



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

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
21561657	30/05/2019 11:41	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
21579135	30/05/2019 11:41	<a href="#">AtestadoMedico</a>	Outros Documentos
21579139	30/05/2019 11:41	<a href="#">CertidaodeocorrenciaBombeiros</a>	Outros Documentos
21579140	30/05/2019 11:41	<a href="#">Certidaodeocorrenciapolicial</a>	Outros Documentos
21579142	30/05/2019 11:41	<a href="#">checklistcirurgia</a>	Outros Documentos
21579144	30/05/2019 11:41	<a href="#">ProcuracaoAutor</a>	Procuração
21579146	30/05/2019 11:41	<a href="#">ControleFisioterapia</a>	Outros Documentos
21579148	30/05/2019 11:41	<a href="#">DiagnosticodeEnfermagem</a>	Outros Documentos
21579450	30/05/2019 11:41	<a href="#">hnsn receituário</a>	Outros Documentos
21579452	30/05/2019 11:41	<a href="#">Prescriçãonutricionista</a>	Outros Documentos
21579454	30/05/2019 11:41	<a href="#">hnsnLAUDO FISIOTERAPIA</a>	Outros Documentos
21579456	30/05/2019 11:41	<a href="#">NutricionistaPrescricao</a>	Outros Documentos
21579457	30/05/2019 11:41	<a href="#">QuestionarioTomografia</a>	Outros Documentos
21579458	30/05/2019 11:41	<a href="#">RelatorioEvolucaoapaciente</a>	Outros Documentos
21579460	30/05/2019 11:41	<a href="#">TermoConsentimentoCirurgia</a>	Outros Documentos
21579461	30/05/2019 11:41	<a href="#">TermodeAnestesia</a>	Outros Documentos
21579476	30/05/2019 11:41	<a href="#">comprovante residencia</a>	Outros Documentos
21583020	30/05/2019 11:41	<a href="#">AvaliacaoMedica</a>	Outros Documentos
21583043	30/05/2019 11:41	<a href="#">PETIÇÃO INICIAL CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA</a>	Outros Documentos

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

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





## 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 SAUDE 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





VISTO EM: 14/01/19

*[Assinatura]*

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 Nº 121.569.164-54, vítima de acidente de trânsito (colisão (moto x poste)), ocorrido na Rua Virgínio Veloso Borges, Tibiri, 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 Vítima 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.

*[Assinatura]*  
**JYHARMENY DIEGO A. DE SOUSA**  
2ª TEN / MAT. 527.341-2  
Chefe da 3ª Seção

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-Hospitalar,  
Rua Doutor Orestes 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: crahpbm@bombeiros.pb.gov.br

18 MAR 2019  
**PROTOCOLO**  
AC. JOÃO PESSOA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01805.01.2019.1.00.401**

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 Gouvea 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: Virgínio 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:**

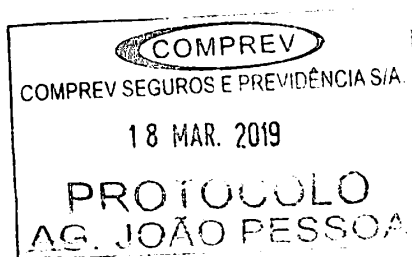
QUE, segundo o declarante no dia 22/12/2018 por volta das 20:00 horas quando transitava, pela Rua Virgínio Veloso Borges, Tibiri, Santa Rita-PB; com o veículo tipo HONDA POP 110i ano e modelo: 2018/2018, de cor vermelha de placa: QSM2850/PB CHASSI: 9C2JB0100JR086918 pertencente ao declarante; Que segundo 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, excepo 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





## 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

CONVÊNIO: BRADESCO SAUDE

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 antissepsia 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 eletrocaltério:

☒ 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 ESGOTO DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
DISSIMULE ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

6828450

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
003.006.275.0072.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y17E089870	10/07/2017	EXT MURU LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
317	333	16	30	21/03/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 M5.						
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.TERHOT	0	0	0	
SET/2018	17	COR	20	20	20	
AGO/2018	16	COL.TOTAIS	79	80	80	
MEDIA(M)	15	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 22/02/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:39:57

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

10 M3

37,91

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

6 M3

29,34

ESGOTO

PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 04/04

40,10

FATURAS EM ATRASO

REF 201812 97,55

REF 201901 107,33

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

VENCIMENTO:

04/03/2019

Total a Pagar:

R\$ 107,35



CONDIÇÃO 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 DEBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



CAGEPA

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

82620000001 4 07350010003 4 00682845001 2 02201940003 9



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 MAR. 2019

PROTOCOLO  
G. JOÃO PESSOA





# 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 SAUDE 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:

--

Intercorrência:

--

BIANCA EMANUELLE SILVA CONSTANCIO

CREFITO : 230071



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

Data de Nascimento: 31/12/1997

Idade: 21

**DIAGNÓSTICO(S) DE ENFERMAGEM**

ATENDIMENTO: 97855

DIAGNÓSTICO REALIZADO: 26770

26/12/2018 07:51

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:**

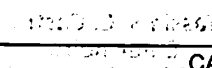
**DOM/CLASS:** DOMÍNIO 1: Promoção da saúde

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:**

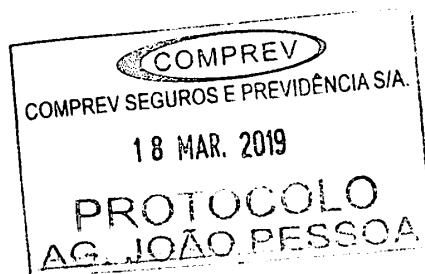
AO CONVENIO

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 184/2007, Resolução CFO 01/2007, 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 NP 004.  
HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA 93214311453, AG ONLINE RFG, 93214311453.

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



Diretor Técnico Médico  
Dr. Mamede Moura - CRM 6002





Prescrição.: 721104 Data: 26/12/2018 16:00

Usuário....: CLECIA.OLIVEIRA

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

Convênio....: BRADESCO SAUDE

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

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

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	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						

Assinado eletronicamente por:  
Luis Andre de Sa e Benevides Albuquerque  
em 30/05/2019 11:12:16

CLECIA KELLY DO NASCIMENTO OLIVEIRA  
CRN 7320

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO





## 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 SAUDE		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 diagnóstica:

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 FISIOTERAPÊUTICO 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

#### Numero de Sessões prevista por mês:

\* Em Algarismo e por extenso: 30

TRINTA SESSÕES

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

João Pessoa, 23/12/18

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

*[Assinatura manuscrita]*

GLADIR PEREIRA DE ARAUJO JUNIOR  
CREFITO : 221438-F





HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES LTDA  
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente  
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1  
Emitido por: JOAO.SOUZA  
Em: 04/02/2019 11:42

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

Usuário....: CLECIA.OLIVEIRA

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

Convênio....: BRADESCO SAUDE

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 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	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

Assinado eletronicamente por:  
Luis Andre de Sa e Benevides Albuquerque  
Data: 30/05/2019 11:12:18

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: Caro Felipe Pereira da Silva  
Data de Nascimento: 31/09/1997  
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 EESQUERDO )  
- ( ACIDENTE DE MOTOCICLETA )

Diagnóstico Nutricional:

Antropometria: Peso atual: 55Kg Peso Habitual: 55Kg Altura: 1,79m IMC: 17,18Kg/m²

NEGA ALERGIA E/OU INTOLERÂNCIA ALIMENTAR

Paciente acordado e acompanhado durante a visita, nega náuseas e vômitos, diurese presente, dejeções 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.0236327436, AC VALD RF8, 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, Carla Felipe Pereira da Silva  
Autorizo o Dr. (a) Bruno Guido Wanderley a realizar a seguinte cirurgia:  
Transfusão de Arterial de Colúmbia esquerda Osso

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

III. Reconheço e entendo 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: Carla Felipe Pereira da Silva  
RG: 4245825 CPF: 12756286454 DATA DE NASCIMENTO: 31/12/1994  
ENDEREÇO: Rua Panoiro Nº 538 COMP.:  
BAIRRO: Paraisópolis CIDADE: Santa Rita UF:  
ASSINATURA: Carla Felipe 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.016-3



# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE ANESTESIA

## DECLARAÇÃO

I. Eu, Crisa Felipe Pereira da Silva, a realizar a seguinte  
anestesia, autorizo o Dr. (a) \_\_\_\_\_ durante a cirurgia:  
Anestesia e ou lumbal, anestesia geral, Arterionia do Braço

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 entendo 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: Crisa Felipe Pereira da Silva  
RG: 4245905 CPF: 12156916454 DATA DE NASCIMENTO: 31/12/1997  
ENDEREÇO: Rua Penedo Nº 538 COMP.: \_\_\_\_\_  
BAIRRO: Parque CIDADE: Santa Rita UF: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA: Crisa Felipe 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





Sá e Benevides

ADVOCACIA

## PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA"

### OUTORGANTE:(s)

CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA  
BRASILEIRO CASADO RESIDENTE NA RUA  
PARAIBA Nº 538 BAIRRO BOA ESPERANÇA CEP 58301-350  
RG 4.245.905 CPF 121.569.164-54 CIDADE  
SANTA RITA - PARAIBA - PB

**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 Seguindo 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. 7.115 580 de 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 20 19

Caio Felipe Pereira da Silva

CPF : 121.569.164-54



HOSPITAL HNSN

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Avaliação

04/02/2019 11:40

Emitido por: JOAO.SOUZA

Página 1 de 1

### Avaliação

Prontuário: 33335

Paciente: CAIO FELIPE PEREIRA DA SILVA

Idade: 21 Anos

Prestador(a) Assistente/Conselho: BRUNO GUEDES WANDERLEY

7940

Função: MEDICO(A)

Atendimento: 97855

22/12/2018 11:30

Convênio: BRADESCO SAUDE

Plano: 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

NUTRICAÇÃO 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 nº9CJB0100JR086918 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 mediu 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 cinquenta 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	<b>Percentual da Perda</b>
---	--------------------------------

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



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	
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 esfinteriano; (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,	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	das Perdas
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
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	das Perdas
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 termos 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 cinquenta 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 cinquenta 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



<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.



**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 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



## 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



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

08/10/2013



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