



Número: **0808397-37.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSELMA CANDIDO DA SILVA (AUTOR)		José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque (ADVOGADO) LUIS ANDRE DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE (ADVOGADO)	
MAPFRE (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
28087334	07/02/2020 15:23	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
28087608	07/02/2020 15:23	<a href="#">PETIÇÃO INICIAL JOSELMA CÂNDIDO DA SILVA</a>	Outros Documentos
28087609	07/02/2020 15:23	<a href="#">proc residencia e CPF</a>	Procuração
28087617	07/02/2020 15:23	<a href="#">docs medicos e rg</a>	Outros Documentos
28087623	07/02/2020 15:23	<a href="#">docs medicos e rg-otimizado_1</a>	Outros Documentos
28087625	07/02/2020 15:23	<a href="#">BO e seguradora</a>	Outros Documentos
28173920	11/02/2020 14:12	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
28684202	02/03/2020 15:44	<a href="#">Ato Ordinatório</a>	Ato Ordinatório
28857967	06/03/2020 12:59	<a href="#">Diligência</a>	Diligência
28857987	06/03/2020 12:59	<a href="#">Joselma Cândido da Silva</a>	Devolução de Mandado

**\*\* EM ANEXO PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS \*\*\***



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

**JOSELMA CÂNDIDO DA SILVA**, brasileira, casada, do Iar Rg nº 3016457  
SSP/PB inscrita sob CPF de nº 079.930.614-23, Residente e domiciliada no Assentamento  
Campos Sementes Miúdas, S/N Zona Rural, na cidade de Cruz do Espírito Santo –PB,  
CEP58337-000, vem por advogados, adiante assinados, respeitosamente à presença de  
vossa Excelência, propor a presente:

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

Em face de: **MAPFRE SEGUROS GERAIS, PESSOA JURÍDICA DE DIREITO  
PRIVADO**, inscrita sob **CNPJ n ° 61.074.175/0082-01** com sede na Avenida Epitácio  
Pessoa nº 723, Bairro dos Estados, João Pessoa –PB, CEP 58030-00, 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

### DO BENEFÍCIO DA GRATUIDADE PROCESSUAL

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

## 2. DOS FATOS

No dia 27/04/2019 a Promovente por volta das 18hs:10min, vinha trafegando na garupa da moto, **MARCA HONDA /NR X160 BROS ESD DE COR VERMELHA ano 2015/2016 PLACA NQK 7671/PB , CHASSIS N9CKD0800FR002166, CRLV em NOME DA DO SR RONALDO TAVARES DE BRITO** próximo da sua residência no sítio Sementeira, no município de Cruz do Espírito Santo.

Ocorre que, a Promovente foi vítima de queda de Moto, sendo socorrida pela Ambulância do município de Cruz do Espírito Santo, para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, TARCISIO BURITY.

Diante do ocorrido, a Promovente sofreu Fratura dos Ossos da Perna Direita (CID S82.3) sendo cirurgiada no dia 20/05/2019 conforme consta, **Certidão de nº 1333/2019, com alta médica em 21/05/2019. (doc. em anexo)**

A Promovente deu entrada no seguro DPVAT administrativamente conforme se faz provar (documentação em anexo), em 09/12/2019, recebendo o valor de **R\$ 2.362,50**



**(Dois mil trezentos e cinquenta e dois reais e cinquenta centavos). Valor este menor do que a lei preceitua.**

Assim pode-se verificar que a Promovente recebeu uma quantia menor do que está determinado na lei.

Desta forma, insatisfeita com o pagamento a menor, entende a Promovente que diante da gravidade de seu acidente bem como a extensão do mesmo, tem direito a requerer a diferença do valor do seguro DPVAT, sendo este no valor de **R\$ 7.087,50 (Sete mil oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Ante o exposto, vem recorrer ao Poder Judiciário para uma solução , no sentido de receber o valor que estipula a Lei Federal.

### **3. DA JURISPRUDÊNCIA**

O Seguro de danos pessoais causados por veículos automotores, e vias terrestres DPVAT, conhecido popularmente como seguro obrigatório, tem a finalidade de socorrer vítimas de acidente de transito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

Torna-se claro que, quando existe pagamento em sede administrativa e discussão acerca do valor pago, faz-se necessária nova perícia para que possa no caso ser determinado de forma mais precisa e definitiva sobre a lesão na promovente assim como toda sua repercussão.

**APELAÇÃO CÍVEL. COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. DIFERENÇA. PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. PERÍCIA MÉDICA. AUSÊNCIA. PROVA NECESSÁRIA. JULGAMENTO ANTECIPADO. SENTENÇA.**



CASSAÇÃO. É certo que para o ajuizamento da ação de cobrança de diferença de indenização de seguro obrigatório DPVAT não é necessária a apresentação, com a inicial, do laudo do IML, notadamente se a seguradora já reconheceu, parcialmente, o direito do autor, pagando-lhe o valor que entendia devido. Não obstante, para o julgamento da ação, é imprescindível a realização da perícia para se aferir o vero grau de invalidez do requerente, quando não haja nos autos outro meio de prova idônea que permita tal conclusão. A sentença, no caso, deve ser cassada em acolhimento à preliminar levantada de ofício, para a produção da prova. (TJ-MG - AC: 10433103214519001 MG, Relator: Luciano Pinto, Data de Julgamento: 09/05/2013, Câmaras Cíveis / 17ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 21/05/2013) (grifo nosso).

APELAÇÃO CÍVEL - COBRANÇA DE SEGURO DPVAT - DIFERENÇA - PERÍCIA MÉDICA - AUSÊNCIA - PROVA NECESSÁRIA - JULGAMENTO ANTECIPADO - NÃO CABIMENTO - SENTENÇA - CASSAÇÃO. - Para o julgamento da ação de cobrança de diferença de indenização de seguro obrigatório DPVAT é imprescindível a realização de perícia para se aferir o vero grau de invalidez da parte requerente, quando não haja nos autos outro meio de prova idônea que permita tal conclusão. - A sentença, no caso, deve ser cassada em acolhimento à preliminar levantada pelo autor para a produção da prova. (TJ-MG - AC: 10433120046597001 MG, Relator: Luciano Pinto, Data de Julgamento: 10/10/2013, Câmaras Cíveis / 17ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 22/10/2013) (grifo nosso).

APELAÇÃO CÍVEL - CONHECIMENTO PARCIAL - PLEITO RECURSAL DEFICIENTE - AUSÊNCIA DE FUNDAMENTAÇÃO FÁTICA OU JURÍDICA - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - DIFERENÇA/COMPLEMENTAÇÃO DE VALOR PAGO ADMINISTRATIVAMENTE - QUANTIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ - CORREÇÃO MONETÁRIA - DATA DO EVENTO DANOSO - ÔNUS SUCUMBENCIAIS DEVIDOS - HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - VALOR FIXADO - MANUTENÇÃO. O pleito recursal desacompanhado de fundamentação fática ou jurídica não merece



conhecimento. "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez." (Súmula 474). "A quantificação do grau de invalidez para a fixação do valor da indenização do seguro DPVAT é aplicável mesmo aos fatos ocorridos antes da vigência da Medida Provisória n. 451/2008, já que esta tão-somente regulamentou situação já prevista pela Lei n. 6.194/1974." (EDcl no AREsp 309855/SC, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma do STJ, j. 20/02/2014, DJe 05/03/2014). Se o pagamento da indenização, na via administrativa, não observou o grau de invalidez do beneficiário, deve ser julgado procedente seu pedido de pagamento da diferença/complementação do valor do seguro DPVAT. "Na ação de cobrança de indenização do seguro DPVAT o termo inicial da correção monetária é a data do evento danoso." (AgRg no AREsp 46024/PR, Rel. Min. Sidnei Beneti, Terceira Turma do STJ, j. 16/02/2012, DJe 12/03/2012). Restando evidente que a seguradora deu causa ao ajuizamento da ação ao não calcular e pagar, de forma devida, o valor do seguro DPVAT a que o beneficiário tinha direito, tendo, assim, sucumbido perante o pleito inicial, deve ela suportar os ônus da sucumbência. Tendo sido devidamente observado o § 3º, do artigo 20, do Código de Processo Civil, para a fixação do valor dos honorários advocatícios, não há que se falar em sua redução. Recurso conhecido em parte e, na parte conhecida, não pro vido.(TJ-MG - AC: 10394120021347001 MG, Relator: Veiga de Oliveira, Data de Julgamento: 06/05/2014, Câmaras Cíveis / 10ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 16/05/2014)( grifo nosso).

#### 4. 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.**

## **5. DA TABELA INSERTA NA MPV 451**

<b>Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico</b>	<b>Percentual da Perda</b>
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou	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 autonômica	





Lesões de órgãos e estruturas crânio-facial, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	<b>Percentuais das Perdas</b>
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de	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	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	<b>Percentuais das Perdas</b>
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.**

## **6. DOS PEDIDOS E REQUERIMENTOS FINAIS**

- a) A citação da Promovida no endereço acima declinado, para, querendo, responder aos termos da presente demanda, sob as penas impostas pela lei pertinente;
- b) **PROTESTA e REQUER desde já , provar o alegado por todos os meios admitidos em direito, requerendo todos, desde já, especialmente perícia na promovente.**
- c) Que seja condenada a promovida a pagar a Promovente a importância de **R\$ R\$ 7.087,50 (Sete mil oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, mais **juros moratórios, desde o evento danoso e correção monetária.**
- d) Requer, os **benefícios da Justiça Gratuita, de acordo com a Lei 1650/50, por ser a promovente pobre, na forma da Lei.**
- e) Requer, por fim, que seja a promovida condenada em verba de honorários de sucumbência no percentual **de 20% (vinte por cento), sobre o valor da condenação, bem como todas as despesas processuais.**
- f) **Audiência de conciliação, caso seja interesse da promovida ou deste Juízo oferecer proposta de acordo, o que geralmente só ocorre depois da perícia judicial. Dá-se a causa o valor de R\$ 7.087,50 (Sete mil oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**





Nestes termos. Pede e Espera deferimento.

João Pessoa, 07 de fevereiro de 2020

*Alberto de Sá e Benevides*

Advogado OAB/PB nº 10.469

*André de Sá e Benevides*

Advogado OAB/PB nº 20.644

---

(83) 9.9979-9031 – (83) 9.99611-2868  
Rua Rodrigues de Aquino nº 31 0 Sala 3 Centro João Pessoa – 58013-030  
E-mail: saebenevidesadvocacia@gmail.com



Assinado eletronicamente por: LUIS ANDRE DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE - 07/02/2020 15:20:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020715203939100000027091633>  
Número do documento: 20020715203939100000027091633



Sá e Benevides

ADVOCACIA

## PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA"

### OUTORGANTE:(s)

JOSELMA CÂNDIDO DA SILVA, brasileira, Casada, do lar, Rg nº  
3016457, SSP/PB, inscrita sob CPF nº 079.930.614-28,  
Residente e domiciliada no Assentamento Campos,  
Sementes e Mudan, S/N, Zona RURAL, CRUZ DO ESPÍRITO  
SANTO - 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.

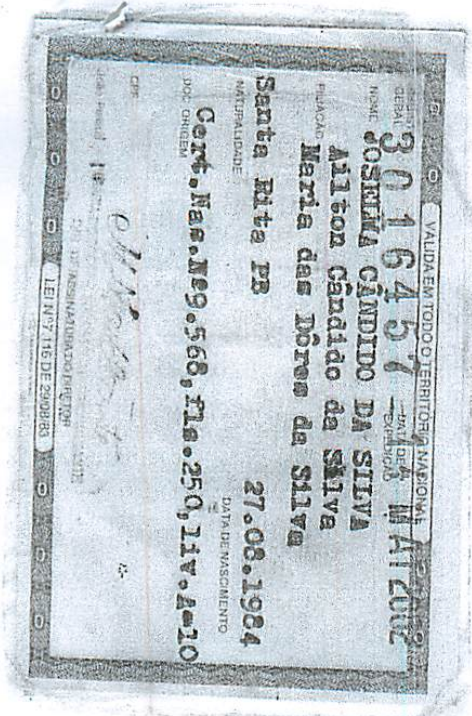
João Pessoa 18 de 07 de 20 19.

Joselma Cândido da Silva

CPF :







9134.5167





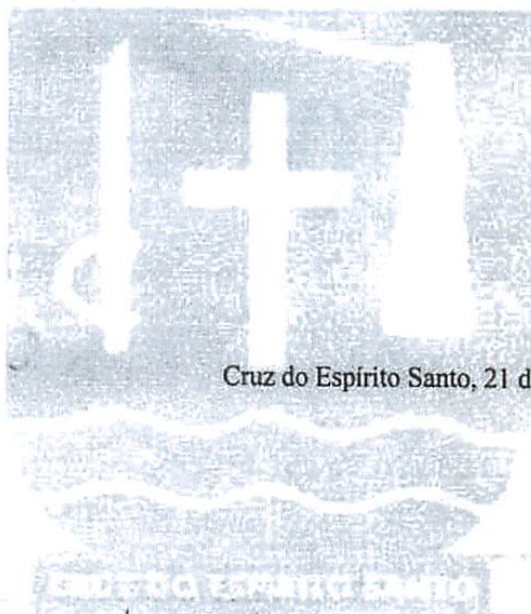




## SECRETARIA DE SAÚDE

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que, JOSELMA CANDIDO DA SILVA, RG: 3016457 SSP/PB, CPF: 079.930.614-23, residente no município de Cruz do Espírito Santo - PB, foi vítima de acidente automobilístico no dia 27/04/2019, por volta das 18:10 horas, e foi socorrido pela ambulância do município de Cruz do Espírito Santo e encaminhado para o Hospital, Tarcísio de Miranda Burity, localizado no município de João Pessoa - PB.



Cruz do Espírito Santo, 21 de outubro de 2019.

Atenciosamente,

*Amanda M. S. Lima*

*Amanda Moreira S. Lima*

Secretária de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Cruz do Espírito Santo  
Rua Epitácio Pessoa, nº 09 Centro - 58.337-000 - Cruz do Espírito Santo - PB







## CERTIDÃO

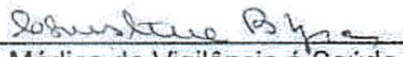
Nº. 1333/2019

Atendendo solicitação de JOSE ALBERTO DE SÁ E BENEVIDES ALBUQUERQUE e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº224991 e Prontuário Nº 2019.04.3311 pertencentes ao paciente JOSELMA CÂNDIDO DA SILVA que foi atendido dia 27/04/2019 às 19h08min, vítima de queda de moto. Apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/05/2019. Com alta médica dia 21/05/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de agosto de 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137





REFEITORIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
IA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
9056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
TAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 224991 And: Nao  
Data: 27/04/2019  
Hora: 19:08:13  
Recepcionista: GABRIELA DA SO  
Clinica: CIRURGICA

SAÚDE  
MANGABEIRA  
BURITY

DADOS DO PACIENTE  
Nome: JOSELMA CANDIDO DA SILVA  
Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuario: 2019.04.003333  
NS: 708909715797719 Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 991608718  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/08/1984 Id: 34 ano(s)  
End.: SITIO CAMPOS SEMENTES E MUDAS, 00  
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB  
Mãe: MARIA DAS DORES Pai: AILTON CANDIDO DA SILVA  
Ocupação: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: DONA-DE-CASA Estado Civil: NAO INFORMADO  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:  
Esp.: ESPOSO  
Al/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD  
Residência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO  
Vítima de acidente por: NAO  
Vítima de violência por: NAO  
1 Caso Policial

RE-CONSULTA  
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO  
A: FR:  
B: TP:  
C: Altura:  
D: IMC:  
E: Q2:  
Queixa Principal  
CAIDA DE MOTO, TRAUMA EM MÍD E ESCORIAÇÕES

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave  
☐ Politraumatizado ☐ Desnucado  
☐ Hemorragia ☐ Dispinela  
☐ Diarreia ☐ Agitado  
☐ Regular  
☐ Vontade

Observação

DATA: 30/09/19

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Queda de moto. TCE @, torção, 1 boneca, sem lesões visíveis.  
Dois ossos fraturados.

Lesão pequena ferimento, com perda de sangue.  
Laceração na coxa.

Prescrição

Horário

1) Atendimento inicial  
2) Rx de punho  
3) Análise de sangue  
4) Sutura e dilação



Ser:  
 Paciente infante de acidente de trânsito  
 Urgente para atendimento  
 Com fratura em pé direito  
 Doença deficiente renal crônica

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Rx: fratura de fêmur distal e fêmur  
 do membro inferior direito com fratura  
 simples

*[Assinatura]*

LUIZ F. G. Junior  
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM  
 CR: 13839

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia    ☐ Transferido    ☐ Desistencia    ☐ UTI  
☐ Alta a pedido    ☐ Enfermaria    Obito: ☐ Atestado ☐ SVD ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa [ ] HTF

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Fratura de Ossa da Perna (A) (Fibra e Fibra)

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

Fratura de Ossa da Perna

Conduta: \_\_\_\_\_

Tratamento Cirúrgico

LUIZ F. D. JUNIOR  
CRM - PB 63151/2017

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







## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>JOSEANA CAROLINA DA SILVA</u>		Data da Admissão: <u>29/04/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>	
Escolaridade: _____			
QPD: <u>Dor e limitação funcional em perna @</u>			
HDA: <u>Lesão grave de articulação de</u> <u>perna com fratura de perna @</u> <u>Dor difusa e limitação</u> <u>funcional perna @</u>			
Medicações em uso: _____			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese			
<input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe			
<input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise			
<input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas			
<input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
<b>AGU:</b> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria			
<input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
<b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposou <input type="checkbox"/> Deformidades			
<input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
<b>SN e PSO:</b> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade _____			
<input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor _____			

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







Nome: <i>Josefma Cândido</i>				Registro:	
Idade: <i>34a</i>	Sexo: <i>FEM</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>26/07/2017</i>			Cirurgião: <i>Humberto Jansen</i>		
1º Assistente: <i>Yury R2</i>			2º Assistente: <i>Eneas R3</i>		
Anestesista: <i>Dra Camila</i>			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura dos Ossos da Perna D</i>				<i>S82.3</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese de Tíbia e Fíbula</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Dr. Eneas P. Pessoa Neto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 11852





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
<b>Posição e Preparo:</b>
Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
<b>Assepsia + Antissepsia</b>
Aposição de campos cirúrgicos estéreis
<b>Incisão:</b>
Incisão em 1/3 médio da região anteromedial da perna
Abertura de tensor da fascia lata
Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério
Acesso entre músculo tibial anterior e face medial de diáfise da tibia
<b>Achados:</b>
Visualização de foco de fratura da tibia
<b>Conduta:</b>
Realizada manobra de redução
Aposição de 01 placa estreita DCP Ø 4.5mm
Aposição de 02 parafusos cortical distais de Ø 4.5mm
Aposição de 03 parafusos proximais de Ø 4.5mm
Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%
Realizado RX controle
Incisão em região lateral da perna
Dissecção por planos até foco de fratura de fíbula
Redução dos fragmentos ósseos
Aposição de 01 placa 1/3 tubular Ø 3.5mm
Aposição de 02 cortical Ø 3.5mm distais
Aposição de 03 parafusos proximais
<b>Rechamento:</b>
Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele
Curativo
<b>OBS:</b>

Data:

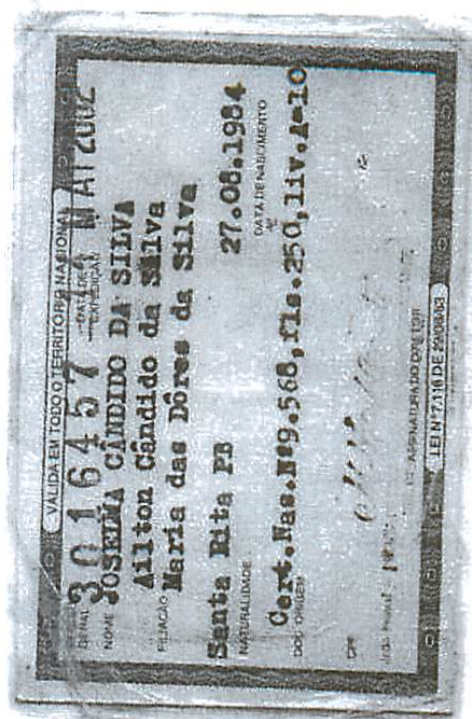
20/03/19

Dr. Enras P. de Sa Neto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
Rég. nº 1852  
MEDICO/CRM









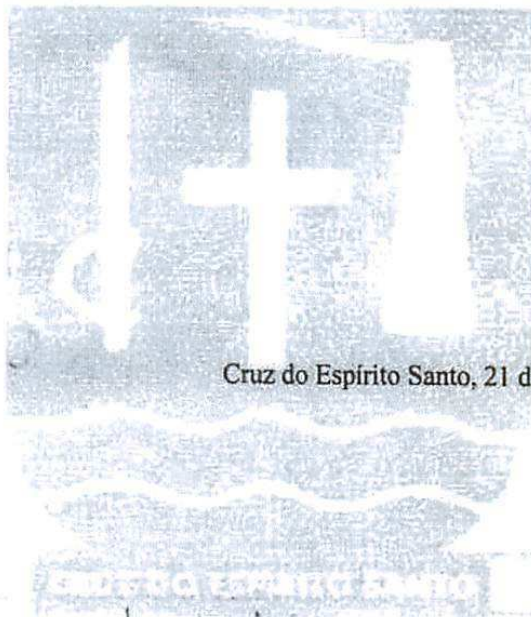




## SECRETARIA DE SAÚDE

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que, JOSELMA CANDIDO DA SILVA, RG: 3016457 SSP/PB, CPF: 079.930.614-23, residente no município de Cruz do Espírito Santo - PB, foi vítima de acidente automobilístico no dia 27/04/2019, por volta das 18:10 horas, e foi socorrido pela ambulância do município de Cruz do Espírito Santo e encaminhado para o Hospital, Tarcísio de Miranda Burity, localizado no município de João Pessoa - PB.



Cruz do Espírito Santo, 21 de outubro de 2019.

Atenciosamente,

*Amanda M. S. Lima*

*Amanda Moreira S. Lima*

Secretária de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Cruz do Espírito Santo  
Rua Epitácio Pessoa, nº 09 Centro - 58.337-000 - Cruz do Espírito Santo - PB





## CERTIDÃO


Nº. 1333/2019

Atendendo solicitação de JOSE ALBERTO DE SÁ E BENEVIDES ALBUQUERQUE e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº224991 e Prontuário Nº 2019.04.3311 pertencentes ao paciente JOSELMA CÂNDIDO DA SILVA que foi atendido dia 27/04/2019 às 19h08min, vítima de queda de moto. Apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/05/2019. Com alta médica dia 21/05/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de agosto de 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137





REFEITÓRIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
IA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
9056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
TAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 224991 And: Nao  
Data: 27/04/2019  
Hora: 19:08:13  
Recepcionista: GABRIELA DA SO  
Clínica: CIRURGICA

SAÚDE  
MANGABEIRA  
BURITY

ADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1  
Nome: JOSELMA CANDIDO DA SILVA Num. Prontuario: 2019.04.003333  
NS: 708909715797719 Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 931608718  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/08/1984 Id: 34 ano(s)  
End.: SITIO CAMPOS SEMENTES E MUDAS, 00  
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB  
Mãe: MARIA DAS DORES Pai: AILTON CANDIDO DA SILVA  
Ocupação: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO  
Ocupação: DONA-DE-CASA  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:  
Esp.: ESPOSO  
Al/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD  
Residência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO  
Vítima de acidente por: NAO  
Vítima de violência por: NAO  
1 Caso Policial

RE-CONSULTA  
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO  
A: FR:  
T: TP:  
Peso: Altura:  
Alcomba: IMC:  
Arc. Abd: O2%:

CONDICIONET DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Saudável ☐ Grave  
☐ Politraumatizado ☐ Desconhecido  
☐ Hemorragia ☐ Dispinela  
☐ Diarreia ☐ Agitado  
☐ Regular  
☐ Vontade

Observação

DATA: 30/09/19

Queixa Principal  
CAIDA DE MOTO, TRAUMA EM MÍD E ESCORIAÇÕES

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Queda de moto TLE @, 10:00h, 1 hora, sem lesões  
nos membros superiores.

Lesão pequena ferimento, com perda de sangue  
hemorragia na cabeça.

Prescrição

Horário

1) Atendimento imediato  
2) RPO de 1 hora  
3) Análise de sangue  
4) Sutura e dilação

Dr. Amador S. de Oliveira  
Cirurgião Geral



Ser:  
 Pac. inf. de acidente de traf.  
 Urgente em desm.  
 Com V. em p. ⑥  
 D. de deficiências físicas ⑥

Local e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Dr. J. de V. L. de S. J. de S. J. de S.  
 com V. em p. ⑥  
 sing.

*[Handwritten Signature]*

LAURÉ G. Junior  
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM  
 CR: 13339

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
 [ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVD [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa [ ] HTF

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Fratura de Ossa da Perna (A) (Fibra e Fibra)

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

Fratura de Ossa da Perna

Conduta: \_\_\_\_\_

Tratamento Cirúrgico

LUIZ F. D. JUNIOR  
CRM - 58056-384  
RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, 501 - FLORESTA, MANGABEIRA II, JOÃO PESSOA - PB.

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 501 - Floresta, Mangabeira II, João Pessoa - PB.







## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>JOSEANA CAROLINA DA SILVA</u>		Data da Admissão: <u>29/04/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>	
Escolaridade: _____			
QPD: <u>Dor e limitação funcional em perna @</u>			
HDA: <u>Parat. q. m. de acidente. de</u> <u>mov. com fratura de perna @</u> <u>Dor difusa e limitação</u> <u>funcional perna @</u>			
Medicações em uso: _____			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese			
<input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe			
<input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise			
<input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas			
<input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Mela <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
<b>AGU:</b> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria			
<input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
<b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposou <input type="checkbox"/> Deformidades			
<input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
<b>SN e PSO:</b> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade _____			
<input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor _____			

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







Nome: <i>Josefma Cândido</i>				Registro:	
Idade: <i>34a</i>	Sexo: <i>FEM</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>26/07/2017</i>			Cirurgião: <i>Humberto Jansen</i>		
1º Assistente: <i>Yury R2</i>			2º Assistente: <i>Eneas R3</i>		
Anestesista: <i>Dra Camila</i>			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura dos Ossos da Perna D</i>				<i>S82.3</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese de Tíbia e Fíbula</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Dr. Eneas P. Pessoa Neto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 11852

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





# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

*Assepsia + Antissepsia*

*Aposição de campos cirúrgicos estéreis*

## Incisão:

*Incisão em 1/3 médio da região anteromedial da perna*

*Abertura de tensor da fascia lata*

*Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério*

*Acesso entre músculo tibial anterior e face medial de diáfise da tibia*

## Achados:

*Visualização de foco de fratura da tibia*

## Conduta:

*Realizada manobra de redução*

*Aposição de 01 placa estreita DCP Ø 4.5mm*

*Aposição de 02 parafusos cortical distais de Ø 4.5mm*

*Aposição de 03 parafusos proximais de Ø 4.5mm*

*Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%*

*Realizado RX controle*

*Incisão em região lateral da perna*

*Dissecção por planos até foco de fratura de fíbula*

*Redução dos fragmentos ósseos*

*Aposição de 01 placa 1/3 tubular Ø 3.5mm*

*Aposição de 02 cortical Ø 3.5mm distais*

*Aposição de 03 parafusos proximais*

## Rechamento:

*Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele*

*Curativo*

## OBS:

Data:

*20/03/19*

*Dr. Enras P. de Sá Neto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
Rég. nº 1852  
MEDICO/CRM*













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



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 12323.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12323.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:42 horas do dia 23 de outubro 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 Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Joselma Cândido da Silva**, CPF nº 079.930.614-23, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Do Lar, filho(a) de Maria das Dôres da Silva e Ailton Cândido da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 27/08/1984 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Sementeira, Nº S/N, complemento AREA RURAL, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo a Igreja Assembleia de Deus, na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 99816-0871.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Sítio Sementeira, nº S/N, Área Rural, Próximo a Sua Residência, Cruz do Espírito Santo/PB, bairro Centro; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 27/04/19 18:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

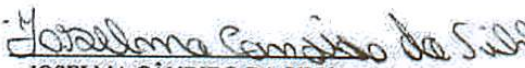
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 27/04/2019, POR VOLTA DAS 18H10MIN, VINHA TRAFEGANDO NA GARUPA DA MOTO, PRÓXIMO A SUA RESIDÊNCIA, NO SÍTIO SEMEITEIRA, MUNICÍPIO DE CRUZ DO ESPIRITO SANTOS, NA ZOA RURAL, NA MOTO DE MARCA-HONDA/NRX160 BROS ESD, DE COR-VERMELHA, ANO-2015/2016, PLACA-NQK7671/PB, CHASSI-9C2KD0800FR002166, CRLV EM NOME DA PESSOA RONALDO TAVARES DE BRITO, QUANDO FOI VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, SENDO SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO DE CRUZ DO ESPIRITO SANTO, PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA TARCISIO BURITY, SENDO CIRURGIADA NO DIA 20/05/2019, DE CORDO COM O CID S82.3, CONFORME CERTIDÃO DE Nº 1333/2019, COM ALTA MÉDICA NO DIA 21/05/2019, ASSINADA PELA MEDIDA CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137.

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, 23 de outubro de 2019.

  
**GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA**  
Agente de Investigação

  
**JOSELMA CÂNDIDO DA SILVA**  
Noticiante

Procedimento Policial: 12323.01.2019.1.00.401





( / )

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3190603010 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSELMA CANDIDO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO JOSELMA CANDIDO DA SILVA

CPF/CNPJ: 07993061423

## Posição em 23-01-2020 13:41:21

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total



09/12/2019 R\$ 2.362,50 R\$ 0,00 R\$ 2.362,50

## Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
18/12/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/5zBCZ7hYFiLMXfKcvYCapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naQdi+zg03AkCDAoM7oajdG0=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/5zBCZ7hYFiLMXfKcvYCapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naQdi+zg03AkCDAoM7oajdG0=</a>
13/11/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/hERUTGNGK7k76PoEtapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naQdi+zg03AkCDAoM7oajdG0=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/hERUTGNGK7k76PoEtapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naQdi+zg03AkCDAoM7oajdG0=</a>





13/11/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/vnODUo9ClllFN5KsADmrapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naQdi+zg03AkCDAoM7oajdG0=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/vnODUo9ClllFN5KsADmrapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naQdi+zg03AkCDAoM7oajdG0=</a> )
09/11/2019	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	 ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/O1fNTyRo5iO1bdomnhvapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naQdi+zg03AkCDAoM7oajdG0=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/O1fNTyRo5iO1bdomnhvapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naQdi+zg03AkCDAoM7oajdG0=</a> )



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

#### Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

#### ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

#### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

#### PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

#### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(<https://portal.lider.com.br/seguro-dpvat/acompanhe-o-processo/>)  
l%C3%ADder-  
dpvat)

### Serviços

- › Acompanhe seu Processo ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))
- › Consulta a Pagamentos ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx](#))
- › Saiba Como Pagar ([/Pages/Saiba-como-pagar.aspx](#))
- › Pontos de Atendimento ([/Pontos-de-Atendimento](#))
- › Como Pedir Indenização ([/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao](#))

### Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT ([/Pages/Quem-Somos.aspx](#))
- › Sobre o Seguro DPVAT ([/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx](#))
- › Informações Gerais ([/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx](#))
- › Dicas Indispensáveis ([/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#))
- › Dicionário do Seguro DPVAT ([/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT](#))
- › Perguntas Frequentes ([/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes](#))

### Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes](#))
- › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
- › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
- › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
- › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372338/19

Vítima: JOSELMA CANDIDO DA SILVA

CPF: 079.930.614-23

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/04/2019

Titular do CPF: JOSELMA CANDIDO DA  
SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**JOSELMA CANDIDO DA SILVA : 079.930.614-23**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

3190603010

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/10/2019  
Nome: JOSELMA CANDIDO DA SILVA  
CPF: 079.930.614-23

JOSELMA CANDIDO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

  
RENATO LUNA DIAS





Vistos, etc.

Considerando a impossibilidade de audiência na mediação por falta de perícia passo a decidir:

Nos termos do **Convênio n. 015/2014** celebrado entre o Tribunal de Justiça e a Mafre Seguros Gerais S/A, **determino a designação de audiência de conciliação entre as partes com a realização de perícia** a cargo da Seguradora, neste Juízo e Fórum Cível de João Pessoa.

Para tanto, determino a escrivania a nomeação perito judicial constante dos quadrados do Tribunal de Justiça, nos termos da Cláusula primeira, item 1.2, que deverá ser intimado para comparecer a audiência e realização da perícia, ficando facultado às partes a indicação de assistentes de perito, nos termos do Convênio.

O valor da perícia será de R\$ 200,00 (duzentos reais), a ser pago pela Seguradora, no prazo de 15 dias, a partir da intimação e antes da audiência.

Consigne-se que o não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação é considerando ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revestida em favor da União ou Estado, nos moldes do art. 334, § 8º, do NCPC.

P. e Intimem-se as partes, devendo o Advogado do autor comparecer acompanhado de seu constituinte.

João Pessoa, 11 de fevereiro de 2020

Juiz de Direito







**Poder Judiciário da Paraíba**

**7ª Vara Cível da Capital**

**AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520**

---

**0808397-37.2020.8.15.2001 [ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO]  
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

---

### **ATO ORDINATÓRIO**

De acordo com o art.93 inciso XIV<sup>1</sup>, da Constituição Federal,e nos termos do art. 152 inciso VI,§1º do CPC<sup>2</sup> , bem assim o art. 203 § 4º do CPC<sup>3</sup> , que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, c/c o provimento CGJ nº 04/2014, publicado em 01/08/2014, e da portaria 01/2015 da 7ª Vara Cível, procedo com:

Intimo a Perita ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA, CRM PB 4183, para realizar as Perícias.

Intimo a parte autora através do seu o advogado para comparecer a perícia médica no dia 23/ 04/ 2020, a partir das 15:00 horas, no endereço *Rua Sílvia Almeida, nº 725 Expedicionários* (Ponto Cardio), Fone: 83-3225.4090,devendo apresentar-se **portando documento pessoal com foto, copiasdo boletim de ocorrência policial e doatendimento médico inicial, no dia da perícia.**

Intimo a seguradora para no termo do convênio nº 015/2014, fazer o depósito no valor da perícia que será de R\$ 200,00 (duzentos reais), no prazo de 15 dias, a partir da intimação.

João Pessoa-PB, em 2 de março de 2020

**MARIA JANDIRA UGULINO NETA**

Analista/Técnico Judiciário

---

<sup>1</sup> Art. 93. Lei complementar, de iniciativa do Supremo Tribunal Federal, disporá sobre o Estatuto da Magistratura, observados os seguintes princípios:

XIV os servidores receberão delegação para a prática de atos de administração e atos de mero expediente sem caráter decisório; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)

<sup>2</sup> Art. 152. Incumbe ao escrivão ou ao chefe de secretaria: VI - praticar, de ofício, os atos meramente ordinatórios. § 1º O juiz titular editará ato a fim de regulamentar a atribuição prevista no inciso VI.

<sup>3</sup> Art. 203. Os pronunciamentos do juiz consistirão em sentenças, decisões interlocutórias e despachos. § 4º Os atos meramente ordinatórios, como a juntada e a vista obrigatória, independem de despacho, devendo ser praticados de ofício pelo servidor e revistos pelo juiz quando necessário



Poder Judiciário da Paraíba

---

**Número do Processo:** 0808397-37.2020.8.15.2001

### **C E R T I D ã O**

Certifico e dou fé, que, em cumprimento ao mandado retro, dirigi-me ao endereço indicado e, lá, na data abaixo, **INTIMEI** a senhora **Joselma Cândido da Silva**. Ele(a) exarou seu ciente e recebeu a contrafé que lhe ofereci.

Cruz do Espírito Santo, 06 de março de 2020.

Marcelo Ramos Correia

Oficial de Justiça

Successfully created

CAMPOS  
SEM. E. N. 10/03/20



7ª Vara Cível da Capital  
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520  
JOÃO PESSOA

0808397-37.2020.8.15.2001 [ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO]

Nome: JOSELMA CANDIDO DA SILVA (98160 - 8718) - *Rosa do Esposo;*  
Endereço: Assentamento Campos Sementes Miúdas,, S/N, ZONA RURAL, ZONA RURAL, CRUZ  
E SANTO - PB - CEP: 58337-000 (99134-5167) - *Filha: Jordânia*

Nome: MAPFRE

Endereço: AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, - até 1145 - lado ímpar, ESTADOS,  
JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000

### MANDADO DE INTIMAÇÃO

(Pagamento da quantia executada - art. 523, do CPC)

O(a) MM. Juiz(a) de Direito da 7ª Vara Cível da Capital manda ao Oficial de Justiça que, em cumprimento a este, INTIME-SE o(a) executado(a) Nome: JOSELMA CANDIDO DA SILVA, Endereço: Assentamento Campos Sementes Miúdas,, S/N, ZONA RURAL, ZONA RURAL, CRUZ E SANTO - PB - CEP: 58337-000 para tomar conhecimento e para dar integral cumprimento:

Intimo a parte autora e seu advogado para comparecer a perícia médica no dia 23 / 04 / 2020, a partir das 15:00 horas, no endereço Rua Sílvia Almeida, nº 725 Expedicionários (Ponto Cardio), Fone: 83-3225.4090, devendo apresentar-se portando documento pessoal com foto, cópias do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico inicial, no dia da perícia."

JOÃO PESSOA-PB, em 2 de março de 2020.

De ordem, MARIA JANDIRA UGULINO NETA  
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

JOSELMA CANDIDO DA SILVA de Brito





Assinado eletronicamente por: MARIA JANDIRA UGULINO NETA

02/03/2020 16:05:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: 28685428



20030216052100100000027652335

[imprimir](#)

Edozelma Candido da Silva de Brito