



Número: **0801811-79.2019.8.15.0461**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Solânea**

Última distribuição : **02/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.500,00**

Assuntos: **Alienação Fiduciária**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE HELIO DUARTE REIS (AUTOR)		FRANCISCO CARMENATO DE OLIVEIRA GOMES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
26691789	02/12/2019 12:39	Petição Inicial	Petição Inicial
26692056	02/12/2019 12:39	Scanner_20191202	Procuração
26692062	02/12/2019 12:39	doc. pessoal	Documento de Identificação
26692070	02/12/2019 12:39	decl. pobreza	Documento de Comprovação
26692072	02/12/2019 12:39	pro. administrativo	Documento de Comprovação
26692078	02/12/2019 12:39	comprovante de residencia	Documento de Comprovação
26692082	02/12/2019 12:39	abertura de pedido de seguro	Outros Documentos
26692083	02/12/2019 12:39	boletin de ocorrência	Documento de Comprovação
26692084	02/12/2019 12:39	declaração samu	Documento de Identificação
26692086	02/12/2019 12:39	certidão samu	Outros Documentos
26692088	02/12/2019 12:39	doc. proprietário do veiculo (pai do autor)	Documento de Identificação
26692402	02/12/2019 12:39	laudo cirurgico 1 de 2	Outros Documentos
26692412	02/12/2019 12:39	2 de 2	Outros Documentos
26692427	02/12/2019 12:39	dut do carro	Documento de Identificação
26692430	02/12/2019 12:39	laudo médico	Informações Prestadas
26692445	02/12/2019 12:39	certidao junta medica	Outros Documentos
26692447	02/12/2019 12:39	Scanner_20191202 (14)	Outros Documentos
26692849	02/12/2019 12:39	Scanner_20191202 (15)	Outros Documentos
26692850	02/12/2019 12:39	Scanner_20191202 (16)	Outros Documentos

26762 519	04/12/2019 08:12	Despacho	Despacho
30321 377	02/05/2020 20:52	Certidão	Certidão
30321 380	02/05/2020 20:57	Carta	Carta

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA COMARCA DE SOLÂNEA/PB.

JOSÉ HÉLIO DUARTE REIS, brasileiro, solteiro, desempregado, inscrito no CPF sob nº 022.314.364-26 e RG nº 548.052-23, residente e domiciliado na Rua: Manoel Firmino de Medeiros nº 337, centro de Arara/PB, CEP 58.396-000, vem à presença de Vossa Excelência, por seu representante constituído propor

AÇÃO DE COBRANÇA

SEGURO DPVAT

em face de **Seguradora Líder** do Consórcio do Seguro DPVAT. Rua: da Assembleia, 100 - 24º andar. Centro Rio de Janeiro CEP 20011-904. Tel 21 3861-4600, pelos fatos e motivos que passa a expor.

DOS FATOS

Trata-se de seguro devido em face de acidente ocorrido em 05 de Março de 2019 que ocasionou a fratura exposta de antebraço do segurado, fatos estes, devidamente comprovados no teor do Boletim de ocorrência e laudo médico que junta em anexo.

Diante de tal fato, seria devido o pagamento do prêmio segurado, na forma do Art. 3º, inciso II, da Lei nº 6.194/74, o que foi negado pelo seguinte motivo: ausência ou despesas médicas incorretas.

Ocorre que a simples ocorrência do sinistro com o ensejo de dano ou lesão previstos merecem serem amparados, razão pela qual intenta a presente ação.

DO DIREITO

Nos termos do 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:

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

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



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

Conforme documentação probatória, o nexo de causalidade entre o fato ocorrido (acidente) e o dano dele decorrente são inequívocos, fazendo jus o Autor ao recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74:

Art. 5º. **O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente**, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (grifo nosso)

Assim, tem-se evidenciado:

a) Prova do acidente.

b) Prova do dano decorrente.

c) Prova do esgotamento da via administrativa: da seguradora

É dever da Seguradora Requerida, cumprir com o determinado pelo art. 373 do CPC, que diz que ao réu incumbe o ônus da prova, *quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor*.

No presente caso, tem-se em tela um ato ilícito pelo descumprimento de obrigação contratual por parte do Réu, o que se enquadra no [Código Civil](#) nos seguintes termos:

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Ou seja, pela omissão voluntária do réu, que reflete diretamente num prejuízo ao Autor tem-se configurado um ato ilícito.

No mesmo sentido, o [Código Civil](#) dispõe:

Art. 389. Não cumprida a obrigação, **responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogado**.

Portanto, trata-se de necessária indenização proporcional ao dano sofrido pelo Autor, conforme precedentes sobre o tema:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO [DPVAT](#). INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL. PROPORCIONALIDADE. 1- A indenização do seguro [DPVAT](#), em caso de invalidez permanente parcial, deve ser fixada em valor proporcional ao grau do dano sofrido pela vítima do acidente automobilístico. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. (TJ-GO – AC: 04574988420088090065, Relator: DR (A). SEBASTIAO LUIZ FLEURY, Data de Julgamento: 22/09/2016, 4A CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: DJ 2124 de 04/10/2016)

Trata-se da necessária aplicação da lei, uma vez que demonstrado o compromisso firmado pelo contrato e a ocorrência do descumprimento, outra solução não resta se não o imediato pagamento do débito, conforme amplamente protegido pelos tribunais.

CORREÇÃO MONETÁRIA – TERMO INICIAL

Conforme precedentes sobre o tema, o valor apurado deve sofrer correção monetária a partir da data do sinistro:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO [DPVAT](#). I- CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. Em se tratando de ação de cobrança de seguro [DPVAT](#), a correção monetária incide a partir da data do sinistro, ou seja, do efetivo prejuízo, nos termos da



Súmula nº 43 do Superior Tribunal de Justiça. II- HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. PARTE AUTORA BENEFICIÁRIA DA JUSTIÇA GRATUITA. Restando configurada a sucumbência recíproca, devem ser as partes condenadas, proporcionalmente, ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios, ainda que uma delas seja beneficiária da assistência judiciária, ficando suspensa a cobrança para essa última, segundo o que estabelece o artigo 12 da Lei nº 1.060/50, não havendo se falar do limite de 15% previsto nessa lei, uma vez que ele foi revogado pelo Código de Processo Civil de 1973. RECURSO DE APELAÇÃO CONHECIDO E DESPROVIDO. (TJ-GO – AC: 04374876620148090051, Relator: DES. GERSON SANTANA CINTRA, Data de Julgamento: 23/08/2016, 3A CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: DJ 2111 de 15/09/2016).

DA JUSTIÇA GRATUITA

O Autor encontra-se desempregado, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, conforme declaração de hipossuficiência, cópia dos seus contracheques e certidão de nascimento dos filhos que junta em anexo.

Por tais razões, com fulcro no artigo 5º, LXXIV da [Constituição Federal](#) e pelo artigo 98 do [CPC](#), requer seja deferida a AJG ao requerente.

DOS PEDIDOS

1. A concessão da Assistência Judiciária Gratuita, nos termos do art. 98 do Código de Processo Civil;
2. A citação do réu, na pessoa de seu representante legal, para, querendo responder a presente demanda.
3. A procedência do pedido, com a condenação do Réu ao pagamento imediato das quantias devidas, no valor de R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais), acrescidas ainda de juros e correção monetária.
4. A produção de todas as provas admitidas em direito, em especial o depoimento das partes e análise das provas documentais.
 5. Manifesta o interesse na realização de audiência conciliatória;
 6. A condenação do réu ao pagamento de honorários advocatícios nos parâmetros previstos no art. 85, § 2º do [CPC](#).

Dá-se à causa o valor de R\$ 6.500,00 (seis mil e quinhentos reais)

Nestes termos, pede deferimento

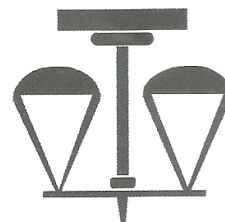
Arara/PB, 19 de Novembro de 2019.

Francisco Carmenato de Oliveira Gomes
OAB/PB 18.453





ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA
Causas Administrativas Cíveis Criminais e Trabalhistas
End. Rua Celso Cirne, 399, Centro – Solânea - PB CEP 58225-000
Fone: (083) 3363 - 2499 / Celular: 98690-7431



PROCURAÇÃO PARTICULAR

JOSÉ HÉLIO DUARTE REIS, brasileiro, solteiro, desempregado, residente e domiciliada a Rua: Manoel Firmino de Medeiros nº 337, Bairro Centro, Arara/PB, CEP 58.396-000, Portador do RG de nº 54805223 e do CPF de nº 022.314.364-26, telefone (11)9966884914, pelo presente instrumento particular de procuração constitui e nomeia, seu bastante procurador e advogados **Dr. FRANCISCO CARMENATO DE OLIVEIRA GOMES**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB-PB sob o nº18453, Com escritório estabelecido na Rua Celso Cirne, 399, Centro Solânea/PB, local onde recebe intimações e notificações, a quem confere poderes para o foro em geral e para defender os interesses do(s), assistente(s) ou oponente(s) ou de qualquer forma interessado(s) podendo confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação firmar compromisso, substabelecer, bem como requerer inventário, inclusive convindo que seja feito com rito de arrolamento, podendo representar o(s) outorgante(s), também em quaisquer repartições e autarquias, praticando, enfim, todos os atos necessários ao desempenho deste mandato, o que tudo dará(ao) por firme e valioso, tanto na área judicial como administrativo.

Solânea - PB, 08 de Outubro de 2019.

Assinatura da outorgante

Assinatura manuscrita em azul.



PROIBIDO PLASTIFICAR
1787534614

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1787534614

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO NACIONAL DO TRANSITO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSE HELIO DUARTE REIS
DOC. IDENTIDADE / Data. EMISSOR / UF
54805223 SSP/SP

CECILIA DUARTE REIS
FILIAÇÃO
CIPRIANO LUIS DOS REIS

CECILIA DUARTE REIS
PROFISSÃO
ACC

022.314.364-26
DATA NASCIMENTO
08/07/1976

01974106727
DATA EXPIRAÇÃO
22/01/2024

27/02/1996
DATA HABILITAÇÃO

SAO PAULO, SP
LOCAL
23/01/2019
DATA EMISSÃO

SAO PAULO
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR
62116123198
SP962373893

GOV. HELIO DUARTE REIS



DECLARAÇÃO DE POBREZA

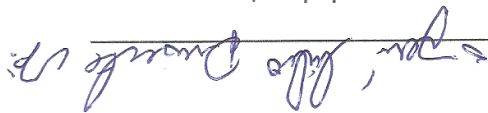
JOSÉ HÉLIO DUARTE REIS, brasileiro, solteiro, desempregado, residente e domiciliado a Rua: Manoel Firmino de Medeiros nº 337, Bairro Centro, Arara/PB, CEP 58.396-000, Portador do RG de nº 54805223 e do CPF de nº 022.314.364-26,, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Arara/PB, 08 de outubro de 2019.

declarante



Estamos aqui para Você
Seguradora Líder-DPVAT
 Atenciosamente,

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Comprovantes de despesas médicas incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Senhor(a), JOSE HELIO DUARTE REIS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190265330
 Vítima: JOSE HELIO DUARTE REIS
 Data do Acidente: 05/03/2019
 Cobertura: DAMS

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.





Administradora do Seguro DPVAT

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190265330
Vítima: JOSE HELIO DUARTE REIS

Data do Acidente: 05/03/2019
Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE HELIO DUARTE REIS

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2019
Ocorrência nº. 215/2019

Aos DOZE dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO AMARAL**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:10min, compareceu a

PESSOA a seguir qualificada:

JOSE HELIO DUARTE RESIS, conhecido(a) por **JOSE HELIO**, Identidade nº 54805223 - SSP/SP, CPF nº 022.314.364-26, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: motorista, filho(a) de Cipriano Luis Dos Reis E Cecilia Duarte Reis, natural de Arara/PB, nascido(a) em 08/07/1976 (42 anos de idade), tendo como ponto de referência: próximo ao triângulo, na cidade de ARARA/PB, fone(s) para contato: 83 98656-3017.

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

- 1) **Natureza do fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) **Data do Fato: 05 de março de 2019;**
- 3) **Horário do Fato: 15h:0min;**
- 4) **Local do Fato: Sítio Figueira, zona rural de Solânea/PB;**
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a): Complexo Hospitalar de Mangabeira, João Pessoa/PB;**
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo? SIM;**
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado? SIM;**
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias? SIM**

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

9BGSC19Z02B167793, licenciado no nome de CIPRIANO LUIS DOS REIS.
GM/CORSA MILENÍUM, COR PRATA, ANO/MOD 2002/2002, PLACA DES 4959/SP, CHASSI

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

FRANCISCO DE ASSIS, residente Rua Cosmo Ancelmo, nº 29, Centro, Arara/PB
JOSE ADRIANO DUARTE REIS, Rua Manoel Firmino de Medeiros, nº 337, centro, Arara/PB

8) Breve resumo do fato:

Narra o comunicante que vinha conduzindo o veículo acima descrito, na localidade denominada Sítio Figueira, zona rural de Solânea/PB, quando perdeu o controle e veio a "capotar" varias vezes. Informa ainda o comunicante que a estarda é de barro e deslizava muito.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Este boletim servirá para fins de DPVAT

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

JOSE HELIO DUARTE RESIS
Comunicante

Escrevê(o) // Agente
Matricula nº 168.610-1

Vânia Cândido da Silva
Enfermeira
COREN-PB 287.296

Solânea, 12 / 03 / 2019

Declaro para os devidos fins que foi prestado ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR pelo
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SOLÂNEA-PB, à
vítima João Hélio Duarte Reis RG 54805333
portador do RG 54805333 na cidade de Solânea
e transferido para a cidade de Complexo Hospitalar de Mangabais
de João Pessoa no dia 05 / 03 / 2019

DECLARAÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192

SAMU
192





ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
Rua Alfredo Pessoa de Lima, 346 - Centro - Solânea-PB - CEP: 58.225-000
Fone: (83) 3363-2859



192
SAMU

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB:

65

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

DENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Idade	43	Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Paciente / Usuário	Ocorrência nº 2369932		
Bairro	Rua Helio Duarte Reis		
Médico Regulador	Ruy Nelson		
Local da Ocorrência	Bairro		
Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros	<input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTAN <input type="checkbox"/> STTRAN <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro:		
Local: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não Encontrado <input type="checkbox"/> Outro:			

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

- ANTECEDENTES

EXAME FÍSICO: <input type="checkbox"/> PÁLIDO / <input type="checkbox"/> CIANÓTICO / <input type="checkbox"/> SUDOREICO / <input type="checkbox"/> PELE FRIA <input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA / <input type="checkbox"/> ISOCÓRICO / <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICO / <input type="checkbox"/> MIÓTICO <input type="checkbox"/> DOR LOCAL <input type="checkbox"/> DISPNEIA / <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA / <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE / <input type="checkbox"/> HEMOPTISE	VACINAS: <input type="checkbox"/> TCE / <input type="checkbox"/> TRM / <input type="checkbox"/> FRATURA / <input type="checkbox"/> CONTUSÃO / <input type="checkbox"/> ENTORSE <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / <input type="checkbox"/> FACE / <input type="checkbox"/> PCR / <input type="checkbox"/> FAF / <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO / <input type="checkbox"/> QUEIMADURA / <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO <input type="checkbox"/> DESABAMENTO OU SOTERRAMENTO / <input type="checkbox"/> QÜEDA DA PRÓPRIA ALTURA <input type="checkbox"/> QÜEDA MOTO / <input type="checkbox"/> QÜEDA ALTURA metros
TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA) <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO TRANSPORTE PROCEDENTE DO: <input type="checkbox"/> OUTRO: CINEMÁTICA: Copacabana	MEDICAMENTOS: PATOLOGIA (S): ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: VACINAS:

TIPO DE FERIMENTO E LOCAL

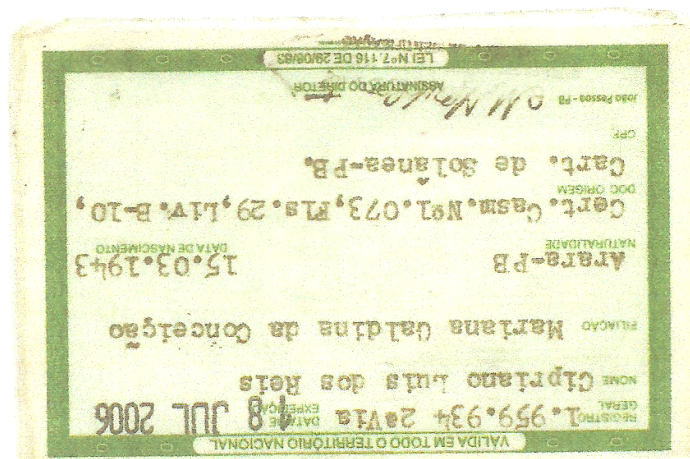
- DESTINO


Local: <u>Tramanda - RS</u>	Responsável: <u>[Assinatura]</u>	Função: <u>Médico</u>
DADOS VITAIS VAA: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstruída RESPIRAÇÃO: <input type="checkbox"/> < 30irpm <input type="checkbox"/> > 30irpm PERFUSÃO CAPILAR: <input type="checkbox"/> Retardada <input type="checkbox"/> Normal PAS: <input type="checkbox"/> > 90mm Hg F. Coma: <u>15</u> F. Coma: <u>15</u>	TEMPERATURA: <u>38</u> FR: <u>97</u> PO: <u>97</u> FC: <u>137 bpm</u>	- EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM <u>R. Coma, estado de consciência, com uma pressão arterial</u> <u>MHS (C), mantendo parâmetros de monitorização. Regulado e estabilizado</u> <u>BOM de dióxido e Trovador. Clonazepam 5mg i.v.</u>

- IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO <u>Layson</u>	COREN: <u>559.981</u>	TÉCNICO DE ENFERMAGEM: <u>[Assinatura]</u>	COREN: <u>[Assinatura]</u>
CONDUTOR <u>[Assinatura]</u>	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO):	MÉDICO (VISTO):	RECUSA





 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL Rs. 1/2	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	
7 - SEXO		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12 - CDD, IBGE MUNICÍPIO	
13 - UF		14 - CEP	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
17 - QTD		18 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		20 - QTD	
21 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - QTD	
23 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		24 - QTD	
25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		26 - QTD	
27 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - QTD	
29 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		30 - QTD	
31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		32 - QTD	
JUSTIFICATIVA DOS PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
34 - CID-10 PRINCIPAL			
35 - CID-10 SECUNDÁRIO			
36 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS			
37 - OBSERVAÇÕES			
SOLICITAÇÃO			
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		39 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
40 - DOCUMENTO (CNS/CPF)		41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
AUTORIZAÇÃO			
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		43 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR	
44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)		45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		49 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
50 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)		51 - CNES	

- Exemplo: 10 frut. - frut. de leite

R. leite de leite



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

PL: 0405194959-4

Nº 0148B7480012

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 00778329720 ***** 2018

NOME

CIPRIANO LUIS DOS REIS

CPF / CNPJ

00071619062453

PLACA

DES4959

PAS/AUTOMÓVEL / NAO APPLIC

MARCA / MODELO

GM/CORSA MILENIO

COMBUSTÍVEL

SL/1000 CC

CATEGORIA

PRATA

VALOR ÚNICA

VENÇ. COTA ÚNICA

VENÇ. COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

DPVAT PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA* CMT=002, 00T PBT=000, 00

SÃO PAULO

Maxwell Borges de Moura Vieira
Diretor-Presidente do Detran-SP

30/11/2018

SP Nº 0148B7480012 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

00071619062453

PLACA

RENAVAM

00778329720

GM/CORSA

MILENIO

ANO FAB.

01

9868C19Z02B167793

PRÊMIO TARIFÁRIO

(R\$)

28,66

3,18

31,85

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4,15

0,26

68,10

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO INFORMATIVO, CASSA BASTO INTEGRAL

CNPJ 09.240.600/0001-04

DET / 2018

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA	
NOME: João Paulo IDADE: 32 SEXO: M COR: M CLÍNICA: 32 PRONTUÁRIO Nº: 438	DATA DE ADMISSÃO: 08/03/19 DATA DE ALTA: 08/03/19 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 32
DIAGNÓSTICO INICIAL: 7 + Exortila distal de tórax DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: 7 + Exortila distal de tórax OUTROS DIAGNÓSTICOS: 7 + Exortila distal de tórax PRINCIPAIS EXAMES: 7 + Exortila distal de tórax	
PROCEDIMENTO REALIZADO: Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol TERAPIA MÉDICA/QUIRÚRGICA: Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol ANATOMIA PATOLÓGICA: Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol INFECÇÃO F.O.: Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol RESULTADO BACTERIOLÓGICO: Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol CONDIÇÕES DE ALTA: Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol	
MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> REMOVIDO <input checked="" type="checkbox"/> A PEDIDO <input checked="" type="checkbox"/> CURADO <input checked="" type="checkbox"/> ÓBITO <input checked="" type="checkbox"/>	
RESUMO CLÍNICO: Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol HISTÓRIA EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES: Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol	
DIETA: Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol REPOUSO: Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol MEDICAÇÕES PARA CASA: Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol RETORNO: Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol Ao posto de saúde em 08/03/19 Ao Ambulatório de 08/03/19 para retirada de pontos em 08/03/19 dias para revisão.	
DATA: 08/03/19 Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	

SECRETARIA DE SAÚDE

Complexo Hospitalar MANGABEIRA



certidão.

Atendendo solicitação de JOSE HELIO DUARTE REIS e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de FICHA Ambulatorial Nº210586 e prontuário 2019.03.0496 pertencentes ao paciente JOSE HELIO DUARTE REIS requerente que foi atendido dia 05/03/2019 às 20h05min, vítima de capotamento, apresentando trauma em membro superior esquerdo. Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do antebraço esquerda. Realizado procedimento cirúrgico no dia 05/03/2019 Com alta médica dia 08/03/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente

João Pessoa, 12 de julho de 2019

Dr.ª Fabiana Fernandes de Araújo
Médica
CRM/PB 4516
CARDIOLOGIA
CRM-PB 4516

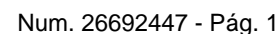
Nº. 1086/2019

CERTIDÃO

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURTY

JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

GOVERNADOR TARCÍSIO BUARTE
MANGABEIRA
Complexo Hospitalar



GOVERNADOR TARCÍSIO BUARTE
MANGABEIRA
Complexo Hospitalar

Nome: Francisco Carmenato de Oliveira Gomes **Prontuário:** 19120212390207500000025773761

Data da Admissão: 02/12/2019 **Idade:** 38 **Enfermaria:** 02 **Leito:** 02

Cidade: Mangabeira **Estado:** Pernambuco **Bairro:** Centro **Profissão:** Advogado

Sexo: M **Cor:** Preto **Estado Civil:** Casado **Religião:** Católica **Data de Nascimento:** 02/12/1981

Escolaridade: Graduação em Direito

HDA: Advogado

Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Kg em ☐ **Visão:** ☐ Sudorese

Pele: ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: ☐

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaleia ☐ Espirros ☐ Rinite ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe

AR e ACV: ☐ Dor ☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise

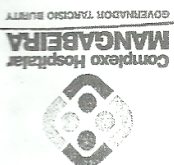
ABD: ☐ Dor ☐ Pirose ☐ Soluço ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Polúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-repouso ☐ Deformidades

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade

☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Francisco Carmenato de Oliveira Gomes</i>		Idade: <i>33</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>B</i>	Clinica: <i>Altoceara</i>	EMP: <i>Altoceara</i>	LR: <i>Altoceara</i>	Registro: <i>Altoceara</i>	
Data: <i>02/12/2019</i>		Cirurgião: <i>Altoceara</i>		1º Assistente: <i>Altoceara</i>		Instrumentador: <i>Altoceara</i>		3º Assistente: <i>Altoceara</i>	
Anestesista: <i>Altoceara</i>		Tipo Anestesia: <i>Altoceara</i>		Horário: <i>Altoceara</i>		I: <i>Altoceara</i>		T: <i>Altoceara</i>	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO									
CID									
<i>Enterocolite aguda</i>									
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO									
CID									
<i>Altoceara</i>									
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)									
CÓDIGO									
<i>Altoceara</i>									
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não									
Biópsia de Congelamento: 1 () Sim 2 () Não									
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico									



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

VARA ÚNICA DA COMARCA DE SOLÂNEA

Fórum Adv. Alfredo Pessoa de Lima

Fone/Fax: (83) 3363-3376

Processo número - 0801811-79.2019.8.15.0461
CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S): [ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA]
AUTOR: JOSÉ HELIO DUARTE REIS
Advogado do(a) AUTOR: FRANCISCO CARMENATO DE OLIVEIRA GOMES - PB18453
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Concedo a gratuidade de justiça.

Designa-se data para audiência de conciliação nos moldes do art. 334
do CPC, no Fórum local.

Citação e intimação necessárias, observando o disposto no art. 334,
caput e §3º, do CPC.

Solânea-PB, 4 de dezembro de 2019.

Osenival dos Santos Costa
Juiz de Direito





Poder Judiciário da Paraíba

Vara Única de Solânea

Rua Gov. João Fernandes de Lima, S/N, Centro, SOLÂNEA - PB - CEP: 58225-000

Número do Processo: 0801811-79.2019.8.15.0461

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto: [Alienação Fiduciária]

Polo ativo: AUTOR: JOSE HELIO DUARTE REIS

Polo passivo: REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CERTIDÃO

Certifico autorizado pela Lei que para que surta seus jurídicos e legais efeitos, conforme determinado no despacho nos presentes autos, agendei audiência para o dia 28/09/2020, pelas 10:30 horas. Solicitei intimação das partes. Certifico e dou fé.

SOLÂNEA, 2 de maio de 2020

CARLOS ANTONIO ROCHA BOTELHO JUNIOR

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
COMARCA DE SOLÂNEA
Juízo do(a) Vara Única de Solânea
Rua Gov. João Fernandes de Lima, S/N, Centro, SOLÂNEA - PB - CEP: 58225-000
Tel.: () ; e-mail:
Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.1.00

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO PARA AUDIÊNCIA UNA

Nº DO PROCESSO: 0801811-79.2019.8.15.0461

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Alienação Fiduciária]

AUTOR: JOSE HELIO DUARTE REIS

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Edifício Citibank **, 24 andar, Rua da Assembléia 100, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904

Prezado(a) Senhor(a),

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) Dr(a). , MM Juiz(a) de Direito deste Vara Única de Solânea, venho, por meio desta, **CITAR a parte REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, através de seu representante legal, conforme o caso, por todos os atos do processo acima mencionado, ficando **INTIMADA** para comparecer neste juízo, no endereço supra, à **AUDIÊNCIA UNA** (conciliação, instrução e julgamento) designada: **Tipo: Conciliação Sala: Sala de Audiências 01 Data: 28/09/2020 Hora: 10:30 h**, ficando a parte Promovida advertida, desde já, que o não comparecimento importará em **REVELIA**, reputando-se verdadeiras as alegações da parte autora, e em **JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE**, consoante art. 20 da Lei nº 9.099/95 e art. 355 do Código de Processo Civil, podendo na oportunidade apresentar resposta, oral ou escrita, e produzir provas documentais ou testemunhais (arts. 32 a 37 da Lei 9.099/95), advertindo-se, ainda, acerca da faculdade de se fazer acompanhar, querendo, por advogado ou, observando-se os requisitos legais, por defensor público, nas causas até vinte salários mínimos, sendo obrigatória a assistência nas causas de valor superior, nos termos do art. 9º da Lei 9.099/95. **Frustrada a conciliação**, o que constará do respectivo termo, prosseguirá a audiência de instrução e julgamento, com a defesa oral ou escrita, decretação ou não de revelia, juntada de documentos, manifestação das partes, resolução de preliminares e incidentes, porventura, arguidos, depoimentos pessoais e testemunhais, quando necessários, nos termos do art. 27 e seguintes da Lei 9.099/95.

SOLÂNEA-PB, em 2 de maio de 2020

De ordem, CARLOS ANTONIO ROCHA BOTELHO JUNIOR

Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A INICIAL E DOCUMENTOS ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" a CHAVE DE ACESSO respectiva, conforme relação abaixo:

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	1912021238500380000002577
Scanner_20191202	Procuração	1912021238506440000002577
doc. pessoal	Documento de Identificação	1912021238524100000002577
decl. pobreza	Documento de Comprovação	1912021238533130000002577
pro. administrativo	Documento de Comprovação	1912021238538490000002577
comprovante de residencia	Documento de Comprovação	1912021238543420000002577
abertura de pedido de seguro	Outros Documentos	1912021238549870000002577
boletim de ocorrência	Documento de Comprovação	1912021238556590000002577
declaração samu	Documento de Identificação	1912021238562110000002577
certidão samu	Outros Documentos	1912021238567470000002577
doc. proprietário do veículo (pai do	Documento de Identificação	1912021238573440000002577

autor)		
laudo cirurgico 1 de 2	Outros Documentos	1912021238578690000002577
2 de 2	Outros Documentos	1912021238585250000002577
lut do carro	Documento de Identificação	1912021238591610000002577
laudo médico	Informações Prestadas	1912021238597930000002577
certidao junta medica	Outros Documentos	1912021239003250000002577
Scanner_20191202 (14)	Outros Documentos	1912021239010390000002577
Scanner_20191202 (15)	Outros Documentos	1912021239020750000002577
Scanner_20191202 (16)	Outros Documentos	1912021239029400000002577
Despacho	Despacho	1912040812451880000002584
Certidão	Certidão	2005022052121170000002913