



Número: **0827178-44.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque (ADVOGADO)</b> <b>LUIS ANDRE DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE (ADVOGADO)</b>
<b>MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
21561 657	30/05/2019 11:41	<a href="#">Petição Inicial</a>
21579 135	30/05/2019 11:41	<a href="#">AtestadoMedico</a>
21579 139	30/05/2019 11:41	<a href="#">CertidaodeocorrenciaBombeiros</a>
21579 140	30/05/2019 11:41	<a href="#">CertidaodeocorrenciaPolicial</a>
21579 142	30/05/2019 11:41	<a href="#">checklistcirurgia</a>
21579 144	30/05/2019 11:41	<a href="#">ProcuracaoAutor</a>
21579 146	30/05/2019 11:41	<a href="#">ControleFisioterapia</a>
21579 148	30/05/2019 11:41	<a href="#">DiagnosticodeEnfermagem</a>
21579 450	30/05/2019 11:41	<a href="#">hnsn receituario</a>
21579 452	30/05/2019 11:41	<a href="#">Prescriçãonutricionista</a>
21579 454	30/05/2019 11:41	<a href="#">hnsn LAUDO FISIOTERAPIA</a>
21579 456	30/05/2019 11:41	<a href="#">NutricionistaPrescricao</a>
21579 457	30/05/2019 11:41	<a href="#">QuestionarioTomografia</a>
21579 458	30/05/2019 11:41	<a href="#">RelatorioEvolucaopaciente</a>
21579 460	30/05/2019 11:41	<a href="#">TermoConsentimentoCirurgia</a>
21579 461	30/05/2019 11:41	<a href="#">TermodeAnestesia</a>
21579 476	30/05/2019 11:41	<a href="#">comprovante residencia</a>
21583 020	30/05/2019 11:41	<a href="#">AvaliacaoMedica</a>
21583 043	30/05/2019 11:41	<a href="#">PETIÇÃO INICIAL CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA</a>

23151 798	14/08/2019 14:52	<a href="#"><u>Despacho</u></a>	Despacho
24872 034	30/09/2019 15:15	<a href="#"><u>Mandado</u></a>	Mandado
25184 403	10/10/2019 09:26	<a href="#"><u>Devolução de Mandado</u></a>	Devolução de Mandado
25184 410	10/10/2019 09:26	<a href="#"><u>mapfre 082717844</u></a>	Devolução de Mandado

\*\*\* EM ANEXO PETIÇÃO INICIAL. \*\*\*



Assinado eletronicamente por: LUIS ANDRE DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE - 30/05/2019 11:12:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19053011115718800000020949280>  
Número do documento: 19053011115718800000020949280

Num. 21561657 - Pág. 1



## HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

PACIENTE: 0000033335	CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA	IDADE: 21 Anos 1 Mes 4 Dias
ATENDIMENTO: 00097855		DATA: 22/12/2018 23:30
LOCAL:		SEXO: Masculino
MÉDICO: BRUNO GUEDES WANDERLEY	CRM: 7940	ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CONVÊNIO: BRADESCO SAÚDE		PLANO: EMPRESARIAL- ENFERMARIA

### ATESTADO MÉDICO

DE ACORDO COM A LEI Nº 605, DE 5 DE JANEIRO DE 1949, ART. 6º, LETRA f), ATESTAMOS QUE O SR. (A):

CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA CARTEIRA DE IDENTIDADE DE NÚMERO 4245905

ORGÃO EMISSOR SSP-PB CPF NÚMERO 12156916454 FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA  
TRATAMENTO MÉDICO, CLASSIFICADO COM O CID Nº V794 E, DE ACORDO COM O QUADRO CLÍNICO, DE-  
VERÁ FICAR AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS DURANTE 60 DIAS, A PARTIR DE 26/12/2018

EU CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA

Autorizo o Dr. BRUNO GUEDES WANDERLEY

a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado Médico.

Assinatura do Paciente ou Responsável

João Pessoa, 26 de Dezembro de 2018

BRUNO GUEDES WANDERLEY - CRM - PB: Nº. 7940



Assinado eletronicamente por: LUIS ANDRE DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE - 30/05/2019 11:12:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19053011120450800000020966003>  
Número do documento: 19053011120450800000020966003

Num. 21579135 - Pág. 1



VISTO EM: 14/01/19

Comandante do BAPH  
Katty Sabrina do N. Silva

TEN. CEL. QOBM-521.280 4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**  
**3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 10 de Janeiro de 2019.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 006/2019**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 22/12/2018, conforme requerimento nº 005/19, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 20h36min o/a Sr.(a) CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA CPF.º 121.569.164-54, vítima de acidente de trânsito (colisão (moto x poste)), ocorrido na Rua Virginio Veloso Borges, Tibirí, Santa Rita/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-56, tendo como chefe o SARGENTO BM WELLINGTON BARBOSA DE FREITAS, Matrícula 519.035-5 Vitima consciente e orientada, com dores no quadril, suspeita de luxação de membro superior e inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Nossa Senhora das Neves.

Para constar, eu André Vieira de Souza, CB BM, Mat. 523.518-9, auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JYHARMERON NEGRO A. DE SOUSA  
2º TEN. MAT. 527.341-2

Chefe da 3ª Seção

10 MAR 2019  
COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-Hospitalar.  
Rua Doutor Creatus Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: cmphpb@bombeiros.pb.gov.br

PROTÓCOLO  
AC. JOÃO PESSOA



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>a</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01805.01.2019.1.00.401

2<sup>a</sup> DOPC

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01805.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:07 horas do dia 14 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu Caio Felipe Pereira da Silva, CPF nº 121.569.164-54, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Bombeiro Civil, filho(a) de Maria do Desterro da Silva e Geanderson Alves Pereira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 31/12/1997 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Paraíba, Nº 538, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Próximo Ao Ginásio Renatão., na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98891-8389.

#### Dados do(s) Fatos:

Local: Virginio Veloso Borges, Próximo Ao "teixeirão", Santa Rita/PB, bairro Tibiri I; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/12/18 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

#### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

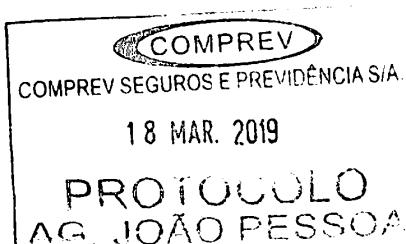
QUE, segundo o declarante no dia 22/12/2018 por volta das 20:00 horas quando transitava, pela Rua Virginio Veloso Borges, Tibiri, Santa Rita-PB; com o veículo tipo HONDA POP 110I ano e modelo: 2018/2018, de cor vermelha de placa: QSM2850/PB CHASSI: 9C2JB0100JR086918 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo seguia normalmente sentido TIBIRI/TIBIRI II, quando perdeu o controle e colidiu com o poste; QUE devido ao fato a notificante veio a cair ao solo e se lesionar, Que foi socorrido pela viatura dos BOMBEIROS conforme CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA DE nº 006/2019 sendo conduzido para o HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES de acordo com o foi diagnosticado: POLITRAUMATIZADO ( TRAUMATISMO TORÁCICO + TRAUMA ABDOMINAL FECHADO + FRATURA COMINUTIVA DE OLECRANO ESQUERDO ).

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.

João Pessoa/PB, 14 de fevereiro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 01805.01.2019.1.00.401

1/1





## HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 04/02/2019 11:41

PACIENTE: 0000033335	CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA	IDADE: 21 Anos 1 Mes 4 Dias
ATENDIMENTO: 00097855		DATA: 22/12/2018 23:30
LOCAL:		SEXO: Masculino
MÉDICO: BRUNO GUEDES WANDERLEY	CRM: 7940	ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CONVÉNIO: BRADESCO SAÚDE		PLANO: EMPRESARIAL- ENFERMARIA

## CheckList de Cirurgia Segura Antes da incisão Cirúrgica

### 2.1. Confirmar se toda a equipe se apresentou pelo nome e função:

SIM       NÃO       Não conforme

Observação:

DRº BRUNO WANDERLEY / DRº JOSE CARLOS RAVA

### 2.2. Antibioticoprofilaxia (até 60 min) antes da incisão:

SIM       NÃO      Hora: 25/12/2018 11:05

Não conforme:

REALIZAR REPIQUE (ANTIBIÓTICO):

SIM       NÃO       Não se aplica

Não conforme:

Observação:

### 2.3. Realizado antisepsia do campo operatório:

SIM       NÃO      Qual: CLOREX DEGERMANTE + ALCOOLICA

Não conforme:

Observação:

### 2.4. Imagem disponível:

SIM       NÃO       Não se aplica

Não conforme:

Observação:

### 2.5. Uso seguro do eletrocirúrgico:

Coxa       Panturrilha       Glúteo       Não se aplica

Direito       Esquerdo

Não conforme

Observação:

Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

ANA PAULA DA SILVA ASSIS

COREN : 647022





**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Címe, 220 - Jaguariúba João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

FAZER CONTATO COM A CAGEPA
DEIXAR O SEU NÚMERO
MATRÍCULA
6828450

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

FEV/2019

GEANDERSON ALVES PEREIRA  
RUA PARAIBA, 538 - BOA ESPERANÇA SANTA RITA PB  
58301-350

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
003.006.275.0072.000	000	1	0	0	0
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
V17E089870	10/07/2017	RXT MURIO	IGADO	PYTHONIC	

ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (HS)   NUM DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA					
317	333	16	30	21/03/2019	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.					
JAN/2019	16		PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES		
DEZ/2018	-14	TURBIDEZ	79	80	80
NOV/2018	16	CLORO	79	80	80
OUT/2018	16	COL.TEMPIST	0	0	0
SET/2018	17	COR	20	20	20
AGO/2018	16	COL.TOTAIS	79	80	80
MÉDIA(HS)	15	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 22/02/2019	HORA DA IMPRESSÃO: 10:39:57
DESCRICAÇÃO	CONSUMO
ÁGUA	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE 11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR HS	10 M3      37,91 6 M3      29,34
ESGOTO	
PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 04/64	40,10
FATURAS EM ATRASO	
REF 201812      97,55	
REF 201901      107,35	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,22 PIS E CONFINS.LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 04/03/2019 Total a Pagar: R\$ 107,35



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 31/01/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
6828450	FEV/2019	04/03/2019	R\$ 107,35

COMPREV  
SEGUROS E PREVIDÊNCIAS SA  
8 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
G. J. JOÃO PESSOA



82620000001 4 07350010003 4 00682845001 2 02201940003 9





## HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 04/02/2019 11:40

PACIENTE: 0000033335	CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA	IDADE: 21 Anos 1 Mes 4 Dias
ATENDIMENTO: 00097855		DATA: 22/12/2018 23:30
LOCAL:		SEXO: Masculino
MÉDICO: BRUNO GUEDES WANDERLEY	CRM: 7940	ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CONVÊNIO: BRADESCO SAÚDE		PLANO: EMPRESARIAL- ENFERMARIA

Sedastação em Poltrona			Posicionamento no leito
<input type="checkbox"/> Deambulação	<input checked="" type="checkbox"/> Orientações	<input type="checkbox"/> Exercícios Aeróbicos	<input type="checkbox"/> Eletroestimulação
<input type="checkbox"/> Estimulação Sensorial	<input type="checkbox"/> Cicloergometro	<input type="checkbox"/> Exercícios Funcionais	<input checked="" type="checkbox"/> Mobilização Precoce

Observação:

(Large empty box for observation notes)

Intercorrença:

(Large empty box for intercurrent events)

BIANCA EMANUELLE SILVA CONSTANCIO

CREFI TO : 230071



Assinado eletronicamente por: LUIS ANDRE DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE - 30/05/2019 11:12:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19053011121065800000020966014>  
Número do documento: 19053011121065800000020966014

Num. 21579146 - Pág. 1

Paciente: CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA  
Setor: INTERNACAO 3º PAVIMENTO

Data de Nascimento: 31/12/1997

Idade: 21

**DIAGNÓSTICO(S) DE ENFERMAGEM**

**ATENDIMENTO:** 97855

**26/12/2018 07:51**

**DIAGNÓSTICO REALIZADO:** 26770

**PRESTADOR:** CAMYLLA VIEIRA DE ARAUJO

**DIAGNÓSTICO:** DOR AGUDA

**DEFINIÇÃO:** EXPERIÊNCIA SENSORIAL E EMOCIONAL DESAGRADÁVEL QUE SURGE DE LESÃO TISSULAR REAL OU POTENCIAL OU DESCrita EM TERMOS DE TAL LESÃO (ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO DA DOR); INÍCIO SÚBITO OU LENTO, DE INTENSIDADE LEVE A INTENSA, COM TÉRMINO ANTECIPADO OU PREVISÍVEL E DURAÇÃO DE MENOS DE SEIS MESES.

**NOTA:**

**DOM/CLASS:** DOMÍNIO 11: Conforto

CLASSE 37: CONFORTO FÍSICO

**CARACT/**

**FATORES:**

**DIAGNÓSTICO:** CONTROLE EFICAZ AO TRATAMENTO

**DEFINIÇÃO:** PADRÃO DE REGULAÇÃO E INTEGRAÇÃO À VIDA DIÁRIA DE UM PROGRAMA DE TRATAMENTO DE DOENÇAS E SUAS SEQUELAS QUE É SATISFATÓRIO PARA ATINGIR OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE SAÚDE

**NOTA:**

**DOM/CLASS:** DOMÍNIO 1: Promoção da saúde

CLASSE 1: PERCEPÇÃO DA SAÚDE

**CARACT/**

**FATORES:**

  
Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

CAMYLLA VIEIRA DE ARAUJO  
COREN - PB - 000.306.864



**RECEITUÁRIO SIMPLES**

**DADOS DO EMITENTE**

**HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES**

MÉDICO: HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA - CRM - PB: Nº.6229

**DADOS DO PACIENTE**

NOME: CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA

IDADE: 20 Anos 11 Meses 22 Dias SEXO: Masculino

**MEDICAÇÕES/ORIENTAÇÕES:**

AO CONVENIO

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO DE MOTO COM DOR E LIMITAÇÃO DE ADM EM MSE + MMII  
REFERE TRAUMA TORACICO COM DOR E DIFICULDADE RESPIRATORIA

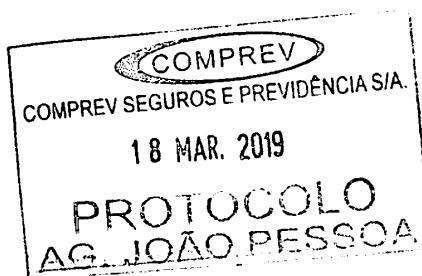
REFERE TONTURA.

RELATA DESCONFORTO ABDOMINAL

SOLICITO TC CRANIO + TC TORAX + US ABDOMEN PARA AVALIAÇÃO DE POLITRAUMA

João Pessoa, 22 de Dezembro de 2018

Assinatura e Carimbo



Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-8/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 01/2007, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Assinatura Digital Eletrônica em Saúde (SIS) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob nº 024.

HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA 03214314453, AC ONLINE RFD: 03214314453.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GFT).



Diretor Técnico Médico  
Dr. Mamede Moura - CRM 6002



Prescrição.: 721104 Data: 26/12/2018 16:00  
Usuário....: CLECIA,OLIVEIRA  
Atendimento: 97855 Dí Nasc: 31/12/1997 (21a 1m 5d)  
Convênio...: BRADESCO SAUDE  
Paciente...: 33335 - CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA  
Peso.....: Altura: Sup. Corpore:  
Internação.: 22/12/2018 23:30 4 Dias(s) int  
Médico....: BRUNO GUEDES WANDERLEY - CRM - PB 7940  
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
Unid. Int.: INTERNACAO 3º POSTO 03 Leito.: LEITO 329 A Cobertura: APARTAMENTO DUPLO  
Cid.....: V794 CONDUTOR [MOTORISTA] TRAUMATIZADO EM COLISÃO COM OUTROS VEÍCULOS E COM  
VEÍCULOS NÃO ESPECIFICADOS, A MOTOR, EM UM ACIDENTE DE TRÂNSITO Ciclo.:/  
Diagnóstico:  
Protocolo.:  
Classificação de Risco:  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO....: CLECIA KELLY DO NASCIMENTO OLIVEIRA - CRN - PB - 7320  
FUNÇÃO: NUTRICIONISTA

**1ª VIA**

Rubrica do Responsável



**PREScrição NUTRICIONISTA**

DIETA	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 NUTRIDRINK PROTEIN CHOCOLATE 200ML	1	FRASC		VO	2 VEZES AO DIA	

Obs.: OFERTAR AS 16H E AS 09H

2 NUTRIDRINK PROTEIN MORANGO 200ML	1	FRASC	VO	1 VEZ AO DIA
------------------------------------	---	-------	----	--------------

Obs.: OFERTAR AS 21H

CLECIA KELLY DO NASCIMENTO OLIVEIRA  
CRN 7320

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO



Assinado eletronicamente por: LUIS ANDRE DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE - 30/05/2019 11:12:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19053011121493700000020966020>  
Número do documento: 19053011121493700000020966020

Num. 21579452 - Pág. 1



## HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

PACIENTE: 0000033335	CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA	IDADE: 21 Anos 1 Mes 4 Dias
ATENDIMENTO: 00097855		DATA: 22/12/2018 23:30
LOCAL:		SEXO: Masculino
MÉDICO: BRUNO GUEDES WANDERLEY	CRM: 7940	ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CONVÊNIO: BRADESCO SAÚDE		PLANO: EMPRESARIAL- ENFERMARIA

### JUSTIFICATIVA DE FISIOTERAPIA

#### Laudo para solicitação de tratamento ambulatorial em série

Código GEAP

#### Descrição do quadro clínico:

PACIENTE EM EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO E COOPERATIVO; ACIANÓTICO, ANICTÉRICO E AFEBRIL AO TOQUE; NORMOTENSO; NORMOCÁRDICO; RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE EM AA SEM SINAIS DE DR, EUPNEICO, RITMO REGULAR, PADRÃO MISTO E EXPANSIBILIDADE SATISFATÓRIA, SATURANDO 98%; AP: MV + EM AHTX COM RONCOS ESPARSOS EM HTXE; REDUÇÃO DA ADM E FRAQUEZA MUSCULAR.

#### Diagnóstico ou Hipótese diagnóstico:

POLITRAUMATISMO (ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO)

- TRAUMA TORÁCICO (FRATURA DE ARCOS COSTAIS + CONTUSÃO PULMONAR);
- TRAUMA ABDOMINAL FECHADO;
- FRATURA COMINUTIVA DE OLÉCRANO E

#### Justificativa para tratamento:

PACIENTE NECESSITA DE ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO POR APRESENTAR FRAQUEZA MUSCULAR, REDUÇÃO DA ADM; PARA MANUTENÇÃO DOS VOLUMES PULMONARES E PARA ATUAÇÃO PRÉ E PÓS OPERATÓRIA.

#### Prognóstico (Melhoria prevista com o tratamento):

MANTER / MELHORAR VOLUMES E CAPACIDADES PULMONARES;  
MANTER / POTENCIALIZAR FORÇA MUSCULAR;  
MELHORAR ADM;  
REDUZIR DOR;  
ESTIMULAR MOBILIZAÇÃO PRECOCE;  
DIMINUIR TEMPO DE INTERNAÇÃO.

#### Duração Prevista do tratamento:

10 dias

#### Número de Sessões prevista por mês:

\* Em Algarismo e por extenso: 30

TRINTA SESSÕES

Evoluiu com persistência do quadro clínico descrito acima, sendo necessário manter tratamento fisioterapêutico.

João Pessoa, 23/12/18

GLADIR PEREIRA DE ARAUJO JUNIOR - CREFITO: Nº.221438-F

GLADIR PEREIRA DE ARAUJO JUNIOR

CREFITO : 221438-F





Prescrição.: 719148 Data: 24/12/2018 16:00

Usuário....: CLECIA OLIVEIRA

Atendimento: 97855 Dt Nasc: 31/12/1997 (21a 1m 5d)

Convênio...: BRADESCO SAÚDE

Paciente...: 33335 - CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA

Peso.....: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 22/12/2018 23:30 2 Dias(s) int

Médico....: BRUNO GUEDES WANDERLEY - CRM - PB 7940

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: INTERNACAO 3º PÓSTO 03 Leito.: LEITO 329 A Cobertura: APARTAMENTO DUPLO

Cid.....: V794 CONDUTOR [MOTORISTA] TRAUMATIZADO EM COLISÃO COM OUTROS VEÍCULOS E COM  
VEÍCULOS NÃO ESPECIFICADOS, A MOTOR, EM UM ACIDENTE DE TRÂNSITO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.:

Classificação de Risco:

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO....: CLECIA KELLY DO NASCIMENTO OLIVEIRA - CRN - PB - 7320

FUNÇÃO: NUTRICIONISTA

1ª VIA

Rubrica do Responsável



#### PRESCRIÇÃO NUTRICIONISTA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 NUTRIDRINK PROTEIN CHOCOLATE 200ML	1	FRASC		VO	2 VEZES AO DIA	
Obs.: OFERTAR AS 16H E AS 09H						
2 NUTRIDRINK PROTEIN MORANGO 200ML	1	FRASC		VO	1 VEZ AO DIA	
Obs.: OFERTAR AS 21H						

CLECIA KELLY DO NASCIMENTO OLIVEIRA  
CRN 7320

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO





## QUESTIONÁRIO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

### Tórax

Apesar de bastante seguro, o meio de contraste iodado é passível de algumas reações adversas. As reações mais comuns são leves e se caracterizam por urticária, náuseas ou vômitos. O meio de contraste iodado será administrado pela veia e o preparo realizado antecipadamente é de extrema importância para sua segurança.

Nome do paciente: Guilherme Felipe Pereira da Silva

Data de Nascimento: 31/03/1997

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Caro paciente,

Para maior conforto e segurança na realização do seu exame, responda as seguintes questões:

1. Tem alergia a medicamentos?  SIM  NÃO

Se sim, especifique: \_\_\_\_\_

2. Já fez exames com contraste iodado? (Tomografia computadorizada, angiografia digital, cateterismo ou urografia excretora)  SIM  NÃO

3. Teve alguma alergia a esse contraste?  SIM  NÃO

4. Tem outros tipos de alergias?  SIM  NÃO

Se sim, especifique: \_\_\_\_\_

5. Apresenta algum desses itens abaixo?

- Hipertensão  
 Diabetes, se sim faz uso de metformina:  sim  não  
 Colesterol alto  
 Tabagista  
 Asma, se sim quando foi a última crise: \_\_\_\_\_  
 Problema renal  
 Dialítico

6. Medicações que faz uso regular:

7. Valor da Creatina \_\_\_\_\_ Valor da Ureia: \_\_\_\_\_ Data do exame: \_\_\_\_\_

8. Para pacientes do sexo feminino:

Está grávida ou amamentando?  SIM  NÃO

FO.CDI.027-2



Paciente: 33335 - CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA

Idade: 20 Anos 11 Meses 24 Dias

Data de Nascimento: 31/12/1997

Prestador Assistente: BRUNO GUEDES WANDERLEY

Conselho / Número Cons.: CRM - PB - PB - 7940

Função: MEDICO(A)

## RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 97855

Leito: LEITO 329

Admissão: 22/12/2018 23:30

Convênio: BRADESCO SAUDE

Plano: EMPRESARIAL- ENFERMARIA

### EVOLUÇÃO: 719206 (FECHADO)

Data de Referência: 24/12/2018

Data/Hora do Documento: 24/12/2018 14:54

Data de Admissão Hospitalar: 22/12/2018

Diagnóstico Clínico: - POLITRAUMATIZADO ( TRAUMATISMO TORACICO + TRAUMA ABDOMINAL FECHADO + FRATURA COMINUTIVA DE OLECRANO E ESQUERDO )  
- ( ACIDENTE DE MOTOCICLETA )

Diagnóstico Nutricional:

Antropometria: Peso atual: 55Kg Peso Habitual: 55Kg Altura: 1,79m IMC: 17,18Kg/m<sup>2</sup>

### NEGA ALERGIA E/OU INTOLERÂNCIA ALIMENTAR

Paciente acordado e acompanhado durante a visita, nega náuseas e vômito, diurese presente, defecções ausentes, relata apetite aumentado, aceitou bem a dieta ofertada.

CONDUTA: Sigo prescrição médica.

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 024.

ANDREA AGUIAR FERNANDES DE LIMA 02368327436, AC VALID RFB, 02368327436 .

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GFT).



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE CIRURGIA

### DECLARAÇÃO

I. Eu, Criso Filipe Pinha de Silva, autorizo o Dr. (a) Raimundo Guedes Wunderlich a realizar a seguinte cirurgia: Enfarrugamento da Artéria da Coluna expondo osso.

II. Fui esclarecido (a) claramente sobre a proposta do procedimento cirúrgico a qual serei submetido (a), seus riscos, benefícios, complicações potenciais e alternativas;

III. Reconheço e entendendo que não há nenhuma garantia absoluta quanto aos resultados do tratamento, mas tive a informação de que os profissionais do Centro Cirúrgico do Hospital Nossa Senhora das Neves (HNSN) utilizarão todos os meios técnicos (medicamentos e equipamentos) disponíveis e internacionalmente preconizados para que o melhor resultado seja alcançado;

IV. Reconheço que podem ocorrer eventos imprevistos no decorrer do tratamento/procedimento, que exijam conduta diferente daquela proposta inicialmente;

V. Reconheço que durante a internação, novas condições podem requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente e que sejam necessários e desejáveis segundo o julgamento de profissional capacitado para tal. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento que não tenha sido do conhecimento do meu médico até o momento em que o tratamento for iniciado;

VI. Em caso de iminente risco de vida ou risco de perda da qualidade de vida, encontrando-me incapacitado para tomar decisões, o médico está autorizado a adotar condutas compatíveis com os padrões internacionalmente aceitos;

VII. Autorizo transfusões de sangue em caso de necessidade:  SIM  NÃO

VIII. Entendo que os tratamentos médicos clínicos ou cirúrgicos possam ser suspensos ou adiados de acordo com a orientação do médico responsável quando esta decisão se der em meu benefício;

IX. Certifico que este formulário me foi explicado, foi lido por mim ou para mim e que entendi o seu conteúdo, tendo concordado com o mesmo;

X. Este consentimento não é definitivo e poderá ser revogado por mim ou por meu responsável legal a qualquer tempo.

PACIENTE: Criso Filipe Pinha de Silva  
RG: 4.245.975 CPF: 124.562.864.54 DATA DE NASCIMENTO: 31/12/1994  
ENDERECO: Rua Pinheiros Nº 528 COMP.: \_\_\_\_\_  
BAIRRO: Barra Funda CIDADE: Santa Rita UF: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA: (Assinatura)

REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
ENDERECO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ COMP.: \_\_\_\_\_  
BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA: \_\_\_\_\_  
LOCAL: \_\_\_\_\_ DATA/HORA: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA - NOME: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA: \_\_\_\_\_

FO.DCT.016-3



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE ANESTESIA

### DECLARACÃO

I. Eu Cris Filipe Pereira da Silva autorizo o Dr. (a) \_\_\_\_\_ a realizar a seguinte anestesia: Anestesia e ou intubação, extubação, cirurgia de Cefalosse durante a cirurgia:

II. Fui esclarecido (a) claramente sobre a proposta de anestesia ao qual serei submetido (a), seus riscos, benefícios, complicações potenciais e alternativas;

III. Reconheço e entendendo que não há nenhuma garantia absoluta quanto as complicações que poderão ocorrer, mas tive a informação de que os profissionais do Centro Cirúrgico do Hospital Nossa Senhora das Neves (HNSN) são qualificados e utilizarão todos os meios e técnicas (medicamentos e equipamentos) disponíveis e internacionalmente preconizados para que o melhor resultado seja alcançado;

IV. Reconheço que podem ocorrer eventos imprevistos no decorrer do tratamento/procedimento, que exijam conduta diferente daquela proposta inicialmente;

V. Reconheço que durante a internação, novas condições podem requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente e que sejam necessários e desejáveis segundo o julgamento de profissional capacitado para tal. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento que não tenha sido do conhecimento do meu médico até o momento em que o tratamento for iniciado;

VI. Em caso de iminente risco de vida ou risco de perda da qualidade de vida, encontrando-me incapacitado para tomar decisões, o médico está autorizado a adotar condutas compatíveis com os padrões internacionalmente aceitos;

VII. Autorizo transfusões de sangue em caso de necessidade:  SIM  NÃO

VIII. Entendo que os tratamentos médicos clínicos ou cirúrgicos possam ser suspensos ou adiados de acordo com a orientação do médico responsável quando esta decisão se der em meu benefício;

IX. Certifico que este formulário me foi explicado, foi lido por mim ou para mim e que entendi o seu conteúdo, tendo concordado com o mesmo;

X. Este consentimento não é definitivo e poderá ser revogado por mim ou por meu responsável legal a qualquer tempo.

PACIENTE: Cris Filipe Pereira da Silva

RG: 4.245.905 CPF: 121.569.164-54 DATA DE NASCIMENTO: 31/12/1994

ENDEREÇO: Rua Prudente Nº 538 COMP.: \_\_\_\_\_

BAIRRO: Aldeota CIDADE: Santa Rita UF: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: Cris Filipe Pereira da Silva

REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ COMP.: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

LOCAL: \_\_\_\_\_ DATA/HORA: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA - NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

FO.DCT.017-4



**PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA"**

**OUTORGANTE:(s)**

CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA  
BASILIO CASADO RECIDENTE NA RUA  
PARAIBA nº 538 BAIRRO BOA ESFERANCA CE P 58301.350  
RG. 4.245.905 CPF 121.569.164-54 CIDADE  
SANTA RITA - PARAIBA - PI

**OUTORGADOS:** Procuração bastante que faz o outorgante acima qualificado e abaixo assinado pelo qual constitui como procurador e advogado o Dr. LUIS ANDRÉ DE SÁ E BENEVIDES ALBUQUERQUE – OAB.20.644/PB e JOSE ALBERTO DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE OAB 10469-PB, ambos com escritório na Rua Rodrigues de Aquino, nº 310, sala 03,Centro de João Pessoa-PB, telefone 32229062, onde recebem intimações. Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui os outorgados podendo os mesmos propor contra quem é de direito as ações competentes tanto no Juízo Cível e Criminal defendê-las nas contrárias no Juízo Cível e Criminal, Juizados Especiais Federais ou Estaduais, Fazenda Pública, e Segundo umas e outras, até o final da decisão, usando recursos legais e acompanhado-as, receber citação inicial, valores, receber alvarás no Banco do Brasil, receber RPV (requisição de pequeno valor), dar quitação, confessar, contestar, recorrer, transigir, desistir, renunciar direitos, firmar compromissos, arguir suspeições, efetuar requerimentos administrativos, requerer e receber documentos médicos e prontuários, junto a órgãos estaduais e hospitais, federais e municipais, tais como Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, Complexo Hospitalar de Mangabeira, podendo, inclusive, recorrer na esfera administrativa, revogar procurações e substabelecer, agindo em conjunto ou isoladamente, conferindo amplos poderes para foro em geral, em qualquer Juízo, na instância ou Tribunal, apresentar alegações finais, produzir provas, receber intimações e notificações, podendo ainda substabelecer com ou sem reserva de poderes, agindo em conjunto ou isoladamente, e tudo o mais que for necessário ao cumprimento fiel deste mandato.

Declara, ainda, nos termos do Art.1º da Lei nº. 7.115 580de 29 de Agosto de 1993 (dispõe sobre a prova documental) e Lei 1060/50, para o fim de obtenção do benefício da JUSTIÇA GRATUITA, que é hipossuficiente financeiramente, e sua situação econômica não lhe permite arcar com custas processuais e honorários Advocatícios, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família.

João Pessoa 27 de 05 de 2019

Caio Felipe Pereira da Silva  
CPF : 121.569.164-54



HOSPITAL HNSN

04/02/2019 11:40

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: JOAO.SOUZA

Relatório de Avaliação

Página 1 de 1

## Avaliação

Prontuário: 33335

Idade: 21 Anos

Paciente: CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA

Prestador(a) Assistente/Conselho: BRUNO GUEDES WANDERLEY

7940

Função: MEDICO(A)

Atendimento: 97855

22/12/2018 11:30

Convênio: BRADESCO SAUDE

Promoção: EMPRESARIAL-

Prestador responsável pelo documento: CAMYLLA VIEIRA DE ARAUJO

I COREN - PB - 000.306.864

Função: ENFERMEIRO(A)

Indicador: Braden (FECHADO)

26/12/2018 08:04

PERCEPÇÃO SENSORIAL 4 - Nenhuma limitação

UMIDADE 3 - Ocasional

ATIVIDADE 3 - Deambula ocasionalmente

MOBILIDADE 3 - Discreta limitação

NUTRIÇÃO 3 - Adequada

FRICÇÃO E CISALHAMENTO 3 - Sem problema aparente

RESULTADO 19.0

  
Tássia S. C. Castro  
Enfermeira

CAMYLLA VIEIRA DE ARAUJO COREN PB 264352

COREN - PB - 000.306.864



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

**CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA**, brasileiro ,casado, Operador de Máquinas, portador do RG nº 4.245.905 SSP/PB , CPF nº121. 569.164.-54, residente e domiciliado na Paraíba nº538, Bairro Boa Esperança CEP 58301-350 Santa Rita - PB vem por advogados, adiante assinados, respeitosamente à presença de vossa Excelência, propor a presente:

## **AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA SEGURO DPVAT**

Contra, **MAPFRE SEGUROS GERAIS , PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PRIVADO**, inscrito sob CNPJ nº 61.074.175/0082-01 com endereço na **Avenida Epitácio Pessoa, nº723, Bairro dos Estados, João Pessoa PB CEP 58030-000**, onde deverá ser citada na pessoa de seu representante legal para, querendo, responder aos termos da presente demanda, sob pena de revelia e confissão pelos motivos fáticos e jurídicos a seguir:

---

### **1 – PRELIMINARMENTE**

---

O Promovente é pobre e não tem condições financeiras de arcar com custas judiciais, sem prejuízo de seu sustento e da sua família. Assim Requer a este juízo os **Benefícios da Justiça Gratuita**,

**RUA: RODRIGUES DE AQUINO Nº 310 SALA 3 CENTRO JOÃO PESSOA PB CEP 58013-030**



**de acordo com a Lei 1650/50, por ser o promovente pobre, na forma da Lei.**

---

## **2 – DOS FATOS**

---

**1. No dia 22/12/2018 por volta das 20:0hs , o mesmo transitava pela Rua Virginio Veloso Borges , Tibiri Santa Rita –PB , quando vinha com sua motocicleta de marca HONDA POP 1101 ano e modelo 2018/2018 de cor Vermelha e placa QSM 2850 CHASSI n°9CJB0100JR086918 de sua propriedade.**

**2. Em dado momento, perdeu o controle e veio a colidir com um poste, devido a gravidade da pancada veio a cair ao solo , lesionando-se .**

**3. Após o ocorrido foi Socorrido e levado pela Viatura dos Bombeiros (conforme certidão anexa) nº 006/2019, sendo conduzido para o HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES E SENDO diagnosticado com POLITRAUMATIZADO (TRAUMATISMO TORÁXICO + TRAUMA ABDOMINAL FECHADO + FRATURA COMINUTIVA DE OLECRANO ESQUERDO) .**

**4. O Promovente deu entrada Administrativamente no Seguro DPVAT Recebendo o valor de R\$ 1.687,50 (HUM MIL SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS).**

**5. Desta forma, insatisfeito com o valor, pois entende que a perícia que foi efetuada pela promovida em sede administrativa, não mediou corretamente e de forma justa o dano causado e sua extensão, de forma que, vem o Promovente requerer através da justiça Requerer diferença a que tem direito, ou seja o valor de R\$ 7.762,50 (Sete Mil setecentos e sessenta e dois reais e cinqüenta centavos).**

**Ante ao exposto, recorrem ao Poder Judiciário para solução da lide, no sentido de receber o valor, estipulado em Lei Federal .**

**RUA: RODRIGUES DE AQUINO Nº 310 SALA 3 CENTRO JOÃO PESSOA PB CEP 58013-030**



---

### 3- DO DIREITO

---

#### **LEI Nº. 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974:**

**Dispõe sobre o seguro obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou sua carga, a pessoas transportadas ou não.**

**Artigo 5º - O pagamento da indenização será efetuado mediante a simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do Segurado.**

**a) Certidão de Óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova da qualidade Beneficiária – no caso de morte.**

**Artigo 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 consórcio, constituindo obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.**

---

### 4 - DA TABELA INSERTA NA MPV 451

---

Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
---	------------------------

RUA: RODRIGUES DE AQUINO N° 310 SALA 3 CENTRO JOÃO PESSOA PB CEP 58013-030



Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	
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	
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 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,	100
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais das Perdas
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais das Perdas
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

## ANEXO

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

## DAS INDENIZAÇÕES

**Art. 10. Os danos pessoais cobertos pelo Seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, que serão pagas diretamente ao beneficiário, observados os valores previstos nas normas vigentes, por pessoa vitimada.**

---

## 5- DOS PEDIDOS

---

RUA: RODRIGUES DE AQUINO Nº 310 SALA 3 CENTRO JOÃO PESSOA PB CEP 58013-030



**1-** A citação da Promovida no endereço acima declinado, para, querendo, responder aos temos da presente demanda, sob as penas impostas pela lei pertinente;

**2-** Provar o alegado por todos os meios admitidos em direito, requerendo todos, desde já, **especialmente perícia no promovente.**

**3-** Que seja condenada a promovida a pagar ao Promovente a importância de **R\$ 7.762,50 (Sete Mil setecentos e sessenta e dois reais e cinqüenta centavos), mais juros moratórios, desde o evento danoso e correção monetária.**

4-Requer, os **benefícios da Justiça Gratuita, de acordo com a Lei 1650/50, por ser o promovente pobre, na forma da Lei.**

5-Requer, por fim, que seja a promovida condenada em verba honorários de sucumbência no percentual **de 20% (vinte por cento), sobre o valor da condenação, bem como todas as despesas processuais.**

**Dá-se a causa o valor de R\$ R\$ 7.762,50 (Sete Mil setecentos e sessenta e dois reais e cinqüenta centavos),**

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

João Pessoa, 30 de Maio de 2019

**ALBERTO DE SÁ E BENEVIDES**  
**OAB-PB 10.469/PB**

**ANDRÉ DE SÁ E BENEVIDES**  
**OAB-PB 20.644/PB**

**RUA: RODRIGUES DE AQUINO N° 310 SALA 3 CENTRO JOÃO PESSOA PB CEP 58013-030**





**Poder Judiciário da Paraíba  
9ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0827178-44.2019.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Inicialmente, defiro a justiça gratuita.

Recebo a inicial vez que presentes os requisitos previstos no art. 319 e seguintes do CPC.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, vez que se trata de ação de cobrança de DPVAT, onde a Seguradora somente concilia após realização de perícia, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM<sup>1</sup> e calcado direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF).

Cite-se e intime-se (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção).

Via digitalmente assinada deste *decisum* poderá servir como carta/mandado.

Citações e intimações necessárias. Cumpra-se.

JOÃO PESSOA, 31 de julho de 2019.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: IVANOSKA MARIA ESPERIA DA SILVA - 14/08/2019 14:52:09  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19073116154847500000022450180>  
Número do documento: 19073116154847500000022450180

Num. 23151798 - Pág. 1

<sup>1</sup>Enunciado 35, ENFAM: Além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI, do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo.



Assinado eletronicamente por: IVANOSKA MARIA ESPERIA DA SILVA - 14/08/2019 14:52:09  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19073116154847500000022450180>  
Número do documento: 19073116154847500000022450180

Num. 23151798 - Pág. 2

**Poder Judiciário da Paraíba**  
**9ª Vara Cível da Comarca da Capital**  
Av. João Machado, s/n, Jaguaribe, João Pessoa/PB - 4º ANDAR  
CEP: 58.013-520 / Tel.: (83)-3208-2479

### **MANDADO DE CITAÇÃO**

Nº DO PROCESSO: **0827178-44.2019.8.15.2001**  
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]  
AUTOR: CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA  
RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Nome: **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**  
Endereço: AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, - até 1145 - lado ímpar, ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP:  
5 8 0 3 0 - 0 0 0

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) MM Juiz(a) de Direito desta 9ª Vara Cível da Comarca da Capital, manda ao Oficial de Justiça, a quem este for entregue, que, em cumprimento a este, proceda a Citação e intimação (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;

João Pessoa, em 30 de setembro de 2019

De ordem, VIRGINIA LUCIA GUEDES MONTEIRO  
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSO O LINK: <https://pje.tjpjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO

"Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 19053011120037200000020969760

PARA VISUALIZAR A DECISÃO ACESSO O LINK: <https://pje.tjpjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO

"Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXX



Assinado eletronicamente por: VIRGINIA LUCIA GUEDES MONTEIRO - 30/09/2019 15:15:34  
[http://pje.tjpjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909301515343100000024068945](https://pje.tjpjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909301515343100000024068945)  
Número do documento: 1909301515343100000024068945

Num. 24872034 - Pág. 1

## CERTIDÃO

Certifico que, citei a Mapfre, na pessoa de seu representante, conforme assinatura no mandado. Dou fé.

João Pessoa, 10 de outubro de 2019

of. de justiça- 9210-6



Assinado eletronicamente por: CLAUDETE PEREIRA MONTEIRO - 10/10/2019 09:26:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101009261326800000024360718>  
Número do documento: 19101009261326800000024360718

Num. 25184403 - Pág. 1

Poder Judiciário da Paraíba  
9ª Vara Cível da Comarca da Capital  
Av. João Machado, s/n, Jaguaribe, João Pessoa/PB - 4º ANDAR  
CEP: 58.013-520 / Tel.: (83)-3208-2479

### MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0827178-44.2019.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Endereço: AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, - até 1145 - lado ímpar, ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB -

CEP: 58030-000

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) MM Juiz(a) de Direito desta 9ª Vara Cível da Comarca da Capital, manda ao Oficial de Justiça, a quem este for entregue, que, em cumprimento a este, proceda a Citação e intimação (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;

João Pessoa, em 30 de setembro de 2019

De ordem, VIRGINIA LUCIA GUEDES MONTEIRO  
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO

CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 19053011120037200000020969760

PARA VISUALIZAR A DECISÃO ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO

CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXX



Assinado eletronicamente por: VIRGINIA LUCIA GUEDES  
MONTEIRO  
30/09/2019 15:15:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>  
ID do documento: 24872034



19093015153431000000024068945

[imprimir](#)

MAPFRE SEGUROS  
Lucas S. Espínola  
Assistente Comercial

08/10/2019



Assinado eletronicamente por: CLAUDETE PEREIRA MONTEIRO - 10/10/2019 09:26:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101009261338300000024361225>  
Número do documento: 19101009261338300000024361225

Num. 25184410 - Pág. 1