido de Souza, 474, 1º andar, Centro, CEP: 58.225-000, Solânea-PB

Fones: (83) 9186-7497 / (83) 9659-4778

E-mail: tiago_j_souza@hotmail.com

Página | 8

d) Julgar a Demanda **PROCEDENTE EM SUA TOTALIDADE**, condenando a Promovida a pagar ao Promovente uma indenização no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, devido a lesão ter deixado sequelas no Promovente, que teve um de seus dedos do pé esquerdo amputado, além de outras sequelas, bem como o pagamento do valor de **R\$ 115, 06 (cento e quinze reais e seis centavos)** referentes a despesas com medicamentos, acrescido de juros de mora e correção monetária, em conformidade com as Súmulas 43 e 54 do Colendo Superior Tribunal de Justiça, desde a época do evento danoso, ou seja, dia 22/12/2012.

e) Que seja determinado por Vossa Excelência a realização da Perícia Médica, junto ao IML da cidade Guarabira, para atestar o grau de incapacidade da Parte Promovente.

f) Condenar a Ré ao pagamento das custas processuais e honorários sucumbenciais sobre o valor atualizado da condenação;

Protesta provar por todos os meios de prova em direito admitidas, especialmente prova pericial, documental e depoimento pessoal do preposto da Ré, ulterior juntada de documentos, oitivas de testemunhas e perícia, se entender necessário.

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

Nesses termos,
Pede e Espera Deferimento.
Solânea - PB, 01 de Dezembro de 2017.

TIAGO JOSÉ SOUZA DA SILVA
OAB/PB 17.301

Rua Cândido de Souza, 474, 1º andar, Centro, CEP: 58.225-000, Solânea-PB
Fones: (83) 9186-7497 / (83) 9659-4778
E-mail: tiago_j_souza@hotmail.com

Página | 9

08/12/2017 20:10

2 - Procuração e Docs Pessoais-otimizado 1

Tipo de documento: Procuração

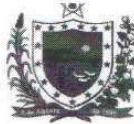
Descrição do documento: 2 - Procuração e Docs Pessoais-otimizado 1

Id: 11608655

Data da assinatura: 08/12/2017

Atenção

Por motivo técnico, este documento não pode ser adicionado à compilação selecionada pelo usuário. Todavia, seu conteúdo pode ser acessado na página 'Detalhes do processo' na aba 'Processos', agrupador 'Documentos'.



BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Livro nº 001/2017

Ocorrência nº. 0095/2017

Aos VINTE E CINCO dias de JANEIRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 08h:50min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

ARNOBIO RIBEIRO DE MORAIS, conhecido(a) por ARNOBIO, Identidade nº 3229031-SSP/PB, CPF nº 071.940.364-28, nacionalidade brasileiro, estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de José Fontes De Moraes E De Ines Ribeiro De Moraes, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 28/03/1985 (31 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Barrocos, tendo como ponto de referência: proximo ao Trevo que dá acesso a Cidade Cacimba de Dentro, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: (83)99304-0349.

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

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 14 de novembro de 2016;
- 3) **Horário do fato:** 14h:15min;
- 4) **Local do fato:** Av. João Fernandes de Lima. Bairro Soécia, Solânea/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital Regional de Solânea; depois Hospital de Trauma de Campina Grande;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** Sim;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** SIM

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BROS ESD; PLACA QFY5510/PB; COR BRANCA; CHASSI 9C2KD0800FR052549; LICENCIADO NO NOME DE JOELSON BARBOSA DOS SANTOS; ATUAL PROPRIETÁRIO ARNOBIO RIBEIRO DE MORAIS

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

não

8) Breve resumo do fato:

QUE vinha em seu veículo na avenida principal, no bairro de Soécia, na cidade de Solânea; Que antes de passar pelo Lojão dos Motoqueiros, um homem, aparentando quarenta anos de idade, saiu da rua lateral pilotando uma moto YBR, COR AZUL, e entrou na avenida sem observar o fluxo do transito, fazendo com que o Comunicante colidisse com o mesmo; Que os amigos do Comunicante chamaram a ambulância do Hospital da Cidade; Que foi conduzido para Hospital Regional, aonde fizeram o primeiro atendimento e em seguida foi levado para o Hospital de Trauma de Campina Grande, ficando internado por quatro dias, fazendo duas cirurgias.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

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

ARNOBIO RIBEIRO DE MORAIS

ARNOBIO RIBEIRO DE MORAIS

Comunicante

Shane Pereira

Matrícula nº 182.274-8

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012895473244
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0106676827-4 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2016

NOME
JOELSON BARBOSA DOS SANTOS

CPF / CNPJ 05655228416 PLACA QFY5510/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KD0800ER052549

ESP. DE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESD ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP. / POT. / CIL 2 P/162 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTAS 1º

IPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IOR (R\$) SEGURO PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 18/10/2016

OBSERVAÇÕES A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

BANANETRAS- PB 18/10/2016

32200 15539

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012895473244 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 18/10/2016

VIA 1 CPF / CNPJ 05655228416 PLACA QFY5510/PB

RENAVAM 01066768274 MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESD

ANO FAB. 2015 CAT. TARE 9 CHASSI 9C2KD0800ER052549

PRÊMIO TARIFÁRIO

***** (R\$) ***** (R\$) ***** (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOR (R\$) SEGURO TOTAL PRÊMIO DO SEGURO (R\$)

5 PAGAMENTO 18/10/2016

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

15539-1132416-20161018

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
AG: 30300819 - AC SOLANEA

SOLANEA - PB
CNPJ: 34028316373996 Tel: -
Ins Est: 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF: 09246608000104
Doc. Post: 226177141
Contrato: 9912260636 Cod Adm: 11205709
Cartao: 62267655

Movimento: 28/03/2017 Hora: 11:07:50
Caixa: 80343530 Matrícula: 80835193
Lancamento: 015 Atendimento: 00004
Modalidade: A Faturar ID Tiquete: 1281481452

DESCRIÇÃO	QTD	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT	1	21,75+
Valor do Porte(R\$)	21,75	
CNPJ/CPF Remet	07194036428	
Nome Remetente	ARNOLD RIBEIRO DE MORAIS	
Endereço Remet	RUA GIDONIZIO RODRIGUES, 80	
Cont. Endereço	- CENTRO	
Cep Remetente	58225-000	
Cidade Remet	SOLANEA	
UF Remet	PB	

SEDEX DPVAT ESTRELO	1	47,36+
Valor do Porte(R\$)	47,36	
Cep Destino	20031-205 (RJ)	
Peso real (kg)	0,167	
Peso Tarifado	0,167	
OBJETO	01694360103BR	

Destinatário: Seguro DPVAT
Não houve opção pelo serviço Mão Propria
O objeto poderá ser entregue no endereço
indicado, a quem se apresentar para
recebê-lo.

SI 694360103 BR

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 69,11

Valor declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor
utilize o serviço adicional de valor declarado

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais.

Nome: RG:
Ass. Responsável: _____

SFFV POSTAIS DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Capitais e Regiões Metrop: 30030100
Demais Localidades: 08007257282 Dúvidas e
Reclamações: 08007250100-www.correios.com.br

VIA-CLIENTE SARA 7.7.03



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM
A VÍTIMA E _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERIEM 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 VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (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 FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERIEM 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM 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 O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____

DATA _____ MATR. CORREIOS _____
NOME _____
ASSINATURA _____



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

- ☐ Com número de sinistro
☒ Sem número de sinistro

Em caso de consulta sem número de sinistro, o beneficiário não poderá consultar mais de um processo por vez.CPF do beneficiário ou
do representante legal:

07194036428

Cobertura

Despesas de Assistência Médica e Suplementar

Data do Acidente

14/11/2016

Nascimento da Vítima

28/03/1985

Digite o código de segurança e clique na lupa logo a seguir



Verifique os dados digitados e repita a consulta.

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)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

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

PAGUE SEGURO

<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo>

1/2

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

24/11/18
14:30

Pré e Pós parto de Jafeta (E) +
feitura de tomógrafo (E) +
fermento eul curesed +
amputação de um fígado.
Roxo de Jafeta (E)

⇒ Jafeta de S. f. m. + LMC +
Reprodução do caso

⇒ intervenção para cirurgia

DESTINO DO PACIENTE: ____/____/____ às ____h ____m ____s.

() Centro cirúrgico: ____ () Alta hospitalar () A revella

() Internação (setor): ____ () Decisão médica

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL: ____ () Óbito


Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
____	____	____
____	____	____
____	____	____
____	____	____

Ficha de Acolhimento

Nome:	Juvêncio Alveiro de Menezes		
End:	Sítio Zanzucas	Bairro:	Arturcel
Data de Nascimento:	28.03.85	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. da Moto	Data do Atend:	14.11.16
		Hora:	16:15
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Classificação de Risco

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

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

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

ENFERMEIRO
REN-PR 281.144

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



PACIENTE:	Arnobio Ribeiro de Moraes
DATA DO EXAME:	16/11/2016

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 ou derrame pleural no presente estudo.

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

Esteatose hepática.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.


Dra Ina Rossana L. Amorim
CRM 4386

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, ____ de ____ de ____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado Amâncio Ribeiro de Moraes
pessoa responsável pelo doente O mesmo
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, 17 de Novembro de 2016Amâncio Ribeiro de Moraes
Assinatura do doente ou responsávelTestemunhas: Dayana Ribeiro de Moraes

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, ____ de ____ de ____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, ____ de ____ de ____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

11608741-1
COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E CONTROLE
CONSTITUCIONAL
RECURSO EXTRAORDINÁRIO
COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E CONTROLE
CONSTITUCIONAL

Médico

Data

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
ORTOPÉDIA TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA OMBRO E COTOVELO
CRM 681
TEOT 12637
Clínica CTO Rua Dr. Chateaubriand 206
Foi 3341 2560 3341 2566

MOD. 001

15/11/16

Pl. Mont. Queiroz

Ex. Foto +

Problema Relato

Receituário Simples

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



16:00
16
16

PA: 120/90
T: 36,2
P: 80
R: 18

+ Pac. adm. da área anestesiada,
consciente sem queixas. Med.
CPM segue aos cuidados da
enfermeira. S. Poder.

20:00

Pac. sem queixas.
segue aos cuidados
da enfermeira; estável.
Med - CPM - S. Poder.

17/11/16 05:40

Pote Solicitar a assina-
tura de Termo de respon-
sabilização.


Mariana da Silva
ENFERMEIRA
NIPB - 431.173

Força de Trabalho e Evolução

FRATURA DE

3-4 pololo + Tut

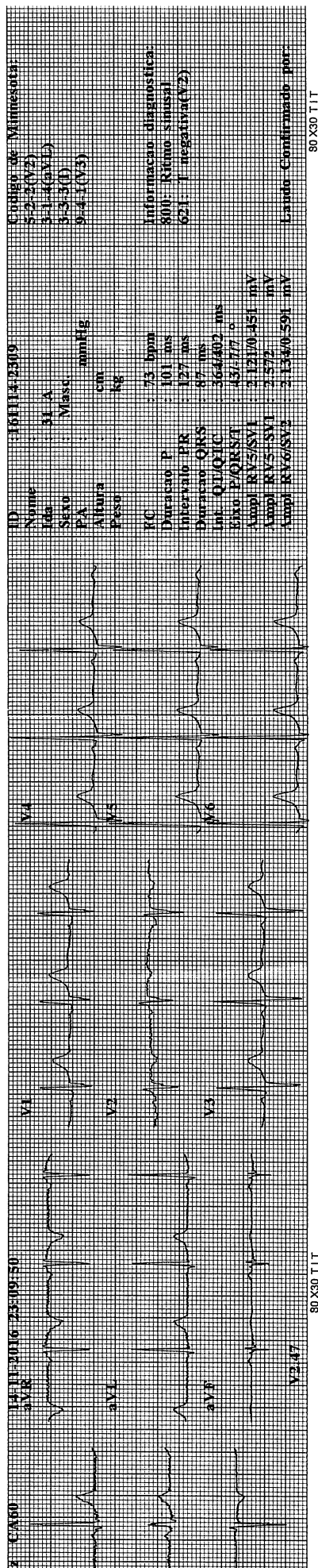
Paciente)	Alimentação)	Leito)	Convênio)
Andréia Helena			

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
6/4	DIETA GERAL.			EGB VIGIL EUPNEICO
	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H			BOA PERFUSAO NOS MMSS E MMII
	TILATIL 1 APM EV 12/12H			PELE SEM LESOES
	S F 0,9 %1000 ML EV 12/12H			IMOBILIZACAO CESSADA
	METOCLOPRAMIDA 10 MG EV 8/8HS/N			
	OMEPRAZOL 20 MG VO 7H			EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS
	TRAMAL 100 MG EV 8/8HS/N			
	CCGG SSVV			
	ACESSO VENOSO			

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Amôlio Ribeiro Moraes</u>			
IDADE: <u>31</u>	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / / às <u>8:38</u> h	
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO:	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input checked="" type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:
			FC:
			PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <u>diagnóstico</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>proc. imaturo</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>12/8/24/06</u>	<u>PR</u>
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		<u>Sempre</u>	<u>PR</u>
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>contínuo</u>	<u>PR</u>
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>Sempre</u>	<u>PR</u>

MOD 125



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	HE Nº 377	Alojamento	Salaio	Leito	Convênio
	William Mota				

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
14/11/16	<p>① with drive</p> <p>① scarp</p> <p>① before of prison</p> <p>① half of night</p> <p>① definition of night</p> <p>① ceiling</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>

oficina 10/11/2011
X 0000000000000000

10/11/2011 10:11:11

10/11/2011 10:11:11

10/11/2011 10:11:11

10/11/2011 10:11:11

10/11/2011 10:11:11


10/11/2011 10:11:11

10/11/2011 10:11:11

10/11/2011 10:11:11

10/11/2011 10:11:11

10/11/2011 10:11:11

		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde		Identificação do Paciente	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		5 - NOME DO PACIENTE Arnobio Ribeiro de Moraes	
2 - CNES 2 3 6 2 8 5 6		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7 0 0 6 0 7 4 4 3 7 7 3 4 6 2	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		8 - DATA DE NASCIMENTO 08 / 03 / 1965	
4 - CNES 2 3 6 2 8 5 6		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 03 9 9 1 6 3 7 5 9 1		11 - TELEFONE DE CONTATO 03 9 9 1 6 3 7 5 9 1	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Sítio Barrocas / Zona Rural		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Solânea	
14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP		17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS At de yda corce farir - 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Infarto de parede + pericardite	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Marcelo Alves de Araújo 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO 36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE 39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - CDD, ORGÃO EMISSOR 45 - DOCUMENTO 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			



EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
IN: 00000000000000
CNPJ: 06626253089896 I.E: 162704798
RUA CELSO CIRNE, 316 - CENTRO, SOLA
NEA - PB

DANFE NFC - e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

#ICOD	DESC	QTD	IUN	VL UNIT R\$	I TOT ITEM R\$
1	398594 COMPR PAGUEMENOS ESTERIL S/ADE C/10	1	UNx1.95	1.95	
De:	2,04 Por:	1,95			
2	398594 COMPR PAGUEMENOS ESTERIL S/ADE C/10	1	UNx1.95	1.95	
De:	2,04 Por:	1,95			
3	398616 COMPR GAZE PAGUEMENOS MULTUSO C/10	1	UNx1.95	1.95	
De:	2,04 Por:	1,95			
4	366579 COMPR GAZE P MENOS 7,5X7,5CM C/20	1	UNx2.10	2.10	
De:	2,20 Por:	2,10			
5	366579 COMPR GAZE P MENOS 7,5X7,5CM C/20	1	UNx2.10	2.10	
De:	2,20 Por:	2,10			
6	366579 COMPR GAZE P MENOS 7,5X7,5CM C/20	1	UNx2.10	2.10	
De:	2,20 Por:	2,10			
7	418862 PROT DIA INTINUS DAYS S/PERF L80P70	1	UNx15.33	15.33	
De:	15,33 Por:	12,55			
Desconto					-2.78
8	195154 DEOCIL SL 10MG CPD/10 1 CXx28.59				28.59
De:	28,59 Por:	22,87			
Desconto					-5.72
QTD. TOTAL DE ITENS					8
VALOR TOTAL R\$					47.57
Dinheiro					47.57

T R O C O R\$: 2.43

CLIENTE: 1.8398.984-88
VOCE ECONOMIZOU: R\$ 9.07
Operador: 75680 Vendedor: 75689
Trib aprox R\$: 5,57 Fed e R\$: 2,13 Est e R\$: 0,00 Muni
Fonte: IBPT ca7g13
Obrigado e Volte Sempre.

Número 000010281 Série 001 Emissão 21/11/2016 13:46:28
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>
CHAVE DE ACESSO
2516 1106 6262 5308 9896 6500 1000 0100 1510 0017 8515

CONSUMIDOR
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
Consulta via Leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 325160153222636
21/11/2016 13:46:28



EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
IN: 00000000000000
CNPJ: 06626253089896 I.E: 162704798
RUA CELSO CIRNE, 316 - CENTRO, SOLA
NEA - PB

DANFE NFC - e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

#ICOD	DESC	QTD	IUN	VL UNIT R\$	I TOT ITEM R\$
1	366579 COMPR GAZE P MENOS 7,5X7,5CM C/20	1	UNx2.10	2.10	
De:	2,20 Por:	2,10			
2	366579 COMPR GAZE P MENOS 7,5X7,5CM C/20	1	UNx2.10	2.10	
De:	2,20 Por:	2,10			
3	366579 COMPR GAZE P MENOS 7,5X7,5CM C/20	1	UNx2.10	2.10	
De:	2,20 Por:	2,10			

QTD. TOTAL DE ITENS 3
VALOR TOTAL R\$ 6.30
Dinheiro 6.30

T R O C O R\$: 14.00

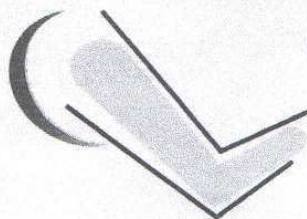
CLIENTE: 1.8398.984-88
VOCE ECONOMIZOU: R\$ 0.30
Operador: 75680 Vendedor: 75680
Trib aprox R\$: 0,28 Fed e R\$: 0,00 Est e R\$: 0,00 Muni
Fonte: IBPT ca7g13
Obrigado e Volte Sempre.

Número 000010015 Série 001 Emissão 19/11/2016 08:58:24
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>
CHAVE DE ACESSO
2516 1106 6262 5308 9896 6500 1000 0100 1510 0017 8515

CONSUMIDOR
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
Consulta via Leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 325160151943631
19/11/2016 08:58:23



Dr. Aristóteles Queiroz Neto

Ortopedia e Traumatologia
Especialista em Ombro e Cotovelo

CRM/PB 6817 - TEOT 12637

Amobro Rebeno do morian

Paciente submetido a
tratament cirurgico de joelhos de
polelo e e oputao de
dedo pe e
Necessito de qrtato laboral
pelo periodo de 160 dias
para deido recuperaco

582.0

588.1

5/12/16

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA OMBRO E COTOVELO
CRM 6817 TEOT 12637
Clínica CTO Rua Dr. Chateaubriand 206
Tel 3341-2560 / 3341-2566

Email: aristotelesqneto@gmail.com

ORTOTRAUMA Campina Grande
Av. Dom Pedro II, 429 - Centro
Telefone: (83) 3341.4666

CTO - Clínica de Trauma e Ortopedia
Rua Dr. Chateaubriand, 206 - São José
Telefone: (83) 3341.2566

Centro Médico San Pietro
Rua Montevideo, 720, Sl.103, Prata
Telefone: (83) 3322.2318



GOVERNO
DA PARAÍBA

**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
CNPJ: 08.778.268/0010-51**

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que ARNÓBIO RIBEIRO DE MORAIS, deu entrada nesta Unidade de Saúde Vitima de Acidente de Moto no dia 14/11/2016 às 14:42 hs, sendo encaminhado para outra Unidade na Cidade de Campina Grande, conforme consta em nosso registro nº 49153

Dra. Rosalba Fernandes da Silva
CRM: 3067
CPF: 204.310.842-72
CNS: 206790120300007

Solânea-PB, 17 de Janeiro de 2017.

Rua Prof. Alaíde Silva, nº 131 – Centro – Solânea -PB. – CEP. 58.225-000



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

ATESTADO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

Atesto para os devidos fins que o paciente

Andréo Ribeiro de Sousa

portador da carteira profissional Nº _____/____

esteve internado nesse nosocômio de ____/____/____ à

____/____/____, necessitando de 30 (trinta)

dias de afastamento de suas atividades laborais

a partir desta data por motivo de doença.

CID S82.6

S97.0

Campina Grande, 18 / 11 / 16

Ass. Médico - CRM

Dr. Anstóteles Queiroz Neto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA OMBRO E COTOVELO
CRM 681 TEOT 12637
Clínica CTO Rua Dr. Chateaubriand 206
Tel. 3341 2560 3341 2566

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA

R. Prof. Alaide Silva, 131 - Centro
C.G.C.: 08.778.268/0001-51

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA AO PACIENTE

Vera Lúcia T. T. de Carvalho
Médica CRM PB 2537
CPF: 088.204.30

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: Christiano Ribeiro de Moura

Endereço: Slº Banco

Prescrição: Uso oral

1) Clozapina 500 mg 02x/dia
Tomar 01 cp 818 hs.

SS

Data 21 / 11 / 16

Vera Lúcia T. T. de Carvalho
Médica CRM PB 2537
CPF: 088.204.30

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident. _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data / /

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo

HAT

Hospital Antonio Targino LTDA

CGC 08.834.137/0001-53 UF: PB

Endereço: Rua Delmiro Gouveia, 442 centenario

CEP: 53428-016

Cidade Campina Grande UF: PB

Telefone: 0**(83)2102-0101

1ª VIA FARMACIA

2ª VIA PACIENTE

Dr Anstóteles Queiroz Neto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA OMBRO E COTOVELO
CRM 681
Clínica CTO/Rua Dr. Chateaubriand 206
Tel 3341 2550 3341 2558

Paciente:

Amoldes Ribeiro

Endereço:

300 Alameda do Rocha 83

Prescrição:

o/oleum 500 - 23CP

1 cp 6/6 L

18/11/16

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome

Dr Emissor:

Ident

Cidade:

UF:

Telefone

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: / /

DISPENSADO

DATA: *18.01.12*

ASSINATURA DO FARMACEUTICO

Assinatura (VHA-4)
FARMACIA DIAS LTDA



Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Solânea

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800879-62.2017.8.15.0461

DESPACHO

Vistos, etc.

Tendo em vista a opção expressamente mencionada de não interesse em audiência de conciliação ou mediação prevista no NCPC, determino a citação do promovido para contestar querendo a presente ação no prazo de 15(quinze) dias. Advertindo-o do disposto nos arts. 344 do NCPC.

Havendo resposta e se o réu alegar qualquer das matérias enumeradas no art. 337 do novo CPC, dê-se vista à parte promotente para se pronunciar no prazo de 15(quinze) dias. Decorrido o prazo sem resposta, certifique-se e volte-me concluso para deliberação.

SOLÂNEA, 23 de janeiro de 2018.

Osenival dos Santos Costa

Juiz(a) de Direito

CERTIDÃO

Certifico que, até a presente data, não aportou neste cartório o AR relativo a intimação ao ID nº 13565407

.

Carla de Pádua Silveira de Melo

Analista Judiciária