



Número: **0801079-31.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **4ª Vara Regional de Mangabeira**

Última distribuição : **08/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO
AUTOR	IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A
ADVOGADO	FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
19081291	08/02/2019 10:49	Petição Inicial	Petição Inicial
19081338	08/02/2019 10:49	DPVAT adm ivanildo joaquim	Outros Documentos
19081351	08/02/2019 10:49	ivanildo joaquim BO BAM	Documento de Comprovação
19081359	08/02/2019 10:49	ivanildo joaquim proc e pad	Documento de Comprovação
19655395	09/03/2019 19:09	Despacho	Despacho
19764240	13/03/2019 16:37	Expediente	Expediente

anexa

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ª VARA
CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.**

Justiça Gratuita

IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR, inscrito no CPF sob o nº 047.236.424-39, residente e domiciliado na Rua Rad. Edi Fragoso de Albuquerque, 16, Funcionários II, CEP: 58078-322, João Pessoa – Paraíba, *não possui email*, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO JUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)
EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE

em face da **BRDESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, devendo ser citado na pessoa de seu representante legal, o que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante elencados:

Rua Quintino Bocaiuva, 358 - Sala 04 - Torre - João Pessoa - PB
Fones: (83) 8701.9090 / 8863.6133 - Email: advclima@hotmail.com

PRELIMINARMENTE

Do Benefício da Gratuidade Processual

O promovente, à luz do que dispõe a Lei nº 1.060/50 e o Art. 98 do CPC, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual por ser pobre na forma da lei, conforme atesta declaração acostada.

DOS FATOS

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em **21.09.2017**, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS NO ART. 5º DA LEI QUE REGE O PAGAMENTO PELO SEGURO DPVAT, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE

Rua Quintino Bocaiuva, 358 - Sala 04 - Torre - João Pessoa - PB
Fones: (83) 8701.9090 / 8863.6133 - Email: advclima@hotmail.com

**ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS,
COM ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM
DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.**

“Art . 5º O pagamento da 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.”

Diante desses fatos, resta à parte requerente ingressar na justiça para fazer valer o direito dela.

DO DIREITO

1. DA LEGITIMIDADE ATIVA AD CAUSAM

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – **DPVAT**, conhecido popularmente como **SEGURO OBRIGATÓRIO**, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

No caso em comento, é direito da promovente perceber uma indenização por danos pessoais, ante a sua debilidade permanente decorrente de acidente automobilístico.

Vale a pena destacar, que a legitimidade ativa da autora na presente demanda é cristalina. Neste sentido, dúvidas não há, ante a dicção legal do art. 4º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.
§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.”. (GRIFO NOSSO)

Rua Quintino Bocaiuva, 358 - Sala 04 - Torre - João Pessoa - PB
Fones: (83) 8701.9090 / 8863.6133 - Email: advclima@hotmail.com

2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM

O art. 7º da Lei 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao referido consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo da demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

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

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **BRADESCO SEGUROS S/A**.

Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NA APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SEGUROS DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. VÍTIMA FATAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. ARGUMENTAÇÃO DA SEGURADORA RECORRENTE QUE NÃO É CAPAZ DE MODIFICAR A DECISÃO ATACADA. AGRAVO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS. 1. Trata-se de Agravo legal em face da decisão terminativa que deu parcial provimento ao recurso de Apelação, reformando a sentença apenas para afastar a litigância de má-fé e fixar juros de mora a partir da citação 2. Concessão de indenização na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de complementação do seguro DPVAT, por acidente automobilístico que vitimou o pai do apelado. 3. Rejeitada a preliminar de

ilegitimidade passiva, tendo em vista que qualquer seguradora integrante do consórcio do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT) pode ser acionada para pagar o valor da indenização de seguros.4. Juros de mora contados a partir da citação, consoante o disposto no Enunciado Sumular 426 do STJ e correção monetária a partir da ocorrência do evento danoso. 5. Recurso a que se nega provimento. (TJ-PE - AGV: 3796438 PE, Relator: Waldemir Tavares de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 17/03/2016, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 2ª Turma, Data de Publicação: 01/04/2016)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontroversa qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

"Art . 5º O pagamento da 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.""
(grifo nosso)

Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

"A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas

as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei". (destaque nosso).

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, pois, 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 a recusa do pagamento da indenização".

É incontestado, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

4. DO VALOR

Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é regulamentado pela regra constante do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

**"Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:
'Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:
I R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;**

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso

de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como

reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica

e suplementares devidamente comprovadas.

§ 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 acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

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 aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico. Devendo o valor exato ser aquilatado mediante perícia médica, afim de que as debilidades da vítima sejam enquadradas na tabela anexa à lei.

5. DA POSTULAÇÃO

EX POSITIS, requer a Vossa Excelência:

- a)** ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
- b)** ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que

Rua Quintino Bocaiuva, 358 - Sala 04 - Torre - João Pessoa - PB
Fones: (83) 8701.9090 / 8863.6133 - Email: advclima@hotmail.com

corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além as correções legais e honorários sucumbenciais

c) Conceder os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser a autora pobre na forma da lei;

d) Caso seja necessária, seja designada audiência de conciliação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, quais sejam: depoimento pessoal do representante legal do Réu, juntada de novos documentos e realização de perícia médica a ser realizada **por médico especialista.**

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

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 16 de janeiro de 2019.

Fabio Carneiro Cunha Lima
Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho
Advogada – OAB-PB nº. 11.968

Quesitos para a perícia:

- 1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:
- 2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.
- 3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?
- 4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.
- 5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?
- 6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?
- 7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?
- 8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?
- 9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00380.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00380.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:54 horas do dia 28 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Ivanildo Joaquim da Silva Junior**, CPF nº 047.236.424-39, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Marceneiro, filho(a) de Ivone dos Santos Silva e Ivanildo Joaquim da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 23/06/1982 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Radialista Edi Fragosos de Albuquerque, Nº 16, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Mercadinho Buriti, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98707-3285.

Dados do(s) Fatos:

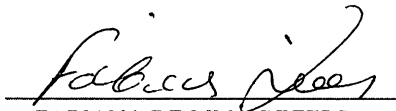
Local: Rua Projetada, próximo Ao Aterro Sanitário, João Pessoa/PB, bairro José Américo; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/09/17 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

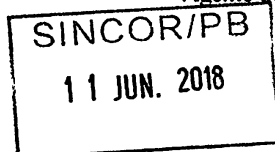
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

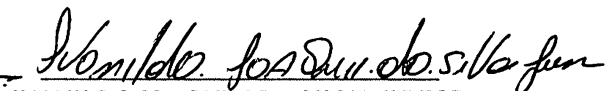
Que conduzia a MOTO YAMAHA/FAZER YS250, 2006/2007, AZUL, PLACA MNV2583/PB, CHASSI 9C6KG017070033243, registrada em nome de SEVERINO ALVES CARNEIRO, quando passava por uma curva numa estrada de barro próxima ao aterro sanitário perdeu o controle da moto vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 26.01.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; Informa ainda que chovia no momento do fato; Que após o acidente foi socorrido em veículo particular para sua residência; Que no dia seguinte, 22.09.2017, informa que foi para o Ortopedia, de onde foi encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde deu entrada no dia 22.09.2017, às 19h13; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 28 de fevereiro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação




IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR
Noticiante

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Procedimento Policial: 00380.01.2018.1.00.420



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

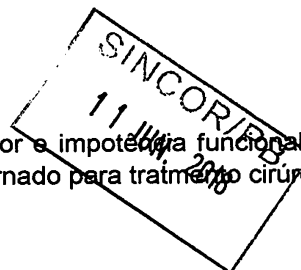
NOME DO PACIENTE Ivanildo Joaquim da Silva Junior
DATA DE NASCIMENTO 02/06/82
NOME DA MÃE Ivone dos Santos Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 104407
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1029401
DATA DO ATENDIMENTO 22/09/17
HORA DO ATENDIMENTO 19:13
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula direita S42.0
CID 10

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com dor e impotência funcional em ombro direito, encaminhado do Ortopedia. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.



EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula D.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula direita

ALTA HOSPITALAR: 04/10/17
DATA DA EMISSÃO: 26/01/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Imprimi



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR	BAE 1029401	Data/Hora Entrada 22/09/2017 19:13:57	Data Baixa
Data de nascimento 23/06/1982	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 700608993689368
Mãe IVONE DOS SANTOS SILVA			Telefone de Contato (83) 87073285 / (00) 00000000
Endereço RADIALISTA EDI FRAGOSO DE ALBUQUERQUE, 16	Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo TRAUMA	Profissional ARAO SANTOS DE ALENCAR	UF PB
Data/Hora Classificação 2/09/2017 19:29:53	Data/Hora Prescrição 22/09/2017 19:59:21		Nº Cons. Regional 7967/PB
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DOR E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL OMBRO DIREITO
ENCAMINHADO DO TRAUMINHA PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULAR DISTAL

CD; SOLICITO INTERNAÇÃO
PRE-OP

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA EV., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA EV., 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA), DILUIR 8,0 MG SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA EV, 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 2,0 ML SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA EV, 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Internar Paciente

47
-100-
2000

ALJERCE
14043
2000

ARAO SANTOS DE ALENCAR
(7967/PB)

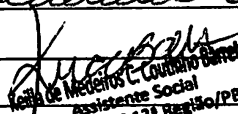
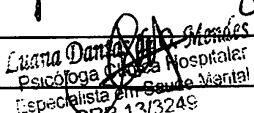
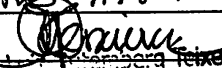
IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

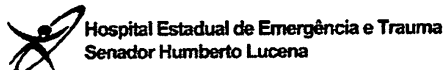
BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Iranildo Joaquim da S. Júnior

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
24/09/17		Serviço Social Anexados Xerox dos documentos do paciente.
		 Luana de Medeiros Coutinho Barreto Assistente Social CRESS 4396 13ª Região/PB
25/09/17	10:08	Psicologia Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente ins- tável, humor triste, irrequieto. Realizado apoio psicológico.
		 Luana Dantas Mendes Psicóloga Hospitalar Especialista em Saúde Mental CRP 13/3249
03.10.17	14:25	Psicologia Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, memória preservada, pensamento coerente. Sem queixas no momento.
		 Luana Dantas Mendes PSICÓLOGO 5023/13

F(NG).ENF.018-1



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: MILTON DA
SILVA LINHARES
Em: 23/09/2017 06:46:42

Paciente IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR		Boletim de Atendimento 1029401	Data/Hora Entrada 22/09/2017 19:13:57	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/06/1982	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 700608993689368	Prontuário 104407
Tempo de Internação 9h 51min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (MILTON DA SILVA LINHARES - 23/09/2017 06:46:22)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente está evoluindo estável, aguardando exames po; cd: vpm.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0005
Profissional responsável pela informação: MILTON DA SILVA LINHARES

Milton da Silva Linhares
CRM 4714 EOT 6115
Traumatologia

Número Conselho: 4714



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: IVALDO JOAQUIM DA S. FERNANDES BE/Prontuário: 10294407
Idade: 35 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 02/10/17
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. Milton Barbosa 1º Assistente: Dr. Luis Furtado
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Camila
Tipo de Anestesia: Bloqueio anestésico Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura bilateral da clavícula direita</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de</u>	
<u>Fratura da clavícula direita</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____
Dr. Milton Barbosa
CRM-PB 8592 / CRM-PE 21583
TEOT 15203
Ortopedia / Traumatologia

João Pessoa, 02/10/17

F(NG).ASCIR.009-I

Nota de Sala Cirúrgica

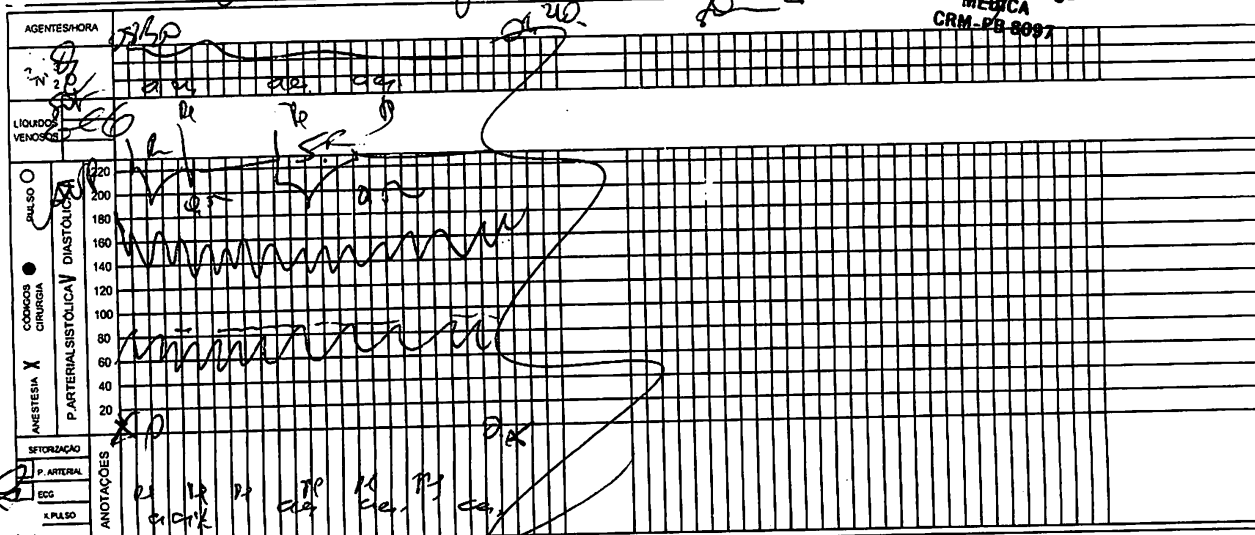
NOME DO PACIENTE: 16911010 Joaquim da Silva Junior									
IDADE: 35	BE: 102840	PRONTUÁRIO: 181	LEITO: 06						
CIRURGIA: Mo. cir. Fratura de clavícula D									
CIRURGIÃO: DR. Wilson									
ANESTESIA: Bloqueio									
ANESTESISTA: DR. Camilo									
INSTRUMENTADOR: 28017									
DATA: 02/05/17									
TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: FIM: CIRURGIA: INÍCIO: 09:15 - 09:50									
ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)									
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()									
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA									
MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.									
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.									
ALFENTANILA				JELCO Nº18	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº			
RUPIVACAÍNA ISORÁRICA				JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº			
RUPIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº			
CETAMINA				JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº			
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	3,0	L	
ETOMIDATO				LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº			
FENOBARBITAL				LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº			
FENTANILA	1			LÂMINA BISTURI Nº23	L	FIO POLIGLACTINA Nº	2,0	L	
FLUMAZENIL				LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº			
ISOFLURANO				LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº			
LEVOBUPIVAÍNA C/ VASO	1			LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº			
LEVOBUPIVAÍNA S/ VASO				LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº			
LIDOCAÍNA C/ VASO	1			LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº			
LIDOCAÍNA S/ VASO	1			LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIGLECAPRONE Nº			
MIDAZOLAN	1			LÂMINA DE ENXERTO		FIO SEDA Nº			
MORFINA				LÂMINA DE ENXERTO		FITA CARDÍACA			
NIMBÍUM				LÂMINA DE ENXERTO		MATERIAL ESPECIAL			
PANCURÔNIO				LÂMINA DE ENXERTO		CATETER DE PIC			
PETIDINA				LÂMINA DE ENXERTO		CIMENTO CIRÚRGICO			
PROPOFOL				LÂMINA DE ENXERTO		CLIP TITÂNIO LIGADURA			
RAMIFENTANILA				LÂMINA DE ENXERTO		FIO DE KIRSCHNER Nº	4,5		
ROCURÔNIO				LÂMINA DE ENXERTO		FIO DE KIRSCHNER Nº			
SEVOFLURANO				LÂMINA DE ENXERTO		FIO STEINMAN Nº			
SUXAMETÔNIO				LÂMINA DE ENXERTO		FIO STEINMAN Nº			
TIOPENTAL				LÂMINA DE ENXERTO		GRAMPEADOR CIRÚRGICO			
ADRENALINA				LÂMINA DE ENXERTO		HEMOST. ABSORVÍVEL			
ÁGUA DESTILADA	1			LÂMINA DE ENXERTO		KIT. DERIVA. VENTRICULAR			
ATROPINA				LÂMINA DE ENXERTO		PRÓTESE VASCULAR			
BEXTRA				LÂMINA DE ENXERTO		KIT. PAM			
CEFALOTINA	1			LÂMINA DE ENXERTO		FIXADOR EXTERNO			
DEXAMETASONA	1			LÂMINA DE ENXERTO		EMPRESA			
DIPIRONA SÓDICA	2			LÂMINA DE ENXERTO		PARAFUSOS CORTICAIS			
EFEDRINA				LÂMINA DE ENXERTO		PARAFUSOS CORTICAIS			
FUROSEMIDA				LÂMINA DE ENXERTO		PARAFUSOS ESTOMIAIS			
GLICOSE 50%				LÂMINA DE ENXERTO		PARAFUSOS ESPONJOSOS			
GLUCONATO DE CÁLCIO				LÂMINA DE ENXERTO		PARAFUSOS MALEOLAR			
HIIDROCORTISONA				LÂMINA DE ENXERTO		PARAFUSOS MALEOLAR			
LIDOCAÍNA GELÉIA				LÂMINA DE ENXERTO		PLACA			
ONDASENTRONA	1			LÂMINA DE ENXERTO		PLACA			
PLASIL				LÂMINA DE ENXERTO		EQUIPAMENTOS			
PROSTIGMINE				LÂMINA DE ENXERTO		() ASPIRADOR			
PROTAMINA				LÂMINA DE ENXERTO		() BISTURI ELÉTRICO			
TERAPÊUTICA				LÂMINA DE ENXERTO		() CAPNÓGRAFO			
TERAPÊUTICA				LÂMINA DE ENXERTO		() CARDIOMONITOR			
TERAPÊUTICA				LÂMINA DE ENXERTO		() DESFIBRILADOR			
TERAPÊUTICA				LÂMINA DE ENXERTO		() FOCO AUXILIAR			
TERAPÊUTICA				LÂMINA DE ENXERTO		() FOCO CENTRAL			
TERAPÊUTICA				LÂMINA DE ENXERTO		() MICROSCOPIO			
TERAPÊUTICA				LÂMINA DE ENXERTO		() OXÍMETRO DE PULSO			
TERAPÊUTICA				LÂMINA DE ENXERTO		() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA			
TERAPÊUTICA				LÂMINA DE ENXERTO		() PERFURADOR ELÉTRICO			
TERAPÊUTICA				LÂMINA DE ENXERTO		() SERRA			
TERAPÊUTICA				LÂMINA DE ENXERTO		CIRCULANTE			

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 22/01/2014

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <u>Dionildo Joazeiro do Silva Jr</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>P</u>	IDADE: <u>35</u>
PRESSÃO ARTERIAL <u>120/80</u>	PULSO <u>80</u>	RESPIRAÇÃO <u>norm</u>	TEMPERATURA <u>36</u>
ESTADO GERAL (<input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRURGICO (<input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES <u>nen</u>			
AP. RESPIRATÓRIO <u>nen</u>	AP. CIRCULATÓRIO <u>nen</u>		
AP. DIGESTIVO <u>nen</u>	ESTADO MENTAL <u>nen</u>	DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA	ESTADO FÍSICO (ASA) <u>I</u>		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			
CIRURGIA REALIZADA <u>trovante cirurgias de fúrcula de clavicula</u>			
CIRURGIÃO <u>telton</u>	AUXILIARES <u>bruz júnior</u>		
INÍCIO DA ANESTESIA <u>08:30</u>	TÉRMINO DA ANESTESIA <u>09:40</u>	DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>nen</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$	
ANESTESISTA <u>Camilla Queiroz</u>	CRM-PB	<u>Camilla Queiroz</u> MÉDICA CRM-PB 8097	



☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS

LÍQUIDOS	VOLUME em ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
GLICOSE	1	Cefazolin 2
NaCl	2	Amoxiclav 2
SANGUE	3	Diplo 2
RINGER	4	Atropina 1mg
TOTAL	5	Desmetoprolol 1mg
DESTINO DO PACIENTE	6	Indometacina 2
<input type="checkbox"/> AP* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7	Fentanil 0.2
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8	Propofol 200mg
<input type="checkbox"/> OUTROS	9	Indometacina 10mg
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	10	Indometacina 0.2mg
	11	Agua Destilada
	12	
	13	
	14	
	15	
	16	
	17	
	18	
	19	
	20	

Anes

13406

29, 09, 17 : DATA

PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: Francisco Joaquim de Almeida
Idade: 36 Sexo: M Profissão: _____
Patologia principal: hac (B)
Cirurgia: hac emergencial Anestesia proposta: bloqueio Regional

<input type="checkbox"/> Dor no peito, angina?	<input type="checkbox"/> Diabetes?	<input type="checkbox"/> Alergia a drogas?
<input type="checkbox"/> infarto? [] <3M [] 3-6M [] >6M	<input type="checkbox"/> Doença da tireóide?	<input type="checkbox"/> Quadro clínico?
<input type="checkbox"/> Pressão alta?	<input type="checkbox"/> Mudança no hábito miccional?	<input type="checkbox"/> Tratamento?
<input type="checkbox"/> Sopro, febre reumática?	<input type="checkbox"/> Modificação no apetite?	<input type="checkbox"/> Alergia a pó, lá, odores, alimentos?
<input type="checkbox"/> Arritmia, taquicardia: [] espontânea	<input type="checkbox"/> Queimadura, azia, H.de hiato, dor?	<input type="checkbox"/> Quadro clínico?
<input type="checkbox"/> aos esforços: [] peq. [] médios	<input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos? (cor:)	<input type="checkbox"/> Tratamento?
<input type="checkbox"/> Edema de MMII: [] Tarde [] Verão	<input type="checkbox"/> Mudança no hábito intestinal?	<input type="checkbox"/> Alergia a derivado de borracha?
<input type="checkbox"/> Dispneia de decúbito []	<input type="checkbox"/> Alteração na cor das fezes?	<input type="checkbox"/> Quadro clínico?
<input type="checkbox"/> aos esforços: [] peq. [] médios	<input type="checkbox"/> Perda de peso e/dieta?	<input type="checkbox"/> Tratamento?
<input type="checkbox"/> Asma/bronquite:	<input type="checkbox"/> Hepatite, icterícia, malária, Chagas?	<input type="checkbox"/> PARA CRIANÇAS (0 14 anos)
<input type="checkbox"/> Tosse/cafiro? (cor)	<input type="checkbox"/> Anemia?	<input type="checkbox"/> A criança é prematura?
<input type="checkbox"/> Fumante: há < anos. Parou há	<input type="checkbox"/> Sangramento? (onde?)	<input type="checkbox"/> A criança tem de desenvolvimento?
<input type="checkbox"/> Desmaios, tonturas?	<input type="checkbox"/> Hematomias/manchas roxas?	<input type="checkbox"/> A criança está gripada, c/tosse, febre?
<input type="checkbox"/> Convulsões, abalos, tremores?	<input type="checkbox"/> Gripe, febre, recente?	<input type="checkbox"/> A criança tem outra doença?
<input type="checkbox"/> Fraqueza muscular, miopatia?	<input type="checkbox"/> Está ou pode estar grávida? (DUM: /)	<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES FAMILIARES DE:
<input type="checkbox"/> Dor nas juntas, artrite, colagenose?	<input type="checkbox"/> Tem problema de surdez, visão?	<input type="checkbox"/> [] diabetes [] doença cvasc. [] miopatia
<input type="checkbox"/> Problema de coluna?	<input type="checkbox"/> Teve febre alta quando foi operado?	<input type="checkbox"/> [] Febre alta durante a anestesia?
<input type="checkbox"/> Estilista social	<input type="checkbox"/> Recebeu transf.sangue? Há	<input type="checkbox"/> [] Problema durante a anestesia?
<input type="checkbox"/> Alcoolatra: há anos. Parou há	<input type="checkbox"/> Aceita transf.sangue numa emergência?	<input type="checkbox"/> Qual?

Dados importantes da Anamnese e/ou EF Cirurgias / Anestésias Prévias / Complicações Medicamentos (Dieta)

EXAME FÍSICO
Peso: 78 Altura: 1,72 PA: 100/60 (Hidratação/desidratado)
Coração: normal (frequência/ritmo/taquí. cianose/estase/ictérico/estase)
Ausculta: MDN
Dentadura/prótese (inferior) (móvel/fixo)
Dentes: normal
Abertura da boca: normal
Pericólio: normal
Flexão/Extensão do pescoço
Nórgia/linfática
Maltam: 1 2 3 4 distância externo/mento: 12,5 cm 12,5

Anotar de preferência exames com < 01 ano
Exames Substâncias DATA: 22/9/17
Hb= 14,9 Ht= 45,8 Glc= Cr= Ur= Leuc= 16.000
Na= K= TC= TS=
Pla= 525.000
Coagul. X Normal [] Alterada TT= 17,4 TP= TTPA= AP= 71,3 INF=
RX tórax X / /
BCG (/ /)

Avaliação clínica
ASA: I

RETORNOS: [] NÃO [] SIM Motivos: [] Exames complementares [] Encaminhado p/Clinica. Qual:
(VIDE VERSO)

MÉDICO: CRM:

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUTA FINAL: [] Liberado para cirurgia
[] Reavaliar na internação motivo(s):
[] Reavaliar na SO motivo(s):
[] NÃO LIBERADO p/CIRURGIA motivo(s):
DATA: / /
PROBLEMAS GRAVES
MPA drogas/dose

MÉDICO: CRM:

USP

F(RQ)ASCIR.027-1

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: JUANILDO JOAQUIM DO SILVA JÚNIOR
Qualificação: homem, married
CPF/MF: 047.236.424-39 RG: 2717844 6671PS
Endereço: RUA Radialista Edi Fragoso de
Albuquerque nº16 Funcionario I. CEP. 58000-000

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.


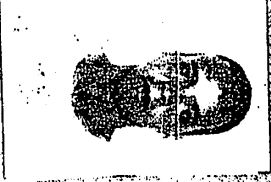

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 22 de junho de 2019.

Juanildo Joaquim do Silva Júnior
Outorgante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PARAÍBA		10/12/2012	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL		7171844 - 2 VIA	
INSTITUTO DE POLÍCIA GENTÍFICA		JOÃO DE SOUZA DA SILVA JÚNIOR	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		INSTITUTO DE POLÍCIA GENTÍFICA	
17-02		DATA DE NASCIMENTO	
P-236		23/06/1982	
 			
Assinatura do titular		Assinatura do titular	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 28/08/83	

SINCOR/PB
11 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0207322/18
Vítima: IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR
CPF: 047.236.424-39

Data do Acidente: 21/09/2017
CPF de: Próprio Titular do CPF: IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR : 047.236.424-39

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2018
Nome: IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR
CPF/CNPJ: 047.236.424-39

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2018
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR

Sandra Maria Accioly Pedrosa



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: **047236424-39** Nome completo da vítima: **João Vitor J. da Silva Junior**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	João Vitor J. da Silva Junior		CPF titular da conta	047236424-39	Profissão	marceneiro
Endereço	Rua Radialista Edi Francisco da Albuquerque		Número	16	Complemento	
Bairro	Funcionario I	Cidade	Pão de Açúcar - PB		CEP	58078322
Email			Estado	PB	Telefone (DDD)	987073285

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) BRABESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 4823 D/V 0		BANCO Nome SINGOR/PB NRO. 13187 D/V 0	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Vitor J. da Silva Junior 25 de **maio** de **2018**
Local e Data

João Vitor J. da Silva Junior
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
CONFERIDO COMO ORIGINAL

FAPPF.001 V001/2017

SINCOR/PB

11 JUN. 2018

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

085-577953806-5

26/MAR/2018

HORA DE 07:44:

LOT: 13.22184-8

TERM: 0467

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 4823

CONTROLE: 8930643

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4823 013 00013187-0

IVANILDO JOAQUIM S JUNIOR

VALOR

: 5420

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

085-577953806-5

1ª VIA

CONFERIDO COM O ORIGINAL

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Wamildo Joazeiro da Silva Junior,

RG nº 2717844, data de expedição 10/12/12, Órgão SSP/PB

CPF nº 047236424-39, 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 Radialista Edi Fragoso de Albuquerque</u>
Número	<u>016</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Funcionario I.</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba-PB</u>
CEP	<u>58078322</u>
Telefone de Contato	<u>98707 8285</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 25/03/18

Assinatura do Declarante: Wamildo Joazeiro da Silva Junior

CONFERIDO COM O ORIGINAL

58078-270

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Juanilda Joaquina da Silva Junior CPF da Vítima: 047.236.424-39 Data do Acidente: 22-09-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante legal: _____
Email: _____ Telefone (DDD): _____

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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, por acidente de trânsito diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da apuração 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SINCOR/PB
11 JUN. 2018

João Pereira 15 de maio de 2018
Local e Data

João Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013136492802
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM EXERCÍCIO
2 0091421918-9 00/00000000 2017

NOME
SEVERINO ALVES CARNEIRO

CPE/CNPJ
32364334420

PLACA
MNV2583/PB

PLACA ANT/UF
NOVO PE

CHASSI

9C6KG017070033243

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
YAMAHA/FAZER YS250

ANO FAB.
2006

ANO MOD.
2007

CAP/POT/CIL
2 P/249 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
AZUL

COTA ÚNICA
IPVA PAGO EM

VENC. COTA ÚNICA
00/00/0000

VENC./COTAS
1ª

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO/COTAS
0

2ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)
SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)
P A G O

DATA DE PAGAMENTO
24/02/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JRAC PESSOA FISCAL
41980

DATA
06/03/2017

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PB Nº 013136492802 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 06/03/2017

VIA CPF / CNPJ
2 32364334420

PLACA
MNV2583/PB

RENAVAM
00914219189

MARCA / MODELO
YAMAHA/FAZER YS250

ANO FAB.
2006

CAT. TARIF.
9

Nº CHASSI
9C6KG017070033243

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)
SEGURO

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
P A G O

☐ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
24/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

7003781-1201401-20170306

NOV-2016

SINCOR/PB

11 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DA CAPITAL

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

[SEGURO]

0801079-31.2019.8.15.2003

Advogados do(a) AUTOR: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA - PB13527, ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - PB11968

Advogado do(a) RÉU:

Defiro a gratuidade processual.

Designo audiência **UNA** para o dia **29 de abril de 2019, às 15:20h**, a realizar-se na sala de audiências da 4ª Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que

buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, **nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva** perita nos presentes autos, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, cientificada acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do CPC).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

P.I. Cumpra-se com urgência.

João Pessoa, 8 de março de 2019

Juiz(a) de Direito



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DA CAPITAL

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

[SEGURO]

0801079-31.2019.8.15.2003

Advogados do(a) AUTOR: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA - PB13527, ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - PB11968

Advogado do(a) RÉU:

Defiro a gratuidade processual.

Designo audiência **UNA** para o dia **29 de abril de 2019, às 15:20h**, a realizar-se na sala de audiências da 4ª Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que

buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, **nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva** perita nos presentes autos, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, cientificada acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do CPC).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

P.I. Cumpra-se com urgência.

João Pessoa, 8 de março de 2019

Juiz(a) de Direito