



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)		NATHALIE DA NOBREGA MEDEIROS (ADVOGADO) DIEGO PABLO MAIA BALTAZAR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33530 846	24/08/2020 13:28	Petição	Petição
33530 848	24/08/2020 13:28	2690053_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
33531 449	24/08/2020 13:28	2690053_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



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.

EUGILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

PORTADOR(A) DO RG Nº 3362634 EXPEDIDO POR SSPB EM 14/11/85 E

CPF 566567935-68 / CNPJ 000000000-0000-00. 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 R\$ 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 _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° 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 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 024-4 N° da CONTA (com dígito, se existir) 33.110-4

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. Eugilberto Augusto dos Santos

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

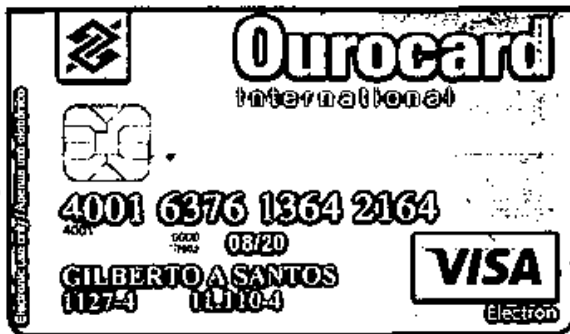
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo 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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 13:28:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082413285678400000032088319>

Número do documento: 20082413285678400000032088319



33530848 LIPER PART LF 30-OUT-2017 09:58 361770 1/1



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, 53, Centro,
Santa Luzia-PB, CEP - 56200-000,
E-mail: 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
[2017-093149] EPL:R\$ 2,31 FASEN:R\$ 4,27 FEPJ:R\$ 0,46
SELO DIGITAL: AFT26664-LZTG
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



35350848 LUIZ GONZAGA FERNANDES 30-OUT-2017 09:48 361726 1/1





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE ParaiíbaMUNICÍPIO DE Santa Luzia

DISTRITO DE Santo Luzia

Zuleika do Introcínio Fernandes

Escrivão _____ do Registro Civil

Certidão de Casamento

* CERTIFICO que, sob o n.º 2.199, às fls. 73, do livro n.º B - 10
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

NASCENÇA DOS SANTOS, que continuara usando o mesmo nome
contralido perante o Juiz de Paz o Sr. José Andrade da Lobaes
as testemunhas

Filho, nascido no município de São Paulo no Estado de São Paulo
aos 10 de abril de 1.967

profissão agricultor, residente e domiciliado
sítio Riveira, mun. de São José do Sabugi, desta Comarca, filho de
Pedro Augusto dos Santos e Luzia Cesária Dantas dos Santos,
paraihanos, residentes no mun. de São José do Sabugi, desta Comarca

Ela, nascida município de São João do Sabugi - Paraíba
aos 17 de fevereiro de 1970

profissão do lar residente e domiciliada
sítio Rio da Oza, mun. de São José do Sabugi, desta Comarca, filha de
Pancel Macedo dos Santos Filho e de Luzia Brasilina dos Santos,
portugueses, 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.

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 1985

Maria de Lourdes da Silva
p/ ESCRIVÃO Escrevente



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Gilberto Augusto dos Santos, portador da carteira de identidade nº 1162634 e inscrito no CPF/MF sob o nº 566567935-68, residente e domiciliado na R. Presidente Castelo Branco nº 98, Cidade Santa Luzia, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Gilberto Augusto dos Santos

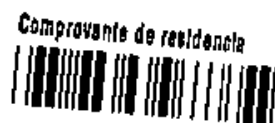
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Luzia 03 outubro 2017

Local e data

SEGURO LÍDER DPVAT LT
30-07-2017 09:48:36 1729 1/1





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>laza</u>
Bairro	<u>Erei Damigão</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>gihaniamascena@outlook.com</u>

350900001 LINEAR BRANT LT 30-01-2017 09:20 361768 1/1

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Luzia PB, 20/10/2012

Assinatura do Declarante: Gilberto Augusto dos Santos



Cnes		2321122	CNPJ	08.778.268/0006-75
NOME:		HOSPITAL E MATERNIDADE SINHA CARNEIRO		
ENDEREÇO:		BONIFACIO NOBREGA, 775		
CIDADE:		SANTA LUZIA	ESTADO:	PARAIBA
Atendimento:		ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)		
Paciente:		GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS		
Mãe:		LUZIA CESARIA DANTAS DOS SANTOS		
Pai:		PEDRO AUGUSTO DOS SANTOS		
Nascimento:		20/04/1967	Idade:	49
Cor:		BRANCA		
Profissao:		PRESIDENTE CASTELO BRANCO		
Endereco		SAO JOSE		
Bairro:		SANTA LUZIA - PB - 58600-000 - 2513405		
Cidade:		Identidade:		
Naturalidade		1162634		
CNS:		705-3094-3264-0690	Reg. Nasc.:	
CPF:			Recopcionista:	ENEAS
Data / Hora:		30/01/2017 02:05:28	Ficha Número:	67320
PESO:		PA:	TEMP:	
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) HGT = 309				
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)				
HMAS (+)				
DM-2 (+)				
RESULTADOS				

[illegible]

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 secreções olfácticas, não
rede água. HGT = 309
AR: MV @ SI NS SpO₂ 98%
AA: FC: 87; PA = 140 x 90
Paciente encontra-se todo
sujo, molhado, com sangue
pelo corpo, estava sem capa-
cete. Hipertenso e Diabético.
Hematomas em couro
cabeludo com dor + acutua-
de de dor + acutua-
HD. Polifarmacia
de base
de base?

SEMPRE LÍDER EM LÍ
30-07-2017 09:48 361734 1/1





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE SINHA CARNEIRO

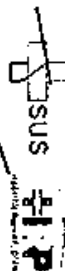
PD: Petição
profuna de base de
crômio ?

CD: Avaliação da
cir geral e
Ortopedia

30/01/17
Dra. Fernanda M. P. Nobrega
Clínica Médica / Psiquiatria
CRP 9254

SECRETARIA LIDER PONT UF 28-01-2017 09:48 361735 1/1





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMPLIATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.268/002376

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP. JANIQUIM CARREIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, SN

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

Nome: LUZIA CESARIO DOS SANTOS

Nascimento: 20/4/1957 Idade: 48 Cor: PARDA Sexo: M

Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço: PERESIDENTE CASTELO BRANCO

Bairro: FREI DAMIAO Num: 88

Cidade: SANTA LUZIA - PB - 58900-000 - 2513408 Fone: 83998209429

CNS: 705-3094-3264-0580

CNPJ: 705-3094-3264-0580

Data / Hora: 30/1/2017 03:19:58

Recepção: LUZIAARA

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

Recepção: 168702

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

PA: TEMP:

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 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

MEDICACAO

- ☐ 1. PRESCRITA
- ☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☐ RESIDÊNCIA
- ☐ OUTRO HOSPITAL
- ☐ OUTRO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1	0	3	0	1	0	6	0	0	6	1
2	0	3	0	1	0	6	0	0	6	1
3	0	3	0	1	0	6	0	0	6	1
4	0	3	0	1	0	6	0	0	6	1
5	0	3	0	1	0	6	0	0	6	1
6	0	3	0	1	0	6	0	0	6	1
7	0	3	0	1	0	6	0	0	6	1
8	0	3	0	1	0	6	0	0	6	1
9	0	3	0	1	0	6	0	0	6	1
10	0	3	0	1	0	6	0	0	6	1

TEOFILHO GREGORIO DA AMORIM - 2663 - 700-0038-8099-3297

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

9 Jhonatan da Silva

ASS. REVISOR TÉCNICO - carlimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carlimbo

SERBICOR LIDER ORIENT U - 24/01/2017 09:48 351735 V1



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 Pereira
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

Ass. do Médico Nº. 50034
Nº. 05 17000 04-10-10
Nº. 05 17000 04-10-10
Nº. 05 17000 04-10-10

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

17 22170 04-10-10 04 17000 04-10-10

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 050



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°

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
20-MAR-2017 09:48 36173214

Dr. Marcos Wagner de S. Torres
S
B 20 MAR. 2017
N
CRM-PB 00021 CRM-PB 4452





Dr. Alexandre Firmino

Médico Neurologista Efetivo da Academia Brasileira de Neurologia

CRM - 5724

Gilberto Araújo dos Santos

Alexandre Médec

Aresta pl dent tr

que o neu guma-se de min

tce ave tr crân cupame

hematoma subdural apud ao oxme

hemiparesia completa predomin em

membr inferior stara mis

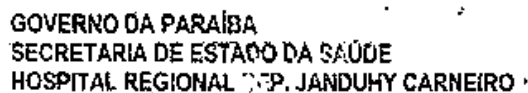
ci 506

Alexandre Firmino
NEUROLOGIA CLÍNICA

12/09/17

30-07-2017 09:48 361731 1/1





NOME: Gilberto A. do Amaral

DA CLÍNICA NEUROLOGIA ENFERMARIA
A CLÍNICA UF - MARÍLIA LEITO

MOTIVO DA CONSULTA: transfêrencia de leito

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

21/12/17 DATA

Dr. Alexandre Firmino
NEUROLOGIA CLÍNICA
CRM 5735

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

SEBASTIAN LEEK BAPTIST 30-04T-2817 09:48 361738 1/





HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUÍHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuario: 88816

Data/Hora 30/1/2017 07:46:22

Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTO)

Servidor do Dr.:

Paciente GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

Idade: 49 Sexo M

Filiação

Pai: PEDRO AUGUSTO DOS SANTOS
Mãe: LUZIA CESARIO DOS SANTOS

Endereço

Cidade: SANTA LUZIA - PB - 58600-000 - 2513406
Endereço: PERESIDENTE CASTELO BRANCO N.º 98
Bairro: FREI DAMIAO
Naturalidade: SANTA LUZIA - PB
Fone: 03999209429

Documentos

CNS: 705-3094-3264-0690
Identidade: 1162634 SSPRN
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 20/4/1967
Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO(A)
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

diabete, hipertensão, doença autoimune (MUSC)

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Ex. físico: ECG, tipo, aumento miocárdio, aumento da pressão arterial.

Ex. Neurologia: tônus, reflexos, marcha normal

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratório, etc.)

Ex. com perna direita

Diagnóstico:

Poliomielose / síndrome de Guillain-Barré

Motivo da Alta:

Resultado: () Salvo Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, / /

Recepcionista: RICARDO

Dr. Alexandre
Neurologista
CRM 5174

30-01-2017 09:46 361733 1/1





GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

Gilberto A. dos Santos

Encaminhamento
NEUROCIRURGIA

PALENTE NEURA DE AUSEN
TE AMBIOLISCU PC CRÂNIO
COMPACTO o hematoma subdural
lamina quadr

Dr. Alexandre Firmino
NEUROLOGIA CLÍNICA
CRM 5724

21/01/19

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

SERENIDADE LIDER IMPL LT 30-01-2017 09:48 361740 1/1



Diagnóstico

ACB

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Collete Augusto da Silva Alcamento: Leito: 18 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30/01/14	1) Bula Zero.	09:30	
	2) SC SY. - 1000 ml EV 12/12h.		
	3) NaCl 0.9% - 30 ml		
	4) KCl 19.1% - 10 ml		
	5) Dipirona 1g EV 6/6h, S/N.		
	6) Mordedon 10mg EV 8/8h, S/N.		
	7) Ginepril 10mg EV 4x/d.		
	8) Hgt 6/6h e conexão 1/12 SC.		
	9) KCl 50% 40ml EV 12 Hgt 2/10.		
	10) Atenolol 0.1mg VO 12x Pass.		
	11) Insulina 100mg EV a gta.		
	12) CC GS e observ. normal.		

TOMAS CARLOS
CRM 2142



HTCG-Paine! Administrative

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

J.C. Cunniff

Hemofilia recessiva ligada, em
homens de 1 em de 10000, tem
significados do mesmo modo.

Confession du D^r Kerner
Andréa de Ninon de l'Europe
Confession Temporal 2011

CD: $\frac{1}{2}$ litera cori indidit du
miserum.

turns callow
can 1242.

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs

Centro clínico

() Indústria (setor)

1. Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SEBASTIAN LIVER DRIFT LF 36-007-2017 09:49 361743 1/1

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

IDABE

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 13:28:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082413285678400000032088319>

Número do documento: 20082413285678400000032088319

Num. 33530848 - Pág. 20





GOVERNO
DA PARAIBA

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
30-09-2017 09:49 351744 1/1

Ficha de Acolhimento

Nome:	Alberto Augusto dos Santos		
End:	Praça. Santos Vazquez 98		
Data de Nascimento:	20-04-67	Documento de Identificação:	578 888 888
Queixa:	Dores	Data do Atend:	30.01.17 Hora: 21:42 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	(x) Não	

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional


Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	<i>Gláucia Augusta da Silva</i>	Alojamento	<i>Verdade</i>	Leito	<i>18</i>	Convênio	
----------	---------------------------------	------------	----------------	-------	-----------	----------	--

Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
31/11/19	<i>1000 ml de 20% IV</i>	07			<i>ACR</i>
	<i>CF 0.5% 2000 ml IV 24h em SRL 2000 ml 24h</i>	08			<i>HSDA leve</i>
	<i>SG 5% 1000 ml IV 24h</i>	09			
	<i>Fenobarbital 100mg IV 24h</i>	10			<i>Leito em observação respiratória</i>
	<i>Diazepam 1g IV 6/6h (137h)</i>	11			<i>em observação</i>
	<i>Albúmina 8g IV 8/8h (137h)</i>	12			<i>Glucose 14</i>
	<i>Amoxiclav 4g IV 8/8h</i>	13			<i>problema respiratório</i>
	<i>HCT 5/24 - com sonda nasogástrica</i>	14			<i>instabilidade vital</i>
	<i>CH 50% 03 eq IV 12h (76g/dL)</i>	15			<i>CD. Oxiemeter mantido satisfatório</i>
	<i>Colúscico 100mg</i>	16			
	<i>Obstina Nível Consciência em Vaguet</i>	17			
	<i>SSW</i>	18			
	<i>ECG</i>	19			
	<i>Dr. Rafael Thiago de Almeida Medeiros</i>				<i>Dr. Rafael Thiago de Almeida Medeiros</i>
	<i>1000 ml de 04 ml + 6 ml 23h</i>				
	<i>AD (EV) 2000</i>				
	<i>Dr. Raulino M. Rêgo</i>				
	<i>MEDICO RESPONSÁVEL</i>				
	<i>CRM-PB 9755</i>				

MCO.

0212





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA VERMELHA

BOLETIM DE ENFERMAGEM	
1. NOME:	<i>Gilberto Augusto dos Santos</i>
IDADE:	<i>39</i> SEXO: ☒ M ☐ F DATA DE NASCIMENTO: <i>01/10/1977</i> as : h
SETOR:	<i>A. Vermelha</i> LEITO: <i>18</i>
2. DIAGNÓSTICO MÉDICO:	<i>TCE + HSDA</i>
3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:	
4. ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:
5. USO DE DISPOSITIVO:	SONDAS: SVD ☐ SNG ☐ SOG ☐ TOT ☐ TRAQUEOST ☐
VENOSO: ACESSO V. CENTRAL ☐ ACESSO V. PERIFÉRICO ☒	DRENOS: DRENOTx ☐ DRENO VAC ☐ DRENO SUÇÃO ☐
6. DADOS VITAIS <i>vela controla</i>	T: FR: FC: PESO:
7. RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO:	ALTÍSSIMO RISCO ☐ ALTO RISCO ☒ RISCO MODERADO ☐ BAIXO RISCO ☐ SEM RISCO ☐
7.1 PRESENÇA DE ÚLCERA:	SIM ☐ NÃO ☐ ESTÁGIO: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐
8. SISTEMA CARDÍACO:	BRADICARDIA ☐ TAQUICARDIA ☐ ARRITMIA ☐ PRECORDIALGIA ☐ RITMO NORMAL ☐
9. SISTEMA NEUROLÓGICO:	COMATOSO ☐ SEDADO ☐ TORPOROSO ☐ LETÁRGICO ☐ DESORIENTADO ☒ ORIENTADO ☐ AGITADO ☐
9.1 DÉFICIT MOTOR:	TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO LEITO ☒ SEM DÉFICIT MOTOR ☐
10. SISTEMA RESPIRATÓRIO:	VENT. ESPONTÂNEA ☒ DISPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ EUPNEIA ☐ BRADIPNEIA ☐ VENT. MECAN. INV. ☐
10.1 AUSCULTA:	RONCO ☐ SIBILOS ☐ ESTERTORES ☐ NORMAL ☐
11. SIST. GENITOURINÁRIO:	NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐
(DIURSE)	DISÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐ HEMATÚRIA ☐
12. SIST. GASTROINTESTINAL:	PRESENTE ☐ AUSENTE ☒ DIARREIA ☐ CONSTIPADO ☐ MELENA ☐
Evacuações	
12.1 ABDOME	PLANO ☐ FLACIDO ☒ GLOBOSO ☐ DISTENDIDO ☐ COLOSTOMIA ☐ OUTROS ☐
13. ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM	
☒ RISCO DE QUEDA	CD/FR: <i>Agitação + Sonolência / med</i>
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>Exposição ambiental à poluição / Dispositivos</i>
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	CD/FR:
☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	CD/FR:
☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR:
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	☒ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA
☐ RISCO DE TRAUMA VASCULAR	CD/FR: <i>Restrito no leito</i>
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DE ENFERMAGEM RESPONSÁVEL
Vanessa Carolina M. Bezerra
154801

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ REGISTRAR SINAIS VITAIS	<i>4/4L</i>	
☒ REALIZAR BALANÇO HÍDRICO	<i>12/12L</i>	
☒ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA	<i>6/6L</i>	
☒ REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA SE HOUVER SUJIDADE	<i>Rotina</i>	
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES	<i>Continuo</i>	
☒ AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE	<i>11</i>	
☒ VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS	<i>11</i>	
☐ PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE		

MOD 124



Dr. Mauro Wagner
Tramo 98756 -
1987

SECRETARIA DE DEFESA CIVIL

SECRETARIA DE DEFESA CIVIL

SECRETARIA DE DEFESA CIVIL



FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NAME: SAHIBU, ALBERTO ID: 24773 HD

HD

SETOR: A - Urbanização LEITO: _____

1

DATA: 5410131F

[illegible]

ASSINATURA:

ASSINATURA:

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Gilberto Augusto dos Santos HD: _____ SETOR: QU LEITO: 18 DATA: 24/08/17

HORARIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	12H	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H	12H
P. ARTERIAL																											
PULSO/FC																											
TEMPERATURA																											
RESPIRAÇÃO																											
SAT. O2																											
PVC																											
PIA																											
HGT																											
SF 0,9%																											
SRL																											
SG 5%																											
SORO EXTRA																											
SEDAÇÃO																											
ANALGESIA																											
MEDICAÇÕES																											
NORA																											
DORA																											
HEMODERIVADOS																											
NPT																											
DIETA																											
ÁGUA																											
MEDICAÇÕES																											
SNG/NGT																											
FESES																											
DIURESE																											
HEMODIALISE																											
DRENO TORAX D																											
DRENO TORAX E																											
DRENO SUÇÃO																											
D. CAVITÁRIO																											
DVE																											

GANHOS 12H DIA=

PERDAS 12H DIA=

BH DIA=

GANHOS 12H NOITE=

PERDAS 12H NOITE=

BH NOITE=

GANHOS 24H DIA=

PERDA 24H + 1000ML=

BH 24H=

ASSINATURA:

ASSINATURA:

Sr(a): GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS
Dr(a): TOMAS CATÃO MONTE
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000320181

Data: 30-01-2017 23:31

Idade: 49 anos

RG: SALA VERMELHA

Origem: SALA VERMELHA

Destino: SALA VERMELHA

URÉIA

DATA DA COLETA: 30/01/2017 23:53 I

Resultado..... 50 mg/dl

De 15 A 41 mg/dl.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

DATA DA COLETA: 30/01/2017 23:53 I

Resultado..... 1,0 mg/dl

Referente: 0,3 a 1,0 mg/dl
Crianças...: 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl
EXAMES RELACIONADOS: Uréia, Depuração
da Creatinina

a Sumário de

urina.

NOTA: O uso de medicamentos contendo
dipirona e
vitamina C podem alterar o
resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 NIESEN

30-01-2017 23:53 I 0000320181

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



ÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO

Paciente Euclides 76 E, segue com 66/121/94 e
na pele e na cabeça, com urticárias, por
medicação conforme prescrição

[Assinatura]
Vale para SUELO MOREIRA TORRES
CARGO 12-2

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SYD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TQT	SNE	SNG	DRENOS

ÚLTIMA EVACUAÇÃO: ASPECTO: BALANÇO HÍDRICO ATUAL: BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR: BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:

FERIDAS / LESÕES

CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS

ENFERMEIRO:

ENFERMEIRO:



556630084 LINES. DATE: 15 MAR-01-2017 09:49 361754 17





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA VERMELHA

BOLETIM DE ENFERMAGEM		02/02/17	
1. NOME: <u>Guilberto Augusto dos Santos</u>			
IDADE: <u>49</u>		SEXO: <u>M</u> ☐ <u>F</u> ☐ DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> <u>1</u> <u>as</u>	
SETOR: <u></u>		LEITO: <u>38</u>	
2. DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>TCE + HSDA</u>			
3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:			
4. ALERGIAS: <u>SIM</u> ☐ <u>NÃO</u> ☐ <u>QUAIS:</u>			
5. USO DE DISPOSITIVO: <u>SONDAS: SVD</u> ☐ <u>SNG</u> ☐ <u>SOG</u> ☐ <u>TOT</u> ☐ <u>TRAQUEOST</u> ☐			
<u>VENOSD: ACESSO V. CENTRAL</u> ☐ <u>ACESSO V. PERIFÉRICO</u> ☒ <u>DRENOS: DRENOTx</u> ☐ <u>DRENO VAC</u> ☐ <u>DRENO SUCCÃO</u> ☐			
6. DADOS VITAIS <u>PA:</u> <u>T:</u> <u>FR:</u> <u>FC:</u> <u>PESO:</u>			
7. RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: <u>ALTÍSSIMO RISCO</u> ☐ <u>ALTO RISCO</u> ☐ <u>RISCO MODERADO</u> ☒ <u>BAIXO RISCO</u> ☐ <u>SEM RISCO</u> ☐			
7.1 PRESENÇA DE ÚLCERA: <u>SIM</u> ☐ <u>NÃO</u> ☒ <u>ESTÁGIO:</u> <u>I</u> ☐ <u>II</u> ☐ <u>III</u> ☐ <u>IV</u> ☐ <u>V</u> ☐			
8. SISTEMA CARDÍACO: <u>BRADICARDIA</u> ☐ <u>TAQUICARDIA</u> ☐ <u>ARRITIMIA</u> ☐ <u>PRECORDIALGIA</u> ☐ <u>RITMO NORMAL</u> ☐			
9. SISTEMA NEUROLÓGICO: <u>COMATOSO</u> ☐ <u>SEDADO</u> ☐ <u>TORPOROSO</u> ☐ <u>LETÁRGICO</u> ☐ <u>DESORIENTADO</u> ☐ <u>ORIENTADO</u> ☐ <u>AGITADO</u> ☐			
9.1 DÉFICIT MOTOR: <u>TETRAPLEGIA</u> ☐ <u>HEMIPLEGIA</u> ☐ <u>PARESIA</u> ☐ <u>RESTRITO NO LEITO</u> ☒ <u>SEM DÉFICIT MOTOR</u> ☐			
10. SISTEMA RESPIRATÓRIO: <u>VENT. ESPONTÂNEA</u> ☒ <u>DISPNEIA</u> ☐ <u>TAQUIPNEIA</u> ☐ <u>EUPNEIA</u> ☐ <u>BRADPNEIA</u> ☐ <u>VENT. MECAN. INV.</u> ☐			
10.1 AUSCULTA: <u>RONCO</u> ☐ <u>SIBLOS</u> ☐ <u>ESTERTORES</u> ☐ <u>NORMAL</u> ☐			
11. SIST. GENITOURINÁRIO: <u>NORMAL</u> ☒ <u>POLÚRIA</u> ☐ <u>OLIGÚRIA</u> ☐ <u>SVD</u> ☐			
<u>(DIURESE)</u> <u>DISÚRIA</u> ☐ <u>CISTOSTOMIA</u> ☐ <u>ANÚRIA</u> ☐ <u>HEMATÚRIA</u> ☐			
12. SIST. GASTROINTESTINAL: <u>PRESENTE</u> ☐ <u>AUSENTE</u> ☐ <u>DIARREIA</u> ☐ <u>CONSTIPADO</u> ☐ <u>MELENA</u> ☐			
<u>Evacuações</u> <u>PLANO</u> ☒ <u>FLACIDO</u> ☒ <u>GLOBOSO</u> ☐ <u>DISTENDIDO</u> ☐ <u>COLOSTOMIA</u> ☐ <u>OUTROS</u> ☐			
12.1 ABDOME <u>PLANO</u> ☒ <u>FLACIDO</u> ☒ <u>GLOBOSO</u> ☐ <u>DISTENDIDO</u> ☐ <u>COLOSTOMIA</u> ☐ <u>OUTROS</u> ☐			
13. ESTADO NUTRICIONAL: <u>NUTRIDO</u> ☒ <u>DESNUTRIDO</u> ☐ <u>OBESO</u> ☐ <u>CAQUÉTICO</u> ☐			
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☒ RISCO DE QUEDA		CD/FR: <u>Agitação + Desorientação</u>	
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR:	
☒ RISCO DE INFECÇÃO		CD/FR: <u>Procedimento invasivo</u>	
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL		CD/FR:	
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CD/FR:	
☒ RISCO DE SANGRAMENTO		CD/FR: <u>AUP</u>	
☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO		CD/FR:	
☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO		CD/FR:	
☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA		CD/FR:	
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD/FR:	
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD/FR:	
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	
☐ RISCO DE TRAUMA VASCULAR		CD/FR:	
☐		CD/FR:	
☐		CD/FR:	
☐		CD/FR:	
☐		CD/FR:	

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ REGISTRAR SINAIS VITAIS	4/4	
☒ REALIZAR BALANÇO HÍDRICO	32/32	
☒ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA	6/6	
☐ REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA SE HOUVER SUJIDADE		
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES		
☒ AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE		
☒ VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS	11	
☒ PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE	11	

MOD 124



09/02/17 7:30 - Paciente avaliado consciente, orientado, sonolento, acido
PA = 14x90 . dieta, eliminações presentes, realizado curativo
em ombro D. Remover

33530848 LINEAR 00000003 36-DIC-2017 09:49 361756 1/1



NOME: Galvões D. dos Santos

HD:

SETOR: NeuroLEITO: 18DATA: 02/02/19

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

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
P. PARTERIAL																								
PULSO/FC																								
TEMPERATURA																								
RESPIRAÇÃO																								
SAT. O2																								
PVC																								
PIA																								
HGT																								
SF 0.9%																								
SRL																								
SG 5%																								
SORO EXTRA																								
SEDACAO																								
ANALGESIA																								
MEDICAÇÕES																								
NORA																								
DORA																								
HEMODERIVADOS																								
NPT																								
DIETA																								
AGUA																								
MEDICAÇÕES																								
SNG/OMITOS																								
FESSES																								
DIURESE																								
HEMODIALISE																								
DRENO TORAX D																								
DRENO TORAX E																								
DRENO SUCCAO																								
D. CAVITARIO																								
DVE																								
GANHOS 12H DIA=																								
PERDAS 12H DIA=																								
BH DIA=																								
GANHOS 12H NOITE=																								
PERDAS 12H NOITE=																								
BH 24H=																								
GANHOS 24H DIA=																								
PERDA 24H + 1000ML=																								
ASSINATURA:																								
ASSINATURA:																								

01/11/17
NB 6-3

Paciente: GILBERTO AUGUSTA

Prescrição Médica		EVOLUÇÃO MÉDICA	
DIETA LIVRE LAXATIVA		NCR	
SFO 8% 2000 ml cv 24h	12/11/17 10h	MAIS ALERTA E ECO 15	
Diplone 1g + AD EV 60h	12/11/17 10h	FORÇA ADTORA PRESERVADA	
Musculon 8mg + AD EV 8h	14/11/17 08h	CD VIDE PRESCRIÇÃO	
Omeprazol 40mg VO cado	10/11/17 18h		
CABECERA ELEVADA	14/11/17 08h		
Fístula de medula e respiratória	14/11/17 08h		
Higiene oral e corporal diária	14/11/17 08h		
Tubal 20mg ev 12/12h	14/11/17 08h		
Hidralazil 125 mg + adad 10 ml 4 vezes 8 em 8 horas LENTO	14/11/17 08h		

Equipe do Nucleo de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Marcos Vinícius de S. F. Torres
Assessor de Saúde
CRP 150

05 FEV. 2017
MARCOS VINÍCIUS DE S. F. TORRES
R. C. N. 150

Dr. Suelio Moreira Torres
pelo Dr. Suelio Moreira Torres
Assessor de Saúde



FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS

Diagnóstico

ACB

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

1375161

Paciente	Colônato Augusto da Santos	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
30/01/12	(1) Dieta Zero.	OK		
	(2) SC SY - 1000 mg EV 12/12h.			
	Nutrição - 30 ml			
	KCl 19,1% - 10 ml	OK		
	(3) Dipirona 1g EV 6/6 h até S/N.			
	(4) Midoclon 1mg EV 8/8 h até S/N			
	(5) Dexametasona 10mg EV qdo.	OK		
	(6) Hgt 8/8 h e convulsão C/FE SC			
	(7) KCl 50% 40ml EV 1x ao dia	OK		
	(8) Atenolol 0,1mg VO 1x ao dia			
	(9) Fenobarbital 100mg EV qto.	OK		
	(10) CC GG e obs. norm.	OK		
				
	THOMAS CASTRO CRM 2342			

ALERGIA A DIPIRONA!!!

OK
OK

Paciente: GILBERTO AUGUSTO

6-3

TCE com HSDA

Prescrição Médica

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente:	GILBERTO AUGUSTO
02/02/2017	Prescrição Médica
DIETA BRANDA VO ASSISTIDA	
SRL OU SF 0,9% 2000 ML EV 24H	
DIPIRONA 3ML IV 6GH	
PROFENID 100MG + SF 100ML IV 12/12H	
TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 6SH	
FENOBARBITAL 100MG IM A NOITE	
OMEPRAZOL 40MG + AD IV 1X DIA	
NAUSEDRON 8MG + AD EV 8SH SN	
CARTOPRIL 25MG VO SE PA=170-100 MMHG	
MGT 6SH E INSULINA REGULAR CONFE PROTOCOLO	
GLUCOSE 90% - 60ML EV SE HGT <=70MG/DL	
DECBUTO ELEVADO 3D	
SOLICITO CT DE CRANIO G ^o DL	
Tromaf. pl antitrombotico	
Prontidão de Resposta Paciente Crítico Depto Neurológico CRM N° PB	
CT	6-3
NCR	
HSDA LAMINAR	
GW 15	
ISOCORICO	
MOV 4MM	
REFERE CEFALEIA MODERADA	
CDI SOLICITO CT DE CRANIO CONTROLE E OTIMIZO ANALGESIA PROGRAMAR ALTA PARA ENFERMARIA APÓS CT DE CONTROLE	
Em terapia CT de crânio não houve piora do quadro radiológico com teste T em ressonância cat. Transf. pl cuidados de enfermagem	

pe/ América 13: 40 Volto
da Alca' Vergallha Para
Albuquerque nao ao
Exidos da América
1910

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

Paciente: GILBERTO AUGUSTA

Paciente:	GILBERTO AUGUSTA
Prescrição Médica	Evolução Médica
OLETA LIVRE LAXATIVA	NCR
SFO.BK 2000 mL cv 24h.	MAIS ALERTA E ECOG 15
Dietona 1g * AD EV 6/8h	FORÇA MOTORA PRESERVADA
Neurocion 8mg + AD EV 6/8h	CID VIDE PRESCRIÇÃO
Omeprazol 40mg VO cado	
CABECENIBA ELISVADIA	
Fisioterapia molina e respiratória.	
Higiene oral e cuidados de pele.	
Trial 20mg ev 12/12h	
Hidralal DZ ml + abcd 10 ml w lento 8 em 8 horas LENTO	

Morte

RECUPERAÇÃO

CONFIRMADO

Légitimo da Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Don Luiz Gonzaga Fernandes





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

39-007-2017 09:58 361765 17

39-007-2817 09:52 361765 1/1

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
050214-4	pac. GAG, afobado, ansioso, agitado, exuberante, não aceita diagnóstico, faz uso de álcool + cigarro desde a infância.	3	10	

MOD. 012



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 13:28:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082413285678400000032088319>

Número do documento: 20082413285678400000032088319

CÓPIA DIGITALIZADA NO SAJIS
CONFERE COM O ORIGINAL
13/06/2017
ASS. *Suelio*

1/1 992195 05:40 2102-100-05 30-07-2017 09:50 361766 1/1
S55820000 LIBER PRAZ LT 57 JUNHO 2007 0000000005



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

Nº de inscrição
566567935-88

Data de Nascimento
20/04/67

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

Nº de inscrição
566567935-88

Data de Nascimento
20/04/67

86/01/10 : use optima

TRANSICION OROGRATIA O OOOI ME OOTVA

SOLICITACAO DE CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

Nº de inscrição
566567935-88

Data de Nascimento
20/04/67

2.162.634 14.11.1965

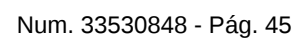
GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

Pedro Augusto dos Santos
Luzia Cesária Dantas dos Santos
PB
São José do Sabugy. 20-04-1967
Cert. Nascimento 18.457. Liv. 74. FLS.
148. Cart. Santa Luzia-PB

Documentos de identificacao



SEBASTIAN LINDEN DRUGAT LF 38-66T-2817 09:48 361728 14



Outras

SEGURO OBRIGATORIO PARA VEICULOS E PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAÇÃO SEGURO DPVAT

PB Nº 012025224911 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIANDO BEM O PB
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransllo.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2015 20/08/2015

PLACA CNPJ

56656793568

PLACA

NOK8639/PB

RENDAVA

MARCA/MODELO

00257395318 HONDA/CG 150 TITAN MTX KS

ANO FAB

CALIBRE

2010

19

CG2KC16

JAR062983

PRÊMIO TARIFARIO

PREMIO

COEFICIENTE

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

COEFICIENTE

CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO

AGRO

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE EMISSÃO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE EMISSÃO

SEGURODORA LIDER DPVAT

CNPJ 08.248.810/0001-04

www.segurodoralider.com.br

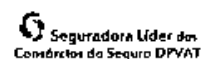
2216-0444-041-20150807

19-AUG-2017 09:58 361767 1/1

FOR THE UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434864/17
Vítima: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS
CPF: 566.567.935-68
Data do Acidente: 29/01/2017
CPF de: Próprio
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





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E D&MS (ID)

SEGURADORA LÍDER DPVAT LTDA 30-07-2017 09:42 361725 1/1

IDENTIFICAÇÃO:

VITIMA Gilberto Augusto dos Santos

DATA DO ACIDENTE 29/10/2014 CPF DA VITIMA 556567935-68

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL CUIO PARANTESCO COM

A VITIMA E Gilberto Augusto dos Santos

ENDEREÇO DO PORTADOR R. Presidente Costa, 33 - São Paulo, SP

Nº 98 COMPLEMENTO Boa BAIRRO Frei Dom Bosco

CIDADE Santa Luzia UF PB CEP 58600-000

E-MAIL gilmartonmoreira@atlas.com.br TELEFONE (83) 9999 1485

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO INIL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INIL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA 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 - 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 - D&MS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO 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 DECORRÊNCIA 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 - D&MS

- ☐ 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

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.197/74
 - DESPESAS MÉDICAS (D&MS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODANONOS.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 032 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30 Outubro 2014

IDENTIDADE 1.162.634

ASSINATURA Gilberto Augusto dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 30/10/2014 MATR. CORREIOS 98525440

NOME JOSE ALVES DE MEDEIROS

ASSINATURA JOSE ALVES DE MEDEIROS

dos Santos Augusto



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SANTA LUZIA/PB

Processo: 08012603420198150321

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS** representado por **GILVANIA MASCENA DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

LAUDO INCONCLUSIVO

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Na instrução processual, o Nobre Magistrado determinou a realização de perícia médica, a fim de apurar eventuais lesões suportadas pela parte Autora, suas respectivas extensões e o nexo de causalidade entre as supostas lesões e o acidente automobilístico narrado na exordial.

Após análise do laudo pericial de fls., realizado pelo i. *expert*, verifica-se que o **referido exame clínico é incapaz de provar o direito à indenização requerida pela parte autora, visto que não gradua corretamente e tampouco indica as LESÕES suportadas pelo periciando.**

Repita-se que o laudo pericial apresentado não deixa claro quanto à ocorrência ou não de invalidez permanente e de incapacidade laborativa decorrentes do acidente de trânsito, deixando o autor de provar que tem direito ao recebimento da indenização pleiteada.

Na hipótese, o perito **não elucida, outrossim, o percentual da redução** estabelecido na tabela anexa à Lei 6.194/74 (alteração pela Lei 11.945/09), a qual estabelece que nos casos de invalidez parcial incompleta, será realizado o enquadramento da perda anatômica ou funcional, quiçá porque o autor ainda encontra-se em tratamento ou a lesão é reversiva, incapaz de deixar sequelas.

Percebe-se, portanto, que a lesão, bem como a respectiva gradação devem ser enquadradas acertadamente, sob pena de haver enriquecimento ilícito por uma das partes que receberá além do valor previsto em lei, ou mesmo ser uma delas prejudicada com o pagamento por uma lesão menor que a de fato apresentada.

Assim, **por se tratar de ônus que cabe a parte autora**, qual seja, de comprovar que restou permanentemente inválida em decorrência do acidente noticiado, quando o autor não junta aos autos documentos capazes de comprovar a lesão decorrida do acidente automobilístico, assim como é imprestável a prova pericial realizada

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



nos autos, outra alternativa não resta a este atendo juízo, senão julgar totalmente improcedente o pedido autoral.

A jurisprudência deste Tribunal é pacífica ao inadmitir indenização quando o autor deixa de provar o ônus que lhe compete, consoante é possível aferir do julgado a seguir listado:

“PELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. ÔNUS DA PROVA. Deve ser julgado improcedente o pedido de cobrança de indenização advinda do seguro obrigatório quando o autor não colaciona aos autos prova hábil do grau da incapacidade advinda da lesão permanente. Incidência da regra descrita no art. 333, I, do CPC.

(TJ-MG - AC: 10116120033158001 MG, Relator: Cláudia Maia, Data de Julgamento: 12/06/2015, Câmaras Cíveis / 14ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 19/06/2015).”

Não é outro o entendimento do Tribunal de Goiás, *in verbis*:

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. ÔNUS DA PROVA. FATO CONSTITUTIVO DO DIREITO DO AUTOR NÃO DEMOSTRADO. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO EXORDIAL. PERÍCIA DESIGNADA. NÃO COMPARECIMENTO DO AUTOR. 1- À medida do grau de interesse das partes em comprovar seus fundamentos fáticos, o Código de Processo Civil dividiu o ônus probatório: toca ao autor o ônus de provar o fato constitutivo de seu direito; ao réu, os fatos impeditivos, modificativos e extintivos. 2- Não tendo o autor comprovado o fato constitutivo do seu direito, a improcedência do pedido exordial é medida que se impõe. 3- Regularmente designada perícia médica e, não tendo o autor diligenciado no sentido de comparecer, mesmo regularmente intimado, configura-se seu desinteresse processual na produção de prova que lhe competia. 4 APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA, MAS DESPROVIDA. (TJGO, Apelação Cível nº 01362644320158090011, 4ª Câmara Cível, Relatora: Des. Elizabeth Maria da Silva, Julgado em 15/09/2016).”

Portanto, não tendo a parte autora se incumbido de provar fato constitutivo de seu direito, ônus este que lhe cabe, deve a presente demanda ser julgada **IMPROCEDENTE**, com fulcro no art. 487, I, do Código de Processo Civil.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SANTA LUZIA, 20 de agosto de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

