



Número: **0800763-49.2018.8.15.0161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Cuité**

Última distribuição : **07/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **ESPÉCIES DE CONTRATOS, SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA (AUTOR)</b>	<b>NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO) DIJANIELLYESON MONTEIRO NOBREGA (ADVOGADO) ANTONIO JOALISON DE ARAUJO MORAIS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A (RÉU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
17695 187	07/12/2018 15:42	<a href="#">Petição Inicial</a>
17695 238	07/12/2018 15:42	<a href="#">1.Procuração</a>
17695 255	07/12/2018 15:42	<a href="#">2.RG e CPF</a>
17695 276	07/12/2018 15:42	<a href="#">3.Comprovante de residência</a>
17695 311	07/12/2018 15:42	<a href="#">4.Declaração de Residência</a>
17695 331	07/12/2018 15:42	<a href="#">5.Declaração de pobreza</a>
17695 358	07/12/2018 15:42	<a href="#">6.Carta da seguradora</a>
17695 369	07/12/2018 15:42	<a href="#">7.Boletim de Ocorrência</a>
17695 385	07/12/2018 15:42	<a href="#">8.Documento do veículo</a>
17695 400	07/12/2018 15:42	<a href="#">9.Declaração do proprietário do veículo</a>
17695 428	07/12/2018 15:42	<a href="#">10.Declaração IML</a>
17695 454	07/12/2018 15:42	<a href="#">11.Pronto médico I</a>
17695 496	07/12/2018 15:42	<a href="#">12.Pronto médico II</a>
17695 686	07/12/2018 15:42	<a href="#">13.Pronto médico III</a>

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA\_\_ DA  
COMARCA DE CUITÉ– ESTADO DA PARAÍBA

**ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA,**

brasileiro, divorciado, agricultor, portador da Cédula de Identidade Civil nº. 16.720.753-2 - SSP/SP e do CPF nº. 380.587.074/49, residente e domiciliado no Sítio Retiro, s/n, Zona Rural, Cuité-PB, vem por meio de seu procurador, Advogado “in fine” assinado, com endereço profissional na Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas, Sala E, Pedro Salustino, Picuí – PB, onde recebem intimações, mui respeitosamente, a presença de Vossa Excelência, com fundamento no art. 3º da lei 6.194/74 propor:



# AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO REPARAÇÃO DE DANOS

---

em face da **Seguradora Lider -DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04 podendo ser intimada através de seu Departamento Jurídico localizado endereço localizado na Rua Senador Dantas, 74/14º andar, Centro de Rio de Janeiro, CEP: 20.31-205, pelas razões de fato e de Direito a seguir articuladas:

## PRELIMINARMENTE

Preliminarmente, requer de Vossa Excelência que seja concedido os benefícios da Justiça Gratuita, visto que, o promovente é pobre na forma da lei, sendo desprovido de recursos para arcar com as despesas do processo e com o pagamento de honorários de advogado. Nessa linha de pensamento, a 4ª. Turma do Egrégio Superior Tribunal de Justiça é assente na matéria, tendo aduzido:” a *simples declaração firmada pela parte que requer o benefício da assistência judiciária, dizendo-se ‘pobre nos termos da lei’, desprovida de recursos para arcar com as despesas do processo e com o pagamento de honorários de advogado, é, na medida da presunção iuris tantum de veracidade, suficiente à concessão do benefício legal.* (05. 4ª. Turma, STJ, Rec. Esp. 38124-0, 20/10/93, rel. Min. Sálvio de Figueiredo, RJSTJ 6/412).” Além do que a Constituição de 1988, sensível à realidade social do país, inseriu como “**direito e garantia fundamental**” do povo brasileiro, o livre acesso ao Judiciário. Como a todo direito corresponde uma obrigação, temos que ao Estado compete fornecer os meios necessários de acesso à justiça de todos aqueles que dela necessitar. Portanto, nada mais resta a esse nobre magistrado seguir por esse entendimento.

## DOS FATOS

Cumpre ressaltar inicialmente que no dia 07 de setembro de 2015, por volta das 15h00min, o requerente foi vítima de acidente de trânsito. Quando o mesmo estava na condução da motocicleta Yamaha/YBR 125K, que transitava por uma estrada vicinal do Sítio “Retiro”, que, ao chegar a determinado



ponto do percurso, o referido veículo veio a derrapar em alguns pedregulhos que havia na pista, fazendo com que o requerente perdesse o controle da moto e caísse ao solo, machucando, após o impacto com o chão, seu ombro esquerdo, resultando também na quebra da clavícula e na fratura quatro costelas, (**membro superior esquerdo**) conforme documentação anexa. Posteriormente, o suplicante foi urgentemente socorrido pelo SAMU, o qual encaminhou a vítima para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande-PB, para que passasse pelos procedimentos médicos necessários a sua recuperação, permanecendo internado por oito dias, ficando impossibilitado de exercer suas funções profissionais.

Ressalta-se que, segundo o Boletim de Ocorrência nº. 99/2015 expedido pela Delegacia de Polícia Civil de Cuité/PB, o requerente no momento do acidente conduzia o veículo moto YAMAHA/YBR 125K, cor preta, placa MOV 2970/JOÃO PESSOA-PB ano/modelo 2002/2003, chassi 9C6KE044030000369, RENAVAM, 01256821403, licenciada em nome de MARCELO XIMENES DA CUNHA.

Também informa a documentação em anexo, que logo após a ocorrência do acidente, o requerente foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande-PB.

É tanto que o autor em 30/10/2017 requereu, na esfera administrativa, o pagamento da indenização do Seguro Obrigatório Dpvat junto a uma seguradora consorciada da requerida (Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A.), **sob sinistro nº. 3170458740, tendo tal procedimento extrajudicial se exaurido tendo em vista que a seguradora negou o pedido de indenização emitido pelo requerente**, razão pela qual só restou ao mesmo recorrer ao judiciário para ter seu direito a receber tal indenização, conforme se infere no documento em anexo. Desta feita, na presente inicial encontra-se esclarecidas todas as pendências assinaladas pela demandada.

Logo, nos leva a concluir que pelos danos causados a vítima, esse nobre juízo deve reconhecer tal direito e fazer com que a ré efetue o pagamento integral da indenização do seguro obrigatório, que segundo o art. 3º da lei 6.194/74, inciso II, o qual é no valor de **R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**. Razão pela qual essa presente ação foi proposta.

## DO DIREITO



A indenização do seguro obrigatório DPVAT é bastante consagrada em nosso ordenamento jurídico, e, é de tal forma regida pela Lei nº. 6.194/74, a qual é a norma disciplinadora desse respectivo seguro, ela prenuncia que a indenização será paga as vítimas de acidente de trânsito que venham a morrer, a sofrer invalidez permanente em algum órgão ou membro, ou até mesmo aquela pessoa que só venha a receber cuidados médicos. Logo, tais situações se encontram denotadas no art 3º, após a vigência da medida provisória nº. 340/06, desta referida lei:

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

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

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

*e*

*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.”*

Logo, como é explanado por tão nobre artigo, a lei garante o direito de receber uma indenização como prêmio desse seguro. De antemão, deve ser condenada tanto à promovida bem como qualquer outra seguradora que opere com o seguro obrigatório.

Por conseguinte, dispõe a lei 6.194, de 19 de dezembro de 1974, que o valor correspondente ao pagamento da indenização do seguro DPVAT deverá seguir a tangência do art. 3º desta referida lei, cujo diz que o quantum deverá ser de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de morte ou invalidez permanente. Logo, como o requerente ficou inválido deveria receber o valor total da indenização de acordo com o que é prenunciado pela Lei 6194/74.

Ademais, o art. 5º da Lei 91694/74 é claro ao enunciar que:

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

Destarte, a norma que rege o seguro DPVAT, a Lei nº 6.194/74, determina em seu art. 5º que o pagamento da indenização será



efetuado mediante **simples prova do acidente**, do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida ainda qualquer franquia por parte do segurado.

A jurisprudência também é pacífica nesse sentido:

*134005755 – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT – RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA – DESNECESSIDADE DA PROVA DA CULPA – À seguradora, cumpre pagar, por força de lei, o valor indenizatório ao cônjuge da pessoa vitimada em acidente de veículo, coberto pelo seguro obrigatório de danos pessoais. O recebimento dos valores pertinentes ao seguro obrigatório independe de qualquer comprovação ou pesquisa sobre a culpa do condutor do veículo causador do dano, já que, decorrendo do Decreto-Lei nº 73/66, cuida de responsabilidade objetiva que, como tal, prescinde da coexistência do elemento culpa. É computável a correção monetária sobre os valores devidos, calculada a partir da data do efetivo desembolso das despesas, além dos juros de 0, 5% ao mês contados a partir da citação. (TAMG – AP 0345692-6 – (51746) – Contagem – 3ª C.Cív. – Rel<sup>a</sup> Juíza Jurema Brasil Marins – J. 03.04.2002)*

*6027440 - PROCESSUAL CIVIL E CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. INVALIDEZ DECORRENTE DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Cálculo da indenização fixada de forma equivocada. Retificação de ofício. Inteligência do art. 463, I do CPC. Salário mínimo adotado para fixar o valor da indenização e vigente à época do evento danoso. Legalidade. Inteligência da Lei nº 6.194/74. Inaplicabilidade das resoluções do cnps. Princípio da hierarquia das Leis. Honorários aplicados em atendimento ao disposto § 4º do art. 20 do CPC. Desprovimento da apelação. Manutenção da sentença. Lei nº 6.194/74. Art. 5º. "o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do*



*segurado. ". A norma que regula o seguro obrigatório de danos pessoais é uma Lei em sentido formal, que, pelo princípio da hierarquia das Leis, não pode ser revogada por resolução.* (TJ-PB; AC 200.2005.001265-3/002; Rel. Des. Genésio Gomes Pereira Filho; DJPB 30/07/2009; Pág. 9) CPC, art. 463 CPC, art. 20

Logo, por essas provas apresentadas, fundamentadas e legítimas já se evidencia e prontamente se percebe o direito do autor em receber o prêmio do seguro DPVAT, pois, como já fora explicitado anteriormente na norma legal, o pagamento da indenização será devida mediante a simples ocorrência do acidente e do dano dela decorrente.

Noutro diapasão, é bom que se traga à baila que em virtude do sinistro do requerente ter acontecido no ano de 2015, o pedido autoral deverá obedecer as normas em vigor na época, principalmente de acordo com a alteração ocorrida na Lei 6194/74 trazidas pelas leis 11.482/2007 e 11945/2009.

Logo, diante de tamanha alteração, podemos acentuar que a indenização por invalidez deverá variar de acordo com o grau da lesão e da extensão da incapacidade funcional apresentada pelo autor/vítima, que refletirá em dano corporal, este sim indenizável.

Ademais, o aspecto interativo para que haja cobertura é que a invalidez seja de Caráter permanente e fique caracterizado o nexo entre o acidente noticiado a consequente invalidez.

Outrossim, vejamos a nova redação do § 1º do art. 3º conferida pela MP 451/2008, convertida posteriormente na Lei 11945/2009:

*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:*

...

*§ 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 acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a*



invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

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

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.

Destarte, que o anexo ao art. 3º da Lei nº 6.194/74, explicita nos dias atuais o valor da indenização a ser recebida pelo(a) promovente de acordo com a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual em tal anexo estabelecido. Vejamos:

## ANEXO

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)



<b>Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico</b>	<b>Percentual da Perda</b>
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	<b>100% (CEM POR CENTO)</b>
<b>Lesões de órgãos e estruturas</b> crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
<b>Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores</b>	<b>Percentuais das Perdas</b>
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	70



Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10
<b>Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais</b>	<b>Percentuais das Perdas</b>
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

Portanto, diante do enunciado no inciso I do parágrafo primeiro do art. 3º da Lei 6194/74, e principalmente de acordo com o que explicita o anexo da referida Lei, o promovente faz jus a indenização por invalidez permanente em decorrência da lesão **no membro superior esquerdo (70% setenta por cento)** que perfaz o percentual correspondente aos 100% (cem por cento) do valor referente a uma invalidez permanente total que é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), razão pela qual deverá o mesmo ser indenizado no quantum base de **R\$ 9.450,00 (nove mil, quatrocentos e cinquenta reais)**, referente à sua perda funcional.

Por conseguinte, vale indicar a este juízo que, segundo a própria lei 6194/74, o IML é o órgão competente para a verificação e caracterização da perda funcional do membro lesado e da irreversibilidade da lesão ocasionada pelo acidente de trânsito. No entanto, é notório e cediço por



todos que nesta Comarca não existe tal órgão, e, como tal, a produção da perícia médica judicial torna-se prova necessária ao deslinde dessa presente ação e a consequente comprovação da invalidez permanente apresentada pelo autor.

Destarte, a violação do direito do Autor, no caso em tela é patente, tendo por consequência o ato ilícito a ser reparado, segundo a luz do art. 186 do Código Civil Pátrio, in verbis:

*“Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.”*

O instituto da responsabilidade civil é parte integrante do direito obrigacional, pois, a principal consequência da prática de um ato ilícito é a obrigação que acarreta o dever de reparar o dano causado, sendo este de natureza pessoal que se resolve em perdas e danos.

Assim entende os nossos tribunais:

*“AÇÃO INDENIZATÓRIA – SEGURO DPVAT –  
FALTA DE INTERESSE DE AGIR –  
ESGOTAMENTO DA VIA ADMINISTRATIVA –  
DESENCESSIDADE – PRELIMINAR –  
REJEIÇÃO – DUT – PROVA DO ACIDENTE E  
DO DANO – INDENIZAÇÃO DEVIDA –*

*–  
1) não falta interesse de agir àquele que não espera a solução administrativa do pagamento do valor, mormente quando a seguradora retarda na análise da documentação enviada pelo beneficiário do seguro.*

*–  
2) a não obrigatoriedade de apresentação do dut para recebimento de indenização precede a vigência da lei nº 8.441/92. A lei nº 6.194/74, por não conter tal exigência, estabelece apenas que a indenização será paga mediante a simples prova do acidente e do dano decorrente. (TAMG – AC 0389923-4 – (71202) – 5ª C.Cív. – Rel. Des. Elias Camilo – J. 08.05.2003)”*



Ainda no que tange ao recebimento da indenização, devemos ressaltar a questão da correção monetária deverá incidir a partir da data do ajuizamento da ação (distribuição), e, os juros deverão contar desde a data da citação da seguradora sinistro, o que é concretizado em nosso ordenamento jurídico e principalmente de forma majoritária em nosso Tribunal de Justiça da Paraíba, conforme explicita a jurisprudência abaixo em epígrafe:

*11545910 - AGRAVO REGIMENTAL CIVIL E PROCESSUAL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). COMPLEMENTAÇÃO DE PAGAMENTO. JUROS DE MORA. TERMO INICIAL. CITAÇÃO DA SEGURADORA. 1. Na ação de cobrança para complementar o pagamento de indenização do seguro obrigatório (DPVAT), os juros de mora incidem a partir da data de citação da seguradora. 2. Agravo regimental desprovido. (Superior Tribunal de Justiça STJ; AgRg-REsp 1.060.421; Proc. 2008/0112451-7; SP; Quarta Turma; Rel. Min. João Otávio de Noronha; Julg. 28/04/2009; DJE 11/05/2009)*

*56023750 - PROCESSUAL CIVIL. CONTRA-RAZÕES. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. DPVAT. PRELIMINAR. PRINCÍPIO DA DIALETICIDADE. AFRONTA. AUSÊNCIA. RAZÕES DISSOCIADAS DO QUE RESTOU DECIDIDO. INEXISTÊNCIA. REJEIÇÃO. Não estando as razões do apelo dissociadas do que restou decidido na sentença, não há que se falar em afronta ao princípio da dialeticidade. Processual civil. Apelação. Ação de indenização. DPVAT. Preliminar. Ausência de interesse processual. Pedido na esfera administrativa. Art. 5º, XXXV, da CF/88. Rejeição. A Constituição Federal, fonte da qual emanam todos os princípios a serem observados pela legislação infraconstitucional, garantiu a todos a inafastabilidade jurisdicional, sempre que houver lesões ou ameaças de lesões a direito. Civil. Apelação cível. Ação de cobrança. Seguro DPVAT. Acidente automobilístico. Invalidez permanente. Deficiência em grau mínimo. Prova robusta. Nexo causal comprovado. Indenização devida. Incidência do art. 3º, b, da Lei nº 6.194/74. Indexação do salário mínimo. Possibilidade. Correção monetária. Incidência. Data do sinistro. Inaplicabilidade. Adequação. Data do ajuizamento da ação. Provimento parcial. Dada a natureza do pleito indenizatório securitário, afigura-se*



*totalmente desnecessário prévio requerimento administrativo objetivando posterior ajuizamento de ação de cobrança. A Lei nº 6.194/74, que dispõe sobre o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não (DPVAT), foi alterada, em alguns dispositivos, pela Lei nº 8.441/92, sem, todavia, modificar o art. 5º do aludido diploma legal, que impõe o pagamento da indenização mediante a prova do acidente e do dano ocorrente. Em consonância com a iterativa jurisprudência do STJ, nas ações em que se busca o valor integral de indenização decorrente do seguro obrigatório. DPVAT -, por se tratar de ilícito contratual, a correção monetária, será a partir do ajuizamento da ação. (TJ-PB; AC 083.2006.001412-9/001; Cacimba de Dentro; Rel. Des. Abraham Lincoln da Cunha Ramos; DJPB 05/02/2009; Pág. 5) CF, art. 5*

*56028438 - SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. INVALIDEZ PERMANENTE. INDENIZAÇÃO. PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. APELAÇÃO CÍVEL. PRELIMINARES. Falta de interesse processual e de documento imprescindível ao exame da questão. Rejeição das prefaciais. Amputação da falange distal do 2º e 3º quirodáctilos da mão direita. Fixação da indenização no máximo legal. Impossibilidade. Provimento parcial. De acordo com o princípio da inafastabilidade do poder judiciário em que não será excluída de sua apreciação nenhuma lesão ou ameaça a direito, pode o autor, amparado na Constituição Federal, pleitear seus direitos judicialmente, independentemente do exaurimento das vias administrativas. De uma breve análise dos elementos probatórios, vê-se que o promovente colacionou os documentos que entendeu suficientes à apreciação da questão de mérito objeto da demanda, a fim de que o julgador pudesse concluir pela eventual procedência ou improcedência do pedido. Nos termos do disposto no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, a seguradora está obrigada a indenizar o DPVAT, bastante a simples prova do acidente automobilístico e do dano decorrente, do qual resultou com danos pessoais, levando-se em consideração a tabela respectiva para cálculo em caso de invalidez permanente. Inocorrendo requerimento administrativo, visando receber o DPVAT, a correção monetária deve se*



*(dar da data do ajuizamento da ação os juros  
moratórios de 1% ao mês da citação, se o  
acidente ocorreu após a vigência do novo CC.  
(TJ-PB; AC 200.2008.018.7418/001; Rel. Des.  
Romero Marcelo da Fonseca Oliveira; DJPB  
16/10/2009; Pág. 7)*

Logo, está satisfeito o promovente de que não tem mais a que buscar, a Promovida, além de demonstrar de forma equivocada que não tem interesse em pagar o seguro DPVAT e não encontrando outro caminho, vem invocar a Tutela Jurisdicional do Estado, por intermédio de seu órgão judiciário para dirimir tal conflito.

### III - DOS PEDIDOS

**ANTE AO EXPOSTO**, requer a Vossa Excelência, com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, nos arts. 5º e 3º, “II”, ambos da lei nº. 6.194/74, a procedência da presente, bem como:

a. A condenação da promovida ao pagamento da indenização em epígrafe, com base no montante de **R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)** conforme preceitua o inciso I do § 1º e inciso II do art. 3º da Lei 6194/74, referente à indenização por invalidez permanente parcial e de repercussão média sofrida pelo promovente **no membro superior (70% setenta por cento)** de uma invalidez permanente total. No entanto, caso tal incapacidade seja parcial que se apure o seu respectivo grau percentual.

b. Seja citada a Promovida através de AR, no endereço declinado, nos termos do art. 246, I do CPC, para querendo, apresentar contestação, produzir provas e requerendo, sendo o caso de prova pericial, com a formulação de quesitos e indicação de assistente técnico.

c. Seja designada audiência de conciliação, e, em ato contínuo a de instrução e julgamento.



**d.** Requer que lhe seja concedido os benefícios da justiça gratuita nos termos do artigo 98 e seguintes do CPC.

**e.** Que seja acrescido e aplicado ao valor da condenação, correção monetária com base no INPC-IBGE, o qual começará a incidir desde a data do sinistro nos termos da súmula 580 do STJ, e, juros moratórios no percentual de 1,0% ao mês que deverão ser calculados a partir da citação, conforme acentua a súmula 426 do STJ.

**f.** Seja condenada a demandada em honorários advocatícios, no percentual de 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, nos termos do art. 85 do CPC.

**g.** Seja o autor submetido a perícia médica judicial, devendo tal perito seguir os quesitos no anexo 01 enunciados, bem como os elaborados pela parte ré e/ou pelo juízo, devendo os honorários periciais correrem as custas da ré, nos termos do convenio firmado entre ela e esse Tribunal.

Protesta ainda provar o promovente por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente por provas documentais e testemunhais.

Dá-se à causa o valor de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais).

Nesses Termos,

pede deferimento.

Picuí – PB, 07 de dezembro de 2018.

**NILO TRIGUEIRO DANTAS**



**Anexo 01**

**Q U E S I T O S**

- 1) Se existe nexo causal entre o acidente noticiado na peça inicial e as lesões produzidas no Autor?*
- 2) Se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se estes órgãos foram lesionados em função do acidente automobilístico?*
- 3) Se houve Invalidez. Em caso afirmativo, se a invalidez é total ou parcial?*
- 4) Se a invalidez for parcial, ela é completa ou incompleta?*
- 5) Se parcialmente incompleta, qual o percentual a ser utilizado com relação à redução proporcional da incapacidade permanente? Onde nesse quesito deverá o Sr. Perito se utilizar dos percentuais enunciados pelo inciso II do § 1º da Lei 6194/74: “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, e ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais".

## Anexo 02

Anexo do art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974

<b>Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico</b>	<b>Percentual da Perda</b>
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	



Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	100% (CEM POR CENTO)
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
<b>Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores</b>	<b>Percentuais das Perdas</b>
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10
<b>Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais</b>	<b>Percentuais das Perdas</b>
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50



Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10



## **PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL**

O (a) Outorgante Enivaldo Bernandino de Oliveira, brasileiro, divorciado, agricultor, portador (a) do RG nº 16.720.753-2, expedido por SSP/SP e CPF nº 380.587.074-49, residente e domiciliado(a) na(o) sítio Retiro, nº 510, Bairro Zona rural, Cidade Cuite, UF PB, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procuradores e advogados os Bels. NILO TRIGUEIRO DANTAS, portador do CPF nº. 047.951.774-65, inscrito na OAB-PB sob nº. 13.220 e na OAB-RN sob nº. 834-A, e, DIJANIELLYYESON MONTEIRO NOBREGA, inscrito na OAB/PB sob nº. 17068, brasileiros, casados, advogados, com endereço profissional na Rua Pedro Salustino de Lima, nº 47, Empresarial Evanisa Dantas, Sala "E", Pedro Salustino, Picuí-PB, fone (0\*\*83) 3371-2274, ao qual confere poderes para o foro em geral, nos termos do art.38, inclusive parte final do código de Processo Civil, podendo confessar, transigir, desistir, receber e dar quitações, firmar compromissos, prestar primeiras e últimas declarações, acompanhá-lo(a) em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, representá-lo(a) perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartições públicas, federais, estaduais, municipais, conjunto ou separadamente, bem como substabelecer com ou sem reservas de poderes.

Picuí-PB, 22 de Dezembro de 2018.

Enivaldo Bernandino de Oliveira  
Outorgantep



Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas  
Sala E, Pedro Salustino - Picuí-PB - CEP: 58187-000  
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777  
Email: nilotdantas@hotmail.com / nelinhoodv@gmail.com





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
NOME	16.720.753-2 08/FEV/2012
FILIAÇÃO	ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA BIANOR FRANCELINO DA SILVA
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
ARARUNA - PB	08/SET/1957
DOC. ORIGEM	ARARUNA - PB
	ARARUNA
	CC: LV.B02 / FLS.139 / N.000244
CPF	380587074/49
Alvaro 188 Delegado Divisionário Roberto ASSINATURA DO TITULAR IIRGD/SSP/SP LEI Nº 7.116 DE 29/09/83	



Assinado eletronicamente por: NILO TRIGUEIRO DANTAS - 07/12/2018 15:19:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110911460997100000017226977>  
Número do documento: 18110911460997100000017226977

Num. 17695255 - Pág. 1

ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA  
SIT RETIRO, S/N - AREA RURAL  
CUI/E/PB CEP: 59176000 (AG 80)

ENERGISA

Classe/Subclasse RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO Br230, km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-680  
Rotiro 3 - 105 - 35 - 1020 Referencia Dez/2016 CNPJ 09.085.182/0001-40 Insc Est 16.016.823-0  
Nº medidor: 00001183044 Emissao 07/13/2016 Nota Fiscal/Carta de Energia Eletrica N°000 199.937  
Codigo para Débito Automático: 00012187416

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1218741-5

Dez / 2016

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei  
nº 10.439, de 26 de abril de 2002.

Apresentação

07/12/2016

Data prevista da  
próxima leitura

06/01/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

36058707449  
Ins.: Est.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
08/11/16	5968	07/12/16	6036	1
			68	29

### Faturas em atraso

### Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo ate 30kWh-BR	30	0,15083	4,51
Consumo - 31 a 100kWh-BR	38	0,25823	9,81
Adic. B Amarela		0,36	
Subsídio		16,00	
ICMS		11,06	
PIS		0,44	
COFINS		2,06	

### LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUÇÃO ILUM PÚBLICA	3,63
Devolução Subsídio	-18,00

### Histórico de Consumo (kWh)

Nov/16 74  
Out/16 58  
Set/16 58  
Ago/16 58  
Jui/16 51  
Jul/16 59  
Mai/16 53  
Aly/16 59  
Mar/16 64  
Fev/16 52  
Jan/16 70  
Dez/15 61

	BASE DE CALCULO	ALIQUOTA	VALOR R\$
ICMS	44,23	26,00	11,06
PIS	44,23	1,0102	0,44
COFINS	44,23	4,8429	2,06

### VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

16/01/2017 R\$ 31,86

b0fb.4d47.3862.6828.36e9.c209.27bb.c510.

### Indicadores de Qualidade 10/2016 - Cutie

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	11,01	0,00	Serviços de Dist da Energisa/PB	5,59	17,52
DIC RIMESTRAL	22,02	NOMINAL	Compra de Energia	8,53	20,50
DIC ANUAL	44,07	220	Serviço de Transmissão	0,38	1,19
FIC MENSAL	7,74	0,00	Encargos Setoriais	2,19	6,07
FIC RIMESTRAL	15,49	1 CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	17,19	53,92
FIC ANUAL	30,98	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DMI	5,99	LIMITE SUPERIOR	Total	31,86	100,00
DICI	16,80	231	Valor do EUÓ (Ref. 10/2016) R\$ 5,79		

### ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 16,00

PARAÍBA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

16/01/2017

R\$ 31,86

83660000000-1.31860054000-5.12187412016-9.12401050019-5



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Enioldo Bernardino de Oliveira,  
RG nº 16.720.753-2 data de expedição 08/02/2016, Órgão  
SSP/PB, CPF nº 380.587.044-49, venho perante a este  
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em  
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo  
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Saturno Reino</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Cuité</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.175-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picuí - PB, 17 de Fevereiro de 2016

Assinatura do Declarante: Enioldo Bernardino de Oliveira



## DECLARAÇÃO (Lei 7.115)

Eu, Erialdo Bernardino de Oliveira, brasileiro(a), divorciado, agricultor, portador do RG nº 16.720.753-2, expedido por SSP/SP e do CPF nº 380.587.074-49, residente na(o) Sítio Retiro, município de Cuité - PB, DECLARO, nos precisos termos do art. 1º da lei nº 7.115 de 29 de março de 1983 (lei da desburocratização), para o fim de dispensa de custas processuais, **QUE SOU POBRE NA FORMA DA LEI**, cuja situação econômica não me permite pagar custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio ou da família, **BEM COMO QUE RESIDO NO ENDEREÇO ACIMA ENUNCIADO.**

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

Picuí - PB, 22 de Dezembro de 2018

Erialdo Bernardino de Oliveira  
DECLARANTE  
(A rogo se não souber ler nem escrever)

---

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983  
DOU 30/8/1983

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O Presidente da República,

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homônimia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.**

Parágrafo único. O disposto neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Ibrahim Abi-Ackel / Hélio Beltrão





## SINISTRO 3170458740 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A #624

**BENEFICIÁRIO** ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA

**CPF/CNPJ:** 38058707449

**Posição em 30-10-2017 10:53:39**

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

Assunto: Negado  
Data: 30/10/2017 10:53:39  
Motivo: Negado  
Mensagem: O seu pedido de indenização foi negado. Ainda assim, se você desejar, pode solicitar que seja feita uma reavaliação da sua situação. Para isso, basta entrar em contato com o seu beneficiário ou com a administradora do seguro, que é a Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A #624. Se você não souber como fazer isso, pode entrar em contato com o número 11 3045-1000.  
Assinatura: NILO TRIGUEIRO DANTAS  
Data assinatura: 07/12/2018 15:20:15  
Local assinatura: São Paulo, SP, Brasil  
Cidade assinatura: São Paulo  
Estado assinatura: São Paulo  
Pais assinatura: Brasil  
Código assinatura: 18110911475176700000017227071





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
2<sup>a</sup> REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - CAMPINA GRANDE  
13<sup>a</sup> REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - PICUÍ  
47<sup>o</sup> DISTRITO INTEGRADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - CUITÉ  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CUITÉ  
Rua Adauto Soares, 144 – Centro – Cuité/PB, CEP: 58175-000 – Fone (83)9922-2370



## OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 99/2015

Aos 14/12/2015, nesta cidade de **Cuité**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob a responsabilidade do Bel. **DURVAL SANTOS BARROS**, Delegado de Polícia Civil, comigo **LUCIANA MEDEIROS COSTA**, ao final assinado, aí, por volta das 10 horas, compareceu **ERIVALDO DIVORCIADO**, profissão **AGRICULTOR**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO (3ª SÉRIE)**, com 58 anos de idade, nascido(a) aos 08/09/1957 em **ARARUNA/PB**, filho(a) de **FRANCELINO DA SILVA** e **LUSIA BERNARDINO DE OLIVEIRA**, portador(a) de Cédula de Identidade N° 16.720.753-2, expedido pela **SSP/SP**, e C.P.F. de N° 380.587.074-49, residindo no seguinte endereço **SITIO RETIRO**, bairro **ZONA RURAL**, cidade de **CUITÉ - PB**, telefone: ( ) , celular: (83)99664-4020, **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO:**

QUE NO DIA 07/09/2015, POR VOLTA DAS 15H00, O NOTICIANTE PILOTAVA A MOTOCICLETA YAMAHA/YBR 125K, COR PRETA, PLACA MOV 2970/JOÃO PESSOA-PB, ANO/MODELO 2002/2003, CHASSI 9C6KE044030000369, RENAVAM 01256821403, LICENCIADA EM NOME DE MARCELO XIMENES DA CUNHA, POR UMA ESTRADA VICINAL DO SÍTIO RETIRO QUANDO A MOTO DERRAPOU EM UMS PEDREGULHOS E EM RAZÃO DE HAVER UM MONTE DE AREIA PRÓXIMO, O NOTICIANTE CAIU E A MOTO CAIU EM CIMA DO SEU OMBRO ESQUERDO, QUEBRANDO A CLAVÍVULA E FRATUROU QUATRO COSTELAS, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE ONDE PERMANECEU INTERNADO POR OITO DIAS. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**

- 1 – Nome: MARIA SELMA FREIRE DE ANDRADE, R.G. n.º 3.215.821 SSP/PB, C.P.F. n.º 082.721.544-47  
Endereço: SÍTIO VARELO, S/N, ZONA RURAL – ARARUNA/PB  
2 – Nome: MARIZA RIBEIRO DE LIMA SANTOS, C.P.F. N.º 029.397.374-10  
Endereço: SÍTIO RETIRO, S/N, ZONA RURAL – CUITÉ/PB.

Cuité/PB, 14 de Dezembro de 2015.

*Erivaldo Bernardino de Oliveira*  
ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA

Noticiante

*Costa*  
LUCIANA MEDEIROS COSTA  
Escrivã de Polícia



**2º SERVIÇO DE NOTAS E REGISTROS** Tabelil: Marlene de Melo Silva  
Rua João Pessoa, 35 Centro - Cuité-PB - CEP: 58.175-000 - Fone/Fax: (63) 3377-2314 - Serviço de Notas

A U T E N T I C A Ç Ã O - Certifico que esta chita é reprodução fiel do original.

Autenticamente nas termos do artigo 2º, II da Lei nº 9.338/1996.  
Em testemunha: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, 06/10/2015, 09:16:50, Selo STN

Selo fiscal de fiscalização do tiro (Número 1) - ALMOGOZ-1003

(Confira os dados do ato em <http://tstn.tjpb.jus.br>)

Valor da multa: R\$ 1,00 - TFP: R\$ 0,06 - TSTN: R\$ 0,23 - Total: R\$ 2,29

Comarca de Cuité-PB

Serviço de Notas

e Registros

Marlene de Melo Silva

Tabelil

CONTRAN DENATRAN

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: **0079093006-4** DATA: **00/00000000** EXPIRAÇÃO: **201-**

**MARCELO XIMENES DA CUNHA**

NOME:

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

Tabelil

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatesegurodetransito.com.br](http://www.dpvatesegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 011753732594 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

Tabelil: Marlene de Melo Silva

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CICERO JOSE MARTINS,

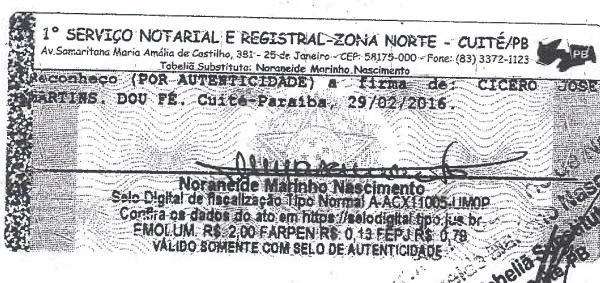
RG nº 2835162, data de expedição 22/11/05,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 046.948.694-06, com  
domicílio na cidade de CUITÉ, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio Retino, nº 511,

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima EIRIVALDO BERNARDO DE OLIVEIRA cujo o condutor era

Veículo: moto  
Modelo: YAMAHA YBR 125 K  
Ano: 2002  
Placa: MUV-2970/13  
Chassi: 9C6KE044  
Data do Acidente: 02/09/15  
Local e Data: cuiteíba, 29/02/16

  
Cicero José Martins  
Assinatura do Declarante

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



Assinado eletronicamente por: NILO TRIGUEIRO DANTAS - 07/12/2018 15:20:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110911484841100000017227113>  
Número do documento: 18110911484841100000017227113

Num. 17695400 - Pág. 1

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Enivaldo Bernardimino de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 16.720.753-2 e inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na Sítio Retiro, Cidade auá, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Enivaldo Bernardimino de Oliveira

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Picuí-PB, 17 de Fevereiro de 2016

Local e data





Do Dr. Rui M. de Souza no processo

(02 40) Poderá ser feita a sua representação

do seu escrivão ou procurador.

Assinado de São Paulo,

6 de dezembro

Em conformidade com o artigo 158º da lei

de procedimento penal do Estado de São Paulo

(Lei Orgânica da Procuradoria Geral do Estado)

Recebeu constatação da sua assinatura





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

AUNA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

- 1 -

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO





## Diagnóstico

Trauma crônico ósseo

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

Truaji - Pernambuco  
Pessoas de desenvolvimento

Presença Médica

Presente

Morando

Convenio

Exame e exames em  
não apresentar nenhuma  
lesão, com exceção de  
uma fratura no osso toracor  
abdominal que é de origem  
de origem traumática e  
não é de origem patológica.

H. Spm

TH

TH





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA**

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PACIFIC EQUATORIAL TO SUBTROPICAL SEAS

Practical Examples

CO 15 Q1 2020

22.09.2019 lamp + wortl. RD. IV - 414 kg  
green oil song + wortl. 558 - IV - Gießt.  
(dem Zweck!)

23.09.2019 RD. II - 412 kg  
Hüttensong nesslarenca Biergäste.  
Gäste waren sehr dankbar für  
den Wundtagen Geschenk  
Sektor C zum 1. Geburtstag.

卷之三

[3] *etc.* 18 Cognitiva

Algebra Connections

四

CAPTION





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA**

Diagnóstico

25

Presidente Fernando Gómez Alcalde Antonio Castro

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

# HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

85 00 0



RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

DATA	HORA	PA	T	FC	TR	EGT	DURESE	AÇÃO	ASSINATURA CA EMEU
10/09	08:00	128/80						Realizado banho no Leito.	S 10/09/2018

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA





## Diagnóstico

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Eduardo Henrique de Oliveira Rodrigo Henrique Alto Mearim

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução/Motivo

09/10/18) Quarto paciente  
S. V. S. V. S. V. S. V. S. V.  
Bilirrubina total 16.33mg/dl  
Bilirrubina direta 1.99mg/dl  
Tbilirrubina indireta 14.34mg/dl  
Lipase sérica 1.520 U/L  
GPT 1.520 U/L  
GOT 1.520 U/L







PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinado eletronicamente por: NILO TRIGUEIRO DANTAS - 07/12/2018 15:21:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110911510276500000017227206>  
Número do documento: 18110911510276500000017227206

Num. 17695496 - Pág. 6





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bivaldo B. da C. Júnior Registro: Item 7 - 3 Setor Atual: Ala emergencial

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Taxa	SG: P.	lpm; FR:	lpm; PA:	mmHg; FC:	lpm; SPO <sub>2</sub> :
HGT	m/ll. Peso	Kg; Altura:	cm	Dor: ( ) Local:	Obs.:

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Tópico ( ) Comatoso ( ) Queda  
GLASGOW(3-15): 15 Desgas (Sedação/Anestesia)

Pupilas: ( ) Isocônicas ( ) Anisocônicas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotoreceptores ( ) Mioticas ( ) Midriáticas

Motilidade Física: (X) Preservada ( ) Parésia ( ) Plegia ( ) Paraplesia Local

Linguagem: ( ) Clara ( ) Confusa ( ) Alucin. ( ) Disfácia ( ) Disartria

CLS:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter nasal ( ) Venturi % Fmox ( ) Tracheostomia ( ) Ayres/Brown T ( ) VMIU ( ) VMIU OT ( ) Comissura labial ( ) FiO<sub>2</sub> % PEEP cmH<sub>2</sub>O ( ) Eupnéia ( ) Taquipneia ( ) Bradipneia ( ) Dispneia ( ) Outras:

Ausculta pulmonar: Murmurô vesicular presente ( ) Diminuídos ( ) Ausculta:

Ruidos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estertor ( ) Gutturas

Tosse: ( ) Inprodutiva ( ) Produtiva Expectorado: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto Dreno de tórax: ( ) SF ( ) Selo d'água;

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> FB SPO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

##### SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de quebra Observação:

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Fibrilar ( ) Chen



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada / <input type="checkbox"/> hipocorada / <input type="checkbox"/> Claro seco / <input type="checkbox"/> Seco seco / <input type="checkbox"/> Fria / <input type="checkbox"/> Aquecida	Precordialgia: <input type="checkbox"/>
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> < 3 segundos / <input type="checkbox"/> > 3 segundos / <input type="checkbox"/> ; Turgor cutâneo regular / <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quars?	Precordialgia: <input type="checkbox"/>
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Ritmica / <input type="checkbox"/> Arritmica / <input type="checkbox"/> Sopro / <input type="checkbox"/> Outro: Marcapasso / <input type="checkbox"/> Transitorio / <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico / <input type="checkbox"/> Central / <input type="checkbox"/> Dissecção Localização: <b>NSE</b>	Data da punção: <b>12/09/15</b>
Edema: <input type="checkbox"/> LMSS / <input type="checkbox"/> MMB / <input type="checkbox"/> Faco / <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINARIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido / <input type="checkbox"/> Enfraquecido / <input type="checkbox"/> Caquético / <input type="checkbox"/> Obeso	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa / <input type="checkbox"/> Incompleta / <input type="checkbox"/> Prótese	
Aumentação: <input type="checkbox"/> LVO / <input type="checkbox"/> ISNG / <input type="checkbox"/> ISNE / <input type="checkbox"/> Gástrica / <input type="checkbox"/> Colostomia / <input type="checkbox"/> INH, Hera	Data: / /
Alterações: <input type="checkbox"/> Irregularidade / <input type="checkbox"/> Distensão / <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar / <input type="checkbox"/> Vômito / <input type="checkbox"/> Prurido / <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Enriquedo / <input type="checkbox"/> Distendido / <input type="checkbox"/> Falso / <input type="checkbox"/> Aséptico / <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Ausentes / <input type="checkbox"/> Presentes / <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Jornal / <input type="checkbox"/> Liquida / <input type="checkbox"/> Constipado há dias / <input type="checkbox"/> Outros: <b>S/ eliminações</b>	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea / <input type="checkbox"/> Retenção / <input type="checkbox"/> Incontinência / <input type="checkbox"/> Hematuria / <input type="checkbox"/> ISVD Dérbito / <input type="checkbox"/> Outros:	
Aspectos: <input type="checkbox"/> Quelos / Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condicao da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Rígida / <input type="checkbox"/> Ressecada / <input type="checkbox"/> Equimoses / <input type="checkbox"/> Hematomas / <input type="checkbox"/> Escoriações / <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input type="checkbox"/> Normalizada / <input type="checkbox"/> Hipocorada / <input type="checkbox"/> Palentina / <input type="checkbox"/> Canecada / Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Juntas / <input type="checkbox"/> Socas. Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Lugar/Aspecto:	Curativo em: / /
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:	Debito: / /
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio:	Lata: / /
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente / <input type="checkbox"/> Dependente / <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória / <input type="checkbox"/> Insatisfatória / Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória / <input type="checkbox"/> Insatisfatória	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acentuada / <input type="checkbox"/> Capacidade reduzida / <input type="checkbox"/> Outra	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada / <input type="checkbox"/> Insônia / <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia / <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada / <input type="checkbox"/> Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo / <input type="checkbox"/> Muito Ansioso / <input type="checkbox"/> Ausência de familiarização / <input type="checkbox"/> Outros
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
<b>l.º: Católica</b>	<input type="checkbox"/> Proficiente / <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	
DATA: <b>12/09/15</b> HORA: <b>09:10</b>	
FONTE: BORDIFMO-R.0 - Cadastro de dados comuns de grupo fiscal - Porto Alegre (RS).	



Paciente:

**Enredo B de Câncer**

**DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

Referência: \_\_\_\_\_

Linha: 3 | Data: 12/09/15

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINidoras			
1	Constipação	Durezas ( )	Desidratação ( )	Excesso ( )	Ouro ( )	Aumento sanguíneo ( )	Doença evitável ( )	Ouro evitável ( )	Ouro ( )
2	Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades	Fatores biológicos ( )	Capacidade produtiva do organismo ( )	Lesão fisiológica ( )	Ansiedad ( )	Contato bucal fúndico ( )	Doença crônica ( )	Doença crônica ( )	Ouro ( )
3	Defeit no auto cuidado para banho	Fatores psicossociais ( )	Dor ( )	Dor ( )	Dor ( )	Doença mental ( )	Mais de 50 anos ( )	Mais de 50 anos ( )	Ouro ( )
4	Dor aguda	Oftalmos (Ex: Bolhas, gotas, flocos, picadas) ( )	Apertos excessivos (Ex: Bolhas, gotas, flocos, picadas) ( )	Apertos excessivos avassaladores ( )	Apertos excessivos avassaladores ( )	Intolerância ao calor ( )	Intolerância ao calor ( )	Intolerância ao calor ( )	Ouro ( )
5	Hipertensão	Anestesia ( )	Desidratação ( )	Trauma ( )	Ouro ( )	Aumento da taxa metabólica ( )	Alargamento da capacidade corporal acima das normas normais ( )	Alargamento da capacidade corporal acima das normas normais ( )	Ouro ( )
6	Integridade da pele prejudicada	Exames de sangue ( )	Congestão pulmonar ( )	Tiroidite ( )	Tiroidite ( )	Destrução de cartilagem óssea ( )	Taxa alta ( )	Taxa alta ( )	Ouro ( )
7	Mobilidade física prejudicada	Ansiedad ( )	Impaired 24-hour pain ( )	Ouro ( )	Ouro ( )	Destrução da perfuração óssea ( )	Ouro ( )	Ouro ( )	Ouro ( )
8	Padrão respiratório infelaz	Freqüência muscular descoordenada ( )	Desconforto ( )	Rigor muscular ( )	Rigor muscular ( )	Destrução faríngea ( )	Síntese de oxigênio ( )	Síntese de oxigênio ( )	Ouro ( )
9	Risco de desequilíbrio eletroímico	Ansiedad ( )	Congestão ( )	Vômito ( )	Vômito ( )	Elementos desconexas ( )	Ouro ( )	Ouro ( )	Ouro ( )
10	Risco de infecção	Ansiedad ( )	Obstruções nasais ( )	Ouro ( )	Ouro ( )	Alargamento da próstata ( )	Ouro ( )	Ouro ( )	Ouro ( )
11	Risco de quebra	Ouro ( )	Ouro ( )	Ouro ( )	Ouro ( )	Balanço do sistema nervoso ( )	Ouro ( )	Ouro ( )	Ouro ( )
12	Pártire de sono prejudicado	Excesso de diálito ( )	Rotação ( )	Desidratação ( )	Desidratação ( )	Maltrato da saliva normal do sono ( )	Ouro ( )	Ouro ( )	Ouro ( )
13	- Outro	Riso ( )	Intolerância ao calor ( )	Ouro ( )	Ouro ( )	Ouro ( )	Ouro ( )	Ouro ( )	Ouro ( )
14	Otro	Otro ( )	Otro ( )	Otro ( )	Otro ( )	Otro ( )	Otro ( )	Otro ( )	Otro ( )





Paciente: **Fábio de Oliveira**

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO			CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1	Constipação	<input type="checkbox"/> Diuréticos	<input type="checkbox"/> Desidratação	<input type="checkbox"/> Estresse	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Abdome e estertido	<input type="checkbox"/> Dor é elevadação
					<input type="checkbox"/> Outro		
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	<input type="checkbox"/> Níveis de evacuação irregulares	<input type="checkbox"/> Lesão neurogética	<input type="checkbox"/> Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal
					<input type="checkbox"/> Outro		
3	Deficit no auto cuidado para banho	<input type="checkbox"/> Fatores psicodélicos	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Prejuízo neuromotor	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Criança bucal ferida	<input type="checkbox"/> Diarreia
					<input type="checkbox"/> Outro		
4	Dor aguda	<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Fracidez	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Dor abdominal	<input type="checkbox"/> Múltiplas návidas	<input type="checkbox"/> Incapacidade de acessar o banheiro
					<input type="checkbox"/> Outro		
					<input type="checkbox"/> Incapacidade de lavar o corpo	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Incapacidade de acessar o banheiro
					<input type="checkbox"/> Outro		
5	Hipertermia	<input type="checkbox"/> Agenteles estímulos (Ex: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos)	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Alterações na pressão sanguínea	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Alterações na temperatura corporal acima dos parâmetros normais
					<input type="checkbox"/> Outro		
6	Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Anestesia	<input type="checkbox"/> Desidratação	<input type="checkbox"/> Trauma	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Taquicardia
					<input type="checkbox"/> Outro		
7	Mobilidade Física prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Aumento da taxa metabólica	<input type="checkbox"/> Extremos de calor	<input type="checkbox"/> Cicatrização prejudicada	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Destrução de camadas da pele	<input type="checkbox"/> Invasão das estruturas do corpo
					<input type="checkbox"/> Outro		
8	Padrão respiratório incômodo	<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Descritivo	<input type="checkbox"/> Descritivo	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Remigração na superfície da pele	<input type="checkbox"/> Outro
					<input type="checkbox"/> Outro		
9	Risco de desequilibrio eletrotílico	<input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/> Imobilização física	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Discrição para ver se	<input type="checkbox"/> Discrição ao esforço
					<input type="checkbox"/> Outro		
10	- Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Ansiedade (X)	<input type="checkbox"/> Fraqueza	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Movimentos descontrolados	<input type="checkbox"/> Alterações na profundidade respiratória
					<input type="checkbox"/> Outro		
11	Risco de queda	<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Comodoração	<input type="checkbox"/> Vômito	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Batimento da área de nailz	<input type="checkbox"/> Osteonecrose
					<input type="checkbox"/> Outro		
12	Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Drenos	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ausência da exposição ambiental a catagens	<input type="checkbox"/> Detergente e sabonetes em aquáticas
					<input type="checkbox"/> Outro		
13	Otro	<input type="checkbox"/> Procedimentos invasivos	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Vibriodese	<input type="checkbox"/> Medicamentos
					<input type="checkbox"/> Outro		
14	Otro	<input type="checkbox"/> Rins	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Falta de privacidade e conforto do sono	<input type="checkbox"/> Mudança do padrão normal do sono
					<input type="checkbox"/> Outro		
					<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Relatos de dificuldade para dormir	<input type="checkbox"/> Relatos de dificuldade para dormir
					<input type="checkbox"/> Outro		



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Eduardo Benedito  
SÉRIE \_\_\_\_\_ PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL N° \_\_\_\_\_  
ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N° 522.4 + 542.0 NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE 08 / 09 / 15 A 14 / 09 / 15 NECESSITANDO DE  
01 Aumento DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.  
Campina Grande, 14 / 09 / 15

Rivaldo Fernandes  
Dr. Rivaldo Fernandes  
CIRURGICO TORACICO  
CRM-PB 5126

Ass. do Méfico - N° do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o  
Dr., \_\_\_\_\_ codificado CID ou por extenso neste atestado médico a registrar o diagnóstico

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060