



Número: **0801394-42.2019.8.15.1071**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Jacaraú**

Última distribuição : **30/08/2019**

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

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---|--------------------|--|----------------------------|
| MARILENE CAXIAS DE ARAUJO (AUTOR) | | ALCIONE GAMBATI DE SOUZA (ADVOGADO) EVERALDO DA SILVA RIBEIRO (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 23991 917 | 30/08/2019 11:18 | Petição Inicial | Petição Inicial |
| 23991 922 | 30/08/2019 11:18 | DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO - MARIA CAXIAS | Documento de Identificação |
| 23991 924 | 30/08/2019 11:18 | PROCURAÇÃO - MARILENE CAXIAS | Procuração |
| 23991 927 | 30/08/2019 11:18 | LAUDO MÉDICO | Outros Documentos |
| 23991 930 | 30/08/2019 11:18 | DECISÃO DA SEGURADORA EM RELAÇÃO AO PEDIDO DA PROMOVENTE | Informações Prestadas |
| 23991 935 | 30/08/2019 11:18 | BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL E DECLARAÇÃO DE REMOÇÃO DO SAMU | Outros Documentos |
| 23991 936 | 30/08/2019 11:18 | DOCUMENTOS EXIGIDOS PELA SEGURADORA LÍDER | Outros Documentos |
| 24001 735 | 30/08/2019 15:22 | Despacho | Despacho |

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE JACARAÚ- PB

MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO, brasileira, solteira, auxiliar de serviços gerais, inscrito no CPF/MF sob número 022.187.884 - 03 e Registro Geral sob o N.º 1594110, residente e domiciliado à Rua Manoel Lourenço Fernandes, S/N, Centro, em Curral de Cima/PB, CEP 58275-000, por meio de seus advogados devidamente constituídos, nos termos do instrumento de mandato procuratório em anexo, com escritório profissional estabelecido na Av. Pe. João Madrugá, 115, Empresarial Mirante do Vale, Sala 203 – 1º andar, Centro, Itapororoca/PB, FONE: 83 98600-6430, e-mail: everaldo-ribeiro@hotmail.com, onde recebem intimações e correspondências de estilo, vem, à presença de Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA em face de:

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVATS.A., pessoa jurídica de Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua da Assembleia, N.º 100, 24º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20011-904, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

I. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:

A parte autora é hipossuficiente, labora como auxiliar de serviços gerais, é pessoa humilde, 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.

II. DOS FATOS:

A parte autora no dia **15/08/2018**, conforme consta no registro de ocorrência policial (DOC. ANEXO) sofreu acidente de trânsito quando, a motocicleta que conduzia, chocou-se, em via pública, com um animal. Do evento restou o demandante com consideravelmente graves, lesões corporais.

Posteriormente ao fato, a requerente foi encaminhada para atendimento médico, tudo em virtude da gravidade dos ferimentos. Ao ser atendido, fora constatado **que a mesma sofrera fratura de extremidade distal do rádio esquerdo, necessitando realizar procedimento cirúrgico de fratura exposta de rádio distal esquerdo.**



Pois bem, conforme se verifica, a requerente sofreu fraturas no antebraço esquerdo, necessitou passar por cirurgia, até hoje sente dores, possui dificuldades para fazer atividades que exijam esforços do braço, ou seja, sente consideravelmente reduzida a sua capacidade de movimentação.

Portanto, possuindo direito assegurado em Lei, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização junto à **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**. 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), o requerente teve seu pedido cadastrado com o número de sinistro **3190327527**.

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 pela seguradora que seu pedido de indenização fora cancelado em virtude de não se justificar a cobertura pleiteada, face ser a vítima a proprietária do veículo e estar o mesmo com o pagamento do Seguro DPVAT caracterizado como irregular, ou seja, com pagamento em atraso.**

Entendimento apresentado como caracterizador da negativa de pagamento **não é condizente com a previsão legal, pois contraria claramente dispositivos constantes na LEI Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, que não desautoriza ou impossibilita o pagamento da indenização para proprietários em caso de inadimplência.**

Ou seja, todos os documentos médicos levam ao entendimento de que foram consideráveis as perdas funcionais e dificuldades físicas remanescentes, **porém, a parte ré nega, sumariamente, a análise dos mesmos, adotando entendimento diverso do claramente previsto na legislação que trata do tema.**

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 quantificação do valor devido e consequente condenação da ré ao pagamento deste.

III. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº LEI Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta a 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.*

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.

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o demandante 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.”



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 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.

3.2 DA POSSIBILIDADE DO PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO NO CASO DE PAGAMENTO ATRASADO DO PRÊMIO

A negativa de pagamento por parte da ré, não encontra nenhum amparo legal, é aplicada em desacordo com a legislação que trata do assunto, bem como, vai de encontro a entendimento já sumulado pelo Egrégio Superior Tribunal de Justiça, ainda, contraria farta jurisprudência que trata do tema.

Cite-se os dispositivos da lei [6.194/74](#) e que claramente dão amparo à pretensão autoral:

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.

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. (grifei).

Ainda, cite-se **SUMULA 257 DO STJ**:

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.

Ante todo 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 indenização do seguro [DPVAT](#) à parte autora, independentemente do momento em que o prêmio do seguro foi quitado.

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**:



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, cadastrada 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;

4.2.1. Conforme previsão no Art. 319 VII do Código de Processo Civil, a parte autora desde já manifesta que não possui interesse na realização de audiência de conciliação;

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 à autora 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 devido à parte autora o pagamento da indenização do seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, com valor a ser quantificado após realização de perícia médica.

4.4.2. Condenar a demandada ao pagamento de indenização referente ao seguro DPVAT - INVALIDEZ, com valor a ser quantificado após realização de perícia técnica.

4.4.3. Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;

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\$ 13.500,00 (treze mil quinhentos reais).

Requer deferimento, por ser medida de direito e Justiça.

Itapororoca, 29 de agosto de 2019.

Everaldo da Silva Ribeiro

Alcione Gambati de Souza

OAB/PB nº 17.062

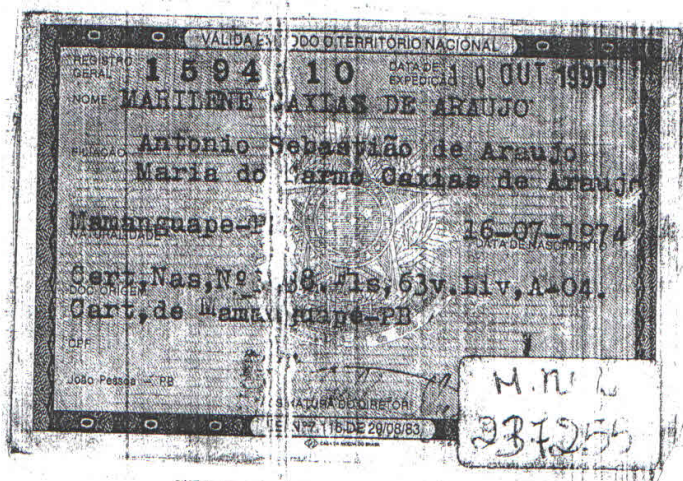
OAB/PB nº 19.853







CPF: 022.187.884-03



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento (da nota fiscal) conta de energia elétrica Nº 030.046.734



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

DADOS DO CLIENTE

MARILENE CAXIAS DE ARAUJO
RUA MANOEL LOURENCO FERNANDES S/N
CURRAL DE CIMA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/865208-3

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

22/08/2019

CONSUMO

31

VENCIMENTO

30/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 11,46

Acesse: www.energisa.com.br

| | | | | |
|--|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL | | | | |
| 00190.00009 02624.912008 05438.660176 2 79970000001146 | | | | |
| Pagador: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO CNPJ/CPF: 022.187.884-03 | | | | |
| RUA MANOEL LOURENCO FERNANDES S/N - CENTRO - CURRAL DE CIMA / PB - CEP 00000-000 | | | | |
| Nosso-Número | Nr Documento | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
| 26249120005438660 | 000865208201908 | 30/08/2019 | R\$ 11,46 | |
| BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA | | | | 09.095.183/0001-40 |
| BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 | | | | |
| Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3 | | | | |



Assinado eletronicamente por: EVERALDO DA SILVA RIBEIRO - 30/08/2019 11:17:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19083011172279600000023239884>

Número do documento: 19083011172279600000023239884

PROCURAÇÃO

"AD JUDICIA ET EXTRA"



OUTORGANTE(S): Marilene Caxias de Araújo, brasileira,
solteira, auxiliar de serviços gerais, CPF nº 022.
187.884-03, RG 1594110 SSP/PB, residente na Rua
Manoel Laurence Fernandes, S/N, Centro, Curral
de Lima /PB, CEP: 58291-000, FONE: 98821-5152.

OUTORGADO: Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui como seu bastante procurador e advogado o **Dr. EVERALDO DA SILVA RIBEIRO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 17.062, e no CPF sob o nº 057.399.024-79 e a **Dra. ALCIONE GAMBATI DE SOUZA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 19.853, e no CPF sob o nº 018.466.337-70; com escritório profissional localizado na Av. Pe. João Madruga, 115, Empresarial Mirante do Vale, Sala 203 - 1º andar, Centro, Itapororoca/PB, onde recebem intimações de estilo.

PODERES: O (a)s outorgante(s) confere(m) aos outorgados amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium et extra", para representá-lo(s) em repartições públicas estaduais, municipais e federais, autarquias ou entidade paraestatal, para tratar de assuntos de seu interesse, assinando requerimentos e outros papéis, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformações, desistências, obter vistas em procedimentos administrativo, conferindo-lhes, ainda poderes para, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor ação revisional de benefício, seguindo-a até final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-os, sendo expressamente autorizado a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos, com poderes ainda para renunciar os valores, receber e dar quitação, levantar valores existentes em Contas judiciais, Precatórios, RPV- Requisitório de Pequeno Valor, especialmente junto às Agências da Caixa Econômica Federal, ou Banco indicado, deduzindo e compensando os seus créditos por despesas de verba honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente, autorizando o substabelecimento total ou parcial a outrem, dando tudo por bom, firme e valioso, enfim tudo o mais praticar para o fiel e cabal desempenho deste mandato.

DECLARAÇÃO: O (a) (s) outorgante(s) **DECLARA(M)** para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei 1.060 de 1950.

Itapororoca, 29 de agosto de 2019.

Marilene Caxias de Araújo

Outorgante





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 MARILENE CAXIAS DE ARAUJO
DATA DE NASCIMENTO 16/07/94
NOME DA MÃE MARIA DO CARMO CAXIAS DE ARAUJO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 111097
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1108615
DATA DO ATENDIMENTO 15/09/18
HORA DO ATENDIMENTO 10:46
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO ESQUERDO
CID 10 S52.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, APRESENTANDO DOR E CONTUSÃO NA FACE, I ANTEBRAÇO ESQUERDO. PRESENÇA DE FERIMENTO NO SUPERCILIO DIREITO E MARGEM INFRAORBITAL DIR. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, NEUROCIRURGIA, BMF I OFTALMOLOGISTA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRANIO, TC DE FACE, TC DE COLUNA CERVICAL,
RX DE OMBRO, BRAÇO E ANTEBRAÇO ESQ. RX DE TORAX
ECG, FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX ANTEBRAÇO ESQ. - FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DE RADIO

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL ESQUERDO. SUTURA D FERIMENTO

ALTA HOSPITALAR: 19/09/18
DATA DA EMISSÃO: 04/12/18

Dr. Elivaldo Sales de Toledo
Médico do Trabalho
Reg. Mtb 10.280
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1673/PB

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





RELATÓRIO DE GIA



Nome: Marilene Cordeiro de Araújo BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Procedimento cirúrgico de fratura radio distal (F)
Cirurgião: Dr. Teófilo 1º Assistente: Dr. Lary
2º Assistente: Dr. Bruno Roma 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____: Término ____:____:

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|--|-----|
| <u>Fratura de Rádio distal (exposto)</u> <u>segundo</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|--|--------|
| <u>Procedimento cirúrgico de fratura de</u> <u>Rádio distal (exposto)</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. Bruno de Lima Roma
MÉDICO
CRM-PE 10075

João Pessoa, 15/09/2018

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE GIA



Nome: Marilene Cordeiro de Araújo BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Procedimento cirúrgico de fratura radio distal (F)
Cirurgião: Dr. Teófilo 1º Assistente: Dr. Lary
2º Assistente: Dr. Bruno Roma 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____: Término ____:____:

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|--|-----|
| <u>Fratura de Radio distal (exposto)</u> | |
| <u>segundo</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|---|--------|
| <u>Procedimento cirúrgico de fratura de</u> | |
| <u>Radio distal (exposto)</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

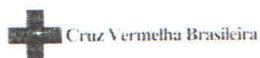
() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Bruno de Lima Roma
MÉDICO
CRM-PE 10075

João Pessoa, 15/09/2018

F(NG).ASCIR.009-1



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1108615



| | | | | | | |
|--|---|---------------------------|-------------------------------|-----------|--------|----------------------|
| Identificação do paciente | | | | | | |
| ID 1326407 | Nome MARILENE CAXIAS DE ARAUJO | Sexo Feminino | | | | |
| Data de nascimento 16/07/1974 | Idade 44 anos 1 mes 30 dias | Estado civil | Religião | | | |
| Mãe MARIA DO CARMO CAXIAS DE ARAUJO | Pai ANTONIO SEBASTIAO DE ARAUJO * | | Prontuário | | | |
| Escolaridade | Responsável (Parentesco) FAGNER FERNANDES DE OLIVEIRA - FILHO(A) | | | | | |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 900000000 | DDD Fixo | Fone Fixo | | | |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 1594110 | Nº Cns 700004922796007 | | | | |
| Local de procedência JACARAU | Tipo MUNICIPIO | UF PB | | | | |
| Email | Naturalidade MAMANGUAPE | CBO/R | | | | |
| Endereço | | | | | | |
| CEP 58291000 | Município de residência CURRAL DE CIMA | UF PB | Logradouro MANOEL LOURENÇO | | | |
| Número SW | Complemento | Bairro CENTRO | | | | |
| Admissão | | | | | | |
| Data e Hora 15/09/2018 10:46:06 | Número da pulseira 100006281525 | Convênio SUS | | | | |
| Especialidade CIRURGIA GERAL | Clinica | Origem do paciente RUA | | | | |
| Classificação de risco | Detalhe do acidente MOTO X ANIMAL | | | | | |
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA | | | | | |
| Indicadores e Transporte | | | | | | |
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Veio de ambulância Não | Trauma Não | | | |
| Meio de transporte SAMU | Quem transportou | | | | | |
| Sinais Vitais | | | | | | |
| PA _____ X _____ mmHg | Pulso | Temperatura | | | | |
| Exames complementares | | | | | | |
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos <i>Tratado com suporte de vida e estabilizado. Exames seguirão em andamento.</i> | | | | | | |
| Diagnóstico | | | | | | CID |
| Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA | | | | | | Tempo 02min 04seg |

Imprimir

15/09/2018 10:46



Assinado eletronicamente por: EVERALDO DA SILVA RIBEIRO - 30/08/2019 11:17:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19083011173324400000023239889

Número do documento: 19083011173324400000023239889

Num. 23991927 - Pág. 4

 **ATESTADO MÉDICO** 

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr(a) Maxilene C. de Araújo 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 S52.5, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 60 (Sessenta) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 15/03/18.

Dr. Everaldo Ribeiro L. Nóbrega
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)
CRM-PB 5780-TSDT 3511

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 PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

FING/CC.003-1



https://outlook.live.com/mail/inbox/id/AQQkADAwATY3ZmYA...

Pesquisar

Responder Excluir Arquivo Morto Lixo Eletrônico Limpar Mover para Categori:

[SEGURO DPVAT]

F faleconosco@seguradoralider.com.br
Qui, 15/08/2019 11:22
Você

Sra. Marilene. Bom dia!

O processo de invalidez 3190327527 foi cancelado, pois tendo em vista tratar-se de vítima/beneficiária proprietária inadimplente, não havendo direito a indenização pelo Seguro DPVAT conforme Resolução CNSP 332/15.

Atenciosamente,

Ana



www.seguradoralider.com.br

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2019

Ocorrência nº. 0676/2019

Aos CINCO dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **OMAR JOSÉ ALVES RAMOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Frederico Figueiredo Brito da Silva, aí, por volta 13h:29min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO, conhecido por , Identidade nº 1.594.110-SSP/PB, CPF nº 022.187.884-03, nacionalidade brasileiro, estado civil: união estável, profissão: auxiliar de serviços, filho(a) de Antonio Sebastião De Araújo E De Maria Do Carmo Caxias De Araújo, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 16/07/1974 (44 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel Lourenço, nº s/n, bairro: Centro – CURRAL DE CIMA/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de Curral De Cima/PB, fone(s) para contato: (83)99301-2423.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;

2) DATA DO FATO: 15 de setembro de 2018;

3) HORÁRIO: 08h:30min;

4) LOCAL: Entrada da cidade de JACARAÚ nº , bairro: – JACARAÚ/PB;

5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - João Pessoa;

6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;

7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;

8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

Veículo marca/modelo: HONDA/CG 150 START, cor: VERMELHA, placa: QFI 1187/PB, ano: 2015, chassi: 9C2KC1670FR501736 em nome de MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE a comunicante estava conduzindo o referido veículo (motocicleta) SEM HABILITAÇÃO no local em referência quando três animais (burros) atravessaram a estrada e sem ter poder de reação acabou por colidir nos mesmos; QUE foi socorrida pelo SAMU da cidade de Jacaraú/PB, encaminhada ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - João Pessoa, vítima de acidente de trânsito; QUE segundo laudo a comunicante teve fratura de extremidade distal de rádio, QUE foi submetida a intervenção cirúrgica; QUE recebeu alta hospitalar no dia 19/09/2018.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Marilene Caxias de Araújo

MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO

Comunicante

[Assinatura]

Escrivão/Agente
Matrícula nº 156.567-2





PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE


SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-192

BASE DESCENTRALIZADA DE JACARAÚ-PB

DECLARAÇÃO

Declaro, que o paciente MARILENE CAXIAS DE ARAUJO, 45 anos; DATA DE NASCIMENTO-16/07/1974; RG-1594110, foi atendido pelo ambulância do SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192, BASE DESCENTRALIZADA DE JACARAÚ (UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO-USB 54); No Município de JACARAÚ; NA PB 071/PB-, no próximo ao Portal de Jacaraú; no dia 16/09/2018, às 08:58 Horas, PROTOCOLO DE ATENDIMENTO: 2134839, MÉDICO REGULADOR: DRa. MARCIA, vítima de acidente automobilístico: MOTO X ANIMAL, CONSCIENTE, SINAIS VITAIS ESTÁVEIS E SUSPEITA DE TCE LEVE; CORTE CONTUSO NA REGIÃO FRONTAL SUSPEITA DE FRATURA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, realizado atendimento PRÉ-HOSPITALAR e removido para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA - HEETSHL em JOÃO PESSOA-PB.

Jacaraú, 12 de Abril de 2019;


Mª Aparecia Inocencio de A. Gabino
COREN-PB 55583

MARIA APARECIA INOCENCIO E ARAÚJO GABÍNIO-COREN/PB 55583-ENF
(COORDENADORA GERAL DO SAMU-192-USB 54/BASE DESCENTRALIZADA DE JACARAÚ)



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: 022.187.884-03 Nome completo da vítima: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO CPF: 022.187.884-03

Profissão: FUNE. PÚBLICA Endereço: RUA MANOEL LOURENÇO FERNANDES Número: S/N Complemento: CASA

Bairro: CENTRO Cidade: CURRAL DE CIMA Estado: PB CEP: 58291-000

E-mail: EVERALDO-RIBEIRO@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (83)98821-5152

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

RENDA 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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO (237)

AGÊNCIA: 2009 5 CONTA: 0300674 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §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.

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 (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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, Curral de Cima, 26/04/19
Nome: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO
CPF: 022.187.884-03

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Marilene Caxias de Araujo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

FPS.001 V001/2018

Assinado eletronicamente por: EVERALDO DA SILVA RIBEIRO - 30/08/2019 11:17:49

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19083011174610800000023239898

Número do documento: 19083011174610800000023239898

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO

RG nº 1594110 - SSP/PB, data de expedição 10/10/90

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 022.187.884-03

com domicílio na cidade de CURRAL DE CIMA, no Estado de PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA MANOEL LOURENÇO FERNANDES, nº S/N

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO, cujo o condutor era

MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 150 START Ano: 2015

Placa: QFI 1184/PB Chassi: 9C2KC1670FR501736

Data do Acidente: 15/09/2018

Local e Data: CURRAL DE CIMA, 26/ABRIL/2019

Marilene Caxias de Araújo
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



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

MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO

CPF da Vítima

022.187.884-03

Data do Acidente

15/09/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

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

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

Curral de Lima, 26 de abril de 2019

Local e Data

Marilene Caxias de Araújo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

V001/2017



Assinado eletronicamente por: EVERALDO DA SILVA RIBEIRO - 30/08/2019 11:17:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19083011174610800000023239898>

Número do documento: 19083011174610800000023239898

DESPACHO

Processo nº 0801394-42.2019.8.15.1071

Vistos, etc.

DEFIRO a gratuidade processual, com os benefícios a ela inerentes, vez que presentes os requisitos à sua concessão.

Em razão da inviabilidade da autocomposição com relação à Seguradora demandada, deixo de designar a audiência de conciliação/mediação disposta no art. 334, do CPC.

CITE-SE o demandado, pessoalmente, por Carta com aviso de recebimento, no endereço declinado na peça proemial, para querendo, contestar a presente demanda, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia, devendo ser advertido de que não contestada a ação, presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor (art. 344, CPC).

P.I. e Cumpra-se, com a observância das cautelas atinentes à espécie.

Diligências necessárias.

JACARAÚ/PB, 30 de agosto de 2019

JUIZ (A) DE DIREITO

