



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	<a href="#">1 - Inicial Cobrança - DPVAT - ARNOBIO RIBEIRO x Seguradora Lider</a>	Informações Prestadas
11608 655	08/12/2017 20:24	<a href="#">2 - Procuração e Docs Pessoais-otimizado 1</a>	Procuração
11608 669	08/12/2017 20:24	<a href="#">3 - Boletim de Ocorrencia-otimizado 1</a>	Documento de Comprovação
11608 679	08/12/2017 20:24	<a href="#">3.1 - Requerimento Administrativo</a>	Documento de Comprovação
11608 691	08/12/2017 20:24	<a href="#">3.2 - Seguradora Líder-DPVAT - Acompanhe o Processo</a>	Documento de Comprovação
11608 713	08/12/2017 20:24	<a href="#">4 - Prontuario medico</a>	Documento de Comprovação
11608 727	08/12/2017 20:24	<a href="#">4.1 - Prontuario Medico 1</a>	Documento de Comprovação
11608 741	08/12/2017 20:24	<a href="#">4.2 - Prontuario Medico 2</a>	Documento de Comprovação
11608 771	08/12/2017 20:24	<a href="#">4.3 - Prontuario Medico 3</a>	Documento de Comprovação
11608 778	08/12/2017 20:24	<a href="#">4.4 - Prontuario Medico 4</a>	Documento de Comprovação
11608 812	08/12/2017 20:24	<a href="#">4.5 - Prontuario Medico 5</a>	Documento de Comprovação
11608 852	08/12/2017 20:24	<a href="#">5 - Notas Fiscais Medicamentos</a>	Documento de Comprovação
11608 884	08/12/2017 20:24	<a href="#">6 - Atestado Amputação do dedo-otimizado 1</a>	Documento de Comprovação
12194 877	23/01/2018 10:44	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
18398 286	17/12/2018 13:43	<a href="#">Ato Ordinatório</a>	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 Sitio 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 transito, 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 HOUVE 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 dár 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](mailto: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 percepção 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. 7º 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.

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).

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](mailto: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](mailto: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'.



# GOVERNO DA PARAÍBA



## 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, escrivã(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 Morais E De Ines Ribeiro De Morais, 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 sua 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 ARNÓBIO 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, CÓR 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, onde 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:**

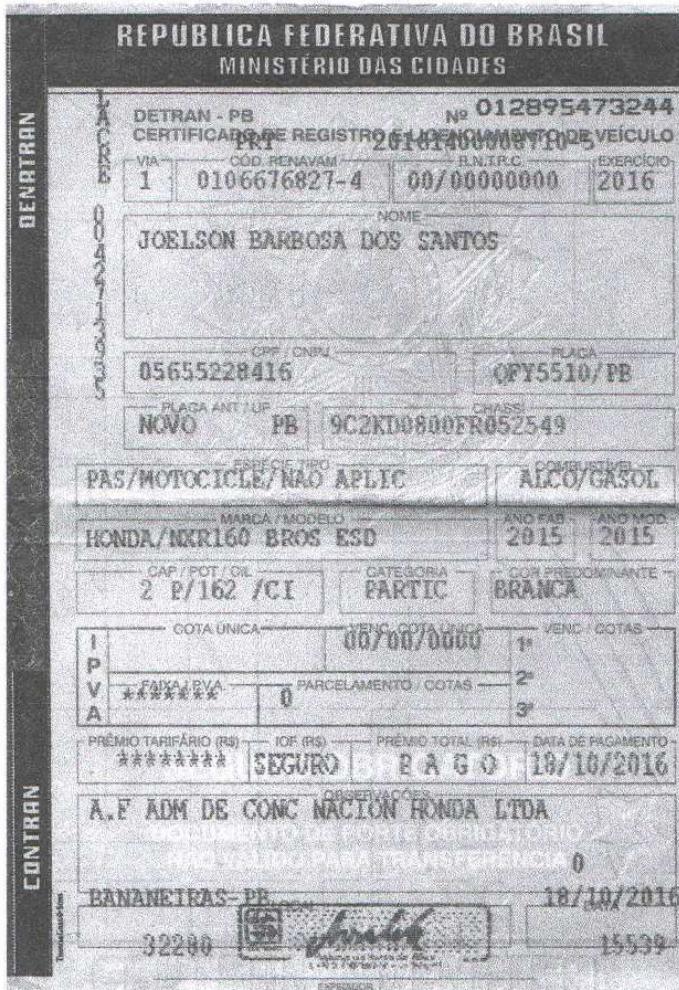
Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

ARNOBIO RIBEIRO DE MORAIS

ARNOBIO RIBEIRO DE MORAIS

Comunicante

Matrícula nº 182.274-8



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

SOLANEA - PB  
CNPJ 34028316373996 Tel  
Ins Est 16074500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGURADURA LIBER CONCOR SEGU  
CNPJ/CPF: 09248608620104  
Doc. Post: 226177141  
Contrato: 9912280636 Cod. Adm: 11205709  
Cartao: 62267655

Movimento: 28/03/2017 Hora: 11:07:50  
Caixa: 80343530 Matricula: 60835193  
Lancamento: 015 Atendimento: 00004  
Modalidade: A Faturar ID. Tiquete: 1281481452

DESCRICAÇÃO	QTD	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT	1	21,75+
Valor do Porte(R\$)		21,75
CNPJ/CPF Remet.	07194036428	
Nome Remetente:	ARNOBIO RIBEIRO DE MORAIS	
Endereço Remet.	RUA CIONIZIO RODRIGUES, 80	
Cont. Endereço:	- CENTRO	
Cep. Remetente	58225-000	
Cidade Remet.	SOLANEA	
UF Remet.	PB	
SEDEX DPVAT ESPIEDHO	1	47,36+
Valor do Porte(R\$)		47,36
Cep. Destino	20031-205 (RJ)	
Peso real (kg)	0,167	
Peso Transportado	0,167	
OBJETO	SI69436010,98R	

Destinatário: Seguro DPVAT  
Não houve onça pelo serviço. Não Proprio  
O objeto poderá ser entregue no endereço  
indicado, à quem se apresentar para  
receber-lo.

SI 69436010 3 BR

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 69,11

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

A FATARAR

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

Nome: RG:  
Ass. Responsável

SERV. POSTAIS DIREITOS E DEVERES-LEI 6536/78

CEP: Carijais e Regiões Metropolitanas 30030100  
Demais Localidades: 0800/257282 Sugestões 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



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE

CPF DA VÍTIMA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_ENDERECO DO PORTADOR *Av. Minas Gerais, 1234*  CPF DA VÍTIMA  COMPLEMENTO *Complemento*  BARRIO *Bairro*  CIDADE *Cidade*  UF *UF*  CEP *CEP*  E-MAIL *E-mail*  TELEFONE *Telefone* *(31) 3212-4567*

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 IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME 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)

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

## 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)

## 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 10.494/94.
- 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 FORMULARIO
- \* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA *29/10/2013*DATA *29/10/2013*MTR. CORREIOS *PRB*IDENTIDADE *RG 2935635*NOME *TIAGO JOSE SOUZA DA SILVA*ASSINATURA *TIAGO JOSE SOUZA DA SILVA*



()

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

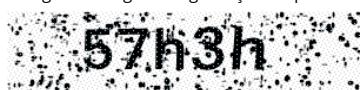
Data do Acidente

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









GOVERNO  
DA PARAÍBA  
ESTADO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ SONZAGA FERNANDES

### Ficha de Acolhimento

Nome: <i>Juvaldo Almeida de Moraes</i>	Bairro: <i>Estreito</i>
End: <i>3100 Jaconas</i>	Documento de Identificação:
Data de Nascimento: <i>28.03.85</i>	Data do Atend.: <i>14.11.16</i>
Queixa: <i>Ac. de Moto</i>	Hora: <i>16:15</i>
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

### Classificação de Risco

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

### Estratificação

MOD. 110

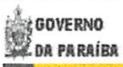
- Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatório *Ac. de Moto*

*Assinatura*  
ENFERMEIRO

*2011.144*

Assinatura e carimbo do profissional



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

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 Arnaldo 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 2016  
Arnaldo Ribeiro de Moraes  
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: Dayana Ribeiro de Moraes

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
reconhece 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: \_\_\_\_\_

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: TIAGO JOSE SOUZA DA SILVA  
http://pje.tjpj.brasil:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=1712082015095730000011349432  
Número do documento: 1712082015095730000011349432

Medico

Data

CRM 681  
CIRURGIA ORMBRO E COTOVELO  
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
Dr Ansteljeles Gueiros Neto  
Clinica Clínica Dr Chateaubrand 206  
Av 3341 2550 3341 2566  
100.000,00

15/11/16

11/11/16  
Assento de comodato  
Oswaldo

Ex. 8000 +

Próximo release

### Recebimento Simples

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



16:00  
16/11/16

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

+ Pac. adm. da área anestesia.  
consciente sem quiscos. Med.  
CPM. segue aos cuidados da  
enfermagem. Sfoclu.

10:00

Recd. sem quiscos.  
segue aos cuidados  
de enfermagem, estável.  
Med - CPM - Sfoclu.

17/11/16 05:40

Pote Solictou a assinatura  
do Termo de responsabilidade.

  
Cristina da Silva  
FERMEIRA  
NIPB - 431.173



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Hospital de Emergência e Trauma

Diagnóstico

卷之三

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Edifício de Lazer da Universidade Evangélica

卷之三

Angelio Ribeiro  
Andréia Rebêlo  
Alojamento  
Leito  
Convênio



GOVERNO  
D'APRILE  
1940

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

40

D. 200. 3. 3.

Editorial Committee  
Central Library

1000

OK

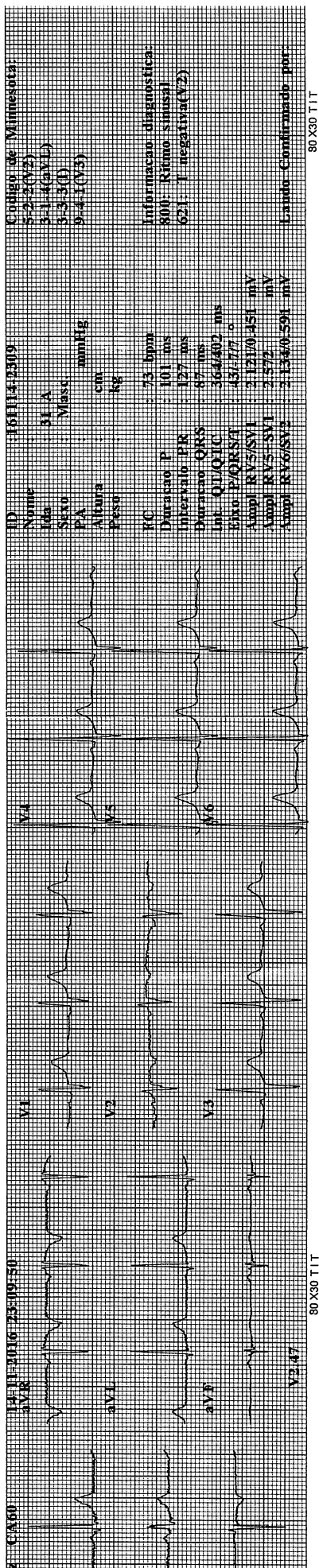
104 FRATURA DE pollo + paçoglo



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM						
NOOME:	<i>Antônio Rebeco Moraes</i>					
IDADE:	31	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às 8:38 h	
SETOR:	<i>Amarela</i> 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:	HIPOTÉNSO <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:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input checked="" 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"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>			
SIST. GAS. RÓNTÉATINAL: (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: <i>diagnóstico</i>					
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>proc. inchaços</i>					
<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:					
<input type="checkbox"/>	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA					
<input type="checkbox"/>	FR: FATOR RELACIONADO					
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL						
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			<i>12/08/2016</i>	<i>pe</i>		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.						
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.						
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.						
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIOS, 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).			<i>Sempre</i>	<i>pe</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			<i>continuo</i>			
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE						
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			<i>Sempre</i>	<i>pe</i>		

MOD 125





Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

10

Paciente Alvaro Mora

Alojamento	Solário	Le
------------	---------	----

o Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
14/4/2016	① <del>met. Drive</del>	ct	HC de febre +
	② <del>met. b</del>	ct	Presença de febre
	③ <del>met. Drive</del>	ct	+ febre em círculos + febre nocturna + cianose
	④ <del>met. Drive</del>	ct	+ amputação leucotomia em 3º. Roda Dachto (E)
	⑤ <del>met. Drive</del>	ct	+ sotaço + dor + hnc + sotaço + dor + hnc
	⑥ <del>met. Drive</del>	ct	+ sotaço + dor + hnc
	⑦ <del>met. Drive</del>	ct	⇒ febre confirmada
	⇒ exames mèdicos.		
	⇒ cir. eletrin fálico (E) +		
	met. Drive		

informações  
x 020.000.000

informações + esclarecimentos

informações + esclarecimentos

informações + esclarecimentos

informações + esclarecimentos  
informações + esclarecimentos

informações

informações

informações + esclarecimentos

11608812

11608812 03 1982

informações + esclarecimentos

informações

85

MOD. 009

LADÔO PARA SOLICITAGAO DE AUTORIZAGAO		SAUDE DE INTERNAGAO HOSPITALAR	
Sistema Ministro da Saude		Sauade	
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		4- CNES	
5- NOME DO PACIENTE		6- N° DO PRONTUARIO	
654947		7- CARTAO NACIONAL DE SAUDE (CNS)	
100160443773462		8- DATA DE NASCIMENTO	
100160443773462		9- SEXO	
Masculino		Fem. 3	
Aracatuba de Moraes		10- NOME DA MAE OU RESPONSAVEL	
Aracatuba de Moraes		11- TELEFONE DE CONTATO	
654947		12- ENDERECO (RUA, N. Bairro)	
Zona Rural		13- MUNICIPIO DE RESIDENCIA	
Sobradinho		14- COD. IBGE MUNICIPIO	
100160443773462		15- UF	
100160443773462		16- CEP	
17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS		18- CONDIÇOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAGAO	
Ac de artrite		Ac de artrite	
19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVADAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		20- DIAGNOSTICO INICIAL	
Ac de artrite + febre		Ac de artrite + febre	
21- CID 10 SECUNDARIO		22- CID 10 SECUNDARIO	
23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
25- CODIGO DO PROCEDIMENTO		26- CLINICA	
27- CARACTER DA INTERNAGAO		28- DOCUMENTO	
29- N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
31- DATA DA SOLICITACAO		32- ASSINATURA E CARIMBO NO DO CONSLEHO	
33- ( ) ACIDENTE DE TRANSITO		34- ( ) ACIDENTE TRABALHO TPICO	
35- ( ) ACIDENTE TRABALHO TPICO		36- CNPJ DA SEGURADORA	
37- N° DO BILHETE		38- SERIE	
39- CNPJ EMPRESA		40- CNAE DA EMPRESA	
41- CBO		42- VINCULO COM A PREVIDENCIA	
43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44- COD. DRAGO EMISSOR	
45- DOCUMENTO		46- N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47- DATA DA AUTORIZACAO		48- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSLEHO)	



EMPREENDIMENTOS 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

#|COD|DESC|QTD|IUN|IVL|UNIT|R\$|TOT|ITEM|R\$  
1 398594 COMPR PAGUEMENOS ESTERIL S/ADE C/10  
De: 2,04 Par: 1,95 1 UNx1.95 1.95  
2 398594 COMPR PAGUEMENOS ESTERIL S/ADE C/10  
De: 2,04 Par: 1,95 1 UNx1.95 1.95  
3 398616 COMPR GAZE PAGUEMENOS MULTUSO C/10  
De: 2,04 Par: 1,95 1 UNx1.95 1.95  
4 366579 COMPR GAZE P MENOS 7,5X7,5CM C/20  
De: 2,20 Par: 2,10 1 UNx2.10 2.10  
5 366579 COMPR GAZE P MENOS 7,5X7,5CM C/20  
De: 2,20 Par: 2,10 1 UNx2.10 2.10  
6 366579 COMPR GAZE P MENOS 7,5X7,5CM C/20  
De: 2,20 Par: 2,10 1 UNx2.10 2.10  
7 418862 PROT DIA INTIMUS DAYS S/PERF L80P70  
De: 15,33 Par: 12,55 1 UNx15.33 15.33  
Desconto -2.78  
8 195154 DEOCIL SL 10MG CPD/10 1 CXx28.59 28.59  
De: 28,59 Par: 22,87 -5.72  
Desconto  
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: 75680  
Trib aprox R\$:5,57 Fed e R\$:2,13 Est e R\$:0,00 Mun  
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 0102 8110 0008 1933

CONSOMIDOR

CONSOMIDOR NÃO IDENTIFICADO

Consulta via Leitor QR Code



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



EMPREENDIMENTOS 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  
#|COD|DESC|QTD|IUN|IVL|UNIT|R\$|TOT|ITEM|R\$  
1 366579 COMPR GAZE P MENOS 7,5X7,5CM C/20  
De: 2,20 Par: 2,10 1 UNx2.10 2.10  
2 366579 COMPR GAZE P MENOS 7,5X7,5CM C/20  
De: 2,20 Par: 2,10 1 UNx2.10 2.10  
3 366579 COMPR GAZE P MENOS 7,5X7,5CM C/20  
De: 2,20 Par: 2,10 1 UNx2.10 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 Mun  
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

CONSOMIDOR

CONSOMIDOR NÃO IDENTIFICADO

Consulta via Leitor QR Code



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

COMERCIO DE MEDICAMENTOS PARAIBA (LTD)

COMERCIO DE MEDICAMENTOS PAPELA 1 MA

JOSE RODRIGO FERNADEZ DE LIMA, 143  
CEP: 53025-000 Fone: (35) 3322-5333 SOLANA  
NP: 16.515.882/0012-88  
E-mail: [rodrigofernandes@solana.com.br](mailto:rodrigofernandes@solana.com.br)

VERMONT, JAU FRANÇAIS 11 MA 118 L'ÎLE  
CEP: 3625-000 F: (83)3322-5683 SILVANA 16  
J: 16.8.15 882/1012 88

EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.  
IM: 00000000000000  
CNPJ: 002605000001-11

**Nota Fiscal de Consulador Eletrônico** - a Documento Auxiliar Não permite aproveitamento de crédito de

W/1000 UESG 10/0 10N 0L UNIT R\$1  
1 154806 COMP GRATE GALDI 7,5K7,5CM C/20 13F  
De: 2,31 Par: 2,20 3 Unh2,20 6,60

QTD. TOTAL DE ITENS  
VALOR TOTAL R\$  
Dinheiro

IROCO RS: 13,40

Operador: 75630 Vendedor: 75687  
Trb aprov R\$ 0,89 Fed e R\$ 0,00 Est e R\$ 0,00 Muni  
Fonte: IBPT cat93  
Obrigado e Volte Sempre.

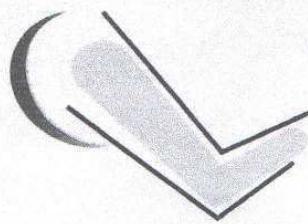
Número 0000088013 Série 002 Emissão 12/12/2016 15:50:21  
Via Consultor - Consultor pela Chave de Acesso BH  
<http://www.racetele.br/gov.br/mrc>  
**CHAVE DE ACESSO**

CONSOMADOR NÃO IDENTIFICADO

Protocolo de Autorização: 325160167348262  
12/12/2016 15:50:24

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: TIAGO JOSE SOUZA DA SILVA  
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=17120820191473900000011349543>  
Número do documento: 17120820191473900000011349543

Num. 11608852 - Pág. 2



## Dr. Aristóteles Queiroz Neto

Ortopedia e Traumatologia  
Especialista em Ombro e Cotovelo

CRM/PB 6817 - TEOT 12637

Amobio Rebem lo marian

Poente sebaelida a  
infortunio enque de poleo do  
poleo e e oputas do  
dedo pé e  
leessos de oportato aderol  
pelo periodo de 160 dias  
pox dho do recuperado

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 3341-2566 / 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 Montevideó, 720, Sl.103, Prata  
Telefone: (83) 3322.2318



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 ás 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: 704.310.842-72  
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

Sandro Rebeco de Souza,  
portador da carteira profissional Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
esteve internado nesse nosocômio de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, necessitando de 90 (Nove) dias de afastamento de suas atividades laborais

a partir desta data por motivo de doença.

CID S82.6

S87.0

Campina Grande, 18 / 11 / 16

Ass. Médico - CRM

Dr Aristóteles Queiroz Neto  
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA OMBRO E COTOVELO  
CRM 681 TEOF 12637  
Clínica CTO/Rua D. Chateaubriand 206  
Tel 3341 2560 3341 2566

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

1<sup>a</sup> VIA DA FARMÁCIA OU DROGARIA  
2<sup>a</sup> VIA AO PACIENTE

Vera Lúcia T. T. de Carvalho  
Médica CRM PB 2537

## ~~CARIMBO DO MÉDICO~~

Paciente: Antônio Kleino de Moraes

Endereço: 81º Barrocos.

Prescrição: Vao mal

Prescrição: 1 Regulina 500 mg - Dados:  
Tomasol 01 cp 818 hs

Data 21/21/46

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 Antônio Targino LTDA

CGC 08.834.137/0001-53 UF:PB

Endereço: Rua Delmire Gouveia, 442 centenario

CEP: 53428.016

Cidade: Campina Grande - UF: PB

Telefone: 0\*\*(83)2102-0101

### 1ª VIA FARMÁCIA

### 2ª VIA PACIENTE

Dr Anistóteles Querroz Neto  
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA OMBRO E COLO/VELO  
CRM 881  
Clinica CTO/Rua Dr Chateaubriand 206  
Tel 3341 2550 3341 2888  
TEF 12637

Paciente: *Amadeo Belém*

Endereço: *2051 Almeida do Racho 385*

Prescrição:

*0/oleina 500 - 2301*

*cp 6/61*

*18/11/16*

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome

Ór Emissor:

Ident:

Cidade:

UF:

Telefone

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: *18/11/16*

**DISPENSADO**

DATA:

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

*18/11/16 (UAA-12  
Farmácia Dias LTDA  
Belém)*



**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 promovente 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