



Número: **0800591-54.2018.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **18/04/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDICARLOS PORCINO ALVES (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13734 276	18/04/2018 11:29	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
13734 333	18/04/2018 11:29	<a href="#">Petição Inicial</a>	Outros Documentos
13734 351	18/04/2018 11:29	<a href="#">Quesitos-Perícia</a>	Outros Documentos
13734 369	18/04/2018 11:29	<a href="#">Procuração</a>	Procuração
13734 390	18/04/2018 11:29	<a href="#">Declaração</a>	Outros Documentos
13734 453	18/04/2018 11:29	<a href="#">RG e CPF</a>	Documento de Identificação
13734 483	18/04/2018 11:29	<a href="#">Comprovante de Residência</a>	Documento de Comprovação
13734 512	18/04/2018 11:29	<a href="#">Boletim de Ocorrência</a>	Documento de Comprovação
13734 544	18/04/2018 11:29	<a href="#">Pagamento de Indenização</a>	Documento de Comprovação
13734 580	18/04/2018 11:29	<a href="#">Boletim de Atendimento Médico-</a>	Documento de Comprovação
14314 122	17/05/2018 12:37	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

**PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS EM ANEXO.**





AO JUÍZO DA \_\_\_\_ VARA DA COMARCA DE ITAPORANGA/PB.

**EDICARLOS PORCINO ALVES**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 3.712.252, SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 080.114.374-88, residente e domiciliado na Rua Projetada, s/n, Loteamento Novo, Conjunto, Itaporanga/PB, CEP: 58.780-000, por seu procurador *infra-assinado*, conforme Instrumento de Mandato anexo, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, **com base na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores, nos termos dos artigos 319 e 320 do Código de Processo Civil**, propor a presente

### **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, sediada à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205, pelos motivos de fato e direito a seguir aduzidos:

---

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE  
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036  
hmc.advocacia@gmail.com





## I – DA CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente, ressalta-se que a parte Autora, temporariamente, não tem condições de arcar com as custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil, por ser pobre da forma da Lei, conforme Declaração de Pobreza e Contra Cheque em anexo.

Assim, desde já REQUER a Vossa Excelência, a compreensão da situação, para que conceda os benefícios da Justiça Gratuita à parte Autora, uma vez que, neste momento, não dispõe de recursos financeiros suficientes para o pagamento de custas e despesas com o processo, além de honorários advocatícios, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

## II – DOS FATOS E FUNDAMENTOS JURÍDICOS DO PEDIDO

A parte Autora fora vítima de **acidente de trânsito** causado por veículo automotor em **28/08/2017**, consoante **Boletim de Ocorrência** em anexo, estando o referido automóvel garantido pelo Seguro Obrigatório DPVAT.

Em consequência do citado evento danoso, a parte Autora sofreu diversas lesões e traumas, conforme demonstrado pelo **Boletim de Atendimento Hospitalar**, a ensejar o pagamento da indenização instituído pela Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores, que trata do Seguro Obrigatório DPVAT.

Desta forma, a parte Autora formulou perante a Seguradora Ré, pedido de indenização por invalidez permanente, a qual se refere o Seguro Obrigatório DPVAT, quando então recebeu a importância de **R\$ 4.725,00** (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais), conforme anexo, **em desconformidade com a citada Lei, como restará comprovado durante a instrução processual através da Prova Pericial**, desde já requerida.

Como é sabido, o DPVAT é o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, criado pela Lei nº 6.194/74, com o fim de amparar as vítimas de acidente de trânsito em todo território nacional, e prevê indenizações em caso de morte, invalidez permanente, total ou parcial, além de despesas de assistência médica e suplementares, cujo valor máximo da indenização prevista no art. 3, inciso II, da Lei nº 6.194/74, está fixado em **até R\$ 13.500,00** (treze mil e quinhentos reais).

No caso, a parte Autora visa obter do Poder Judiciário a condenação do Réu ao pagamento de indenização correspondente ao Seguro Obrigatório DPVAT que foi negado administrativamente, fora dos parâmetros consignados na Lei nº 6.194/74, a ser apurado em perícia judicial.

---

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE  
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036  
hmc.advocacia@gmail.com





Sendo certo, que a indenização ora pleiteada deverá ser paga com base no valor vigente a época da ocorrência, **bastando para tanto à simples demonstração do acidente (Boletim de Ocorrência expedido pela Autoridade Policial) e do respectivo dano (Lesões/Traumas – Boletim de Atendimento Hospitalar e Pagamento PARCIAL de Indenização pelo Réu)**, como preceitua o art. 5º, parágrafo 1º da Lei 6.194/74.

Noutro giro, quanto à **correção monetária é devida desde a data do evento danoso**, como já assentou o Superior Tribunal de Justiça, enquanto que os **juros moratórios** são devidos desde a data da CITAÇÃO do Réu, nos termos da **Súmula nº 426, do Superior Tribunal de Justiça**.

### III – DA IMPOSSIBILIDADE DE AUTOCOMPOSIÇÃO – DA NECESSIDADE DE PROVA PERICIAL

No caso, está previsto na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores diferentes lesões e graus de invalidez permanente, classifica em total ou parcial, está última subdividida em completa e incompleta, assim como inseriu tabela para disciplinar os percentuais das perdas à cobertura securitária, de acordo com a respectiva repercussão da lesão.

Deste modo, faz-se necessária a produção de prova pericial para aferição da **LESÃO** sofrido pela parte Autora e da respectiva **REPERCUSSÃO (GRAU)**, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009.

Diante disso, nas ações dessa natureza a prática tem demonstrado que a designação de audiência preliminar de conciliação objetivando a realização de composição entre as partes tem sido infrutíferas devido à necessidade de produção de prova pericial. E, por essa razão a Seguradora Ré tem se limitado a conciliações em MUTIRÕES realizados em parcerias com os Tribunais de Justiça em todo País, inclusive por esse Egrégio Tribunal, **motivo pelo qual a designação de audiência com essa finalidade restará sem êxito**.

Assim sendo, a parte Autora informa a Vossa Excelência o seu **desinteresse na autocomposição, nos termos do art. 334, § 4º, I e § 5º do CPC**.

### IV – DOS PEDIDOS

**Diante do exposto, REQUER a Vossa Excelência:**

---

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE  
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036  
hmc.advocacia@gmail.com





a) Sejam concedidos os benefícios da Justiça Gratuita a parte Autora, nos termos do art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal c/c o artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil;

b) Seja determinada a citação do Réu, pelo Correio, nos termos do art. 247 do CPC, para, querendo, conteste a presente ação, sob pena de confissão e revelia, a teor do art. 344 do Código de Processo Civil;

c) Ao final, seja julgada **PROCEDENTE** a ação, para condenar o Réu ao pagamento complementar da indenização devida pelo Seguro Obrigatório DPVAT, apurado através da Perícia Judicial (art. 324, § 1º, II, CPC), acrescido de correção monetária desde a ocorrência do evento danoso e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês a partir da citação, tudo com arrimo na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores e súmula 426 STJ;

d) Requer, ainda, seja o Réu condenado ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios, de modo a assegurar a dignidade do profissional, na forma do art. 85 do Código de Processo Civil.

#### V – DAS PROVAS (PROVA PERICIAL)

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, a documental, testemunhal e, especialmente **realização de perícia médica para verificação das lesões/traumas sofridos pela parte Autoria e a respectiva repercussão (grau), em decorrência do referido acidente de trânsito, na forma do art. 3º, II, § 1º, I, da Lei nº 6.194/74**, o que desde já fica requerido, devendo os **QUESITOS** em anexo serem respondidos pelo perito nomeado por esse Juízo, sob pena de nulidade, nos termos do artigo 369 do Código de Processo Civil.

#### VI – DO VALOR DA CAUSA

Atribui-se a causa, o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

**NESTES TERMOS,  
PEDE E ESPERA DEFERIMENTO.**

Itaporanga/PB, 02 de Abril de 2018.

**HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO**  
OAB/PE 25.252

**JÚLIA GRAZYELLA RODRIGUES MAGALHÃES**  
Estagiária/CPF: 117.990.524-51

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE  
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036  
hmc.advocacia@gmail.com





## QUESITOS – PERÍCIA

### PARTE AUTORA: EDICARLOS PORCINO ALVES

Queira o Sr. Perito esclarecer, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009, os seguintes QUESITOS:

**1 – Em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve Lesões no Membro Superior Esquerdo e em Órgãos e Estruturas Crânio-Faciais?**

**2 – Em caso positivo, a Lesão ou as Lesões são Temporárias ou Permanentes?**

**3 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?**

**4 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?**

**5 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?**

**6 – Independente do quesito exposto no item “1”, em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve algum outro tipo Lesão?**

**7 – Em caso positivo, qual tipo de Lesão ocorreu?**

**8 – Em caso de ter havido Lesão, ela é temporária ou permanente?**

**9 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?**

**10 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?**

**11 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?**

---

Praça 15 de Novembro, 168, Centro, Triunfo - PE  
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036  
hmc.advocacia@gmail.com





## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** EDICARLOS PORCINO ALVES, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 3.712.252 SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 080.114.374-88, residente e domiciliado na Rua Projetada, s/n, Loteamento Novo, Conjunto, Itaporanga/PB, CEP: 58.780-000, através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

**OUTORGADO:** HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

**PODERES:** a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “ad judicium et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

**CONTRATO HONORÁRIOS:** No caso de êxito da presente demanda, a outorgante pagará ao advogado outorgado a importância correspondente a 30% (trinta por cento) da quantia bruta recebida pelo proveito econômico decorrente da presente demanda, ficando desde já autorizado o respectivo desconto.

Itaporanga/PB, 09 de Outubro de 2017.



OUTORGANTE

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE  
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036  
hmc.advocacia@gmail.com






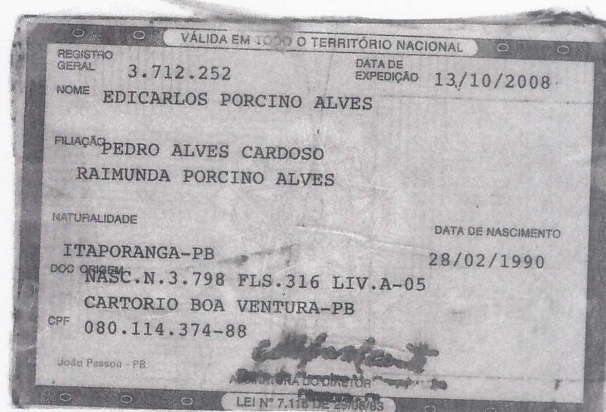
### DECLARAÇÃO

Eu, **EDICARLOS PORCINO ALVES**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 3.712.252 SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 080.114.374-88 residente e domiciliado na Rua Projetada, s/n, Loteamento Novo, Conjunto, Itaporanga/PB, CEP: 58.780-000, **DECLARO** que nesse momento não posso arcar com às custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Itaporanga/PB, 09 de Outubro de 2017.

  
**Declarante**











**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Nº 593 / 2017.

**Natureza da Ocorrência:** ACIDENTE DE TRANSITO

**Data do Fato:** 28 / Agosto / 2017. • **HORAS** - 17h10min.

**Sob a responsabilidade do Del.Pol:** IVALDO PEDRO DE RRAUJO DIAS

**Notificante/Vítima:**

EDICARLOS PORCINO ALVES, brasileiro, natural de Itapo-  
ranga/PB, Solteiro, Agricultor, nascido no dia 28/02/90, filho-  
dia Pedro Alves Cardoso e Raimunda Porcino Alves, RG 3.712.252/  
SSP/PB e CPF 080.114.374-88, residente na R. Projatada s/n Conj  
Loteamento Adailton Teixeira -Itaporanga/PB.

**HISTÓRICO DO FATO:**

O (a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao  
Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**:

Que no dia e horas acima citadas, trafegava pela Rod.que liga Itapo-  
ranga à Boa Ventura/PB, PB 386, conduzindo a moto HONDA/CG 150 TITAN  
ESD, cor Branca, Ano 2013/14, Placa OGG6605/PB e chassi 9C2KC1650ER -  
011760, em nome de FRANCISCO CABRAL LOPES e em uma lanceada deparou-  
se com outro veículo fazendo uma ultrapassagem onde o mesmo avançou  
a contra-mão, vindo a bater no retrovisor deste, perdendo o controle  
da moto e caindo no acostamento, sendo então socorrido pelo SAMU pa-  
ra atendimento Hospitalar.

Itaporanga (PB), 28 / Setembro / 2017.

*Edicardlos Porcino Alves*  
Notificante/Vítima.

**ESCRIVÃO:**

Fco. Silva Rodrigues  
OAT: 60265-8  
Cartório



**SINISTRO 3170560887 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** EDICARLOS PORCINO ALVES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** EDICARLOS PORCINO ALVES**CPF/CNPJ:** 08011437488**Posição em 27-02-2018 07:55:04**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT.

Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/02/2018	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00







PREFEITURA DE  
**ITAPORANGA**  
CONSTRUINDO UM NOVO TEMPO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SAMU  
**192**

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR **USA03**

**IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA**

HORA: **17:30**

Data: <b>28/08/2017</b>	ID: <b>271</b>	Paciente: <b>Declarado Porcino Alves</b>	Idade: <b>27</b>	Sexo: <input type="checkbox"/> FEM <input checked="" type="checkbox"/> MASC
Local da Ocorrência: <b>Em 361 Itaporanga - Rua Venâncio</b>		Bairro: <b>Barro Preto</b>		
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> PM Resgate/Bombeiro <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STRANS <input type="checkbox"/> Trope <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outro		Médico Regulador: <b>Kuy Brumel</b>		
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por terceiros <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Socorro pelo Bombeiros <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outro				

**TIPO DE AGRAVO/NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

**HISTÓRIA DO PACIENTE**

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <b>(MOTO)</b>	<input type="checkbox"/> Pediátrico	Sinais e Sintomas:
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico	Alergia:
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Quase afogamento/Afogamento	Medicação:
<input type="checkbox"/> Desabamento	<input type="checkbox"/> Queimaduras	Passado Médico:
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Queda metros	Líquidos e alimentos ingeridos:
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> Outros	Ambiente onde ocorreu o trauma:
<input type="checkbox"/> F.A.F.	<input type="checkbox"/> Gineco-Obstétrico	

**EXAME FÍSICO**

<input type="checkbox"/> Pálido	<input type="checkbox"/> Cianótico	<input type="checkbox"/> Ictério	<input type="checkbox"/> Sudoreico	<input type="checkbox"/> Pele Fria	<input type="checkbox"/> Pele Úmida	<input type="checkbox"/> Isocórico	<input type="checkbox"/> Anisocórica	<input type="checkbox"/> Miótica	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> TCE	<input type="checkbox"/> TRM	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> PCR

**Tipo de ferimento e local:**

**Queixas principais/Sinais e Sintomas:**

**Transferência/Destino:**

Local:

Responsável:

Função:

Sinais Vitais:

VVAA: ☐ Livre ☐ Obstruída ☐ Respiração: ☐ <30 irpm ☐ Perfunção Capilar: ☐ Retardada ☐ Normal

P.A.: **120x80** mmHg FC: **103** bpm FR: **13** irpm SpO<sub>2</sub>: **98** % T: **-** Glicemia Capilar: **110** mg/dl Coma:

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**Diagnóstico de Enfermagem:**

<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Capacidade adaptativa	<input type="checkbox"/> Intracraniana	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	<input type="checkbox"/> Confusão aguda	<input type="checkbox"/> Deambulação prejudicada	<input type="checkbox"/> Débito cardíaco diminuída	<input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das VVAA	<input type="checkbox"/> Dislexia	<input type="checkbox"/> Autônoma	<input checked="" type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Hipotermia
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Integridade tissular prejudicada	<input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Intolerância a atividade	<input type="checkbox"/> Mucosa oral prejudicada	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfunção tissular cerebral ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfunção tissular cardiopulmonar ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfunção tissular gastrointestinal ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfunção tissular renal ineficaz	<input type="checkbox"/> Termorregulação ineficaz	<input type="checkbox"/> Troca de gases prejudicada	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficientes	<input type="checkbox"/> Volume excessivo de líquidos	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Retenção urinária	<input type="checkbox"/> Percepção sensorial perturbada	<input type="checkbox"/> Atenção social prejudicada	<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Outros			

**Intervenções:**

**deixar + AVE bilateral, imobilização completa e HSE (mão) Tampa do olho**

**Evolução de Enfermagem:**

**Paciente, 27 anos, sexo M. História de trauma automobilístico (MOTO). Consciente, orientado, deambulando, referindo dor em mão e olho. Realiza intervenções conforme MT. Encaminhado ao HRP.**

**Identificação da Equipe:**

Médico:

Enfermeiro(a):

Idade de Enfermagem:

Idade:

CRM:

COREN:

COREN:

(P. 255)

DR. JOSÉ WILLIAN F. FIGUEIREDO

CRM 9788 - PB

M5100

**Encaminhamento:**

☐ Liberado após atendimento ☐ Recusou atendimento ☐ Óbito no local ☐ Óbito durante o atendimento ☐ Óbito durante o transporte

**Recusa:**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

RG/CPF: \_\_\_\_\_

**Terapêutica/Medicamentos (prescrição direta ou por telemedico):**

2 AVP 500mg 1000ml Tenaxian 400mg Metoclopramide 10mg

**Evolução clínica:**

Vitima do TAVM Matriculada no Exame.  
FX 5 Metoclopramide; TAVM Causado?

**Diagnóstico médico:**

Politraumático.

DR JOSÉ WILLIAN F. FIGUEIREDO  
CRM 9788 - PB  
Médico

**Procedimentos realizados:**

☐ Desobstrução vias aéreas ☐ Intubação naso/orotraqueal ☐ Cânula orofaríngea ☐ Cricotireoidostomia  
☐ Ventilação mecânica (manual) ☐ Respirador ☐ Inalação de oxigênio O2 ☐ Drenagem torácica ☐ Massagem cardíaca externa  
☐ Desfibrilação/cardioversão ☐ Controle de hemorragia ☒ Curativo ☒ Punção venosa ☐ Sonda gástrica ☐ Sonda vesical  
☐ Sedação ☒ Imobilização ☒ Colar cervical ☐ Outros \_\_\_\_\_

ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

**MATERIAIS USADOS (Medicamentos e materiais)**

O2 SRK  
O2 equipes  
O2 jécos  
esbor e.  
promenha rigida  
tala  
atachuras

**Exame Gineco-Obstétrico** ☐

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal

**ESCALA DE COMA DE GLASGOW** (15)

VARIÁVEIS		ESCORE
ABERTURA OCULAR	Espontânea	4
	A voz	3
	A dor	2
	Nenhuma	1
RESPOSTA VERBAL	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
RESPOSTA MOTORA	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO		15
TOTAL MÍNIMO		3
INTUBAÇÃO		8

**BPA/Procedimentos**

USA - 03:

Código	03.01.03.009-0
Procedimento	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA).
Código	03.01.03.017-0
Procedimento	SAMU 192: Transporte inter-hospitalar realizado pela Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA).

**BPA/Procedimentos**

USA - 06:

Código	03.01.03.010-3
Procedimento	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB).
Código	03.01.03.013-8
Procedimento	SAMU 192: Transporte inter-hospitalar pela Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB).

Procedimento: 03.01.03.009-0 / 03.01.03.017-0

Quantidade: 11

CBO: Enfermeiro: 22.3505

Técnico: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_







## LAUDO OFTALMOLÓGICO

O Sr.(a)EDICARLOS PORCINO ALVES, paciente vítima de trauma automobilístico (moto-carro) há cerca de 40 dias, evoluindo com baixa da acuidade visual em olho esquerdo devido laceração de córnea neste olho, foi realizado neste serviço procedimento cirúrgico de sutura de córnea, estando o paciente em acompanhamento neste serviço. Apresenta ao exame oftalmológico:

Acuidade visual com correção:

OD: 20/20

OE: 20/25P

Campina Grande, 07/10/2017

*[Assinatura]*



Av. Senador Argemiro de Figueiredo, 1901 - Itararé | CEP58411-020 - Campina Grande - PB  
Fone: (83) 2101.8800 | [www.cesed.br](http://www.cesed.br) | [facisa@cesed.br](mailto:facisa@cesed.br) | [fcmed@cesed.br](mailto:fcmed@cesed.br) | [esac@cesed.br](mailto:esac@cesed.br)  
CNPJ: 02.108.023/0001-40







### LAUDO OFTALMOLÓGICO

O Sr.(a)EDICARLOS PORCINO ALVES, vítima de trauma contuso em olho esquerdo com laceração de córnea de limbo a limbo, apresenta ao exame oftalmológico:

Acuidade visual sem correção:

OD: 20/20  
OE: 20/40

Biomicroscopia: Conjuntiva hiperemiada 1+, córnea transparente com suturas íntegras e sepultadas de limbo a limbo em região paracentral inferior, câmara anterior média a rasa, sem Seidel.

Fundoscopia: Sem alterações patológicas.

Conclusão: Foi realizado cirurgia de sutura de córnea em olho esquerdo; paciente encontra-se em acompanhamento neste serviço.

Campina Grande, 16/09/2017

  
Dra. Denise Alexandre  
Médica  
CRM - PB 9913

Dra. DENISE ALEXANDRE COSTA  
CRM: 9913



Av. Senador Argemiro de Figueiredo, 1901 - Itararé | CEP58411-020 - Campina Grande - PB  
Fone: (83) 2101.8800 | www.cesed.br | facisa@cesed.br | fcm@cesed.br | esac@cesed.br  
CNPJ: 02.108.023/0001-40



SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA - PB FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CGC/CPF: 08.778.268.0018/09

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA

END.: RUA OSWALDO CRUZ, 183

MUNICÍPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO

Nome: EDICARLOS PORCINO ALVES

Raça/Cor: PARDA

Dt. Nasc: 28/02/1990 Idade: 27 ano(s) meses) de Idade dia(s) de Idade Sexo: M

Mãe: RAIMUNDA PORCINO ALVES

Profissão: FRENTISTA

Documento: rg: 3.712.252

Endereço: RUA MAJOR SERAFIM

Nº 0

Bairro: BELA VISTA

Município-UF - CEP: ITAPORANGA - PB - 58780000 - 250700

Telefone para contato (83) 9647-0666

CADASTRO: 300294

Data e Hora: 27/08/2017 18:28:20

SSV

PESO:

PA:

TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

• não no SMO - USA - Itapora  
patronizado com lesões no oculo  
(lesões de córnea) - lesões na pele.  
lesões e onicofagia

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

- Sol Kx coluna cervical - torácica  
+ Kx abdominal e pelvica

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. ☐ 01 - ELETIVO CARATER DO ATENDIMENTO
  2. ☐ 02 - URGÊNCIA
  3. ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
  4. ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
  5. ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS
- PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

Pai do paciente

CID-10:

MEDICAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ 1. PRESCRITA  
☐ 2. APLICADA

- ☐ OBSERVAÇÃO  
☐ RESIDENCIA  
☐ OUTRO HOSPITAL  
☐ ÓBITO  
☐ INTERNAÇÃO  
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. ☐
2. ☐
3. ☐

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S):

Dr. Duílio da Silva  
Médico - CRM

CBO

ASS. DO PACIENTE/COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU PLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

CARIMBO

RECEPCIONISTA: HDI



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL Dr. JOSÉ GOMES DA SILVA  
ITAPORANGA - PARAÍBA

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que **EDCARLOS PORCINO ALVES**, natural do município de Itaporanga-PB, residente na Rua Projetada s/n, Loteamento Adailton Soares Teixeira, nascido em 28/02/1990, solteiro, agricultor, esteve nesta unidade hospitalar no dia **28/08/2017**, vítima de acidente.

Conforme consta no Livro de Registro Geral.

Itaporanga, 15 de dezembro de 2017.

**Albeluzio M. da Silva**  
Mat. nº 147.467-7  
Chefe do Núcleo Médico

**Albeluzio Malaquias da Silva**

**Chefe do Núcleo de Contas Médicas**

Rua Osvaldo Cruz, 183 – Centro – Itaporanga -PB  
☎(83) 3451-2297 – Fone/fax 3451-3058  
www.hditaporanga.gov.br





**Poder Judiciário do Estado da Paraíba**  
**3ª Vara Mista da Comarca de Itaporanga**

Fórum João Espínola Neto – Rua Manoel Moreira Dantas, s/n. Bairro João Silvino da Fonseca, Itaporanga/PB - CEP 58780-000 Fone: (83) 3451-2399 e 3451-2517

Ação Ordinária nº	0800591-54.2018.8.15.0211
Promovente(s)	AUTOR: EDICARLOS PORCINO ALVES
Promovido(s)	RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A Endereço: R SENADOR DANTAS, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

1.

**1. DESPACHO/ MANDADO DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO<sup>1</sup>**

Vistos, etc.

Valendo esta decisão como carta de citação e intimação, nos termos do art. 108 do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba:

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

2. Observo que a matéria discutida nos presentes autos admite a autocomposição, contudo, como exposto pela parte autora verifica-se que a análise do caso demanda prova pericial, bem como que a parte acionada não vem efetuando acordos em prévia audiência de conciliação. Dessa forma, afigura-se desnecessária e mesmo desaconselhável, por tratar-se de ato ineficiente (art. 37, caput, CF) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (art. 5º, LXXVII, CF), a designação exclusiva de audiência de conciliação, quando já se anuncia infrutífera sua realização. Nada impede, entretanto, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo às partes.

3. Cite-se a parte acionada para, querendo, oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, devendo constar no mandado ou carta os requisitos do art. 250, NCPC<sup>1</sup> e a ressalva de que “se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor” (art. 344, do NCPC).

4. Com aporte da contestação, havendo questões preliminares/prejudiciais (art. 350 e art. 351 do NCPC), intime-se o acionante para apresentar impugnação no prazo de 15 (quinze) dias.



5. Após, autos conclusos para análise do feito.

Segue em anexo a contrafé (cópia da petição inicial).

Cumpra-se

Itaporanga-PB, data e assinatura digitais.

**JOSE MILTON BARROS DE ARAUJO**

*Juiz de Direito*

<sup>1</sup>Código de Normas da CGJ/PB: (...) Art. 108. Fica autorizado o uso do despacho como carta citação/notificação/intimação/precatória/ofício pelos magistrados do primeiro grau de jurisdição, o qual consiste na prolação de ato decisório cujo teor sirva, automaticamente, de instrumento para citação, intimação, notificação, depreciação ou ofício.

