



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

JOSE HILDO TAVARES DA SILVA, Brasileiro, Portador do RG. 2.858.863 SSP-PE e CPF. Nº 1.78.586.864-68 residente na Famosa Otaviano Albuquerque, Nº 90, Santa Luz, Passira-PE. CEP: 55.650-000.

e-mail: britoadvogados.adv@gmail.com

OUTORGADO: DERMEVAL BEZERRA DE BRITO FILHO, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 34.512, ALEXANDRE SERGIO CABRAL DE BRITO, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PE nº 32.209 e REGYANNY SOARES DE BRITO SILVA, brasileira, casada, inscrita na OAB/PE nº. 9.839-E, ambos com endereço profissional na Rua Vigário Joaquim Pinto, nº 433, Centro, Limoeiro - PE, CEP: 55.700.000, Fone: 81-9.9899-0904, e-mail: britoadvogados.adv@gmail.com onde recebem citações, intimações e notificações de estilo.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhes os poderes da **cláusula ad judicium et extra**, para o foro em geral, e especialmente para: PROPOR AÇÃO CIVEL, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima descrito, o poder para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, requerer e receber Alvará Judicial (com direito de pedir a retenção dos honorários advocatícios contratados), dar quitação, firmar compromisso, pedir à justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica. (Em conformidade com a norma do art. 105 do CPC). Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

TERMO DE CARÊNCIA: Declaro, para os devidos fins de prova junto ao Poder Judiciário, que sou pobre na forma da lei, e não tenho condições financeiras para arcar com as custas processuais, declaração esta que faço sob as penas da Lei e sob minha própria responsabilidade.

Limoeiro, 07 de Jan de 2019.

OUTORGANTE: Jose Hildo Tavares da Silva



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

E-01

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.858.863 DATA DE EXPEDIÇÃO 20.05.1999

NOME JOSE HILDO TAVARES DA SILVA

FILIAÇÃO Severino Tavares da Silva
Severina Jocelina da Conceição

NATURALIDADE Passira-PE DATA DE NASCIMENTO 28.10.1965

DOC. ORIGEM C.C. 182 Liv. B-1 Fl. 143v
Cart. de Saigadinho-PE

CPF 438.586.864-08

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



celpe
necenergia

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-09 | Ins. Est. 000545-03 | www.celpe.com.br

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
gê. Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

DADOS DO CLIENTE
JOSE HILDO TAVARES DA SILVA
CPF 438 588 884-68

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV OTAVIANO ALBUQUERQUE 30
STAINES/PASSIRA
PASSIRA/PE
55850-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
REDE NACIONAL
Monofásico

CONTA CONTRATO
1294505047
MÊS/MO
02/2018

DATA DE VENCIMENTO
28/02/2018
DATA DE PAGAMENTO
22/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
98,73

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	189,000000	0,68874584	132,41
Contribuição Iluminação Pública			18,59
ICMS Substituição - CDE-NF 002819118-23/12/17			1,22
Compensação DIC Trimestral 04/17			-21,00
Compensação DIC Anual 2017			-0,78
Compensação DIC 12/17			-29,71

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MÊS	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº de Constante	Consumo (kWh)
FEV 18	158	132,41	189,00	1,00000	189,00

RELAÇÃO DE CONSUMO

MÊS	Consumo (kWh)
FEV 18	158
JAN 18	222
DEZ 17	204
NOV 17	212
OUT 17	194
SET 17	193
AGO 17	198
JUL 17	197
JUN 17	204
MAI 17	152
ABR 17	108
MAR 17	110
FEV 17	100

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Item	Valor (R\$)	Porcentagem (%)
Transmissão	78,37	79,40%
Distribuição (Celpe)	37,28	37,80%
Perdas de Energia	6,72	6,81%
Energia Estorada	12,17	12,33%
Tributos	37,28	37,80%
Total	132,41	100%

TARIFAS APLICADAS
0,68874584

28C9 F07F 5898 18E00E81054 0E47 72A8

Notas fiscais e recibos em vigor e a validade das informações aqui apresentadas é de 12 meses a contar da data de emissão. A validade das informações aqui apresentadas é de 12 meses a contar da data de emissão. A validade das informações aqui apresentadas é de 12 meses a contar da data de emissão.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	Valor	Valor	Valor
3001/18	21/02/18	170,72	21/02/18

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMISSÕES

Passagem	Passagem	Limite	Limite	Limite
Passagem	Passagem	Passagem	Passagem	Passagem

TIPO DE TENSÃO

TIPO DE TENSÃO	TIPO DE TENSÃO
TIPO DE TENSÃO	TIPO DE TENSÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
08 MAI 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lapa
Craças - Recife/PE - CEP 51020-000



AMEMBASSY DE WASHINGTON
08 MAY 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115 Loja 6
Gratos - Rio de Janeiro CEP: 52071-040

JAN-2013



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0346368

Prontuário: 00129727-9

Nome: JOSE HILDO TAVARES DA SILVA

Idade: 51 ANOS, 7 MESES E 4 DIAS

Endereço: RUA OTAVIANO SOARES DE ALBUQUERQUE

Dt. Nasc.: 28/10/1965

Sexo: M

Est. Civil: CASADO

Cidade: PASSIRA/PE

Bairro: ALTO SANTA INES

CEP:

Documento:

CNS: 898002957419906

Nac: BRASILEIRO

Mãe: SEVERINA JOCELINA DA CONCEICAO

Sisprenatal:

Tel.:

Profissão: COMERCIANTE

Pai: SEVERINO TAVARES DA SILVA

Responsável: O MESMO

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
01/06/2017 19:37	0346368	ACIDENTE DE MOTO
02/12/2016 22:57	0305975	CLINICO

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

Com um leve
dor no
fêmur pelo
SAH de
Pneumonia.

Tratamento

Remetido
transferido para
Leito de
Hospital
Sinhô: 5187742

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência

☐

Internado

☐

Justificativa:

fêmur

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

as ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

CURATIVO

NEBULIZAÇÃO

ADM MEDICAMENTO:

BÁSICO

ESP

RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

Consultas / Atendimento Médico:

urgência básica

urgência especializada

observação básica

observação especializada

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO



Paciente após solicitação de
ambulância posicionada; não
aceitou ir para o hospital e
destino de seu - Evadido

MOURACIA TORRES DANTAS FIGUEIROA
Mouracia Torres Dantas Figueiroa
COREN-370-692-1/11-375885
CPF: 407.918.644-87



02/05/2018

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Vai



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 118ª CIRCUNSCRIÇÃO - PASSIRA - DP118ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0208000221**

441301
0163151/18

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/05/2018** às **21:59**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **1/6/2017** às **18:35**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PASSIRA, 01, PROXIMO AO POSTO BOA VISTA** - Bairro: **CENTRO - PASSIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE-095**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
LUANA TAVARES DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ HILDO TAVARES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ HILDO TAVARES DA SILVA**



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSÉ HILDO TAVARES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA JOCELINA DA CONCEIÇÃO** Pai: **SEVERINO TAVRES DA SILVA** Data de Nascimento: **28/10/1965** Naturalidade: **PASSIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2858863/SSP/PE (RG); 43858686468 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COMERCIANTE**
Endereço Residencial: **RUA OTAVIANO SOARES DE ALBUQUERQUE, 30 - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO SANTA INES - PASSIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PASSIRA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PASSIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUANA TAVARES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **09365261490 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PASSIRA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PASSIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUANA TAVARES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ HILDO TAVARES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **ROSA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KII5049 (PERNAMBUCO/PASSIRA)** Renavam: **547898401** Chassi: **9C2JC4820DR078095**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=208&idOc=7087137&nroBO=18E0208000221&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%20DE%20TR>



Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE NO DIA 01/06/2017 SE DESLOCAVA DE MOTOCICLETA DE SUA RESIDENCIA COM DESTINO A SEU COMERCIO QUE FICA AS MARGENS DA PE-095 NESTA CIDADE, QUANDO EM DADO MOMENTO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E VEIO A CAIR NO ACOSTAMENTO. POPULARES QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE ACIONARAM O SAMU QUE REGISTROU A OCORRENCIA DE Nº 339.250, COMO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURAS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. EM SEGUIDA TRANSFERIRAM A VITIMA PARA O HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO, ONDE O ATENDIMENTO FOI REGISTRADO NA OCORRENCIA Nº 346.368 COMO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO E APÓS O RAIOS X FICOU CONSTATADO FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO. O MEDICO DE PLANTÃO QUIS ENCAMINHAR O PACIENTE PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS NA CIDADE DO RECIFE, MAS O PACIENTE JOSÉ HILDO TAVARES DA SILVA RECUSOU-SE A SER TRANSFERIDO OPTANDO IR PARA A CLINICA ORTOP NA CIDADE DE CARUARU ONDE PASSOU POR CIRURGIA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOSÉ HILDO TAVARES DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **LUCIANO SOUZA DA SILVA** - Matrícula: **273596-2**



<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=208&idOc=7087137&nroBO=18E0208000221&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%20DE%20TR>





EXAME NEUROLÓGICO

PREFEITURA DE PASSIRA

Avaliação Primária	Sinais de Dist. Cerebral	Avaliação das Pupilas	Lesões Intra-abdominais
<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Déficit Motor	<input type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Lesões intra-torácicas
<input type="checkbox"/> Resposta Verbal	<input type="checkbox"/> Desvio de Comissura Labial	<input type="checkbox"/> Anisocóricas	<input type="checkbox"/> Presença / Sangue
<input type="checkbox"/> Resp. estímulo Color.	<input type="checkbox"/> Dificuldade na Fala	<input type="checkbox"/> Midríase	<input type="checkbox"/> Fratura - Ossos Longos
<input type="checkbox"/> Inresponsivo		<input type="checkbox"/> Míscia	<input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Fechada

ESCALA DE GLASGOW			
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total de Pontos
Abertura Ocular Espontânea	Orientado	Obedece Comando	15
Abertura Ocular à Voz	Confuso	Localiza dor / estímulo doloroso	
Abertura Ocular à Dor	Resposta Inapropriada	Retirada do estímulo doloroso	
Sem Abertura Ocular	Sons Ininteligíveis	Flexão Anormal (Desorientação)	
	Sem Resposta Verbal	Extensão Anormal (Desorientação)	
		Sem Resposta Motora	

CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

<input type="checkbox"/> Aspiração de Sangue e Secreções	Ventilação Mecânica	Outras Condutas:
<input type="checkbox"/> Intubação Orotraqueal	Modalidade: <input type="checkbox"/> Fi <input type="checkbox"/> Ti	
<input type="checkbox"/> Imobilização da Coluna Cervical	FIO: _____	Intercorrências:
<input type="checkbox"/> Infusão de Fluidos	Adaptação Ventilação	
<input type="checkbox"/> Reanimação Cardiorrespiratória	<input type="checkbox"/> Bem <input type="checkbox"/> Mal	
<input type="checkbox"/> Imobilização de membros		
O2: <input type="checkbox"/> Catéter <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Venturi % <input type="checkbox"/> Masc./ Reservatório		
USO DE ALCÓOL E/OU OUTRAS DROGAS		
<input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Anfetamina <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Cola <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/>		

Informante: <input type="checkbox"/> A própria vítima <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Outros - Especificar: _____				
<input type="checkbox"/> Alteração de Humor	<input type="checkbox"/> Agitado/Irritado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente	Referê ingestão de bebida alcoólica há: _____ hs
<input type="checkbox"/> Alteração na Marcha	<input type="checkbox"/> Agressivo	<input type="checkbox"/> Hálito Alcodórico	<input type="checkbox"/> Sonolento	

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado o Paciente: <u>Regional de Imperatriz</u>	<input type="checkbox"/> Mesa Retida na Unidade Hospitalar
Registro no hospital:	<input type="checkbox"/> Orientação para o Ambulatório
Médico que recebeu:	<input type="checkbox"/> Óbito Antes do Atendimento
	<input type="checkbox"/> Óbito durante Atendimento
	<input type="checkbox"/> Prancha Retida
	<input type="checkbox"/> Removido antes do Atendimento
Assinatura do Médico Responsável: _____	

EQUIPE

Médico Regulador: <u>Dr. Alcione</u>	Médico Assistente: <u>Dr. Tarciso</u>
Enfermeira: _____	Socorrista: <u>M^{te} Claudiana</u>
Condutor/Piloto: <u>Agumaldo</u>	Op. de Frota/OEE: <u>Josene</u>
Função do Responsável pelo preenchimento: <u>Téc. Exp. M^{te} Claudiana</u>	
SOLICITOU APOIO DA UTI <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
Obs: _____	

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.	
Ass.: _____	Testemunhas:
ID.: _____	Nome: _____
Data: ____/____/____	ID.: _____





SAMU
192



PREFEITURA DE PASSIRA

Hora de chamado: 18:42
Chegada ao local: 19:30
Saída do local: 19:30
Hora da conclusão: 19:30
Saída do Hospital: H

FICHA DE ATRIBUIÇÃO

Data da solicitação: 01/06/17 Distrito: Número da ocorrência: 07C.339.250

Motivo/solicitação: Remoção

☐ VIA PÚBLICA ☐ DUBIÓSCA ☐ EVENTOS ☐ OBSTÉTRICO

☐ Clínico ☐ Clínico ☐ HANGAR ☐ PSIQUIÁTRICO

☐ Causas Externas ☐ Causas Externas ☐ METROPOLITANO ☐ TROTE/CANCELADAS

☐ ÓBITO ☐ REMOÇÃO-senha:

IDENTIFIC

Paciente: José Helder Tavares da Silva idade: 51 anos

Sexo: ☒ Masculino ☐ Fêmea Profissão: Fone:

End: Posto Boa Vista Bairro: Fone:

Solicitante: Enfermeira Jureu Fone:

End. Ocorr.: Bairro: Referência:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acid. Automóvel	Acid. Motocicleta	Atropelamento	Mecan. do Trauma
<input type="checkbox"/> Motorista	<input checked="" type="checkbox"/> Motociclista	<input type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Capotamento
<input type="checkbox"/> Passageiro/Frente	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Calçada	<input type="checkbox"/> Ejeção
<input type="checkbox"/> Passageiro/Atrás	<input type="checkbox"/> Uso do Capacete	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Impacto Frontal
<input type="checkbox"/> Uso do Cinto	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Impacto Lateral
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Impacto Traseiro
Acid. Trânsito	Acid. Ciclista	Intoxicação	Exposições
<input type="checkbox"/> Carro ou Moto	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> An. Peçonhento	<input type="checkbox"/> Choque Elétrico
<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exógena	<input type="checkbox"/> Fogo
<input type="checkbox"/> Caminhão	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> J11 / J21 / J31
Placa:		Agente Causador	<input type="checkbox"/> Fumaça
			<input type="checkbox"/> Subst. Química
Queda	Queda	Agressões	
<input type="checkbox"/> Semi-Afogamento	<input type="checkbox"/> Própria Altura	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Agressão Física
<input type="checkbox"/> Escoramento	<input type="checkbox"/> Outra Altura	<input type="checkbox"/> Tipo -	<input type="checkbox"/> Maus Tratos
<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Aproximadamente metros	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Abuso Sexual
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Tipo -	

CAUSAS CLÍNICAS

História clínica atual: acidente de moto

paturas membro inferior esquerdo

Hipótese Diagnóstica Conhecida:

AValiação CLÍNICA

Temperatura	Circunferência (NGT)	Agitação Psicomotora	Sudorese	Semido/Estridor
<input type="checkbox"/> Mito Adrenal	<input type="checkbox"/> Primal	<input type="checkbox"/> Desidratado	<input type="checkbox"/> Refrimento Ass. Nave	<input type="checkbox"/> Obes. des. v. adrean
		<input type="checkbox"/> Lesões de Pele	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Retenção Urinária
		<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Deformidade torax	<input type="checkbox"/> Sínd. Expiratória
		<input type="checkbox"/> Pálido	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Tiragem Intercostal
		<input type="checkbox"/> Torção de braço	<input type="checkbox"/> Cianose labial	<input type="checkbox"/> Cianose Muc
		<input type="checkbox"/> Pericardite	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Ruim

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
01 MAI 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 8
Gracas - Recife / PE CEP: 52011-900





SAMU
192



PREFEITURA DE PASSIRA

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária:	Sinais de Dist. Cerebral:	Avaliação das Pupilas:	Lesões Intra-abdominais:
<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Déficit Motor	<input type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Lesões Intra-torácicas
<input type="checkbox"/> Resposta Verbal	<input type="checkbox"/> Desvio de Comissura Labial	<input type="checkbox"/> Anisocóricas	<input type="checkbox"/> Presença / Sangue
<input type="checkbox"/> Resp. estímulo Dolor.	<input type="checkbox"/> Dificuldade na Fala	<input type="checkbox"/> Midríase	<input type="checkbox"/> Fratura - Ossos Longos
<input type="checkbox"/> Irresponsivo		<input type="checkbox"/> Míozia	<input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Fechada

ESCALA DE GLASGOW			
Abertura Ocular:	Resposta Verbal:	Resposta Motora:	Total de Pontos
Abertura Ocular Espontânea: 4	Orientado: 5	Obedece Comando: 6	15
Abertura Ocular à Voz: 3	Confuso: 4	Resposta Estímulo Doloroso: 5	
Abertura Ocular à Dor: 2	Resposta Inapropriada: 3	Retirada do Estímulo Doloroso: 4	
Sem Abertura Ocular: 1	Sons Ininteligíveis: 2	Flexão Anormal (Desorientação): 3	
	Sem Resposta Verbal: 1	Extensão Anormal (Descebração): 2	
		Sem Resposta Motora: 1	

CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

<input type="checkbox"/> Aspiração de Sangue e Secreções	<input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica	Outras Condutas:
<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	Modalidade: <input type="checkbox"/> Fi	
<input type="checkbox"/> Imobilização da Coluna Cervical	FIO: <input type="checkbox"/> Fi	Intercorrências:
<input type="checkbox"/> Infusão de Fluidos	<input type="checkbox"/> Adaptação Ventilação	
<input type="checkbox"/> Reanimação Cardiorrespiratória	<input type="checkbox"/> Bem <input type="checkbox"/> Mal	
<input type="checkbox"/> Imobilização de membros		

Q1: ☐ Cateter ☐ CPAP ☐ Venturi ☐ % ☐ MascO Reservatório

USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

☐ Alcool ☐ Anfetamina ☐ Cocaína ☐ Cola ☐ Crack ☐ Maconha

Informante: ☐ A própria vítima ☐ Familiares ☐ Outros - Especificar: _____

<input type="checkbox"/> Alteração de Humor	<input type="checkbox"/> Agitado/Irritado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente	Referê ingestão de bebida alcoólica há: 14s
<input type="checkbox"/> Alteração na Marcha	<input type="checkbox"/> Agressivo	<input type="checkbox"/> Hálito Alcoólico	<input type="checkbox"/> Sonolento	

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado o Paciente: Regional de Lopo

Registro no hospital: 1

Médico que recebeu: [Assinatura]

Assinatura do Médico Responsável: _____

<input type="checkbox"/> Maca Retida na Unidade Hospitalar
<input type="checkbox"/> Orientação para o Ambulatório
<input type="checkbox"/> Óbito Antes do Atendimento
<input type="checkbox"/> Óbito durante Atendimento
<input type="checkbox"/> Prancha Retida
<input type="checkbox"/> Removido antes do Atendimento

EQUIPE

Médico Regulador: Dr. Alcione Médico Assistente: Dr. Tarciso

Enfermeira: _____ Socorrista: M^{te} Claudiana

Condutor/Piloto: Aquinaldo Sobr. de Frota/OEE: Josene

Função do Responsável pelo preenchimento: Téc. Enf. M^{te} Claudiana

SOLICITOU APOIO DA UTI ☐ SIM ☒ NÃO

Obs: _____

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.

Ass.:	Testemunhas:
ID.: _____	Nome: _____
Data: ____/____/____	ID.: _____





Qualidade
LAC
Desde 1990

BIOQUÍMICA
HEMATOLOGIA
MICROBIOLOGIA
HORMÔNIOS
IMUNOLOGIA
BIÓPSIA
CITOLOGIA ONCÓTICA
TESTE DO PEZINHO
TESTE DE PATERNIDADE
REAÇÕES INTRADÉRMICAS
PARASITOLOGIA
URINALISES

DRS NELSON VILLALON BARRERA
Médico
CRM - PE 21593

RECEITUÁRIO

Paciente:

Endereço:

Jose Seildo Tavoris da Silva

Lesões audíveis

Atesto para os devidos fins que o paciente acima exposto tem sequelas permanentes de fratura do maxilar mediano e do maxilar lateral, fixados por placa e parafusos autônomos, com dificuldades para a locomoção de forma permanente

CID 10 : S-82.5 / S-82.6

ODIS NELSON VILLALON BARRERA
Médico
CRM - PE 21593

4 / 7 / 18

ODIS NELSON VILLALON BARRERA
Médico
CRM - PE 21593

Dr. Odis Nelson Villalon Barreira
Médico
CRM: 21593-PE

ATENDIMENTO: SEGUNDA À SEXTA FEIRA DAS 14:30 AS 17:00 HORAS

NOTA: Em caso de divergências de resultados nesta correlação, solicitamos entrar em contato com o Laboratório.

Expediente:

(81) 3651-1772 / 99698-8474 / 99139-0120 / 98531-6226

www.laboratoriomarciosouza.com.br - marcio.lac@hotmail.com

Rua da Saudade, nº 80 - Centro - Passira - PE



ORTOP

AV. AGAMENON MAGALHÃES, 1116, MAURÍCIO DE NASSAU, (81) 3136 – 2983.

José Hildo Tavares da Silva - 51 anos 7 meses e 18 dias

CPF : 438.586.864-68

ATESTO QUE PARA OS DEVIDOS FINS A PACIENTE ACIMA, ENCONTRA-SE **INCAPAZ** DE
REALIZAR SUAS OCUPAÇÕES LABORATIVAS POR MOTIVOS SAÚDE POR TEMPO DE 180 DIAS.
CID-10 : M 82.6 / M82.5

CARUARU 15 DE JUNHO 2017

DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA (SBOT) & CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPÉDICO (COMITÊ SBTO)

CRM 15582 – TEOT 13985



CLINICA ORTOP

RC

PACIENTE: JOSE HILDO TAVARES DA SILVA
MÉDICO SOLICITANTE: Dr (a). SEBASTIAO INÁCIO
DATA: CARUARU, 05 DE JUNHO DE 2017.
PLANO: AMIL
NASCIMENTO: 21/10/1965

RX DO TORNOZELO ESQUERDO

Controle de tratamento cirúrgico de fratura do maléolo medial e do maléolo lateral,
fixadas por placas e parafusos metálicos.
Presença de aparelho gessado, dificultando a análise radiológica.



Dr. João Rodrigues A. Neto
Radiologista
C.R.M. 11976

AV. AGAMENON MAGALHÃES, 1116 MAURICIO DE NASSAU CARUARU-PE
CEP: 55014250



CLINICA ORTOP

RC

PACIENTE: JOSE HILDO TAVARES DA SILVA
MÉDICO SOLICITANTE: Dr (a). SEBASTIAO INÁCIO
DATA: CARUARU, 05 DE JUNHO DE 2017.
PLANO: AMIL
NASCIMENTO: 21/10/1965

RX DO TORNOZELO ESQUERDO

Controle de tratamento cirúrgico de fratura do maléolo medial e do maléolo lateral.
fixadas por placas e parafusos metálicos.
Presença de aparelho gessado, dificultando a análise radiológica.


Dr. João Rodrigues A. Neto
Radiologista
C.R.M. 11976

AV.AGAMENON MAGALHÃES,1116 MAURICIO DE NASSAU CARUARU-PE
CEP:55014250



ORTOP



AV. AGAMENON MAGALHÃES, 1116, MAURÍCIO DE NASSAU, (81) 3136 – 2983.

LAUDO MÉDICO (DPVAT)

JOSÉ HILDO TAVARES DA SILVA

CPF : 438.586.864 - 68

PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM FRATURA COMPLEXA EM TÍBIA ESQUERDA TRATADA CIRURGICAMENTE COM MATERIAL DE SINTESE (PLACA/PARAFUSO) .

EVOLUI COM MARCHA CLAUDICANTE COM LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO/SUPINAÇÃO EM ARTICULAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO.

ALTA EM 20/11/17

CID -10 : S82.5/S82.6

CARUARU 07 DE JUNHO 2018

DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA **(SBOT)** & CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPÉDICO **(SBOT)**

RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO **(ASAMI)**

CRM 15582 – TEOT 13985.

Dr. Gustavo Libório
CIRURGIA DO TRAUMA

CRM/PE: 15582
TEOT 13985



ORTOP

AV. AGAMENON MAGALHÃES, 1116, MAURÍCIO DE NASSAU, (81) 3136 – 2983.

José Hildo Tavares da Silva - 51 anos 7 meses e 18 dias

CPF : 438.586.864-68

ATESTO QUE PARA OS DEVIDOS FINS A PACIENTE ACIMA, ENCONTRA-SE INCAPAZ DE
REALIZAR SUAS OCUPAÇÕES LABORATIVAS POR MOTIVOS SAÚDE POR TEMPO DE 180 DIAS .

CID -10 : M 82.6 / M82.5

SP2.5 SP2.6.

CARUARU 15 DE JUNHO 2017

DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA (SBOT) & CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPÉDICO (COMITÊ SBTO)

CRM 15582 – TEOT 13985



SINISTRO 3180208201 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE HILDO TAVARES DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOSE HILDO TAVARES DA SILVA**CPF/CNPJ:** 43858686468**Posição em 11-10-2018 20:10:56**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/07/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



SINISTRO 3180208201 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE HILDO TAVARES DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOSE HILDO TAVARES DA SILVA**CPF/CNPJ:** 43858686468**Posição em 26-06-2018 12:33:45**

Fizemos uma tentativa de liberação do pagamento, porém o crédito foi rejeitado pelo banco devido à inconsistência nos dados bancários fornecidos, conforme carta abaixo enviada para seu endereço. Por gentileza, entregue uma nova autorização de pagamento no local onde seu pedido de indenização foi aberto para dar continuidade ao processo. [clique aqui](#) para imprimir o formulário.





EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE PASSIRA ESTADO DE PERNAMBUCO.

JOSÉ HILDO TAVARES DA SILVA, brasileiro, casado, natural de Passira/PE, filho de Severino Tavares da Silva e Severina Jocelina da Conceição, portador do RG n.º 2.858.863 SSP/PE, inscrito no CPF/MF n.º 438.586.864-68, residente e domiciliado na Travessa Otaviano Albuquerque, n.º 30, Bairro Santa Inês, Passira – PE, CEP 55650-000, e-mail: britoadvogados.adv@gmail.com, por seu advogado devidamente constituído através de instrumento procuratório anexado aos autos, vem, muito respeitosamente à presença de Vossa Excelência., com fundamento no art. 319 e s.s. do Código de Processo Civil, art. 3º da Lei 6.194/74, propor

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, com endereço para notificações na Rua Senador Dantas, n.º 74, 5º andar, Centro – Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205, CNPJ: 09248608/0001-04, e também da **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, pessoa jurídica de direito privado, com endereço para notificações na Avenida Engenheiro Domingos Ferreira, n.º 345, Boa Viagem – Recife – PE CEP: 51.011-050 CNPJ: 60831344/0001-74, pelas razões de fato e de Direito a seguir articuladas:

PRELIMINARMENTE

BENEFÍCIO JUSTIÇA GRATUITA

A parte autora é pobre na forma da lei e, como tal, não lhe é possível demandar sem prejuízo do seu próprio sustento e do da sua família, motivo pelo qual faz jus aos benefícios da Justiça Gratuita, para todos os efeitos da Lei n.º 1.060/50 c/c os arts. 1º ao 3º, da Lei 7.115/83; art. 4º, da Lei n.º 7.510/86 e art. 5º, LXXIV da CF/88.

Válido salientar que em sede de benefício de gratuidade judiciária, o STJ consolidou o entendimento no sentido de que a matéria reflete uma presunção juris tantum. Para a concessão do benefício de assistência judiciária basta requerimento em que a parte afirme a sua pobreza.

DA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO OU MEDIAÇÃO

Em obediência ao art. 319, inciso VII, do Código de Processo Civil, o autor, vem, informar que não opta pela realização da audiência de conciliação, ante a necessidade de produção de prova pericial.

DO CONVÊNIO ENTRE AS SEGURADORAS DO DPVAT E O TJPE

Rua Vigário Joaquim Pinto, nº 433-A, Centro, Limoeiro/PE, CEP 55.700-000.

E-mail britoadvogados.adv@gmail.com/ Fone: 9.9899-0904





Culto Julgador, a ação necessita de produção de prova técnica (perícia médica), desta forma, fora realizado um convênio entre as seguradoras de consórcios DPVAT e o Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco, para os custeios dos honorários dos peritos, indicado e nomeados por Vossa Excelência, conforme Ofício nº. 0005/2015.

A prova pericial se torna necessária para o deslinde da ação, por tanto, requer a nomeação do perito judicial, em conformidade com Ofício nº. 0005/2015 e Ofício DPVAT/JUR nº. 583/2015 e posteriormente uma possível composição amigável.

1. DOS FATOS:

A parte autora é segurado do seguro obrigatório (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres - DPVAT), o mesmo foi vítima de acidente de trânsito, quando pilotava uma motocicleta de, Honda BIZ ES, 125 CC, de propriedade de Luana Tavares da Silva, com ano de fabricação em 2013, de placa KII9049, RENAVAL 547898401, perdendo o controle da motocicleta e veio a cair na Rodovia PE-95.

O fato ocorreu no dia 01/06/2017, a noite por volta das 18h35min, sendo socorrido pelo SAMU, que constatou a fratura do membro inferior esquerdo, no qual foi removido para o Hospital Regional de Limoeiro, após o raio X identificou fratura no tornozelo esquerdo, foi transferido para clínica Ortopédica ORTOP, onde foi submetido a cirurgia para na Tíbia esquerda com a colocação de placa/parafuso, ocasionando a debilidade permanente do membro inferior esquerdo, conforme o laudo em anexo.

Entrando-se administrativamente perante a requerida, solicitou o pagamento do seguro obrigatório, que lhe era de direito, com Sinistro nº3180208201, e mesmo a seguradora ré ciente da invalidez permanente do requerente este recebeu a quantia de **R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

A parte autora recebeu a quantia menor, pois a quantia certa para cobertura no caso de invalidez permanente na região do membro inferior esquerdo, conforme a Lei nº 6.194/1964 é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Vale salientar que a invalidez do requerente já foi atestada pela própria seguradora, vez que reconhecendo a incapacidade adquirida do requerente efetuou apenas parte do pagamento devido, mesmo sabendo que o valor efetivamente devido era bem superior.

2. DO DIREITO:

Em conformidade com o art. 3º da lei nº 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, vejamos o que nos diz este artigo com sua alínea:

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

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

Rua Vigário Joaquim Pinto, nº 433-A, Centro, Limoeiro/PE, CEP 55.700-000.

E-mail: britoadvogados.adv@gmail.com/ Fone: 9.9899-0904





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

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.” (NR).

Conforme documentação probatória, o nexo de causalidade entre o fato ocorrido (acidente) e o dano dele decorrente é inequívoco, fazendo jus a parte autora ao recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º, § 1º, da Lei nº 6.194/74:

Art. 5º - O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer liquidação, no prazo de quinze dias da entrega dos seguintes documentos: (Parágrafo alterado pela Lei 8441/91) (...)

Conforme já mencionado, a seguradora requerida pagou a indenização a menor, pois a quantia correta para cobertura de invalidez permanente é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), pois a debilidade foi no membro inferior esquerdo, conforme Relatório Médico para Avaliação de Invalidez Permanente em anexo.

O quadro abaixo ilustra ainda mais o disparate da situação:

Valor legal	Valor pago pela demandada	Diferença (valor legal – valor recebido)
R\$ 13.500,00	R\$ 1.687,50	R\$ 11.812,50

Segue jurisprudência do 1º Colégio Recursal de Pernambuco:

EMENTA: RECURSO INOMINADO. EXTINÇÃO PROCESSUAL EM RAZÃO DA NECESSIDADE DE PRODUÇÃO DE PROVA PERICIAL. PAGAMENTO REALIZADO A MENOR. TABELA QUE PREVE PAGAMENTO DE 70% DO TETO MÁXIMO. DIFERENÇA A SER PAGA. SENTENÇA REFORMADA.. RECURSO PROVIDO. Insurge-se o recorrente contra a sentença (fls. 53/55), que julgou extinto o processo sem resolução de mérito em razão da necessidade de produção de prova pericial por absoluta ausência de laudo oficial do IML. Em suas razões (fls. 57/60), em suma, aduz que tendo em vista ter sido pago

Rua Vigário Joaquim Pinto, nº 433-A, Centro, Limoeiro/PE, CEP 55.700-000.

E-mail: britoadvogados.adv@gmail.com/ Fone: 9.9899-0904





indenização a menor no valor de R\$ 2.040,49, quando deveria ser baseado no valor de R\$ 13.500,00 x 70%, o que equivaleria a R\$ 9.450,00, pois este percentual equivale a debilidade permanente de um dos membros superiores. Ressalta que no caso em exame não se discute perda da função, inutilização de membro ou invalidez permanente. Ressalta que os laudos acostados são firmes em afirmar que o recorrente tornou-se portador de debilidade permanente do membro superior direito. Enfim, pede seja reformada a sentença para pagar-lhes a diferença correspondente a R\$ 7.045,51 (sete mil e quarenta e cinco reais e cinquenta e um centavos). Em suas contra-razões (fls. 66/68), em síntese, pugna pela manutenção da sentença desafiada. É o relatório. Com efeito, o recorrente teria direito ao percentual de 70% sobre o valor de R\$ 13.500,00 se tivesse, ao mínimo, acostado aos autos o laudo traumatológico produzido pelo IML, mas não o fez, preferindo acostar fichas de atendimentos realizados em outros municípios, de forma que sem o laudo confeccionado pelo IML outra não é o caminho que não a extinção do processo sem resolução de mérito pela complexidade da causa. Houve o reconhecimento, por parte da seguradora, da invalidez do autor, e além disso, a própria seguradora na audiência reconheceu a invalidez, de forma que considerando a tabela acostada às fls. 36, o percentual de perda é de 70%, devendo ser paga a recorrente a diferença correspondente a R\$ 7.045,51, tendo em vista já ter recebido a quantia de R\$ 2.404,49. E a tabela, para estes casos, prevê o percentual de 70%, que incidirá sobre o valor de R\$ 13.500,00. Faz jus, o autor, a receber a diferença pleiteada. Dou provimento ao recurso, julgando procedente o pleito do autor, condenando a recorrida a pagá-lo a quantia de R\$ 7.045,51, devidamente corrigida pela Tabela ENCOGE, a partir do ajuizamento desta, e juros de 1% ao mês, a partir da citação. É como voto. **ACÓRDÃO:** Realizado o julgamento do recurso inominado, onde são partes, como recorrente: JABSON ALEXANDRE CORREIA DE AMORIM, e como recorridos: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT, em 08 de junho de 2011, a 1ª Turma do I Colégio Recursal dos Juizados Especiais Cíveis, composta pelos Juizes de Direito Dr. AUZIÊNIO DE CARVALHO CAVALCANTI, Dr. ROBERTO CARNEIRO PEDROSA e Dr. NILDO NERY DOS SANTOS FILHO, sob a presidência do primeiro, proferiu a seguinte decisão: vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Juizes componentes da 1ª Turma Julgadora do I Colégio Recursal dos Juizados Especiais Cíveis, na conformidade da Ata de Julgamento, a unanimidade, em dar provimento ao recurso, nos termos do voto do relator. Publicado nesta sessão, ficam as partes de logo intimadas. Recife, Sala das Sessões, 08 de junho de 2011. (1ª Turma do 1º CRC/PE, Recurso nº. 02422/2011, Relator Roberto Carneiro Pedrosa, j. 08/06/2011).





Logo, o valor que deveria ser pago era de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) pela debilidade permanente do membro inferior esquerdo.

Com isso, torna-se notório seu direito de receber a importância de R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos), correspondente à diferença que a empresa Ré indevidamente deixou de lhe pagar, referente à debilidade permanente do membro superior esquerdo.

6. DO PEDIDO:

Face tudo o quanto foi exposto anteriormente, bem como por toda a prova documental que segue apensada, requer a parte autora que V. Exa., determine o seguinte:

- A) A **citação** dos réus nas pessoas de seus representantes legais, e nos endereços mencionados no preâmbulo, para, querendo, no prazo legal, contestar a presente ação indenizatória, sob pena de revelia e confissão;
- B) Seja concedido o **benefício da justiça gratuita**, tendo em vista que a parte autora não poder arcar com as custas e encargos legais sem o prejuízo do próprio sustento e de sua família, por ser pobre na forma da Lei;
- C) A **concessão do pedido preliminar de nomeação de perito**, para atestar a debilidade da parte autora, conforme Convênio firmado entre Seguradoras do Consórcio DPVAT e Tribunal de Justiça de Pernambuco (Ofício nº. 0005/2015);
- D) Que seja **julgado procedente o pedido**, condenando a requerida ao Pagamento do Seguro Obrigatório - DPVAT, conforme determinado em lei, no valor de R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).
- E) Aplicação da correção monetária da data do acidente (01/06/2017) e os juros moratórios a serem calculados a partir da citação válida.
- F) Que ao final seja os réus condenados em honorários advocatícios em 20% do valor da causa, conforme previsão do art. 85, § 2º, do Código de Processo Civil.
- G) E, finalmente, que todas as intimações sejam feitas na pessoa do Bel. Dermeval Bezerra de Brito Filho, inscrito no OAB/PE 34.512, com escritório profissional situado na Rua Vigário Joaquim Pinto, n.º 433-A, Centro, Limoeiro/PE, CEP 55.700-000, fone: (81) 9.9899-0904, e-mail: britoadvogados.adv@gmail.com, sob pena de NULIDADE;

Protesta provar o alegado por todos os meios de probatórios em direitos admitidos.

Dá-se a causa o valor de **R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**.

Nestes termos
Pede deferimento.

Rua Vigário Joaquim Pinto, nº 433-A, Centro, Limoeiro/PE, CEP 55.700-000.
E-mail britoadvogados.adv@gmail.com/ Fone: 9.9899-0904





Limoeiro/PE, 09 de janeiro de 2019.

DERMEVAL BEZERRA DE BRITO FILHO
OAB/PE 34.512

Rua Vigário Joaquim Pinto, nº 433-A, Centro, Limoeiro/PE, CEP 55.700-000.
E-mail britoadvogados.adv@gmail.com/ Fone: 9.9899-0904



Assinado eletronicamente por: DERMEVAL BEZERRA DE BRITO FILHO - 09/01/2019 12:36:24
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19010912362428600000039245758>
Número do documento: 19010912362428600000039245758