



Número: **0801260-34.2019.8.15.0321**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Santa Luzia**

Última distribuição : **21/11/2019**

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

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS (AUTOR)	DIEGO PABLO MAIA BALTAZAR (ADVOGADO) NATHALIE DA NOBREGA MEDEIROS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
26400685	21/11/2019 10:19	Petição Inicial	Petição Inicial
26400692	21/11/2019 10:19	Petição Inicial e Documentos	Petição
26401210	21/11/2019 10:19	Certidão DPC Santa Luzia	Outros Documentos
26401211	21/11/2019 10:19	Docs Médicos 03	Outros Documentos
26401212	21/11/2019 10:19	Comprovante Protocolo da Interdição	Outros Documentos
26401214	21/11/2019 10:19	Atestado Médico	Outros Documentos
26401216	21/11/2019 10:19	Petição Inicial - Seguro DPVAT	Outros Documentos
26401218	21/11/2019 10:19	Receita Medicamento	Outros Documentos
26401239	21/11/2019 10:19	Docs Médicos 02	Outros Documentos
26401240	21/11/2019 10:19	Guia Custas	Outros Documentos
26401242	21/11/2019 10:19	Docs Médicos 01	Outros Documentos
26401243	21/11/2019 10:19	Atendimento Online - Solicitação Indeferimento Administrativo	Outros Documentos
26401246	21/11/2019 10:19	Documento motocicleta	Outros Documentos
26401248	21/11/2019 10:19	Atestados e Laudos	Outros Documentos
26401761	21/11/2019 10:19	Docs Pessoais	Documento de Identificação
26401762	21/11/2019 10:19	Laudo Interdição - Gilberto	Outros Documentos
26402200	21/11/2019 10:19	Atestados Médico.	Outros Documentos
26402228	21/11/2019 10:19	Comprovante de Residência	Outros Documentos
26402248	21/11/2019 10:19	Protocolo de entrega de documentos	Outros Documentos

26406 067	21/11/2019 11:05	Petição	Petição
26407 329	21/11/2019 16:18	Despacho	Despacho

Petição Inicial e Documentos em anexo



Petição Inicial e Documentos em Anexo.





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Sr.(a) _____

Gilberto Augusto dos Santos

Declaro para os devidos fins que o mesmo encontra-se sob meus cuidados, com Terapia Fonoaudiológica semanalmente, segundo de TCE. Na avaliação fonoaudiológica detectou-se afasia.

Katarina Vilar Torres
Fonoaudióloga
CRF nº 11918-4

MÉDICO - CRM

Data 30/04/2017



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
POLICLINICA
Dr. Kival
de Araújo Gorgônio
RUA QUEZINHO FERNANDES, S/N,
NOSSA SRA. DE FÁTIMA - SANTA LUZIA - PB
CNPJ 09.090.689/0001-57



Sr.(a) Declaração

Declaro para os devidos fins que Gilberto Augusto dos Santos, em contato por meio de tratamento fonoaudiológico, apresentando diagnóstico de Traumatismo Exácto encefálico, o mesmo apresenta déficit de atenção, compreensão, comunicação motora e oralidade. Sem do expor, consequências do TCE.

Maria Carmita de A. Marinho
Fisioterapeuta
CREFITO 11/192068-F

Data 01/04/17



CLINICA SERIDOENSE DE NEUROPSIQUIATRIA
RUA JOAQUIM GREGORIO, 2088 – TELEFAX – (84) 3421-2626
CAICÓ-RN
CNPJ: 05.086.821/0001-06
Doenças Mentais, Nervosas e Psicoterapia.

ATESTADO

Atesto, para os devidos fins, que Gilberto Augusto dos Santos, CPF:566.567.935-68, é portador de um quadro neuropsicopatológico compatível com CID-10:F07.2 – SÍNDROME PÓS TRAUMÁTICA, caracterizado por inúmeros sintomas, como dificuldades de concentração, de realizar tarefas mentais, alteração da memória, insônia, diminuição da tolerância ao estresse, às emoções, cefaleia, vertigens, fadiga, irritabilidade, etc; tudo isso devido a Traumatismo Crânio-encefálico, ocorrido há pouco menos de 2 anos: CID-10:S06.0 – CONCUSSÃO CEREBRAL, apresentando sequelas neurológicas como hemiparesia complexa à direita, afasia mista, etc; apresenta em comorbidade patologias como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, fazendo uso de medicação específica; apresenta um prognóstico reservado a curto, médio e longo prazos; necessita de tratamento médico especializado (Psiquiatria, Neurologia, Endocrinologia, Cardiologia, Fonoaudiologia e Fisioterapia); encontra-se, total e definitivamente, incapacitado para o trabalho produtivo e de responder, plenamente, pelos atos da vida civil; necessita do amparo social e de assistência contínua de terceiros.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo à Clínica Seridoense de Neuropsiquiatria a divulgar, em código e em extensão, o diagnóstico deste paciente.

Gilbãnia Mascena dos Santos
Responsável

Caicó-RN, 11 de janeiro de 2019.

Dig:A

OBS: Atestado emitido em cumprimento à Resolução CFM nº1851/2008, publicada no DOU de 18 de Agosto de 2008, seção I, pg.256, que normaliza a emissão de atestados médicos, para fins de PERÍCIA MÉDICA.





Dr. Alexandre Firmino

CRM - 5724

Gilberto Augusto dos Santos :

laudo Mélio :

Aresis para os dentes fms,
que o mesmo encontra-se sob
minha responsabilidade, melhora,
em tratamento, melhora, sem
sequelas de TCE grave, apresentar
a afasia mista, a afasia, melhora,
CIO: F07.2 -
506.0

PATOS, 15 DE JUNHO
DE 2018

Dr. Alexandre Firmino
Neurologista
CRM 5724

CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 99838.7422 - PATOS-PB.





Dr. Alexandre Firmino

CRM - 5724

Gilberto Augusto for Santos:

A TESTADO MÉDICO:

MESB pare os den das 7m,
que o mesmo enuncia-se sub miter
responsabilidade médica, sequendo de
TCE GUE. A exame: Hemiparesia um.
para a D, Afasia mista. Sobito per.
cia médica.

CD: 506

Dr. Alexandre Firmino
Neurologista
CRM 5724

8110118

CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 99838.7422 - PATOS-PB.





Dr. Alexandre Firmino

Médico Neurologista Efetivo da Academia Brasileira de Neurologia
CRM - 5724

Gilberto Augusto dos Santos :

Atestado Médico :

Atesto percebo os danos que
o metido causados por um ataque de
parcialidade medica seguida de
TCE grave que causa comprometimento do mem
bra subaral acudo do exame hemipa
resia completa do pedimento em momentos
membr em per afasia mis sub
perda mem
cu 506

Dr. Alexandre Firmino
NEUROLOGIA CLINICA

Alexandre Firmino
NEUROLOGIA CLINICA

CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 9 8635.0313 / 9 9838.7422 - PATOS-PB.





Dr. Alexandre Firmino

Médico Neurologista Efetivo da Academia Brasileira de Neurologia
CRM - 5724

Gilberto Araven Araven

Vs oral

Amoxycilina 25mg 1x depois Almoço

Pueras 25mg 1x depois Janta

02/12/17

Dr. Alexandre Firmino
NEUROLOGIA CLÍNICA
CRM 5724

CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 9 8635.0313 / 9 9838.7422 - PATOS-PB.





Dr. Alexandre Firmino

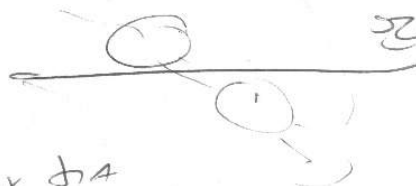
Médico Neurologista Efetivo da Academia Brasileira de Neurologia
CRM - 5724

Gilberto Passo

Vs oral

Gingiva - Brisa 80)

Toma 1x dia



Dr. Alexandre Firmino
Neurologista
CRM 5724

103 14

CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 8635.0313 / 9838.7422 - PATOS-PB.





Dr. Alexandre Firmino

Médico Neurologista Efetivo da Academia Brasileira de Neurologia
CRM - 5724

Gilberto Augusto

Ve ord

Amixril

Amixril 25mg

Toma

1x depois Janta

90 ord

COGNAX

Toma

1x depois Janta

Dr. Alexandre Firmino
Neurologia Clínica
CRM 5724

CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 9 8635.0313 / 9 9838.7422 - PATOS-PB.





Dr. Alexandre Firmino

Médico Neurologista Efetivo da Academia Brasileira de Neurologia
CRM - 5724

G. 16/6/20 Augusto

Vs orof

FLANOX 400,

Toma

2x DIA

SE DON

12 " 2w SE TOR

GETIARDO

Toma

1x 400

Dr. Alexandre Firmino
NEUROLOGIA CLÍNICA
CRM 5724

CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 9 8635.0313 / 9 9838.7422 - PATOS-PB.





Dr. Alexandre Firmino

CRM - 5724

Gilberto Aousu 008 Santos :

Vs oral :

Profilax 100,

Tumor

121121 se por

Amoxic 25

Toma

121121

Dr. Alexandre Firmino
Neurologista
CRM 5724

CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 99838.7422 - PATOS-PB.





Dr. Alexandre Firmino
Médico Neurologista Efetivo da Academia Brasileira de Neurologia
CRM - 5724

Gilberto Agus:

Vs ORA:

Exams Ima

Primeira semana:

Toma MEAD
comprim. 6 alunos

A partir de segunda
semana:

Toma UM
comprim. 6 alunos

Dr. Alexandre Firmino
Neurologia Clínica
CRM 5724

CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 9 8635.0313 / 9 9838.7422 - PATOS-PB





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0001-60 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - CEP 58432-809 / Campina Grande - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drograria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: _____

_____/_____/20____

Assinatura e Carimbo do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: _____

DATA: ____/____/____

MOD 083



ASU0434264/17

Estado da Paraíba
Secretaria da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
3ª Superintendência Regional de Polícia
15ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Polícia de Santa Luzia/PB



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a Ocorrência Policial Nº 414/17, cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos DOIS dias do mês de AGOSTO do ano de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de Santa Luzia/PB, no Cartório desta Delegacia Distrital, onde presente estava a Autoridade Policial, RÔNIS FERNANDES FEITOSA, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão, ao final assinado às 15h10min compareceu GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS, brasileiro (a), casado (a), agricultor, com 50 anos de idade, nascido (a) aos 20.04.61967, natural de São José do Sabugi - PB, filho (a) de: Pedro Augusto dos Santos e Luzia Cesária Dantas dos Santos, residente no Sítio Rivera, S/N, Zona Rural, São José do Sabugi - PB, portador (a) da cédula de identidade RG nº 1.162.634 - SSP/RN, CPF nº 566.567.935-88, fone 83-9-9927-1725, a fim de prestar a seguinte Ocorrência: Que, no dia 29.01.2017, por volta das 21h30min, quando trafegava na estrada carroçável que liga a sede do Município ao Sítio Rivera, em uma motocicleta Marca: HONDA/CG 150 TITAN MIX KS, Ano: 2010/2010, Cor: VERMELHA, Chassi: 9C2KC1610AR062983, Placa: NOK-8639/PB, licenciada em nome de: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS, tendo caído ao chão, sendo conduzido inicialmente para o HOSPITAL E MATERNIDADE SINHA CARNEIRO, Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 67.320 de 30/01/2017 e em seguida transferido para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, da cidade de Campina Grande - PB, conforme ATENDIMENTO URGÊNCIA PRONT. (B.E.) Nº 1.375.150 DE 30/01/2017. Nada mais havendo a constar encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, Escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante: Gilberto Augusto dos Santos

Santa Luzia/PB, 02 de Agosto de 2017.


APC - IREMAR FARIAS DE FIGUEIREDO
Matrícula: 133.148-5.



Cartório Andrade 2.º Ofício
Serviço Notarial e Registral

Rua: Abílio Nóbrega, 55, Centro,
Santa Luzia-PB, CEP - 56200-000.
Email: cartorioandrade@outlook.com.br

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
Santa Luzia-PB 19/09/2017 15:47:59.
Luzia Messias dos Santos Medeiros - Substituto
(2017-003149) EMPL:R\$ 2,31 FAPEN:R\$ 4,27 FEPJ:R\$ 0,46
SEL0 DIGITAL: AFT26664-LZT6
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>


2.º Ofício de Notas
Luzia Messias dos Santos Medeiros
Tabela Substituente

SESG000801 LUIZ PRATT LF 26-OUT-2017 09:48 561726 1/1



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: N° 034.378.952



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

ANTONIA JOSINEIA DA SILVA
RUA FRANCISCO ALVES MARTINS 250
SANTA LUZIA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/368352-1

REFERÊNCIA

NOV/2019

APRESENTAÇÃO

19/11/2019

CONSUMO

128

VENCIMENTO

26/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 120,57

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 08747.740176 6 80850000012057				
Pagador: ANTONIA JOSINEIA DA SILVA CNPJ/CPF: 968.663.572-68				
RUA FRANCISCO ALVES MARTINS 250 - FREI DAMIAO - SANTA LUZIA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008747740	000368352201911	26/11/2019	R\$ 120,57	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





Tribunal de Justiça da Paraíba - 1º Grau

Processo Judicial Eletrônico - 1º Grau

Comprovante de protocolo

Processo

Número do processo: **0800114-55.2019.8.15.0321**
Órgão julgador: **Vara Única de Santa Luzia**
Jurisdição: Santa Luzia - Fórum de Santa Luzia
Classe: INTERDIÇÃO (58)
Assunto principal: Tutela e Curatela
Valor da causa: R\$ 998,00
Partes: GILVANIA MASCENA DOS SANTOS (089.726.924-17)
GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS (566.567.935-68)

Audiência

Documentos protocolados	Tipo	Tamanho (KB)
Petição Inicial	Petição Inicial	0,06
Petição - Interdição.pdf	Outros Documentos	174,33
Procuração - Declarações.pdf	Outros Documentos	660,87
Documentos Pessoais - Autor.pdf	Outros Documentos	845,95
Documentos Pessoais.pdf	Outros Documentos	247,33
Atestado Médico.pdf	Outros Documentos	352,82
Atestados e Laudos.pdf	Outros Documentos	523,61
Atestados Médico..pdf	Outros Documentos	738,42
Receita Medicamento.pdf	Outros Documentos	310,66
Comprovante de Residência.pdf	Outros Documentos	23,14
Guia Custas.pdf	Outros Documentos	26,07
Decisão	Decisão	37,08
Expediente	Expediente	37,08
Mandado	Mandado	1,46
Ofício	Ofício	37,08
Mandado	Mandado	6,17
Ofício	Ofício	0,41
Ofício CRAS 0800174622018.pdf	Ofício	33,18
Diligência	Diligência	2,96
114-55.pdf	Devolução de Mandado	29,69
Diligência	Diligência	3,01
114-55.pdf	Devolução de Mandado	29,69
Ofício	Ofício	0,44
Ofício CAPS 0800114552019.pdf	Ofício	46,70
Termo de Audiência	Termo de Audiência	0,27
Termo de audiência 0800114552019.pdf	Termo de Audiência	51,46
Ofício	Ofício	0,29
Ofício CAPS 0800114552019.pdf	Ofício	40,45
Mandado	Mandado	1,70
Diligência	Diligência	2,96
114-55.pdf	Devolução de Mandado	29,16
Certidão	Certidão	0,52
Ofício CAPS Perícia 0800114552019.pdf	Ofício	614,34
Despacho	Despacho	2,60
Certidão de Decurso de prazo	Certidão de Decurso de prazo	2,18



Mandado	Mandado	2,03
Diligência	Diligência	1,85
Felipe 6.pdf	Diligência	19,81
Certidão de Decurso de prazo	Certidão de Decurso de prazo	2,21
Despacho	Despacho	2,28
Despacho	Despacho	2,28
Contestação	Contestação	31,49
Despacho	Despacho	2,32
Cota	Cota	3,63
Despacho	Despacho	3,63
Petição	Petição	1,46
Endereço Gilvania.pdf	Outros Documentos	21,74
Mandado	Mandado	3,63
Diligência	Diligência	2,27

Assuntos	Lei
DIREITO CIVIL (899) / FAMÍLIA (5626) / Tutela e Curatel	Lei 10406/02

REQUERENTE	REQUERIDO
NATHALIE DA NOBREGA MEDEIROS (Advogada)	GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS
GILVANIA MASCENA DOS SANTOS	FELIPE ANDRE HONORATO NOBREGA (Advogado)

Complemento	Valor
Número da guia de custas:	
Número da guia de custas:	

Distribuído em: 07/02/2019 11:06

Protocolado por: NATHALIE DA NOBREGA MEDEIROS



30/01/2017

HTCG - Painel Administrativo LIDER PRONT UF - 30-01-2017 09:48 361741 1/1

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1375150 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mafinhas, Campina Grande - PB, CEP: 56432-809 Data: 30/01/2017

Boleim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Mérica De Sousa Melo Nascimento: 20/06/1967

PACIENTE: GILBERTO AUGUSTO

Endereço: RUA PRESIDENTE CASTELO BRANCO

Sexo: M Telefone: 999271725

Cidade: Santa Luzia

Idade: 049 Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: LUZIA CESARIA DANTAS DOS SANTOS

RG: 1162634 Profissão: AGRICULTOR

CPF: 56556793568

CNS: 705309432640690

Responsável: GILVANIA MACENA DOS SANTOS

Tipo: CONVENIO-SUS

Estado Civil: Casado(a)

Data de Agend: 30/01/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 22:45:03

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão 19. Fratura óssea fechada
2. Amputação 20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão 21. Hematoma
4. Contusão 22. Injúria (lesão) Venoso
5. Captação 23. Laceração
6. Der 24. Lesão condítila
7. Edema 25. Luxação
8. Empalhamento 26. Moradura
9. Entesismo subcutâneo 27. Movimento torção: paraflex
10. Enfiamento 28. Objeto Enfiado
11. Equimose 29. Otorrágia
12. F. Arma branca 30. Paralisia
13. F. Arma de fogo 31. Pericostia
14. F. Contusão 32. Pericostia
15. F. Cortante 33. Quelimadura
16. F. Corto-contuso 34. Rinoirágia
17. Ferimento-contuso 35. Sinal de isquemia
18. F. Ferimento-contuso 36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Resposta satisfatória de ambiente autônomo. Fico tranquilo, sem desconforto, com fome. Apresento um leve desconforto no abdômen, sem sinais de gravidade. Autônomo, HSDA + coarctação. Sempre fui saudável do ponto de vista clínico. Não tenho problemas.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotoreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow AOC4, RM4, BUC4

HGT: S102

- Confusão de consciência.
- Sem alteração de nível de consciência.
- Pupila direita 4mm, esquerda 4mm.
- Equívoco pupila esquerda.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Isotermia arterial
() Tomografia Computadorizada
() Ultrassonografia
() Radiografias
()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / / hs Dia / /

Especialista: / / hs Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:


Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura
Tous Café
Cem 2742.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Grillotto Augusto da Silva	Alojamento		Leito	18	Convênio	
----------	----------------------------	------------	--	-------	----	----------	--

Date	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30/01/12	① Dieta Zero. ② SG SY. - 1000 ml EV 12/12h. NaCl 0.9% - 30 ml KCl 19.1% - 10 ml ③ Dipirona 1g EV 6/6h, S/N; ④ Muredom 1amp EV 8/8h, S/N ⑤ Dexametasona 10mg EV q8h. ⑥ Hgt 6/6h x convuls C/IE SC. ⑦ KCl 50% 40ml EV x Hgt < 10 ⑧ Atenolol 0.1mg VO x PAS > 160 e pou PAS > 110. ⑨ Furosemida 160mg EV q8h. ⑩ CC GG e obs. renal.	12h 09:30 06 06 01:30 14	
	 THOMAS CADARO CRM 7742		

HTCG-Palmer Administrative

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Dr. C. C. C.

Hemofone subnormal agudo, em
temo de 1 em de espessa, sem dor
significativas do lado media.

inferior da sua massa.
Aproxima da rima de pedras
confinado temporal 24.

CD: *Frane car videtur da*
manerunt

turns after
can 1142

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ Às ____:____ hs

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Ass. deplacante ou responsável (quando necessário)

SE09080006 LINDER DRYWALL LF 38-OUT-2017 09:49 361743 1/1

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

IDADE



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
30-01-2017 09:49 361744 1/1

Ficha de Acolhimento

Nome:	Cristina Augusta dos Santos		
End:	Rua Batista Moura 98		
Data de Nascimento:	30-04-67	Documento de Identificação:	ST-123456789
Queixa:	Dor Data do Atend.: 30.01.17 Hora: 21.42 Documento:		
Acidente de trabalho?	() Sim	(x) Não	

laureta

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

circulo

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Gilberto Augusto dos Santos			Alojamento	Verificar	Leito	18	Convênio	
----------	-----------------------------	--	--	------------	-----------	-------	----	----------	--

[illegible]

[illegible]



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA VERMELHA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
1. NOME: <u>Gilberto Augusto dos Santos</u>			
IDADE: <u>49</u>	SEXO: <u>M</u>	F	DATA DE NASCIMENTO: <u>01/10/1977</u> as : h
SETOR: <u>A - Vermelha</u>		LEITO: <u>18</u>	
2. DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>TCE + HSDA</u>			
3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:			
4. ALERGIAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAIS:			
5. USO DE DISPOSITIVO:		SONDAS: SVD <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TRAQUEOST <input type="checkbox"/>	
VENOSO: ACESSO V. CENTRAL <input type="checkbox"/> ACESSO V. PERIFÉRICO <input checked="" type="checkbox"/>		DRENOS: DRENOTx <input type="checkbox"/> DRENO VAC <input type="checkbox"/> DRENO SUÇÃO <input type="checkbox"/>	
6. DADOS VITAIS <u>Válva controlada</u> T: FR: FC: PESO:			
7. RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: ALTISSIMO RISCO <input type="checkbox"/> ALTO RISCO <input checked="" type="checkbox"/> RISCO MODERADO <input type="checkbox"/> BAIXO RISCO <input type="checkbox"/> SEM RISCO <input type="checkbox"/>			
7.1. PRESENÇA DE ÚLCERA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> ESTÁGIO: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>			
8. SISTEMA CARDÍACO: BRADICARDIA <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> ARRITMIA <input type="checkbox"/> PRECORDIALGIA <input type="checkbox"/> RITMO NORMAL <input type="checkbox"/>			
9. SISTEMA NEUROLÓGICO: COMATOSO <input type="checkbox"/> SEDADO <input type="checkbox"/> TORPOROSO <input type="checkbox"/> LETÁRGICO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/>			
9.1. DÉFICIT MOTOR: TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO LEITO <input checked="" type="checkbox"/> SEM DÉFICIT MOTOR <input type="checkbox"/>			
10. SISTEMA RESPIRATÓRIO: VENT. ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> VENT. MECAN. INV <input type="checkbox"/>			
10.1. AUSCULTA: RONCO <input type="checkbox"/> SIBILOS <input type="checkbox"/> ESTERTORES <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/>			
11. SIST. GENITOURINÁRIO: NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> DIURSE: DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/> HEMATÚRIA <input type="checkbox"/>			
12. SIST. GASTROINTESTINAL: PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE <input checked="" type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO <input type="checkbox"/> MELENA <input type="checkbox"/>			
12.1. ABDOME: PLANO <input type="checkbox"/> FLACIDO <input checked="" type="checkbox"/> GLOBOSO <input type="checkbox"/> DISTENDIDO <input type="checkbox"/> COLOSTOMIA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>			
13. ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>			

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM	
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <u>Agitados e Desorientados / m...</u>
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>Exposição ambiental a patógenos / Dispositivos</u>
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR: <u>Risco no Leito</u>
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE TRAUMA VASCULAR	CD/FR:
<input type="checkbox"/>	CD/FR:
<input type="checkbox"/>	CD/FR:
<input type="checkbox"/>	CD/FR:
<input type="checkbox"/>	CD/FR:

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITAIS	<u>9/14h</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BALANÇO HÍDRICO	<u>12/12h</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA	<u>6/6h</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA SE HOUVER SUJIDADE	<u>Rotina</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES	<u>Rotina</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE	<u>11</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS	<u>11</u>	
<input type="checkbox"/> PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE		

MOD 124



SESSÃO 0001 LIDER DEBATE LF 30-OUT-2017 09:49 361749 1/1

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
GOVERNADOR DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA
SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA PÚBLICA

Dr. Manoel Vagner
Tramite 98756 -
1987



FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: gabriel augusto dos santos

- HD:

SETOR: 4. VULNERABILIDADE

3	7
---	---

DATA 2011

[illegible]

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Gilberto Augusto dos Santos HD: _____ SETOR: Q.U. LEITO: 18 DATA: 24/01/17

HORÁRIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	12H	19	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H	17	25	
P. ARTERIAL																													
PULSO/FC																													
TEMPERATURA																													
RESPIRAÇÃO																													
SAT. O2																													
PVC																													
PIA																													
HGT																													
SF 0.9%																													
SRL																													
SG 5%																													
SORO EXTRA																													
SEDACÃO																													
ANALGESIA																													
MEDICAÇÕES																													
NORA																													
DORA																													
HEMODERIVADOS																													
NPT																													
DIETA																													
ÁGUA																													
MEDICAÇÕES																													
SGNOMITOS																													
FESES																													
DIURESE																													
HEMODIALISE																													
DRENO TÓRAX D																													
DRENO TÓRAX E																													
DRENO SUCÇÃO																													
D. CAVITÁRIO																													
DVE																													
GANHOS 12H DIA=																													
PERDAS 12H DIA=																													
BH DIA=																													
GANHOS 12H NOITE=																													
PERDAS 12H NOITE=																													
BH 24h=																													
PERDA 24H + 1000ML=																													
ASSINATURA:																													

RG: SALA VERMELHA
Origem: SALA VERMELHA
Destino: SALA VERMELHA

Do 15 A 41 mg/dL

Método: Automatizado CM 200 WIEKER

Emissão : 30/01/2017 23:34 - Página 1 de 1

SELEBRODORI LIBER CAVAT LE 30-047-2017 09:49 361752 1/





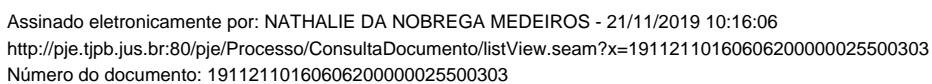
28800000 LIBEX OPTMT US
IB A

30-OCT-2017 09:52 361765 1/1

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Guilherme Augusto dos Santos		Alameda	3	6
05/02/14				
pac. EGE, afecção, acido metilico, equilíbrio glicose acrescendo, hemoglobina 22/20 sem déficit nutricional. sem alteração física. MRP + cirurgião abdominal D. Gersonis				

	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
0								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								
48								
49								
50								
51								
52								
53								
54								
55								
56								
57								
58								
59								
60								
61								
62								
63								
64								
65								
66								
67								
68								
69								
70								
71								
72								
73								
74								
75								
76								
77								
78								
79								
80								
81								
82								
83								
84								
85								
86								
87								
88								
89								



NB 6-3

Paciente: GILBERTO AUGUSTA

[illegible]

OK
OK

Paciente: GILBERTO AUGUSTO		Prescrição Médica		TCE com HSDA	
02/02/2017		DIETA BRANDA VO ASSISTIDA		EVOLUÇÃO MÉDICA	
		SRL OU SF 0,9% 2000 ML EV 24H		NCR	
		DIPIRONA 3ML IV 6/6H		HSDA LAMINAR	
		PROFENID 100MG + SF 100ML IV 12/12H		GW 15	
		TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 6/6H		ISOCORICO	
		FENOBARBITAL 100MG IM A NOITE		MOV 4MM	
		OMEPRAZOL 40MG + AD IV 1X/DIA		REFERE CEFALÉIA MODERADA	
		NAUSEDRON 8MG + AD EV 6/6H SN			
		CARTOPRIL 25MG VO SE PA>=170/100 MMHG			
		HGT 6/6H E INSULINA REGULAR CONF. PROTOCOLO			
		GLICOSE 50% - 60ML EV SE PGT <=70MG/DL			
		DECUBITO ELEVADO 30			
		SOLICITO CT DE CRÂNIO			
		Transf. Pl. enfermeiro			
		Paciente de Ruptura			
		Dra. Patrícia P. de Aguiar			
		CRM-PB 10.216			
		Dra. Patrícia P. de Aguiar			
		CRM-PB 10.216			

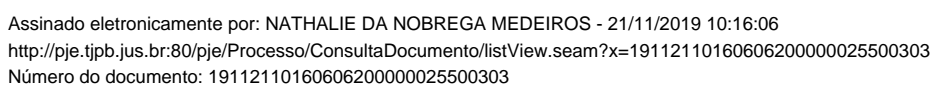
02 PE/ambidb 13:40 veio
02 da Ale. Vengalha para
0234 Altiacao mais as
cuidados da enfermagem

En tempo CT de crânio	
nao houve romp da	
matéria radiolúca	
com 4250 T sem restrição	
cd. Transf. Pl. em enfermagem	
de enfermagem	

Dra. Patrícia P. de Aguiar
NEUROCIQUIRURGA
CRM-PB 10.216



SEALPROCESS LINE PRINT US 39-OUT-2817 09:58 361761 1/1




Diagnóstico

Asch

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

1375161

Paciente	Gilberto Augusto da Silva		
Alojamento		Leito	18
		Convênio	

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
30/01/14	(1) Bata Zero.	PCE		
	(2) SC S/- - 1000 mg EV 12/12 h.			
	Nucl 60/- - 30 mg }			
	KCl 19,1/- - 10 mg }	Oxido		
	(3) Dipirona 1g EV 6/6 h - S/N 1			
	(4) Muredoma comp. EV: 8/8 h - S/N 1			
	(5) Dexametasona 10mg EV cado.	Pb		
	(6) Hgt 6/6 h x convuls VJE SC			
	(7) KCl 50% 40mg EV 12/12 h	Pb		
	(8) Atenorina 0,1mg VO 12/12 h			
	(9) Fenobarbital 100mg EV a pnts.	Af. 30		
	(10) CC GG e others. manual.	Pt		
				
	THOMAS CATÃO			
	CRM 2792			

Num. 26401240 - Pág. 8

NB 6-3

Paciente: GILBERTO AUGUSTA

[illegible]

Equipe do Neurocirurgião do Hospital de Emergência e Trauma Daniel Gonçalves Ferreira

D Smith

Smith 6-17

Alte y auscultar M Chest

Chest

05 FEB. 2017 C N
de S. FORD
VICTIMS NAME
MAY 05 2017
FEB 05 2017
R



NOME: *Guilherme D. dos Santos*

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

HD:

SETOR: *Neuro*

LEITO: *18*

DATA: *02/02/14*

HORÁRIO:	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H	17
P. ARTERIAL																									
PULSO/FC																									
TEMPERATURA																									
RESPIRAÇÃO																									
SAT. O2																									
PVC																									
PIA																									
HGT																									
SF 0.9%																									
SRL																									
SORO EXTRA																									
SEDAÇÃO																									
ANALGESIA																									
MEDICAÇÕES																									
NORA																									
DORA																									
HEMODERIVADOS																									
NPT																									
DIETA																									
ÁGUA																									
MEDICAÇÕES																									
SNG/VÔMITOS																									
FESES																									
DIURESE																									
HEMODIALISE																									
DRENO TÓRAX D																									
DRENO TÓRAX E																									
DRENO SUÇÃO																									
D. CAVITÁRIO																									
DVE																									
GANHOS 12H DIA=																									
PERDAS 12H DIA=																									
BH DIA=																									
GANHOS 12H NOITE=																									
PERDAS 12H NOITE=																									
BH 24H=																									
ASSINATURA:																									

08/02/17 7:30 - Paciente evolui consciente, orientado, sonolento, aceita
PA = 14x90 dieta, eliminações presentes, realizado curativo
em ombro D. Remanejo

SEMPRE IMPRIMA LIXO DEBENT LIXO 31-01-2017 09:49 361756 1/1





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA VERMELHA

[illegible]

SEATTLE LIBRARY 35-007-2017 09:49 361755

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL	APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITAIS	4/4	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BALANÇO HÍDRICO	12/12	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA	6/6	
<input type="checkbox"/> REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA SE HOUVER SUJIDADE		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES		
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE	11	
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS	11	
<input checked="" type="checkbox"/> PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE	11	

MOD 124



ÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO

SEMPROCOR LINES PRINT LT 26-AUT-2017 09:49 3.61753 1/1

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO

Paciente em sala 76-E, segue com escuridão na pele e na cabeça, com reações, por mudança conforme observação

*Valéria SNE SNG
COTEN 21-03-17*

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TQT	SNE	SNG	DRENOS
ÚLTIMA EVACUAÇÃO:					BALANÇO HÍDRICO ATUAL:				
ASPECTO:					BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:				
					BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:				

FERIDAS / LESÕES

CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS

ENFERMEIRO:

ENFERMEIRO:



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº: 012029224911
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

COD. DE REG. 0025749531 / 81 NOV/0000000001 / 2015
EXERCÍCIO 2015

PLACA: 56656793568
LACA: NQK8639/PB

NOVO / 9C2KC1610AR062983

ESPECIE: PAS / MOTOCICLETA / ANO: 2010
COMBUSTÍVEL: ALCO / GASOL

MARCA / MODELO: HONDA / CG-150 TITAN / MIX KS

CAP. POT. / CIL. 149 / 13 / 2
CATEGORIA: PARTIC. CORP. PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 07/08/2015
VENC. COTA ÚNICA: 07/08/2015

P. DVA: PAQO EM: 07/08/2015
V. PARA TRVA: PARCELOAMENTO 7 COTAS: 2
A. PARA TRVA: 316

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00
PREMIO TOTAL (R\$) 0,00
DATA DE PAGAMENTO: 07/08/2015

SECURIFICATORIA
OBSERVAÇÕES

RESIDUO ENTRIBUTARIO OBRIGATORIO
NÃO VALE PARA TRANSFERENCIA

SANTA LUZIA - PB
DATA: 07/08/2015
189001 12216

Outros

SEGURO OBRIGATORIO PARA PESSOAS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, E PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012029224911 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O VERSO, PEAS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 07/08/2015

VIA 117 CFP / CNPJ 56656793568 PLACA NQK8639/PB

RENAVAM 00257495318 MARCA / MODELO HONDA / CG-150 TITAN / MIX KS

ANO FAB 2010 CILINDROS 13 Nº CHASSI 9C2KC1610AR062983

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
0,00	0,00	0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00 OF (R\$) 0,00 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 0,00

SEGURO

PAGAMENTO 07/08/2015

COTA ÚNICA 0 PARCELADO



SEGURADORA LIDER DPVAT
CNPJ 05.245.610/0001-04
www.seguradoralider.com.br


12216-1444141-20150807



39-011-2017 09:58 361767 1/1

SEGURADORA LIDER DPVAT UF



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 032.8.19.01076/01
			Data de emissão: 21/11/2019
Nº do Processo:	Comarca: Santa Luzia	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/11/2019
Número da guia: 032.2019.601076 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,63
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.012,60 Promovente: Gilberto Augusto dos Santos - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.216,45
			Desconto total: R\$ 0,00
866600000123 164509283184 520191130035 281901076014 			Valor final: R\$ 1.216,45

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 032.8.19.01076/01
			Data de emissão: 21/11/2019
Nº do Processo:	Comarca: Santa Luzia	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/11/2019
Número da guia: 032.2019.601076 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,63
Promovente: Gilberto Augusto dos Santos Promovido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT SA			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Detalhamento:			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.216,45
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.216,45

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 032.8.19.01076/01
			Data de emissão: 21/11/2019
Nº do Processo:	Comarca: Santa Luzia	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/11/2019
Número da guia: 032.2019.601076 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,63
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.012,60 Promovente: Gilberto Augusto dos Santos - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.216,45
			Desconto total: R\$ 0,00
866600000123 164509283184 520191130035 281901076014 			Valor final: R\$ 1.216,45





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 032.2019.601076

Data Vencimento: 30/11/2019

Data Emissão: 21/11/2019

Comarca: Santa Luzia

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: Gilberto Augusto dos Santos

Promovido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT SA

Valor da Causa: R\$ 13.500,00

Despesas Processuais: R\$ 0,00

Custas: R\$ 1.012,60

Taxa: R\$ 202,50

Total da Guia: R\$ 1.215,10

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





Prefeitura Municipal de Santa Luzia
Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I



Rua José Alves Dantas, Nº228, Bairro: Antônio Bento de Moraes, Santa Luzia - PB.
CEP: 58.600-000 CNPJ: 09090689/0001-67
Telefone: (83) 9355-8058

Ofício Nº. 026/2019

Santa Luzia/PB, 12 de março de 2019

MMº DRº.
ROSSINI AMORIM BASTOS
Juiz de Direito
Comarca de Santa Luzia/PB

Excelentíssimo Senhor Juiz,

Venho muito respeitosamente através deste ofício encaminhar perícia médico-psiquiátrica realizada no sr. Gilberto Augusto dos Santos conforme processo de interdição (58) 0800114-55.2019.8.15.0321.

Sem mais para o momento renovamos votos de elevada estima e consideração.


Luciano Pinheiro da Nóbrega Júnior
COORDENADOR DO CAPS
Mat.: 150351
CNS.: 700407905325750

LUCIANO PINHEIRO DA NÓBREGA JUNIOR
Coordenador Geral do CAPS I



QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS PELO MÉDICO PSQUIATRA:

Interditando(a): GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

1.O(a) interditando(a) sofre de alguma deficiência mental?

R/

SIM

2.Se positivo o quesito anterior, qual o CID dessa enfermidade.

R/

F 07.2
5 06.0

3.Essa enfermidade impede o interditando de gerir sua própria pessoa?

R/

SIM

4.Essa enfermidade do interditando gerir seus bens e negócios?

R/

SIM

5.Essa enfermidade é irreversível?

R/

SIM

Santa Luzia – PB, (data e assinatura eletrônicas).

ROSSINI AMORIM BASTOS

Juiz de Direito

Santa Luzia - PB
12/03/2019

Rubem Darlyson Rocha
Médico Psiquiatra
CRM-PB 6721 / CRM-PE 17.597



MERITÍSSIMO JUÍZO DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE SANTA LUZIA, ESTADO DA PARAÍBA.

GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS, brasileiro, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº. 1.162.634 – SSP/RN, inscrito no CPF/ME sob o nº. 566.567.935-68, neste ato representado por sua curadora provisória (cf. termo em anexo) **GILVÂNIA MACENA DOS SANTOS**, brasileira, casada, autônoma, portadora da Cédula de Identidade nº. 3.563.913 – SSDS/PB, inscrita no CPF/ME sob o nº. 089.726.924-17, ambos residentes e domiciliados na Rua Francisco Alves Martins, nº. 250, bairro Frei Damião, Município de Santa Luzia/PB, CEP 58.600-000, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, através de seus advogados que esta assinam digitalmente, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

com fulcro na Lei nº. 6.194/74, alterada pelas Leis nº. 11.482/07 e nº. 11.945/2009, em face da **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT SA**, pessoal jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 09.248.608/0001-04, com endereço para citação/intimações na Rua da Assembleia, nº. 100, 26º. andar, bairro Centro, Município do Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.011-904, pelas razões fáticas e jurídicas que passo a expor:

I – DA JUSTIÇA GRATUITA

Ab initio, sob as penas da Lei, o autor declara que não está em condições de arcar com as custas do processo sem prejuízo do sustento próprio e/ou de sua família. Por esse motivo, respaldada nas garantias constitucionais do acesso à justiça (art. 5.º, LXXIV, CF), e ainda, com base na Lei Federal nº. 1.060/50 requer o benefício da JUSTIÇA GRATUITA.

☎ (83) 9-9816.3838. ☎ (84) 9-9963.1500.

Rua Eduardo Gentil de Medeiros, nº. 182. Antônio Bento de Moraes. Santa Luzia/PB. CEP 58.600-000.



II – DA SUCINTA NARRATIVA FÁTICA

O autor foi vítima de um acidente de trânsito em 29 de Janeiro de 2017 e ingressou com o pedido administrativo perante a seguradora demandada com o objetivo de perceber o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT.

Pois bem. **O Sinistro foi registrado sob o nº. 3170630172** e, após todo o transcurso do processo administrativo, a seguradora demandada entendeu que o autor não fazia jus ao recebimento da indenização.

É importante esclarecer que a seguradora demandada não enviou a carta comunicando o indeferimento do processo administrativo e, mesmo após inúmeras solicitações, conforme comprovante em anexo, ainda não foi enviada ao autor e este ainda não sabe qual a fundamentação utilizada para negar o pagamento da indenização, apesar de ter enviado toda a documentação solicitada e de ter recebido a cópia integral do processo administrativo, que segue em anexo.

Contudo, o entendimento negativo da seguradora demandada não merece prosperar, uma vez que o autor preenche os requisitos para o recebimento do SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ PERMANENTE, foi devidamente apresentado a cópia dos documentos pessoais, Boletim de Ocorrência Policial, Documentação Médico Hospitalar, Formulário do Pedido do Seguro DPVAT, comprovantes de residência e bancário e entre outros.

Ressalta-se que o requerente sofreu graves lesões decorrentes do acidente portador de sequela de TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO, apresentando déficit de atenção, compreensão, coordenação motora e marcha, além de afasia. O mesmo após o acidente encontra-se em acompanhamento médico contínuo e faz uso de medicamentos de controle especial.

Apresenta ainda atestado médico psiquiátrico que comprova quadro neuropsicopatológico compatível com o CID F07.2 – SÍNDROME PÓS TRAUMÁTICA, caracterizada por inúmeros sintomas, como dificuldades de concentração, de realizar tarefas mentais, alteração da memória, insônia, diminuição da tolerância ao estresse, às emoções, cefaleia, vertigens, fadiga, irritabilidade, tudo isso devido a traumatismo craniano encefálico. Apresenta ainda enfermidade descrita

☎ (83) 9-9816.3838. ☎ (84) 9-9963.1500.

Rua Eduardo Gentil de Medeiros, nº. 182. Antônio Bento de Moraes. Santa Luzia/PB. CEP 58.600-000.



pelo CID S06.0 que corresponde a CONCUSSÃO CEREBRAL apresentando sequelas neurológicas como hemiparesia complexa a direita, afasia mista e etc.

Em virtude disso, o requerente encontra-se impossibilitado para o trabalho e consequentemente sem capacidade civil plena para gerir sua vida independente e sem o auxílio de terceiros, além de estar incapacitado para exercer atividades laborativas e assim auferir os rendimentos necessários para realização de tratamento de saúde adequado, bem como para manter-se com dignidade diante de suas restrições, em decorrência da enfermidade da qual se tornou portador após o acidente, vivendo com medicamentos, de uso contínuo e ininterrupto, o que o impossibilita de reger sua própria vida.

Decorrente dessa sua condição, foi protocolado Ação de Interdição em face do requerente, movida por sua filha, pessoa que lhe dirige todos os cuidados, processo de nº 0800114-55.2019.4.05.8205, no qual o laudo médico pericial já reconhece a sua incapacidade total e permanente, confirmando as CIDs apresentadas nos atestados médicos e descritas nestes fatos.

Restou devidamente comprovado que após o acidente o requerente passou a ser portador de enfermidade irreversível que o impede de gerir sua própria pessoas, bens e negócios, tornando-o incapacitado civilmente .

No caso em análise, é direito do autor receber uma indenização ante os danos que lhe foram causados pelo acidente sofrido, que teve sérias complicações.

Assim, o autor faz jus ao recebimento de indenização referente ao seguro DPVAT no montante total ao indicado na tabela trazida pela Lei nº. 11.945 de 05 de junho de 2009, uma vez que o dano pessoal causado à ele foi bastante grave.



III – DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Ademais, pontifica o art. 7º da Lei 6.194/74 ao estabelecer que:

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

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do Prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

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

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

Sendo assim, é incontroversa a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão somente exigir prova de fato e suas

☎ (83) 9-9816.3838. ☎ (84) 9-9963.1500.

Rua Eduardo Gentil de Medeiros, nº. 182. Antônio Bento de Moraes. Santa Luzia/PB. CEP 58.600-000.



consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

De tal forma, seguem anexos os documentos médico-hospitalares, além do registro policial do acidente de trânsito que ocasionou danos pessoais ao autor e demais comprovantes que ratificam as sequelas que causaram enfermidade permanentes e irreversíveis que geraram a incapacidade total do requerente para o exercício de atividades laborativas e para práticas dos atos da vida civil.

IV – DO QUANTUM INDENIZATÓRIO

A vigente redação da Lei nº 6.194/74 resultado das modificações oriundas das medidas Provisórias nº 340/2006 (convalidada pela Lei nº. 11.482/2007) e nº. 451/2008 (Lei nº11.945/2009), dispõe que o seguro DPVAT destina-se a indenizar os seguintes danos, nos valores:

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

(...)

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

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

I – quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da

☎ (83) 9-9816.3838. ☎ (84) 9-9963.1500.

Rua Eduardo Gentil de Medeiros, nº. 182. Antônio Bento de Moraes. Santa Luzia/PB. CEP 58.600-000.



aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura, e (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).

A tabela a que se refere o dispositivo figura agora como anexo à Lei nº 6.194/74 e está assim desenhada:

ANEXO (art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974) (acrescidos pela Lei nº 11.945 de 05 de junho de 2009)	
Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
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 esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica.	

ANEXO (art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974) (acrescidos pela Lei nº 11.945 de 05 de junho de 2009)	
Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Lesões de órgãos e estruturas craniofaciais, 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	100

Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentual da Perda
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	
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	
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 dentre os outros dedos do pé	

Danos Corporais Segmentares (Parciais)	
--	--

☎ (83) 9-9816.3838. ☎ (84) 9-9963.1500.

Rua Eduardo Gentil de Medeiros, nº. 182. Antônio Bento de Moraes. Santa Luzia/PB. CEP 58.600-000.



Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentual da Perda
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

V – DA PERÍCIA

Diante da situação fática, se o Douto Julgador entender a necessidade de prova pericial, segue os quesitos que deverão ser respondidos pelo(a) perito(a):

- a)** Quais as lesões sofridas pelo autor?
- b)** As lesões decorreram de acidente de trânsito?
- c)** Essas lesões tornaram algum membro ou função deficiente? Totalmente ou em parte? Em que percentual?
- d)** Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou de mobilidade?
- e)** A incapacidade se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetado ou é incompleta?
- f)** No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacidade mobilidade e laborativa é intensa (75%), média (50%), leve (25%) ou residual (10%)?

VI – DOS PEDIDOS

Diante do que foi exposto, requer a parte autora, que Vossa Excelência se digne em:

- a.** Ordenar a citação da ré, por seu representante legal, para querendo, oferecer resposta à presente ação, sob pena de confissão e revelia;

☎ (83) 9-9816.3838. ☎ (84) 9-9963.1500.

Rua Eduardo Gentil de Medeiros, nº. 182. Antônio Bento de Moraes. Santa Luzia/PB. CEP 58.600-000.



b. Reconhecer a sua hipossuficiência, a teor do que dispõe o art. 6º, VIII, do Código de Proteção e Defesa do Consumidor, invertendo-se o ônus da prova;

c. Determinar, caso Vossa Excelência entenda necessário, a perícia médica, oportunidade em que devem ser respondidos os quesitos do item acima mencionado e que a demandada seja obrigada a arcar com os honorários periciais sob pena de revelia ou confissão ficta dos fatos narrados pela autora na inicial;

d. Julgar a presente ação procedente em sua totalidade, condenando a Ré a pagar a autora uma indenização, conforme atual tabela de invalidez, acrescido de juros de mora e correção monetária, em conformidade com as Súmulas 43 e 54 do Colendo Superior Tribunal de Justiça;

e. Condenar a parte Ré ao pagamento dos honorários sucumbenciais, arbitrados em 20% sob o valor da condenação, com fulcro no NCPC.

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

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

N. termos,
Aguarda deferimento.

Santa Luzia/PB, 21 de novembro de 2019.

Nathalie da Nóbrega Medeiros
OAB/PB 17.190

Diego Pablo Maia Baltazar
OAB/RN 12.937

☎ (83) 9-9816.3838. ☎ (84) 9-9963.1500.

Rua Eduardo Gentil de Medeiros, nº. 182. Antônio Bento de Moraes. Santa Luzia/PB. CEP 58.600-000.



☎ (83) 9-9816.3838. ☎ (84) 9-9963.1500.

Rua Eduardo Gentil de Medeiros, nº. 182. Antônio Bento de Moraes. Santa Luzia/PB. CEP 58.600-000.





CLÍNICA SERIDQUENSE DE
NEUROPSIQUIATRIA S/C LTDA
CAICÓ - RN
CNPJ: 05.086.821/0001-06

SALOMÃO GURGEL PINHEIRO
MÉDICO - PSQUIATRA
CRM - 2104/RN
CPF: 307.406.734-91

END.: RUA JOAQUIM GREGÓRIO, 2088
PENEDO - CEP: 59.300-000
CAICÓ - RN

ONES: 84 3421-2626
(OI) 84 9.8786-1947
(TIM) 84 9.9925-3817

Ver = mac/B
Alberto Augusto S. Leite

R

(via oral)

1) Rivastil 0,5m — ③ D2
para 1/4 com ois
o ois, amox e
1/2 com antes de
dormir.


2) Nametil 4% — 4
para 3 gotas ois
ois, amox e
4 gotas antes de
dormir.

11.01.19

Salomão Gurgel Pinheiro
MÉDICO - PSQUIATRA
CRM - 2104/RN - CPF: 307.406.734-91



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434864/17
Vítima: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS
CPF: 566.567.935-68

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 29/01/2017
Titular do CPF: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS : 566.567.935-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/11/2017
Nome: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS
CPF: 566.567.935-68

GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2017
Nome: CAIO SERGIO SACRAMENTO DE ABREU
CPF: 165.205.917-26

CAIO SERGIO SACRAMENTO DE ABREU





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

PORTADOR(A) DO RG Nº 3362634

EXPEDIDO POR SSPB

EM 14/11/85 E

CPF 566567935-68 /CNPJ _____

PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 13.500,00

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1124-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 11110-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Luzia 03 de Outubro de 2014
LOCAL E DATA

Gilberto Augusto dos Santos
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

SEGURADORA LIDER DPVAT LT - 30-05-2017 09:47 361725 1/1

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Gilberto Augusto dos Santos
DATA DO ACIDENTE 29/10/2017 CPF DA VITIMA 566567935-68
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO (X) VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL CUID PARANTESCO COM
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL CUID PARANTESCO COM
A VITIMA Gilberto Augusto dos Santos
ENDERECO DO PORTADOR R. Presidente Castelo Branco
Nº 98 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Imi Damão
CIDADE Santa Luzia UF PB CEP 58600006
E-MAIL gilbertoanthonio@gmail.com TELEFONE (83) 99241425

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DESEQUILIBRIO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.190/77
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LIDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30 Outubro 2017

IDENTIDADE 1.162.634

ASSINATURA Gilberto Augusto

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 30/10/2017 MATR. CORREIOS 12925440

NOME JOSE ALVES DE MEDEIROS

ASSINATURA JOSE ALVES DE MEDEIROS

dos Santos Augusto

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone number	
Cilberto Augusto dos Santos		03 5534-142	
ENDERECO / Address			
L. Rod. Castro Monteiro Fte. Mauão			
M: 98			
CEP / Zip		CIDADE / City	
55600000		Santa Luzia	
UF / State		PAIS / Country	
PB		Brasil	



REGULAR MATERIAS E RESERVAR O MEIO AMBIENTE


DEVOLUÇÃO / Return	
<input type="checkbox"/> Mudou-se (moved)	<input type="checkbox"/> Fale
<input type="checkbox"/> Recusado (refused)	<input type="checkbox"/> Ende
<input type="checkbox"/> Desconhecido (unknown)	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Não procurado (not found)	<input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> Ausente (absent)	
Tentativas de entrega (delivery attempts)	
1ª - 2ª - 3ª - 4ª - 5ª - 6ª - 7ª - 8ª - 9ª - 10ª	
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porte	<input type="checkbox"/> Retornado ao serviço postal e
<input type="checkbox"/> Retornado ao postal service	
Data: / /	Assinatura:
De:	Signature:

(ETIQUETA OU CARIMBO MP)



CARIMBO

ETIQUETA

Correios		REGISTRADO URGENTE REGISTERED PRIORITY	
AR	MP	PESO / WEIGHT (kg)	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
JR 88465390 2 BR			
			

DESTATÁRIO / Recipient

Serguei Liper - DRUAT

TELEFONE/Phone number

Endereço/Address

Av. Senador Dantas, 74 15º andar Centro

CIDADE/City

Rio de Janeiro

UF/State

RJ

PAÍS/Country

0031205



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 COMISSÃO DE DIBUJOS CÍVIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

DOC IDENTIFICAD / DPO FUNDOS UF
 1162634 SSP RN

CW
 566.567.935-68 DATA NASCIMENTO
 20/04/1967

IRACAO
 PEDRO AUGUSTO DOS
 SANTOS
 LUTIA CESARIA DANTAS
 DOS SANTOS

IRACAO
 ACC
 CATEGORIA
 AB

1º IDENTIFICAD
 02539124666

VALIDADE
 15/05/2019

1ª HABILITACAO
 30/09/2002

OBSERVAÇÕES

Gilberto Augusto dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 CAMPINA GRANDE, PB

DATA FUNDACAO
 16/05/2014

Rodolfo Carneiro

ASSINATURA DO FUNDADOR

94166123265
 PB028547411

PROIBIDO PLASTIFICAR

894437419

SEMPRE LÍDER OPART UF 30-01-2017 09:40 361728 1/1



SEMPRE LIGAR PARA UF 30-01-2017 09:49 361727 1/1


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

Nº da Inscrição
568567935-68

Data de Nascimento
20/04/67



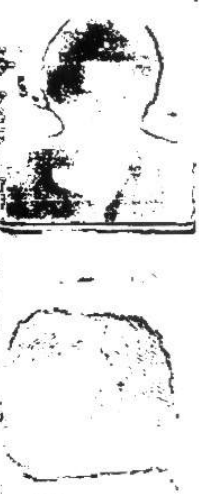
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E CADASTRO

Cartão de Identificação

GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

CPF 568567935-68

20/04/67



88/01/10 : use optiiva

TABOIA DO TERRITÓRIO DO ODO LIA OITIVA

GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS


CPF 568567935-68

20/04/67

14.11.1967

PB

Cert. Nascimento 18.457. Liv. 74. Fls. 148. Cart. Santa Luzia-PB



14.11.1967

GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

Pedro Augusto dos Santos

Luzia Cesária Dantas dos Santos

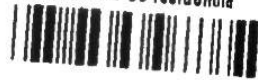
São José do Sabugy. 20-04-1967

PB

Cert. Nascimento 18.457. Liv. 74. Fls. 148. Cart. Santa Luzia-PB

Documentos de identificação

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilberto Augusto dos Santos
RG nº 1162.634, data de expedição 14/11/85, Órgão SSP/PB

CPF nº 566.567.935-68, 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Presidente Castelo Branco</u>
Número	<u>98</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Eri Damizão</u>
Cidade	<u>Santa Luzia</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58600-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99927-1225</u>
E-mail	<u>gihoniamascena@outlook.com</u>

SISPROCURA LITEC PRINT LT 30-OUT-2017 09:30 361768 1/1

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Luzia PB, 20/10/2017

Assinatura do Declarante: Gilberto Augusto dos Santos



ESTADO DE Paraná
~~Santa Catarina~~
MUNICÍPIO DE Santa Luzia
DISTRITO DE Santa Luzia

Escritor _____ do Registro Civil

CERTIFICO que, sob o n.º 2199, às fls. 73, do livro n.º 3 - 10

CERTIFICO que, sob o n.º _____ de Registro de Casamentos, verifiquei constar que no dia 19 de outubro de 1989, foi feito o casamento de ILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS e ROSINEIDE

de 1. 909, foi feito o casamento entre NASCENIA DOS SANTOS que continuava usando o mesmo nome
contraído perante o Juiz de Paz o Sr. José Andrade da Loba
e as testemunhas

Fle, nascido no município de São José do Salgado - Paraíba
em 10 de abril de 1.967

profissão agricultor, residente e domiciliado
sítio Pivara, mun. de São João do Salgueiro, desta Comarca, filho de

Pedro Augusto dos Santos de Luzia Cesaria Lantes dos Santos,
paraihanos, residentes no mun. de São José do Sabugi, desta Comarca
Ela, nascida município de São José do Sabugi - Paraíba de 1.970

Ela, nascida município de São José do Sabão, de 1.970
aos 17 de fevereiro, residente e domiciliada
profissão dólar, 3 1 1 desta Comarca, filha de

profissão do lar
sítio Rio da Ciz. mun. de São José do Sabugi, desta Comarca, filha de
Ranuel Mazona dos Santos Filho e de Luzia Brasilina dos Santos,
carbanos, residentes no mun. de São José do Sabugi, desta Comarca

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180 N.os I à IV do Código Civil.

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 18º N.ºs

Observações: Casamento efetuado sob o regime da comunhão parcial de bens.

Certidao de casamento



O referido é verdade e dou fé. Santa Luzia, 19 de outubro de 19 89

Maria de Lourdes da Silva
 D/ESCRIVÃO Escrevente

Encaminhamento

O paciente Gilberto A. Santos
 49 anos, foi encontrado na
 estrada por um parente,
 sem documentos, sem capa-
 cete, sem história para al-
 codismo (sic). Ao exame:
 abre os olhos espontaneamente,
 olhos de maxímus, não visua-
 lizado reflexos ológicos; no
 rede água. HGT = 309.
 A.R. m. 51 no SpO₂ 98%.
 A.A. i. FC: 87; PA = 140 x 90.
 Paciente encontrado-se todo
 sujo, molhado, com sangue
 pelo corpo, estava sem capa-
 cete. Hipertenso e Diabético.
 Hematomas em couro
 cabeludo com dor + acutua-
 le de dor direita.
 HD: Polipneumonia
 fratura de base
 de crânio?

SEMPRODIA LINEA PRINT LT 30-07-2012 09:49 361734 1/1





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE SINHA CARNEIRO

HD: Polifarmacia
profunda de base de
crômio?

CD: Avaliação da
Cir Geral e
Ortopedia

30/01/17
Dra. Fernanda M. P. Nobrega
Clínica Médica / Psiquiatria
CRM-PB 9254

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
30-01-2017 09:48:36 1735 1/1





ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

foi atendido (às) hoje, às

horas, necessitando de

dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

Campina Grande,

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
30-03-2017 09:48 361732 1/1

Dr. Marcos Wagner da S.
S
B 20 MAR. 2017
N
CRM-PB 0002 / CRM-PE 4487



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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Carla Zentgraf
PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 806 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 30/01/17 A 05/02/17 NECESSITANDO DE
15 dias DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 05/02/17

AUTORIZAÇÃO

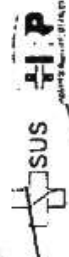
Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

17/11/2019 09:50 2162-110-05 31 JUN 2017 180005935

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPES: 2505473 CNPJ: 08.778.268/0023/76
NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N
CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25
Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)
Paciente: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS
Idade: 49 Cor: PARDA Sexo: M
Nascimento: 20/04/1997
Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço: PERESIDENTE CASTELO BRANCO
Bairro: FREI DAMIAO Num.: 88
Fone: 83999209429
Cidade: SANTA LUZIA - PB - 58600-000 - 2513408
CNS: 705-3094-3264-0690 Identidade:
CPF: Reg. Nasc.:
Data / Hora: 30/1/2017 03:19:59 Recepcionista: LUZIARA
Ficha Número: 188702 89816

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Apresenta: Irritação
A. Urel: 5/100
3.03: 100/60 mmHg
C. Exatidão: 10: 15/20
D. Urel: 35, 50

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

ECG
Sec. Municipal de Saúde

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

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

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO			
	1. PRESCRITA	OBSERVAÇÃO	RESIDÊNCIA	INTERNAÇÃO
2. APLICADA		OUTRO HOSPITAL	ÓBITO	OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1. 30	2. 10	3. 10	4. 00	5. 00	6. 00	7. 00	8. 00	9. 00	10. 00
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------

Ass. dos Profissionais Assistentes - Carimbo

CBO

Médico / Cmt / Cnt

TEOFILHO GREGÓRIO DE ANDRADE - 2553 - 700-0036-8098-2767

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo / Direção

9. 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000

ASS. REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



Gilberto A. dos Santos

Encominhamento
NEURORRIZOIA

Paciente na de ausen
te ambulatório TC crânio
comparar o hematoma subdural
lamina quadr

Dr. Alexandre Firmino
NEUROLOGIA CLÍNICA
CRM 5724

21/11/19

Rua Horácio Nobrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

SESPROCEP LIDER PPMU LT 30-01-2017 09:40 361740 1/1





NOME: Gilberto A. do Amaral

DA CLÍNICA NEUROLOGIA ENFERMARIA
A CLÍNICA UF - SÃO PAULO LEITO

MOTIVO DA CONSULTA: transfusão sanguínea

21/12/17 DATA

Dr. Alexandre Firmão
NEUROLOGIA CLÍNICA
CRM 3724

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

36-JUL-2017 09:48 361 / 38 1/





TJUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMPLIATORIAL

CNPJ: 08.726.288/0023/76

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

ENDERECO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS

ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

Nome: LUZIA CESARIO DOS SANTOS

Nascimento: 20/04/1967 Idade: 49

Cor: PARDA

Profissao: AGRICULTOR(A)

Endereco: PERECIDANTE CASTELO BRANCO

Cidade: FREI LUALCÃO

Estado: SANTA LUZIA - PB - 58500-000 - 2013405

CNPJ: 706-379-3264-0530

CPF: 20112417 621059

Data/Hora: 20/11/2017 02:10:59

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

Ficha Número: 168702

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

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

DIAGNÓSTICO

MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

RESERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

OUTRO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO



Dr. Alexandre Firmino

Médico Neurologista Efetivo da Academia Brasileira de Neurologia
CRM - 5724

Gilberto Aguiar dos Santos

Aresma Neuro

Aresma p/25 dentes 7m,
que o neuro encontra-se no nível
responsabilizado neural; sequência de
TCE grave. T2 crânio cupame
c/ hematoma subdural apud. As dx me.
Hemiparesia completa D produzida em
membro inferior, está na mesa
C1

c/ 506

Alexandre Firmino
NEUROLOGIA CLÍNICA

SESSÃO LIDERADA 15
30-OUT-2017 09:48 361731 11

12/09/17

CONSULTÓRIO - AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 9.8635.0313 / 9.9838.7422 - PATOS-PB





Atendimento Online

Vinicius	15:21:07 hr ▶	Bem-vindo(a) ao atendimento da Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT. Em que posso ajudar?
Diego Baltazar	15:21:59 hr ▶	Boa tarde. Sou advogado e um cliente não recebeu a carta de indeferimento do processo administrativo.
Vinicius	15:22:23 hr ▶	Como podemos consegui-la?
Vinicius	15:22:44 hr ▶	Boa tarde Sr. Diego
Vinicius	15:22:44 hr ▶	Por gentileza, para que possa pesquisar o seu processo, me informe inicialmente os seguintes dados:
Diego Baltazar	15:23:29 hr ▶	CPF do beneficiário, nome completo da vítima e do beneficiário.
Vinicius	15:24:36 hr ▶	CPF 566.567.935-68
Vinicius	15:26:37 hr ▶	Gilberto Augusto dos Santos
Vinicius	15:27:19 hr ▶	Por favor, aguarde um momento enquanto faço a sua consulta.
Vinicius	15:27:29 hr ▶	Obrigado por aguardar.
Vinicius	15:27:29 hr ▶	Localizei um processo 3170630172 de cobertura invalidez permanente e consta que foi negado. A carta não foi gerada pelo sistema e irei abrir uma solicitação para isso.
Vinicius	15:29:15 hr ▶	Preciso do endereço completo por gentileza.
Diego Baltazar	15:29:54 hr ▶	Endereço: Rua Presidente Castelo Branco, nº. 98, bairro Frei Damião, Município de Santa Luzia/PB, CEP 58.600-000
Diego Baltazar	15:30:03 hr ▶	Há a possibilidade da carta ser enviada via email? Para que possamos agilizar.
Vinicius	15:30:29 hr ▶	2 Telefones para contato.
Vinicius	15:30:29 hr ▶	83 - 9.9927-1725
Vinicius	15:30:29 hr ▶	83 - 9.9816-3838
Vinicius	15:33:20 hr ▶	Obrigado pelas informações.
Vinicius	15:33:45 hr ▶	Fiz a solicitação da carta para o setor responsável no protocolo 20550184.
Vinicius	15:34:02 hr ▶	Eles vão entrar em contato por número restrito.
Vinicius	15:34:45 hr ▶	Tudo bem. Há a possibilidade da carta ser enviada via email?
Vinicius	15:36:08 hr ▶	Sim, assim que eles entrarem em contato, eles irão perguntar a forma de receber o documento.
Vinicius	15:36:24 hr ▶	Tudo bem. Obrigado
Vinicius	15:37:53 hr ▶	Por nada.
Vinicius	15:38:04 hr ▶	A Seguradora Líder-DPVAT agradece o seu contato. Boa Tarde!



**MERITÍSSIMO JUÍZO DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE SANTA LUZIA,
ESTADO DA PARAÍBA.**

DIEGO PABLO MAIA BALTAZAR e **NATHALIE DA NÓBREGA MEDEIROS**, advogados que esta assinam digitalmente, vêm informar a Vossa Excelência que por algum erro desconhecido destes causídicos, o sistema PJe renomeou todos os arquivos anexados aos autos. Contudo, informam ainda que, apesar da renomeação misteriosa e do aparente embaralhamento, os arquivos continuam na ordem que permite o trâmite regular do processo. Por isso, requer o prosseguimento do feito.

Nestes Termos,

Aguarda Deferimento.

Santa Luzia/PB, 21 de novembro de 2019.

Diego Pablo Maia Baltazar

OAB/RN 12.937





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Santa Luzia**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801260-34.2019.8.15.0321

DESPACHO/CARTA DE CITAÇÃO

Vistos, etc.

1. Defiro em favor da parte autora o pedido de justiça gratuita postulado na petição inicial, vez que preenchidos os requisitos legais.

2. Deixo de designar audiência preliminar eis que em outras ações dessa natureza restaram sem êxito as tentativas de conciliação.

3. CITE-SE a parte promovida - POR CARTA COM AR -, para tomar conhecimento dos termos da presente ação, bem como, para no prazo de quinze (15) dias contestar a ação. Não sendo contestada a ação no prazo legal, serão tomados como verdadeiros os fatos articulados na inicial, bem como, será decretada a revelia.

4. Em sendo contestada a ação no prazo legal, intime-se a parte autora para apresentar impugnação no prazo de quinze (15) dias úteis.

**O PRESENTE DESPACHO JÁ SERVE DE CARTA DE CITAÇÃO PARA O
PROMOVIDO**

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº.09.248.608/0001-04, com endereço para citação/intimações na Rua da Assembleia, nº. 100, 26º. andar, bairro Centro, Município do Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.011-904, SANTA LUZIA, 21 de novembro de 2019, para tomar conhecimento dos termos da presente ação, bem como, para no prazo de quinze (15) dias

apresentar contestação. Não sendo contestada a ação no prazo legal, serão tomados como verdadeiros os fatos articulados na inicial, bem como, será decretada a revelia.

Santa Luzia/PB, (data e assinatura eletrônicas)

Juiz(a) de Direito