



Número: **0800186-18.2018.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **01/02/2018**

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

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
AILTON GONCALVES DOS SANTOS (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12358 476	01/02/2018 14:58	Petição Inicial	Petição Inicial
12358 555	01/02/2018 14:58	Petição Inicial	Outros Documentos
12358 586	01/02/2018 14:58	Quesitos - Perícia	Outros Documentos
12358 593	01/02/2018 14:58	Procuração	Procuração
12358 608	01/02/2018 14:58	Declaração de Hipossuficiência	Outros Documentos
12358 620	01/02/2018 14:58	RG, CPF	Documento de Identificação
12358 638	01/02/2018 14:58	Comprovante de Residência	Documento de Comprovação
12358 657	01/02/2018 14:58	Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
12358 671	01/02/2018 14:58	Comprovante de Pagamento de Indenização	Documento de Comprovação
12358 704	01/02/2018 14:58	Boletim de Atedimento Médico	Documento de Comprovação
13507 357	13/04/2018 10:34	Despacho	Despacho

PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS EM ANEXO.





AO JUÍZO DA ____ VARA DA COMARCA DE ITAPORANGA/PB.

AILTON GONÇALVES DOS SANTOS brasileiro, solteiro, aposentado, portador da Cédula de Identidade nº 2.529.363- 2º Via SDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 034.696.214-54, residente e domiciliado na Rua Ananias Conserva de Sousa, s/n, Centro, Itaporanga/PB, CEP: 58.780-000, por seu procurador devidamente constituído, conforme Instrumento de Mandato anexo, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, **com base na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores, nos termos dos artigos 319 e 320 do Código de Processo Civil**, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

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

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





I – DA CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA

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

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

II – DOS FATOS E FUNDAMENTOS JURÍDICOS DO PEDIDO

A parte Autora fora vítima de **acidente de trânsito** causado por veículo automotor em **31/07/2017**, consoante **Boletim de Ocorrência** em anexo, estando o referido automóvel garantido pelo Seguro Obrigatório DPVAT.

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

Desta forma, a parte Autora formulou perante a Seguradora Ré, pedido de indenização por invalidez permanente, a qual se refere o Seguro Obrigatório DPVAT, quando então, recebeu a importância de **R\$ 2.531,25** (dois mil, quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), conforme anexo, **em desconformidade com a citada Lei, como restará comprovado durante a instrução processual através da Prova Pericial**, desde já requerida.

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

IV – DOS PEDIDOS

Diante do exposto, REQUER a Vossa Excelência:

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

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





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

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

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

V – DAS PROVAS (PROVA PERICIAL)

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

VI – DO VALOR DA CAUSA

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

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

Itaporanga/PB, 24 de Janeiro de 2018.

HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO
OAB/PE 25.252

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





QUESITOS – PERÍCIA

PARTE AUTORA: AILTON GONÇALVES DOS SANTOS

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

- 1 – Em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve Lesões no Membro Inferior Direito?**
- 2 – Em caso positivo, a Lesão ou as Lesões são Temporárias ou Permanentes?**
- 3 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?**
- 4 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?**
- 5 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?**

- 6 – Independente do quesito exposto no item “1”, em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve algum outro tipo Lesão?**
- 7 – Em caso positivo, qual tipo de Lesão ocorreu?**
- 8 – Em caso de ter havido Lesão, ela é temporária ou permanente?**
- 9 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?**
- 10 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?**
- 11 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?**

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





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: AILTON GONÇALVES DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, aposentado, portador da Cédula de Identidade nº 034.696.214-54 SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 034.696.214-54, residente e domiciliado na Rua Ananias Conserva de Sousa, s/n, centro, Itaporanga/PB, CEP: 58.780-000, através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

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

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

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

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

Itaporanga/PB, 09 de Outubro de 2017.

Ailton Gonçalves dos Santos

OUTORGANTE

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



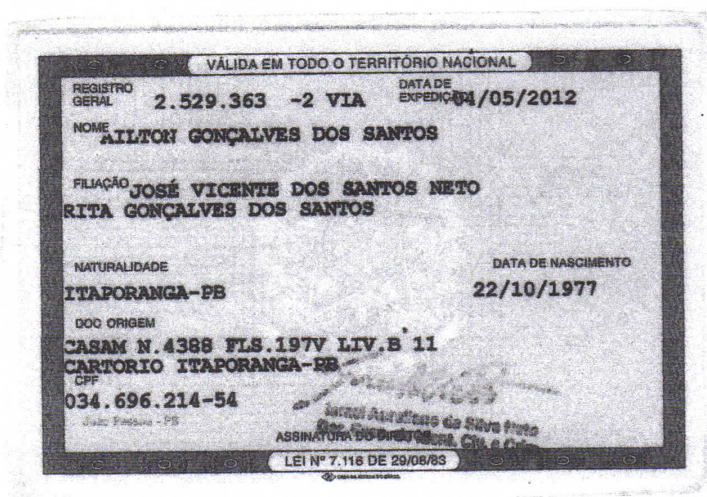
DECLARAÇÃO

Eu, **AILTON GONÇALVES DOS SANTOS**, brasileiro, casado, aposentado, portador da Cédula de Identidade nº 034.696.214-54 SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 034.696.214-54 residente e domiciliado na Rua Ananias Conserva de Sousa, s/n, centro, Itaporanga/PB, CEP: 58.780-000, **DECLARO** que nesse momento não posso arcar com às custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Itaporanga/PB, 09 de Outubro de 2017.

X Ailton Gonçalves dos Santos
Declarante





MARIA FRANCISCA DA CONCEICAO
RUA ANANIAS CONSERVA DE SOUZA, S/N - RESIDENCIA - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 58750000 (AG: 154)



Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-630
Roteiro 14 - 154 - 70 - 3520 Referência: Jul / 2017
Nº medidor: 00008205089 Emissão: 24/07/2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.085.123/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-2

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001 076 058
Código para Débito Automático: 00010749141

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Jul / 2017	24/07/2017	24/08/2017	28798074415

UC (Unidade Consumidora): 5/1074914-1

Canal de contato

Prezado Cliente:
A partir deste mês, as contas estarão com um novo layout para tornar ainda mais claras e compreensíveis as informações e os demonstrativos de consumo, siglas, tarifa e composição da fatura. O valor da tarifa, passou a ser apresentado acrescido dos impostos ICMS, PIS e COFINS, demonstrando o preço total da energia paga pelo cliente. Essa modificação não impacta nos valores finais pagos pelos clientes.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
23/08/17	14414	24/07/17	14522		112	21
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc. Aliq. (R\$)	Base Calc. Fio (R\$)
Tributos Totais (R\$) - ICMS (R\$) - ICMS						
0801	Consumo em kWh	112,000	0,634970	71,11	71,11	27
0801	Adic. B. Amarela			2,54	2,54	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			8,37	0,00	0

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 82,02 73,85 19,68 73,85 0,59 2,73

Média últimos meses (kWh) 222

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
31/07/2017	R\$ 82,02

Histórico de Consumo (kWh)

185 | 188 | 218 | 239 | 242 | 304 | 287 | 234 | 209 | 230 | 182 | 191
Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16 Nov/16 Out/16 Set/16 Ago/16 Jul/16

RESERVADO AFINCO

4093.1cad.6bd6.b173.ea08.3b8c.49a0.d8cd.

Indicadores de Qualidade 5/2017 - Itaporanga

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,47	2,02	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,94		
DIC ANUAL	25,89		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FIC MENSAL	3,65	1,00	
FIC TRIMESTRAL	7,10		LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL	14,20		
DMIC	3,80	2,02	
DICRI	12,22		

Composição de Custos

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	18,55	22,61
Compra de Energia	23,93	29,16
Serviço de Transmissão	1,28	1,56
Encargos Setoriais	6,89	8,18
Impostos Diretos e Encargos	31,57	38,48
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	82,02	100,00

Valor do EUSC (Ref. 5/2017) R\$ 43,80

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 579 / 2017.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do Fato: 31 / Julho / 2017. • **HORAS** - 9h48min.

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

Notificante/Vítima:

AILTON GONÇALVES DOS SANTOS, natural de Itaporanga/PB, Casado, Aposentado, nascido no dia 22/10/1977, filho de José Vicente dos Santos Neto e Rita Gonçalves dos Santos, RG 2.529.363/PB e CPF 034.696.214-54, residente na R. Ananias Conserva de Sousa s/n C Itaporanga/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

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

Que no dia e horas acima citadas, caminhava pelas Ruas do centro de Itaporanga/PB, quando na BR 361, precisamente na saída para Piancó/- foi atropelado por um veículo UNO o qual não lhe prestou socorro e adivinco-se do local, sendo o notificante socorrido pelo SAMU para o Hospital Distrital de Itaporanga/PB.

Itaporanga (PB), 23 / Setembro / 2017. x Ailton Gonçalves dos Santos
Notificante/Vítima.

ESCRIVÃO:

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLICIA / PAT: 60265-6
CHEFE D. CARTÓRIO



SINISTRO 3170560731 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** AILTON GONCALVES DOS SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO AILTON GONCALVES DOS SANTOS**CPF/CNPJ:** 03469621454**Posição em 14-11-2017 07:43:31**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.531,25

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

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
16/11/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25



SR
- total 40ms
- boca 3ms
- náuseas



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR USB-06

IDENTIFICAÇÃO/OCCORRÊNCIA

HORA: 09:50

Data: <u>31/07/2017</u>	ID: <u>212</u>	Paciente: <u>Rilton Gonçalves da Silva</u>	Idade: <u>39</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> FEM <input checked="" type="checkbox"/> MASC
Local da Ocorrência: <u>Rua Santos Dummont</u>		Bairro: <u>Centro</u>	Médico Regulador: <u>Dra. Marivales</u>	
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> PM Resgate/Bombeiro <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STRANS <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outro				
O.T.A.: <input type="checkbox"/> Socorro por Lesão <input type="checkbox"/> Recuperação Alívio <input type="checkbox"/> Socorro pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outro				

TIPO DE AGRAVO/NATUREZA DA OCORRÊNCIA

HISTÓRIA DO PACIENTE

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Parto	Sinais e Sintomas:
<input type="checkbox"/> Agredido	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico	Alergia:
<input type="checkbox"/> Clima	<input type="checkbox"/> Quase afogamento/Afogamento	Medicação:
<input type="checkbox"/> Desaparecimento	<input type="checkbox"/> Queimaduras	Passado Médico:
<input type="checkbox"/> Elétrico	<input type="checkbox"/> Queda metros	Líquidos e alimentos ingeridos:
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> Outros	Ambiente onde ocorreu o trauma:
<input type="checkbox"/> F.A.R.	<input type="checkbox"/> Gineco-Obstétrico	

EXAME FÍSICO

<input type="checkbox"/> Palido	<input type="checkbox"/> Cianótico	<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Sudoroso	<input type="checkbox"/> Pele Fria	<input type="checkbox"/> Pele Úmida	<input type="checkbox"/> Isocênico	<input type="checkbox"/> Anisocênico	<input type="checkbox"/> Músculo	<input type="checkbox"/> Dor
<input type="checkbox"/> Mucosa	<input type="checkbox"/> Discreta	<input type="checkbox"/> Turgor	<input type="checkbox"/> Hiperreflexo	<input type="checkbox"/> Hiporeflexo	<input type="checkbox"/> TCE	<input type="checkbox"/> TRM	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Gengiva	<input type="checkbox"/> PCR

Tipo de ferimento e local:

Queixas principais/Sinais e Sintomas:

dor Lombar + MSB

Transferência/Destino:

Local:

NDS

Responsável:

[Assinatura]

Função:

médico

Sinais Vitais:

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

PA: 120x80 mmHg FC: 76 bpm FR: 99 irpm SpO₂: 99 % T: 36 °C Glicemia Capilar: 122 mg/dl Cora:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Capnóxia adaptativa	<input type="checkbox"/> Inalação	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	<input type="checkbox"/> Confusão aguda	<input type="checkbox"/> Desemboiação prejudicada
<input type="checkbox"/> Débito cardíaco diminuído	<input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das VVAA	<input type="checkbox"/> Disritmia	<input type="checkbox"/> Autônoma	<input type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/> Hipotensão
<input type="checkbox"/> Ina grande da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Integridade tissular prejudicada	<input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Intolerância a atividade	<input type="checkbox"/> Mucosa oral prejudicada	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz
<input type="checkbox"/> Perfusão tissular cerebral ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão tissular renal ineficaz	<input type="checkbox"/> Termorregulação ineficaz	<input type="checkbox"/> Troca de gases prejudicada
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficientes	<input type="checkbox"/> Volume excessivo de líquidos	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Retenção urinária	<input type="checkbox"/> Percepção sensorial perturbada	<input type="checkbox"/> Intenção social prejudicada
<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Outros		

Intervenções:

Imobilização, 03 amp. de tenaxeam + 03 amp. diploens + 03 amp. de meto

Evolução de Enfermagem:

Paciente vítima de atropelamento, portando corte com indicação de sutura no MSB (Peele) sem sinal de fratura, consciente e estável, supine, imobilizado. Foi realizada a limpeza do local e identificação da equipe.

Médico:

CRM:

Jéssica Luana Bido Jerón
Enfermeira
COREN-PB 433996

Enfermeira: Jéssica Luana

COREN: 433996

Téc de Enfermagem: Adriano

COREN:

Condutor: Renildes





HOSPITAL DISTRICTAL DE ITAPORANGA - PB

ESTÁDUA PAKAIBA - SECURE IARIA DE SAUDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204

CGC/CPF: 08.778.268.0018/09

NOME: HOSPITAL DISTRICTAL DE ITAPORANGA

END.: RUA OSWALDO CRUZ, 183

MUNICÍPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE TRANSTO

Nome: ALTON GONCALVES DOS SANTOS

Raça/Cor: PARDA

Dt. Nasc: 22/10/1977 Idade: 39 ano(s) mês(es) de idade dias(as) de idade Sexo: M

Mãe: RITA GONCALVES DOS SANTOS

Profissão: AGRICULTOR

Documento:

Endereço: RUA ANANIAS CONSERVA

Nº: 62

Bairro: CENTRO

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

Telefone para contato (83) 9980-1297

CADASTRO:

Data e Hora: 31/07/2017 10:14:23

297551

PESO:

PA:

TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

SSVV

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

ASS. DO PACIENTE/A COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

CARIMBO

MUNICÍPIO - ITAPORANGA - PB

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

01 - ELETIVO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

ENCAMINHAMENTO:

MEDICAÇÃO:

OBSERVAÇÃO

RESIDÊNCIA

INTERNAÇÃO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

OUTRO HOSPITAL

ÓBITO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. _____

2. _____

3. _____

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARIMBOS)

MÉDICO - CRM

CRM-PB 1257

CBO

ASS. DO PACIENTE/A COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

CARIMBO

RECEPCIONISTA: HDI

JACSON



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

CNPJ: 08.778.268/0018-09

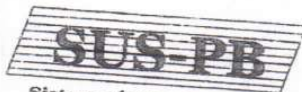
» SAÚDE PARA TODOS «

Autism. Cauda. Lr
Auto - (carga) 62
cent. 10 ppe

1- Chama 500, - 300
to D. M. 300

Deixe, 8/13/12

Dr. Diaci Ferraz Br. 2012
Clinico Medico - CRM
587 1703 7504 13



Sistema Único de Saúde

RUA OSVALDO CRUZ, 183 - CENTRO - FONE (83) 3451 2297 - CEP 58.780.000 - ITAPORANGA-PB





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

CNPJ: 08.778.268/0018-09

SAÚDE PARA TODOS

Atestado
Atesto que o Sr. Adilson
Carvalho de Santos
sofreu Atropelamento
por automóvel de 1ª fi-
cade com transtorno
do membro direito em-
torno de 15 dias e
permanente acidente de
trânsito de 10 dias em.
CID S837

Delegado 8/8/2017

Dr. Elaci Elias Bragato
Clínico Médico - CRM
CPF 036.577.294-42



RUA OSVALDO CRUZ, 183 - CENTRO - FONE (83) 3451 2297 - CEP 58.780.000 - ITAPORANGA-PB





Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Itaporanga

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800186-18.2018.8.15.0211

DESPACHO

Vistos *etc.*

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

Considerando que afigurando-se desnecessária (e mesmo desaconselhável, ineficiente (art. 37, caput, CF) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (art. 5º, LXXVII, CF)) a designação exclusiva de audiência de conciliação, quando já se anuncia infrutífera sua realização, já que no caso dos autos é imprescindível a realização de prova pericial. Nada impede, entretanto, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como fase preliminar da própria audiência de instrução (art. 359, NCPC), motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo para a ratio conciliadora da novel codificação (art. 3º, § 3º, c/c art. 139, V, NCPC).

Cite-se a parte promovida para responder a presente ação, no prazo de 15 (quinze) dias, advertindo que, caso não seja contestada a ação, se presumirão aceitos pelo réu, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, nos termos do art. 344, ambos do NCPC, devendo constar do mandado ou carta os requisitos do art. 250, NCPC¹.

Cumpra-se.

Itaporanga/PB, data e assinatura digitais.

Antonio Eugênio Leite Ferreira Neto

Juiz de Direito



¹ Art. 250. O mandado que o oficial de justiça tiver de cumprir conterà:

I - os nomes do autor e do citando e seus respectivos domicílios ou residências;

II - a finalidade da citação, com todas as especificações constantes da petição inicial, bem como a menção do prazo para contestar, sob pena de revelia, ou para embargar a execução;

III - a aplicação de sanção para o caso de descumprimento da ordem, se houver;

IV - se for o caso, a intimação do citando para comparecer, acompanhado de advogado ou de defensor público, à audiência de conciliação ou de mediação, com a menção do dia, da hora e do lugar do comparecimento;

V - a cópia da petição inicial, do despacho ou da decisão que deferir tutela provisória;

VI - a assinatura do escrivão ou do chefe de secretaria e a declaração de que o subscreve por ordem do juiz.

