



Número: **0800420-26.2019.8.15.1161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Santana dos Garrotes**

Última distribuição : **30/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ORLANDO DAVID DE SOUSA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
23987646	30/08/2019 10:29	Petição Inicial	Petição Inicial
23988110	30/08/2019 10:29	Petição Inicial	Outros Documentos
23988115	30/08/2019 10:29	Quesitos - Perícia	Outros Documentos
23988117	30/08/2019 10:29	Procuração	Procuração
23988118	30/08/2019 10:29	Declaração de Hipossuficiência	Documento de Comprovação
23988124	30/08/2019 10:29	RG - CPF	Documento de Identificação
23988129	30/08/2019 10:29	Comprovante de Residência	Documento de Comprovação
23988134	30/08/2019 10:29	Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
23988135	30/08/2019 10:29	Pagamento de Indenização	Documento de Comprovação
23988141	30/08/2019 10:29	Boletim de Atendimento Médico	Documento de Comprovação
24517720	24/09/2019 07:55	Decisão	Decisão

PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS EM ANEXO.





AO JUÍZO DE DIREITO DA ÚNICA VARA DA COMARCA DE SANTANA DOS GARROTES/PB.

ORLANDO DAVID DE SOUSA, brasileiro, solteiro, funcionário público, portador da cédula de identidade nº 1131137, SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 488.512.644-49, residente e domiciliado na Rua Dr. João Lucio, s/n, Mariz, Nova Olinda/PB, CEP: 58.798-000, 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 S.A.**, 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 e CTPS 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 em **acidente de trânsito** causado por veículo automotor em **06/04/2016** consoante **Boletim de Ocorrência** em anexo, estando o automóvel garantido pelo Seguro Obrigatório DPVAT.

Em consequência do citado evento danoso, a parte Autora sofreu diversas lesões e traumas, conforme demonstrado no **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\$ 2.362,50** (dois mil, trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), 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 a diferença do Seguro Obrigatório DPVAT que lhe foi pago administrativamente, fora dos parâmetros consignados na Lei nº 6.194/74.





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, esta 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** sofrida 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:

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;

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





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\$1.000,00(mil reais).

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

Santana dos Garrotes/PB, 30 de agosto de 2019.

HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO
OAB/PE 25.252

RAFAELA MAGALHÃES DE CARVALHO
ESTAGIÁRIO/CPF: 084.759.764-41

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: ORLANDO DAVID DE SOUSA

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?

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





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ORLANDO DAVID DE SOUSA, brasileiro, solteiro, funcionário público, portador da Cédula de Identidade nº 1.131.137, SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 488.512.644-49, residente e domiciliado na Rua Dr. João Lucio, s/n, Mariz, Nova Olinda/PB, CEP: 58.798-000, 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.

Itaporanga/PB, 25 / Fevereiro / 2019

x Orlando David de Sousa.

OUTORGANTE

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



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ORLANDO DAVID DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, funcionário público, portador da Cédula de Identidade nº 1.131.137, SSP/PB, inscrita no CPF/MF sob o nº 488.512.644-49, residente e domiciliado na Rua Dr. João Lucio, s/n, Mariz, Nova Olinda/PB, CEP: 58.798-000, DECLARO que nesse momento não posso arcar com as 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, 25 de Fevereiro de 2019.

X Orlando David de Sousa

Declarante





COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
488.512.644-49

Nome
ORLANDO DAVID DE SOUSA

Nascimento
12/04/1969

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
3FB3.4E78.EB81.61AA

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:02:59 do dia 03/05/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1.171.237 DATA 05.07.1985
ORLANDO DAVID DE SOUSA
Antonio de Oliveira David da Silva
Ana Idalina de Sousa
Nova Olinda-PB. 12.04.1969
cert, nasc, nº3030, fls57v, liv4,
cart, de Nova Olinda-PB.
J. Pessoa - *[Assinatura]*
LEI Nº 7.116 DE 29.03.85

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
[Assinatura]
ORLANDO DAVID DE SOUSA
CPF: 488.512.644-49

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO
ORLANDO DAVID DE SOUSA
DOCUMENTO/HABILITACÃO
1131257 CNH 20
488.512.644-49 12/04/1969
ANTONIO DE OLIVEIRA
DAVID DA SILVA
ANA IDALINA DE SOUSA
470754525
24/08/2016 03/05/1969

DEPARTAMENTO DA PARAIBA
470754525
07/01/2013
08/13/2013
[Assinatura]
ORLANDO DAVID DE SOUSA
PROIBIDA PLASTIFICAR



JOANA MARIANO DA SILVA
RUA DR JOAO LUCIO S/N - MARIZ
NOVA OLINDA / PB CEP: 58799000 (AG: 154)

Emissão: 05/02/2019 Referência: Fev/2019
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA REND. MONOFÁSICO BR220, km25 - Círculo Resistor - João Pessoa - PB - CEP 58071-450
Roteiro: 3-158-400-720 Nº medidor: 0000419365

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 06.065.189/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 019 078 332
Cód. para Débito Automático: 00013222070

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev/2019	05/02/2019	07/03/2019	090.665.404-19 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1322207-0

Canal de contato

ATENÇÃO - REVISÃO CADASTRAL 2019
Procure a prefeitura de sua cidade até 18/10/2019 para atualizar seus dados no Cadastro Único e evitar a perda da Tarifa Social de Energia. Para mais informações ligue para o 110 ou 0800 083 0196.
Após cadastramento no CRAS entrar em contato conosco pelo 0800 083 0196.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Ao perceber luzes dos postes acesas durante o dia ou ruas escuras à noite, informe à prefeitura de sua cidade, cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e de toda a cidade.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
09/01/19	9995	05/02/19	10062	1	117	28
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base (R\$)	Alíq. (R\$/kWh)	Subsídio (R\$)
Tributos Totais (R\$): ICMS (R\$): 12,48						
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,265840	7,975	27	2,71
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,489880	34,292	27	9,25
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	17,000	0,734520	12,487	27	3,27
0810	Subsídio			43,87		-43,87
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0907	CONTRIB. ILLUM. PÚBLICA			11,01	0,00	0,00
0908	Devolução Subsídio			-29,53	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do item: TOTAL 80,60 98 19 28,77 99 16 0,96 4,52

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

110 **12/02/2019** **R\$ 80,60**

Histórico de Consumo (kWh)

104 | 113 | 119 | 102 | 107 | 111 | 95 | 98 | 133 | 111 | 108 | 120
Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19

RESERVAÇÃO FISCAL

fe5e.aa98.c95e.7a83.716f.f536.11b9.bc91.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,47	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,84		
DIC ANUAL	25,59		
FIC MENSAL	3,48	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	8,97		
FIC ANUAL	19,95		
DMC	3,80	0,00	
DICRI	12,22		

Composição da Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PB	13,24	16,42
Consumo de Energia	15,89	19,71
Serviço de Transmissão	2,09	2,59
Encargos Setoriais	3,12	3,88
Impostos Diretos e Encargos	42,25	52,40
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	80,60	100,00

Valor do EUSD (Ref. 12/2018) R\$ 16,28

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$29,58





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - RISP
17ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - AISP - ITAPORANGA

BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Nº 433 /2016

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do fato: 06 / ABRIL / 2016.

HORAS: 18h15mi

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: JOSE PEREIRA DE SOUSA

Notificante / Vítima:

ORLANDO DAVID DE SOUSA, natural de Nova Olinda/PB, Solteiro, Funcionario Publico, nascido no dia 12.04.69, filho de Antonio de Oliveira David da Silva e Ana Idalina de Sousa, RG 1.131.237/PB e CPF 489.512.644-49, residente na R. Dr. João Lucio s/n CJ.Mariz Nova Olinda/PB.

HISTORICO DO FATO

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

Queno dia e horas acima citadas, dirigia-se de Santana dos Garrotes pra Piancó, pela BR 426, conduzindo o veículo GM/CELTA 2P LIFE, cor Preta, ano 2006/07, placa KPG3829SP e chassi 9BGRZ08907G169177, em nome de DANIEL ROSADO DE SOUSA e após passar pelo Lixão de Santana dos Garrotes/PB, um animal(jumento) atravessou a BR e ao tentar desviar do mesmo capotou o veiculo, sendo então socorrido pelo SAMU.

Itaporanga, 24 / Jun /2016.

Orlando David de Sousa
Notificante / Testemunha Arrogada

Francisco Silva Rodrigues
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula: 60.265-5



SINISTRO 3160658999 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ORLANDO DAVID DE SOUSA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** MARCOS AURELIO (BLOQUEADO)

VIDAL CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

BENEFICIÁRIO ORLANDO DAVID DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 48851264449**Posição em 29-11-2016 12:08:36**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.362,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
28/11/2016	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

[Voltar para o menu](#)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DOS GARROTES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USP-14

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA <u>06/04/2016</u>	OCORRÊNCIA Nº <u>28</u>	PACIENTE / USUÁRIO <u>Orlando Davi de Souza</u>	IDADE <u>46</u>	SEXO ☒ MASC. ☐ F
LOCAL DA OCORRÊNCIA <u>Bm. 426</u>	Bairro <u>Como Puro</u>	MEDICO REGULADOR <u>Dr. Caco</u>		
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:				
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ Queda _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☒ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H. R. PIANCO

RESPONSÁVEL: [Assinatura]

FUNÇÃO: médico

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Algia em MSE + Hérnia Local / algo vermelha local

DADOS VITAIS

VAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30lpm ☐ <30lpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

PA: 130 x 80 FC: 120 FR: 20 TEMP: 36 °C - GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/O2: 98% SpO2c/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM / TÉC. EM ENFERMAGEM:

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

INTERVENÇÕES

Afunda SSV, inspeção color cervical e prancha espinhal, comunicação médico regulador, informado p/H.R. Pianco/feitos conforme regulamento médico

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO / TÉC. DE ENFERMAGEM:

At 15h masculino 46 anos, consciente, deambulando, vítima de trauma auto-mobilístico, queixa de dor algia e claudicação E, afundado SSV, comunicação médico regulador, realizado inspeção cervical e prancha espinhal, informado p/H.R. Pianco/feitos conforme regulamento médico



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

EPIC, gaze estéril, Atoroluxa 15 cm.

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

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

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

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

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

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

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABEÇA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____ MAT: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: *Liandra* COREN: *304009* MAT: _____

IDUTOR: *Paulo Neto* MAT: _____



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE		MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS																															
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL																																	
SUS 113 CNPJ: 08.778.268/0023776 HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO RUA HORACIO NOBREGA, SN PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25																																	
Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (AUTOMOVEL) Paciente: ORLANDO DAVID DE SOUSA Mae: ANA IDALINA DE SOUSA Nascimento: 12/4/1969 Idade: 46 Profissao: FUNCIONARIO(A) PUBLICO Endereco: DOUTOR JOAO LUCIO Bairro: CONJUNTO MARIS 2 Cidade: NOVA OLINDA - PB - 58798-000 - 2510204 CNS: 700-2039-8549-9023 CPF: 64/2016 20:35:11 Data / Hora: 6/4/2016 20:35:11 Ficha Número: 134164 68739		01 - ELETIVO ☐ 02 - URGÊNCIA ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS ☐ PROCEDIMENTO Descrição <i>fratura</i> DIAGNÓSTICO <i>fratura</i> CID-10																															
PESO: _____ PA: _____ TEMP.: _____ ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) <i>fratura</i>		MEDICAÇÃO 1. PRESCRITA ☐ 2. APLICADA ☐																															
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS) RESULTADOS		ENCAMINHAMENTO OBSERVAÇÃO ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTROS ☐																															
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1 -</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 -</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 -</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1 -	0	3	0	3	0	1	2			2 -										3 -										Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo RE Médico / Crm / Cns RALFF LOPES DE MEDEIROS PEREIRA LIMA - 4821 - 126-3270-34-140005 Ass. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSAVEL Polígrafo-Direito Ass. REVISOR TÉCNICO - carimbo Ass. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo	
1 -	0	3	0	3	0	1	2																										
2 -																																	
3 -																																	

AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE PACIENTE

De: Hospital Regional de Pernambuco PB

Para: Hospital Regional de Pernambuco

Paciente: Alcides Barreto de Sá

Endereço: _____

Diagnóstico: pac. com hipertensão

em claustração esquerda

após trauma em tórax

Motivo da Transferência: aviso de emergência

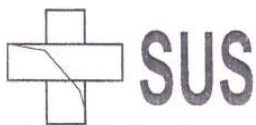
veículo Recomendado: supORTE básico

Data: 06, 04, 16

Dr.ª Joana Dires Bogo
CRM PB 5786

ASSINATURA DO MÉDICO





PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES
CÓDIGO DA UNIDADE: 5673 CNPJ: 08.778.268/0031-86
ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPIÑO FILHO, 302 BAIRRO: OURO VELHO CEP: 58765-000
MUNICÍPIO: PIANCÓ ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE

NOME: Colomelo Souza, J. S. IDADE: 46
PROFISSÃO: motorista DOCUMENTO: _____
ENDEREÇO: João Basca BAIRRO: _____ CEP: _____
MUNICÍPIO: Louisa Alinda ESTADO: PB UF: _____
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: _____ CNS: _____
DATA DO NASCIMENTO: 22.04.1969 DATA DO ATENDIMENTO: _____
CARÁTER DO ATENDIMENTO: _____ RAÇA/COR: _____ SEXO: _____

DADOS CLÍNICOS

Trauma Crânio

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Rx de clavícula
esquerda em AP
e perfil

0 2 0 2 0 2 0 0 6 0

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

CID - 10 _____

PROFISSIONAL

CBO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

22512

Dr. João Durval B. Cardoso
Medicina
RM-RN 8327

ASSINATURA DO PACIENTE

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES
CÓDIGO DO CNES: 2600331 CNPJ/CPF: 08.778.268/0031-86
ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIÃO FILHO, 302
MUNICÍPIO: 58765-000 - PIANCÓ ESTADO: PARAIBA UF: PB

PACIENTE
NOME: *Orlando da Silva da Silva* SEXO: *M* IDADE: *42*
PROFISSÃO: *Administrador* DOCUMENTO: *2234227*
ENDEREÇO: *Av. João Agrião Filho*
MUNICÍPIO: *Piarcó* ESTADO: *Paraíba* DATA DO ATENDIMENTO: *06/04/2016*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

pac - estomaco
captação em
clavícula esp

Adulto de 40 anos
em 12-12-15

RESULTADOS

MATERIAIS - FARMACAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1. *Deposito*
2. *Deposito*
3. *Deposito*

CARACTER DO ATENDIMENTO:

- () 01 - URGÊNCIA
- () 02 - URGÊNCIA
- () 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- () 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- () 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO
- () 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRICAO:

Exame de sangue

RESIDÊNCIA:
1. INTERNA
2. OUTRO HOSPITAL
3. OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS (CÓDIGO) PROCEDIMENTO

1. *0301060096*
2. *0301060096*
3. *0301060096*

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - CARIMBO

CNS: *225125* CRM: *225125*

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL
Orlando da Silva

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Vara Única da Comarca de Santana dos Garrotes

Fórum Desembargador Mário Moacyr Porto – Rua Severino Teotônio, s/n

Santana dos Garrotes/PB – CEP 58.795-000 – Fone(Fax) (83) 3485-1030

Processo: 0800420-26.2019.8.15.1161

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: ORLANDO DAVID DE SOUSA

Advogado do(a) AUTOR: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - PE25252

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

DECISÃO

Vistos.

DEFIRO a gratuidade da justiça à parte autora.

Diante da improvável autocomposição nesta fase preliminar, deixo de designar audiência de conciliação.

1) CITE-SE a parte ré para contestar no prazo legal, sob pena de revelia. Deverá com a contestação juntar os documentos que instruíram o procedimento administrativo, apresentar quesitos e recolher os honorários periciais.

2) Com a contestação, **INTIME-SE** a parte autora para impugnar a contestação no prazo de 15 dias úteis.

3) NOMEIO a médica perita Rosana Bezerra Duarte de Paiva, CRM/PB n.4183, cadastrada no TJPB/Convênio, e **FIXO** honorários no valor de R\$200,00 (duzentos reais) a serem pagos pela parte ré (Convênio n.015/2014).

4) OFICIE-SE a médica perita para realizar perícia, em conjunto com outros processos, na parte interditanda, devendo ser designada data com prazo mínimo de 30 (trinta) dias, diante da necessidade de intimação da parte a ser periciada e as providências de seu deslocamento (art. 156, §5º do CPC/2015).



Conste o prazo de 15 (quinze) dias para encaminhar o relatório da perícia, a contar da sua realização. Anexem-se ao ofício os quesitos do Juízo e das partes.

Os quesitos do Juízo são os estabelecidos no Convênio.

5) Com a data da perícia, **INTIME-SE** pessoalmente a parte autora para realizá-la levando todos os exames, notas fiscais de remédios, atestados, documentos pessoais etc.

6) Com a entrega do laudo, **INTIMEM-SE** as partes.

7) Por fim, **FAÇA-SE** conclusão para Sentença.

Santana dos Garrotes/PB, data da assinatura digital.

Joscilde Ferreira de Lira

Juíza de Direito em Substituição

Portaria Gapre nº 1.995/2019

(assinado mediante certificado digital)

