



Número: **0803131-06.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DE FATIMA ALVES DOS SANTOS (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO) RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
18895 489	29/01/2019 16:25	Petição Inicial
18895 511	29/01/2019 16:25	PETIÇÃO MARIA DE FÁTIMA ALVES DOS SANTOS
18895 533	29/01/2019 16:25	2.0 Procuracao 20190129145649
18895 548	29/01/2019 16:25	3.0 B.O 20190129150052 (1)
18895 556	29/01/2019 16:25	4.0 prontuario e ficha medica 20190129150244
18895 567	29/01/2019 16:25	5.0 tratamento cirurgico 20190129150404
18895 583	29/01/2019 16:25	5.1 descricao da cirurgia 20190129150522
18895 591	29/01/2019 16:25	6.0 Laudo Medico 20190129150707
18895 607	29/01/2019 16:25	7.0 rx 20190129150824
18895 623	29/01/2019 16:25	7.1 atestado medico 20190129150956
18895 678	29/01/2019 16:25	9.0 documentos pessoais 20190129151325
18896 044	29/01/2019 16:25	8.0 requerimento administrativo de sinis 20190129151202
18896 061	29/01/2019 16:25	10 conta bancaria e comprovante de resid 20190129151553
18896 080	29/01/2019 16:25	Pagamaneto administrativo de sinistro
19587 973	04/03/2019 16:53	Despacho

Segue em anexo petição inicial e documentos:



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 29/01/2019 16:22:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012916221807300000018387303>
Número do documento: 19012916221807300000018387303

Num. 18895489 - Pág. 1

**EXCELENTESSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA
VARA CÍVEL DA CAPITAL – PB**

MARIA DE FÁTIMA ALVES DOS SANTOS, brasileira, solteira, autônoma, inscrito no CPF/MF sob número 504.101.724-72 e Registro Geral sob o N.º 1.057.323, residente e domiciliado no Rua Frederico Chopin, N.º 287, bairro Roger, na cidade de João Pessoa-PB, CEP: 58.020.120, representado por seus advogados signatários, com escritório profissional na Rua Coronel Otto Feio da Silveira, n.º 509, Pedro Gondim, João Pessoa-PB, CEP 58031-030, fone (83) 3576-8728 e endereço eletrônico: ruyrochaadvocacia@gmail.com e renanpaivaadvocacia@gmail.com, vem mui respeitosamente perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA em face de:

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A., pessoa jurídica de Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, N.º 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

I. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:

A parte autora é hipossuficiente, não possui trabalho formal, vive da renda que aufera através da realização de trabalhos eventuais como autônomo, assim, não dispõe de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem que com isso incorra em prejuízo ao seu sustento e ao de sua família.

Dessa forma, faz-se necessário conceder e desde já se requer, a concessão do benefício da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, com base no que vaticina a Lei nº 1.060/50, art. 98 e seguintes do NCPC, uma vez que o indeferimento de tal benefício impedirá a parte demandante de ter acesso à justiça. Para comprovação da situação narrada, junta-se aos autos para apreciação de Vossa Excelência, declaração feita pelo autor, afirmando-se, desde já, a veracidade do que fora subscrito.

II. DOS FATOS:

A parte autora no dia 03/08/2018, conforme consta no registro de ocorrência policial (DOC. ANEXO), sofreu um atropelamento, na Avenida Gouveia Nóbrega, n.º. S/N, no bairro do Roger, em João Pessoa/PB, onde estava atrevessando a Avenida Gouveia Nóbrega, quando foi atropelado por uma motocicleta não identificada e nem o condutor, e que ambos se evadiram do local do atropelamento sem prestar qualquer tipo de socorro.

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 |  renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



Posteriormente ao fato, o autor foi resgatado e encaminhado para o Hospital de Mangabeira Governador Tarcísio de Miranda Buriti (trauminha), na cidade de João Pessoa/PB, onde foi diagnosticado com **Fratura do olecrâneo e cabeça do rádio direito, (CID 10 S 52. 0)**, conforme Laudo Médico apresentado.

Ademais, necessitou o segurado, em virtude da fratura sofrida, passar por procedimento cirúrgico de **Tratamento cirúrgico da osteossíntese da cabeça do rádio direito**, conforme se demonstra documentalmente.

Pois bem Excelência, em decorrência das lesões sofridas e dos fatores acima expostos, **restou a parte autora uma acentuada limitação física, além de sentir dores intensas e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado**, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar os braços, pegar algum objeto, praticar algum exercício físico e trabalhar, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas.

A parte autora sofreu séria fratura no cotovelo direito, especificamente no rádio direito, passou por delicado procedimento cirúrgico, após buscar a reparação do dano ocasionado pelo sinistro, restou com considerável limitação física que ainda hoje lhe impede, de forma acentuada, de retomar as suas atividades normais de maneira completa. Encontra-se parcialmente debilitado, sente dores, não movimenta os ombros com facilidade, sente dificuldades ao erguer, flexionar e realizar qualquer outro movimento com o membro afetado.

Consideráveis foram os prejuízos e as limitações ocasionadas em razão da fratura sofrida, **prejuízo esses que acompanham o autor até os dias atuais e que possivelmente lhe acompanharão por toda a vida**. Portanto, possuindo direito assegurado em Lei, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização junto à **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**, tendo feito seu requerimento através da **COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**, atuando essa em nome daquela, intermediando os pedidos feitos em todo o país.

Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, o autor encaminhou seu pedido. Juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (**DPVAT/INVALIDEZ**), a parte autora teve seu pedido autuado com o número de sinistro **3190037427**.

Certo do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré, **tamanha fora a surpresa desta quando informada do pagamento da indenização, NÃO POR SUA CONFIRMAÇÃO, o que seria inevitável, mas pelo montante pago pela demandada**.

De acordo com documento anexado, a ré efetuou o pagamento de **valor irrisório, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pelo autor e com a invalidez**

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 |  renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



permanente que este adquiriu. Ou seja, após análise do pedido feito administrativamente, o autor recebeu o valor de **R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Tal entendimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento, **não é condizente com a previsão legal e com a seriedade da lesão sofrida.**

A parte autora permaneceu com sérias limitações desencadeadas pelas lesões ocorridas no acidente de trânsito, recebeu atendimento que constatou estas, teve acompanhamento médico, passou por procedimento cirúrgico, e mesmo assim, **restou com acentuadas limitações físicas, comprometendo de forma irreversível a realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar.**

Conforme se demonstra Excelência, o segurado, por ora autor, juntou ao seu pedido administrativo, certidão de ocorrência policial relatando o acidente de trânsito, ficha de atendimento ambulatorial, documentação médica atestando as lesões e as limitações, e mesmo assim, teve como resposta da ré, um pagamento ínfimo, não compatível com a sua situação física e nem corretamente enquadrada na tabela de danos segmentares utilizada para este fim.

Dessa forma, resta claro que fora buscado através de procedimento administrativo solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, não havendo outra forma do demandante alcançar o seu direito a não ser com a intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da ré ao pagamento deste.

Importante frisar que na tabela do seguro **DPVAT**, a porcentagem correspondente à **perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores, corresponde a 70% do capital segurado, o que totaliza a importância de R\$ 9.450,00 (nove mil, quatrocentos e cinquenta reais).**

Ademais, tendo em vista os danos sofridos pelo autor, os gastos referentes aos tratamentos pós-cirúrgicos, com medicamentos e tratamentos de saúde diversos, valem quantificar a indenização devida ao autor na sua totalidade de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Sendo assim, documentalmente comprovada a perda anatômica do membro afetado, e os gastos referentes aos tratamentos pós-cirúrgicos, é devido ao autor ainda 87,5% do valor referente a lesão do teto máximo, ou seja, 87,5% de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), o que totaliza aproximadamente a importância de R\$ 11.812,5 (onze mil, oitocentos e doze reais e cinco centavos) do valor que ficou faltando em referência aos 12,5% do que foi pago administrativamente, da importância de R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



III. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº LEI N° 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

O seguro DPVAT, comumente conhecido como seguro obrigatório, cumpre importante função social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.

A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT. Posteriormente, a Lei 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torná-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada *in verbis*:

“O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).

A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT. O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte é de até 3 anos contados da data do óbito. Para despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo prescricional se inicia a partir da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.

Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.”

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 29/01/2019 16:22:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012916102864400000018387323>
Número do documento: 19012916102864400000018387323

Num. 18895511 - Pág. 4

Sendo assim Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto **pelo seguro DPVAT**, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.

Cite-se o art. 3º do referido diploma legal *in verbis*:

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

- 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; e*
- 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.*

Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia à parte autora:

“APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. PROCEDÊNCIA. SUBLÉVADA DA SEGURADORA. DEBILIDADE PERMANENTE PARCIAL INCOMPLETA. CONFIGURAÇÃO. LAUDO PERICIAL CONCLUSIVO. PROVA SATISFATÓRIA. INDENIZAÇÃO FIXADA DE ACORDO COM O GRAU DE INVALIDEZ. OBSERVÂNCIA AO ART. 3º, § 1º, DA LEI N° 6.194/74 E A SÚMULA N° 474, DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, PAGAMENTO ADMINISTRATIVO REALIZADO. COMPROVAÇÃO. DEDUÇÃO DO VALOR FIXADO À TÍTULO DE INDENIZAÇÃO. OBSERVÂNCIA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS ARBITRADOS CONFORME ART. 85, § 2º, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTOS DO RECURSO. O art. 3º, § 1º, da Lei nº 6.194/74, incluído pela Lei nº 11.945/09, impôs a necessidade de verificação da graduação da lesão decorrente do sinistro para fins de quantificação da indenização devida a título de seguro DPVAT – A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez, nos termos da Súmula nº 474, do Superior Tribunal de Justiça – Restando demonstrado que o pagamento administrativo realizado pela seguradora não está em conformidade com o grau de invalidez comprovado nos autos, imperioso se torna a complementação da quantia paga, devidamente estabelecida na sentença de origem. (TJPB – ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo N° 00206466320148152001, 4ª

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 29/01/2019 16:22:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012916102864400000018387323>
Número do documento: 19012916102864400000018387323

Num. 18895511 - Pág. 5

Câmara Especializada Cível, Relator DES. FREDERICO MARTINHO DA NÓBREGA COUTINHO, j. em 26/03/2018).

(TJ-PB – APL: 00206466320148152001 0020646-63.2014.815.2001, Relator: DES. FREDERICO MARTINHO DA NÓBREGA COUTINHO, Data de Julgamento: 26/03/2018, 4ª Vara Cível).

Vejamos, também:

“APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. FRATURA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DEBILIDADE PERMANENTE. INVALIDEZ PARCIAL INCOMPLETA. PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO. REDUÇÃO DA INDENIZAÇÃO. DESCONTO DO IMPORTE PAGO NA VIA ADMINISTRATIVA. CONDENAÇÃO NO SALDO RESTANTE. REFORMA DA SENTENÇA EX OFFICIO, APENAS PARA ADEQUAR JUROS DE MORA E CORREÇÃO MONETÁRIA. APELAÇÃO DESPROVIDA. – Em se tratando de indenização de seguro obrigatório DPVAT, deve ser aplicada a lei em vigor à época do sinistro, no caso a Lei nº 11.945/09, restando inequívoco, pois à luz de tal disciplina, que a perda parcial da função deambulatória e outros movimentos da perna configuram invalidez permanente parcial incompleta, autorizando a aplicação proporcional da indenização, de acordo com o grau da lesão, nos termos do artigo 3º, § 1º, inciso II, da Lei nº 6.194/74. – ‘Na ação de cobrança visando a complementação do seguro DPVAT, o termo inicial da correção monetária é a data do evento danoso’ 1. Por sua vez, ‘Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação’. (TJPB – ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo N° 0000205692014815051, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES JOÃO ALVES DA SILVA, j. em 17-03-2016).

(TJ-PB – APL: 00002056920148150511 0000205-69.2014.815.0511, Relator: DES JOÃO ALVES DA SILVA, Data de Julgamento: 17/03/2016, 4ª CIVEL)

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o autor com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

Súmula 474

“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 |  renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



Para tanto, conforme tabela abaixo, faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de perícia médica a ser designada por Vossa Excelência.

ANEXO

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais	Percentual da Perda
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 |  renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentual da Perda
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores; Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	70
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar; Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão; Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentual da Perda
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

Ante o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de complementação de indenização do seguro DPVAT à parte autora, **montante este a ser quantificado através da avaliação dos documentos médicos juntados aos autos e realização de eventual perícia médica**. Ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

IV. DOS PEDIDOS:

ANTE O EXPOSTO, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente ação, bem assim a possibilidade jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da petição Inicial, previstos no artigo 319 do Código de Processo Civil, **REQUER**:

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 |  renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



4.1. Nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, **os benefícios da assistência judiciária gratuita;**

4.2. Seja recebida a presente, autuada e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;

4.3. Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que em conjunto com os documentos carreados aos autos, se quantifique o real valor devido ao autor a título de indenização DPVAT;

4.4. Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:

- 4.4.1. Que se declare devida à parte autora o pagamento da **complementação de indenização** correspondente ao seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, menos o valor pago administrativamente, qual seja, **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, totalizando assim, ao final, a importânciade **R\$ 11.812,5 (onze mil e oitocentos e doze reais e cinco centavos)**.
- 4.4.2. Condenar a ré ao pagamento de complementação de indenização referente ao seguro DPVAT, com atualização monetária desde o evento danoso, no valor de **R\$ 11.812,5 (onze mil e oitocentos e doze reais e cinco centavos)**.
- 4.4.3. Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;

4.5. Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

Dá se a causa o valor de R\$ 11.812,5 (onze mil e oitocentos e doze reais e cinco centavos).

Termos em que, pede deferimento.

João Pessoa-PB, 29 de Janeiro de 2019.

RUY NEVES AMARAL DA ROCHA
OAB/PB 23.263

RENAN DE CARVALHO PAIVA
OAB/PB 21.393

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 |  renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO
OAB/PB 22.725



83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 |  renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO - 29/01/2019 16:22:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012916102864400000018387323>
Número do documento: 19012916102864400000018387323

Num. 18895511 - Pág. 10

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

Maria de Fátima Alves dos Santos, Brasileira, casada, Aposentada, inscrita no RG. 1.057.323. Portador do Off. 504.101-924-72, residente e nomeada à Rua. Frederico Cachão, 281, Arden, João Pessoa - PB.

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, Ruy Neves Amaral da Rocha, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 23.263 com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 509, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "*ad iudicia et extra*", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudo e prontuário médico hospitalar no Hospital de Trauma Sen. Humberto Lucena e no Complexo Hospitalar de Mangabeira Tarcísio Burity, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015.

João Pessoa - PB, 10 de Agosto de 2018.

Maria de Fátima Alves dos Santos
OUTORGANTE

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98855-1045 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

Scanned with CamScanner





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00026.01.2019.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00026.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:22 horas do dia 10 de janeiro de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigacao, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Maria de Fátima Alves dos Santos**, conhecido(a) por Fátima, CPF nº 504.101.724-72, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Aposentada, filho(a) de Rosa Adélia Alves e Severino Alves de Matos, natural de Pombal/PB, nascido(a) em 13/02/1960 (58 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Frederico Chopin, Nº 281, complemento CASA, bairro Roger, tendo como ponto de referência Próximo a Oficina São Pedro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Gouveia Nóbrega, nº S/N, Via Pública, João Pessoa/PB, bairro Roger; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/08/18 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 CAPUT C/C ART. 18 INC. I: LESÃO CORPORAL DOLOSA, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, características gerais: Não Identificada

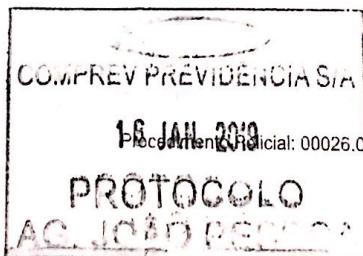
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA GOUVEIA NÓBREGA NO BAIRRO DO RÓGER NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA E NEM O CONDUTOR, E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ATROPELAMENTO SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE SOCORRO A DECLARANTE QUE FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY (TRAUMINHA) NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA E ASSINADO PELO MÉDICO VALDEBAN CARVALHO JUNIOR, C.R.M.: 7692/PB.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. da Segurança Pública
Alexandre José Nunes de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Maria de Fátima Alves dos Santos



1/2

Scanned with CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () CNPJ:

Ficha Nr: 150748 Atd: Nao Regula
Data: 03/08/2018
Hora: 22:34:32
Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARIA FATIMA ALVES DOS SANTOS Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988619011
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/02/1960 Id: 58 ano(s)

End.: RUA FREDERICO CHOPIN, 281

Bairro: ROGER Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: ROSA DELIA ALVES DOS SANTOS Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: APOSENTADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSO - JOSE LOURENCO

Te Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP DO TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Victima de acidente por: ATROPELAMENTO

Victima de violência por: NAO

[] Caso Policial

Estado Civil: NAO INFORMADO

TC: C050160 D

DATA: 09/08/18

15:42

Hora:

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Glicemica:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
Queda Principal		[] Vomito	
FRATURA EXPOSTA EM MSD		Observacao	
		SIC NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA	

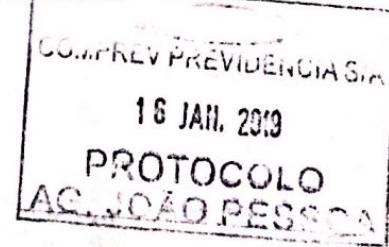
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao



Scanned with CamScanner





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Maria de Fátima dos Santos Data da Admissão: 3/8/18

Nome: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Prontuário: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: 1/1
Escolaridade: _____
QPD: *Ex dos ossos do antebraço (estudo)*
HDA: *P. f. na hora de andar de moto com garras de bares*
braço caiu

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade []Amnésia []Libido []Humor

COMPRA/REV. PRÉVIDÊNCIAS, S.A.	16 JAN. 2019
PROTÓCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Nome: MARIA DE FATIMA ALVES DOS SANTOS				Registro:																																																																																		
Idade: 58 ANOS	Sexo: F	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:																																																																																	
Data 17/08/2018		Cirurgião: DR FIDIAS																																																																																				
1º Assistente: DR FELIPE <i>BEZERRA</i>		2º Assistente:																																																																																				
Anestesista:		Instrumentador:																																																																																				
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</td> <td>CID</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Fratura da cabeça do rádio direito</i></td> <td></td> </tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</td> <td>CID</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>O mesmo</i></td> <td></td> </tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</td> <td>CÓDIGO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Osteossíntese da cabeça do rádio direito</i></td> <td></td> </tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não</td> <td>COMPRAV PREV DENCIA SIM 16 JAN. 2019</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Descreva:</td> <td>PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>						DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID	<i>Fratura da cabeça do rádio direito</i>																		DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	<i>O mesmo</i>															<table border="1"> <tr> <td colspan="2">PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</td> <td>CÓDIGO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Osteossíntese da cabeça do rádio direito</i></td> <td></td> </tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não</td> <td>COMPRAV PREV DENCIA SIM 16 JAN. 2019</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Descreva:</td> <td>PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico</td> <td></td> </tr> </table>						PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)		CÓDIGO	<i>Osteossíntese da cabeça do rádio direito</i>																		Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não		COMPRAV PREV DENCIA SIM 16 JAN. 2019	Descreva:		PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA	Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não			Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:			1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID																																																																																				
<i>Fratura da cabeça do rádio direito</i>																																																																																						
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO		CID																																																																																				
<i>O mesmo</i>																																																																																						
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</td> <td>CÓDIGO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Osteossíntese da cabeça do rádio direito</i></td> <td></td> </tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não</td> <td>COMPRAV PREV DENCIA SIM 16 JAN. 2019</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Descreva:</td> <td>PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico</td> <td></td> </tr> </table>						PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)		CÓDIGO	<i>Osteossíntese da cabeça do rádio direito</i>																		Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não		COMPRAV PREV DENCIA SIM 16 JAN. 2019	Descreva:		PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA	Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não			Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:			1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico																																															
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)		CÓDIGO																																																																																				
<i>Osteossíntese da cabeça do rádio direito</i>																																																																																						
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não		COMPRAV PREV DENCIA SIM 16 JAN. 2019																																																																																				
Descreva:		PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA																																																																																				
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não																																																																																						
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:																																																																																						
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico																																																																																						

Scanned with CamScanner





Nome: MARIA DE FATIMA ALVES DOS SANTOS:				Registro:
Idade: 58 ANOS	Sexo: F	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP: _____
Data: 17/08/2018		Cirurgião: <i>DR. FIDIAS</i>		
1º Assistente: Dr. Fellipe Bezerra		2º Assistente:		
Anestesista:		Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				
<i>Fratura do Olecrânio</i>				
CID				
<i>S52.0</i>				
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				
<i>O mesmo</i>				
CID				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				
<i>Osteossíntese do Cotovelo</i>				
CÓDIGO				
16 JAN. 2019				
PROTÓCOLO				
AG. JOÃO PESSOA				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> S/COMPRA PREV. PREVILÉGIO S/... 16 JAN. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA </div>		
Descreva:				
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:				
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

Scanned with CamScanner



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito ventral sob anestesia

Realizado garroteamento de membro superior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região posterior de cotovelo

Dissecção por planos até foco de fratura

Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização de fratura da cabeça do rádio

Conduta:

Realizada redução de fragmentos ósseos

Fixação de fragmentos com ósseos com placa em T 5 furos.

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Retirada de garrote de membro superior

Observada boa perfusão periférica

Tala axilopalmar gessada

OBS:

Pr. Túccia Talc amendo (Anel palmar)

PRÉVIA FREQÜÊNCIA SIM	
Data: 17/08/2008	16 JAN. 2019
PROTÓCOLO	
AC. JOÃO PESSOA	
CRM 11.176 MÉDICO/CRM	





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME MARIA DE FATIMA ALVES DOS SANTOS					PRONTUÁRIO N°
IDADE 58 A	SEXO FEM	COR	CLÍNICA	ENF. 32	LEITO 436
DATA DE ADMISSÃO: 03/08/2018		DATA DE ALTA 19/08/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Olecrânia e cabeça de rádio</i>					CID S52.0
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de olecrânia e cab. Do rádio</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador(a) de fratura do olecrânia e cabeca de radio foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placa e parafuso. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
...POUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina, Analgesicos					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. Dr. FDRBAS					
18 JAN. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA					
Dr. Valdecy M. C. C. Ortopedista CRM-PB/1692					
19 AGO. 2018 ASS. MÉDICO / C.R.M					
19/08/2018 DATA					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 29/01/2019 16:22:30
http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012916115991100000018387402
Número do documento: 19012916115991100000018387402

Num. 18895591 - Pág. 1

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Ex do colo P*Hipóteses Diagnósticas: *Ex de olcosano e obesidade*
*de catarras P*Conduta: *Intervencional P/ Tto Arangua*- *medidas PREVIMENTAS*

16 JAI, 2019

Dr. Valdeison Carvalho Jr.

Méd. em Ortopedia

CRM/PB - 769

03 AGO. 2018

PROTÓCOLO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

AC. JOAOPOLIS

Dr. Valdeison Carvalho Jr.

Méd. em Ortopedia

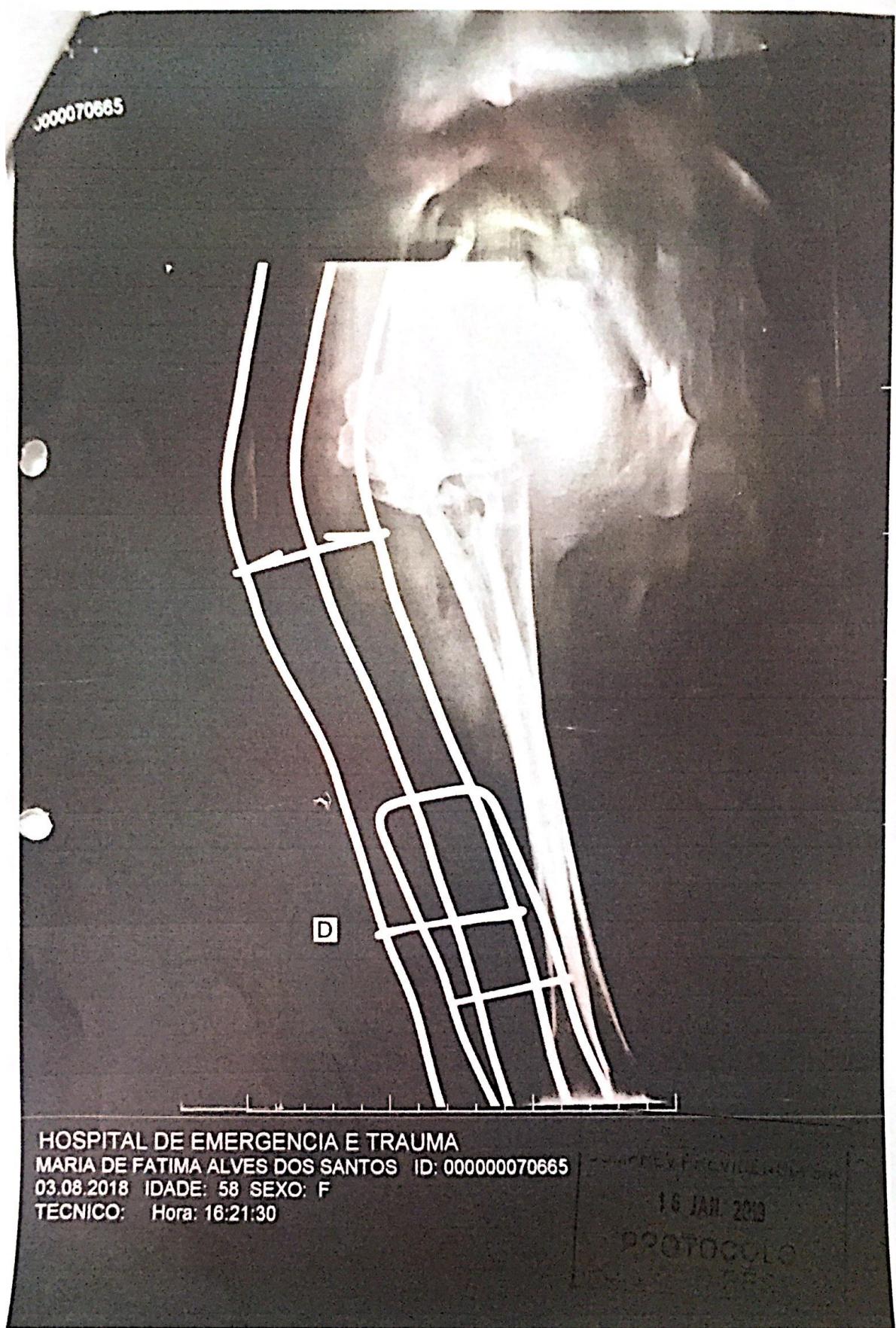
CRM/PB - 769

03 AGO. 2018

+ Pacelli

Scanned with CamScanner





HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
MARIA DE FATIMA ALVES DOS SANTOS ID: 000000070665
03.08.2018 IDADE: 58 SEXO: F
TECNICO: Hora: 16:21:30

16 JUN. 2013

PROTÓCOLO

Scanned by CamScanner

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 29/01/2019 16:22:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012916121899900000018387418>
Número do documento: 19012916121899900000018387418

Num. 18895607 - Pág. 1



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que a(o) Neur + fórmula é portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S52.1 / S52.2, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 90 dias, a partir desta data.

Dr. Fábio João Pessoa, 31/08/18
CRM-PB 5990-CR/2018

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(*) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXA AO FONTEVÍARIO DE ATENDIMENTO

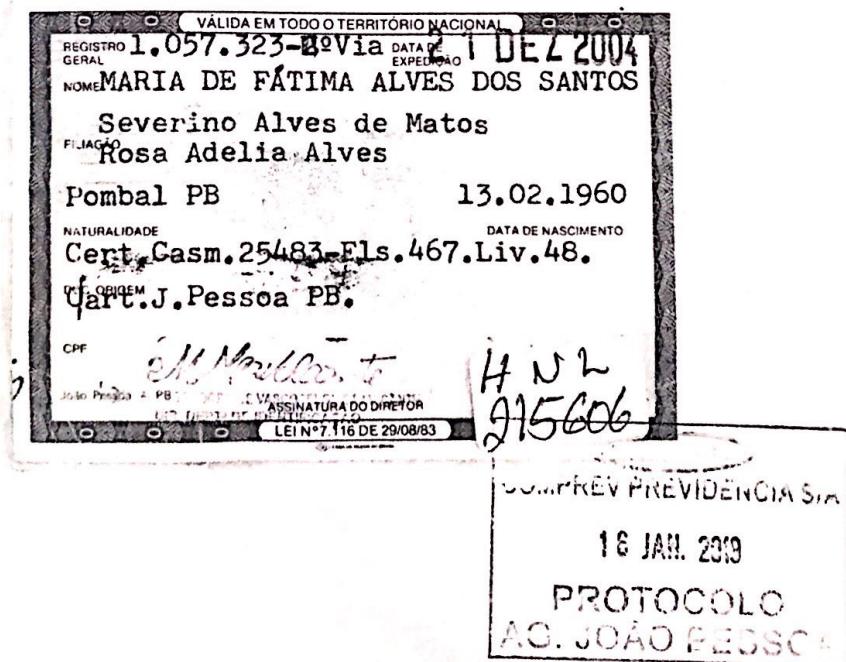
Rua Ag. Presidente Dutra, 514 - CEP 59010-320 - Bento Ferreira - PB - Brasil - CEP: 59010-320

18 JAN 2019

PROTÓCOLO
AC. FÁBIO PESSOA

Scanned with CamScanner



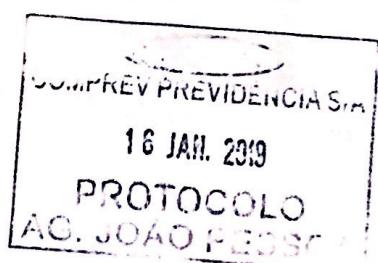


Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 29/01/2019 16:22:34
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012916133608500000018387489
Número do documento: 19012916133608500000018387489

Num. 18895678 - Pág. 1



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 29/01/2019 16:22:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012916133608500000018387489>
Número do documento: 19012916133608500000018387489

Num. 18895678 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
504.101-724-72 Maria de Fátima Alves dos Santos.				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:			CPF:	504.101-724-72.
Profissão:	Endereço:	Número:		Complemento:
Doméstica.	Rua Frederico Chofim	281		Casa.
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	58020-120.
E-mail:	Tel.(DDD): (83) 9878-8728			

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 0036 CONTA: 229243 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: *Jejuá Pessoa, 16/01/2018*
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS: *ROGÓ*

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

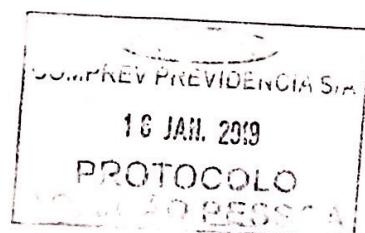
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGÓ, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 29/01/2019 16:22:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012916205567200000018387861>
Número do documento: 19012916205567200000018387861

Num. 18896061 - Pág. 1

MARIA DE FÁTIMA ALVES DOS SANTOS
RUA FREDERICO CHOPN, 281 - ROGER
JOAOPESSOA / PB CEP: 58020-120 (AG: 1)

Emissão 12/08/2018 Referência: Ago / 2018
Cásses/Succs RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - Círculo Residencial-João Pessoa/PB-CEP 58021-600
Roteiro 6 - 1 - 22-4320 Nº medidor: 00000251921
CNPJ 09.095.183/0001-40 Inscrição Estadual: 16.015.322-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N° 10.865.885

Cód. para Dbt. Automático: 00002790786

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

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

Ago / 2018 14/08/2018 12/09/2018

Insc. Est.:

504.101.724-72

UC (Unidade Consumidora):

5/279075-6
Canal de contato

Anterior	Consumo	Consumo	Dias
12/07/18 41742	14/08/18 41872	130	32

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 29/01/2019 16:22:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012916205567200000018387861>
Número do documento: 19012916205567200000018387861

Num. 18896061 - Pág. 2

SINISTRO 3190037427 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA DE FATIMA ALVES DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev
Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO MARIA DE FATIMA ALVES DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 50410172472

Posição em 29-01-2019 15:31:36

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [clique aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/01/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

[◀](#) [▶](#)





**Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital**

[SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO] 0803131-06.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Assumi jurisdição exclusivamente em fevereiro de 2017.

Defiro o pedido de gratuidade da justiça, com fundamento na alegação de insuficiência de recursos para pagar as despesas processuais/custas, constante da petição inicial, nos termos do que dispõem os arts. 98 e 99, § 3º, do CPC/2015.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destaqueamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a experiência prática demonstra que nas ações em que se busca o pagamento do seguro obrigatório DPVAT, como é o caso, tentativas de acordo somente são viabilizadas em momento processual posterior a realização de prova pericial para apuração da debilidade alegada pelo Autor, razão pela qual torna-se infrutífera a designação de sessão para tentativa conciliatória.

Dessa forma, **deixo de agendar audiência de conciliação** nesta fase processual.

Assim, **cite-se** a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

Contestada a ação, **intime-se** a parte Promovente para, em 15 (quinze) dias, querendo, apresentar réplica à contestação, nos termos do art. 351 do CPC/2015.

Após, agende-se audiência para realização de perícia.

Ultimadas as providências anteriores, retornem-me os autos conclusos.



João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.

Ana Amélia Andrade Alecrim Câmara

Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: ANA AMELIA ANDRADE ALECRIM CAMARA - 04/03/2019 16:53:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19030416530900800000019059457>
Número do documento: 19030416530900800000019059457

Num. 19587973 - Pág. 2