



Número: **0859754-61.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/12/2017**

Valor da causa: **R\$ 8.505,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| ANDERSON SILVA DOS ANJOS (AUTOR) | JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | |

| Documentos | | | |
|--------------|--------------------|---|--------------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 11536 175 | 06/12/2017 16:03 | Petição Inicial | Petição Inicial |
| 11536 390 | 06/12/2017 16:03 | ANDERSON SILVA DOS ANJOS- DOCUMENTOS- ilovepdf-compressed | Documento de Comprovação |
| 11536 820 | 06/12/2017 16:03 | INICIAL- ANDERSON SILVA DOS ANJOS | Outros Documentos |
| 12067 872 | 11/01/2018 18:28 | Despacho | Despacho |
| 12071 318 | 11/01/2018 23:06 | Renúncia de Mandato | Renúncia de Mandato |
| 27114 174 | 18/12/2019 15:10 | Despacho | Despacho |
| 29003 927 | 11/03/2020 15:05 | Certidão | Certidão |

PETIÇÃO EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 06/12/2017 16:02:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17120616024938000000011278162>
Número do documento: 17120616024938000000011278162

Num. 11536175 - Pág. 1

DUARTE E SILVA ADVOGADOS ASSOCIADOS

Av. João Machado, 399, Sala - 01, Centro, João Pessoa-Paraíba.
83-998732-6361/ 83-99342-1170/ 83-3512-6361

PROCURAÇÃO "AD – JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

CONTRATANTES:

NOME Anderson Silva dos Anjos TELEFONE 986294552
ESTADO CIVIL Solteiro PROFISSÃO Comerciante
CPF 018.404.454-81 RG 3894.342 ENDEREÇO _____
Av. 04 de Setembro 47 aéreos João Pessoa

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, **JOSÉ EDUARDO DA SILVA OAB/PB 12.578, e ALEXANDRA CESAR DAURTE OAB/PB 14.438, REGIANE LINO DE MELLO, OAB/GO 22.100**, com escritório profissional sito à Avenida João Machado 399, sala 01, Centro, João Pessoa, Paraíba.

Ficam conferidos a ele(s), amplos poderes para praticar todos os atos de processos judiciais e extrajudiciais de representação e defesa em qualquer Juízo, instância ou tribunal, perante quaisquer pessoas de direito público, seus órgãos, ministérios, desdobramentos e repartições de qualquer natureza, inclusive autarquias e entidades paraestatais, quaisquer pessoa jurídica de direito privado, sociedade de econômica mista ou pessoa física em geral, outorgando poderes para: receber citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, assinar documentos, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive levantar/receber alvarás judiciais, conjunta ou separadamente, junto aos cartórios do poder judiciário deste Estado, podendo ainda, substabelecer esta a Outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso sempre no interesse do outorgante.

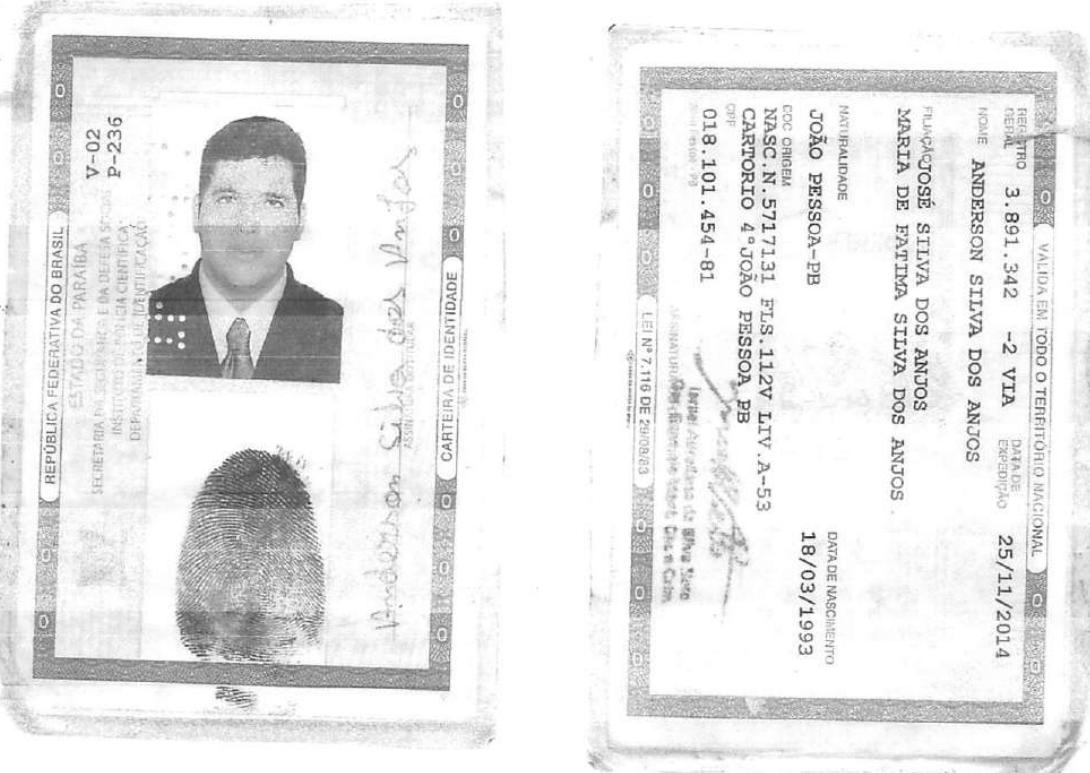
GRATUIDADE JUDICIÁRIA

Declara ainda o outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do seu sustento ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa, 21 de Janeiro de 2017.

(OUTORGANTE) X Anderson Silva dos Anjos





1

2

3

4



5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357



(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

*Dr.
Luis
Eduardo*

*entrega
resposta
da presta
direta*

caixa

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170589956 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANDERSON SILVA DOS ANJOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial João Pessoa-PB

BENEFICIÁRIO ANDERSON SILVA DOS ANJOS

CPF/CNPJ: 01810145481

Posição em 23-11-2017 17:59:29

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 945,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento Valor da Indenizacao Juros e Correção Valor Total

24/11/2017 R\$ 945,00 R\$ 0,00 R\$ 945,00

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](#))Documento Morte ([/Pages/Documentacao-Morte.aspx](#))Dicas Indispensáveis ([/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#))

PAGUE SEGURO

Como Pagar ([/Pages/Pague-Seguro.aspx](#))www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

1/2



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 06/12/2017 16:02:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17120615532271800000011278369>

Número do documento: 17120615532271800000011278369

Num. 11536390 - Pág. 4

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01566.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01566.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:12 horas do dia 31 de agosto de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu Anderson Silva dos Anjos, CPF nº 018.101.454-81, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria de Fátima Silva dos Anjos e José Silva dos Anjos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/03/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua 7 de Setembro, Nº 47, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Mercadinho Esquina Alves, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98631-5999.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Rua Adolfo Massa, Posto de Gasolina, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro/Novais; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/01/17 22:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

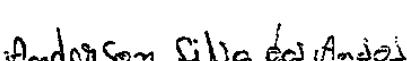
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 TITAN ES, COR PRETA, ANO 2005/2006, PLACA MOL8869/PB, CHASSI 9C2KC08506R803036, REGISTRADA EM NOME DE JONAS JOSÉ DA SILVA, quando passava pela Rua Adolfo Massa, próximo ao posto de gasolina foi atingido na lateral direita por um CARRO não identificado vindo a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 04.05.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar.

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, 31 de agosto de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigacao


ANDERSON SILVA DOS ANJOS

Noticiante

Procedimento Policial: 01566.01.2017.1.00.420

11*





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



REGIONAL JOÃO PESSOA

REGIONAL JOÃO PESSOA

08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
João Pessoa - CEP 58053-900
PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 704/069, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1569181, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente ANDERSON SILVA DOS ANJOS idade 24 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x carro)** no dia 13/01/2017, na Av. Cel. Adolfo Massa, Bairro: Novais - João Pessoa - aproximadamente às 22:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Abril de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS - Número: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



EUVANDRO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

| | |
|--------------------|---------------------------------|
| NOME DO PACIENTE | Anderson Silva dos Anjos |
| DATA DE NASCIMENTO | 18/03/93 |
| NOME DA MÃE | Maria de Fatima Silva dos Anjos |

DADOS EXTRAÍDOS

| | |
|------------------------|---|
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 973977 |
| DATA DO ATENDIMENTO | 13/01/17 |
| HORA DO ATENDIMENTO | 23:56 |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO | Acidente de moto |
| DIAGNÓSTICO (S) | Fratura exposta de ossos da perna direita |
| CID 10 | S82.2 |

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, após ingestão de bebida alcoólica, apresentando fratura exposta de ossos da perna direita, Glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia e encaminhado para Ortotrauma conforme pontuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem anormalidades.

TRATAMENTO:

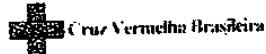
1º atendimento + imobilização + encaminhamento para Ortotrauma.

ALTA HOSPITALAR: 14/01/17
DATA DA EMISSÃO: 04/05/17


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, en -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 973977



Identificação do paciente

| | | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------|----------------------|------------|
| ID 1127851 | Nome ANDERSON SILVA DOS ANJOS | Sexo Masculino | | |
| Data de nascimento 18/03/1993 | Idade 23 anos 9 meses 26 dias | Estado civil ¹ | Religião | Prontuário |
| Mãe MARIA DE FATIMA SILVA DOS ANJOS | | Pai | JOSE SILVA DOS ANJOS | |
| Escolaridade | | Responsável (Parentesco) | O MESMO - O MESMO(A) | |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 987542074 | DDD Fixo | Fone Fixo | |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 3891342 | Nº Crns | | |
| Local de procedência CRUZ DAS ARMAS | | Tipo BAIRRO | UF PB | |
| Email | Naturalidade JOAO PESSOA | CBO/R | | |

Endereço

| | | | |
|-----------------|--|----------|--------------------------------|
| CEP 58088670 | Município de residência JOAO PESSOA | UF PB | Logradouro SETE DE SETEMBRO |
| Número 47 | Complemento | Bairro | OTIZEIRO |

Admissão

| | | |
|------------------------------------|------------------------------|-----------------|
| Data e Hora 13/01/2017 23:56:03 | Número da pulseira 182199 | Convenio SUS |
|------------------------------------|------------------------------|-----------------|

Especialidade

CLINICA GERAL

Classificação de risco

Caráter de atendimento

URGENCIA

Indicadores e Transporte

| | | | |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Veio de ambulância Não | Trauma Não |
| Meio de transporte SAMU | | Quem transportou | |

Sinais Vitais

| | | |
|--------------|----|-------------|
| PA X mmHg | P脉 | Temperatura |
|--------------|----|-------------|

Exames complementares

| | | | | | | |
|------------|------------|-----------|--------|------------|---------|---------------------|
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
|------------|------------|-----------|--------|------------|---------|---------------------|

Dados clínicos

| | | | |
|---|----------------------|------------|----------|
| 17/01/17 | | TOMOGRAFIA | |
| | | TIPO ... | CABNO |
| | | DATA ... | 13/01/17 |
| | | HORA ... | 00 |
| | | CID ... | 27 |
| Diagnóstico | | | |
| Atendido por JOSEFA BARBALHO FERNANDES | NOME E.C. & C.: 1199 | | |
| Imprimir | | | |

13/01/2017 23:58





Primeiro Atendimento Médico


 LOG109 BE.. 873977
 ANDERSON SILVA DOS ANJOS
 DT. NASC.: 10/03/1993
 NRE: MARIA DE FÁTIMA SILVA DOS ANJOS

END.: SETE DE SETEMBRO
 N. 47 - OTITIZERO
 JORO PESSOA
 FONE: (83) 887642974
 CELULAR: (83) 887642974
 IDADE: 23
 DT. ENTRADA: 13/01/2017 23:06:03

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

Pelo ontem v. fogo de gásos do abdômen
07/01/2017 00h00m, dia 25/01, velho.
Acabou no dia 27/01/2017 01/01/2017, em casa
Na casa de sua sogra, com
107-177 da porta.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS Pervias ObstruídasCERVICAL IMMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUÉIA NA LINHA MEDIANA Sim NãoRESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA Sem dificuldade Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

 APNÉIA

AUSCULTAÇÃO PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

 Presente e normal Rude Diminuído Ausente Presente e normal Rude Diminuído Ausente

2 - RUIDOS

 sim não

HTD

HTD

Roncos

Sibilos

Estertores

HTE

Roncos

Sibilos

Estertores

FR: _____ imp SaO₂: _____ %

DÉFÍCIT NEUROLÓGICO

Pupilas: Fotorreagente Paralisadas Isocóricas Anisocóricas (diferença = _____ mm)

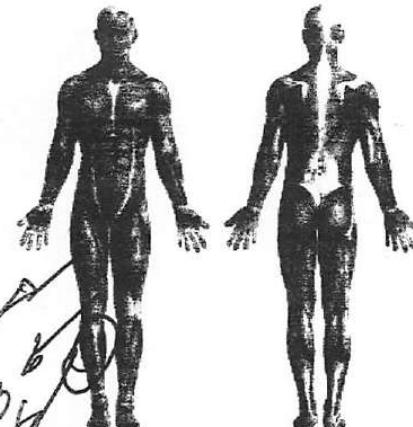
Escala de Glasgow:

| ABERTURA OCULAR | MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos) | | | MELHOR RESPOSTA MOTORA | |
|----------------------|--|---|---|---------------------------------|---|
| | | | | | |
| Espontânea | 4 | Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos | 5 | Obedece aos comandos | 6 |
| A solicitação verbal | 3 | Confuso / Chora, mas é consolável | 4 | Localiza a dor | 5 |
| Ao contínuo estímulo | 2 | Palavras inapropriadas / Imitado (persistente) | 3 | Retira o Membro | 4 |
| Nenhuma | 1 | Sons incompreensíveis / Inquieto | 2 | Flexão anormal (decorticção) | 3 |
| | | Nenhuma / Nenhuma | 1 | Extensão Anormal (decerebração) | 2 |
| TOTAL: | 15 | | | Nenhuma | 1 |

F(NG).CC.001-1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim: _____
 MEDICAMENTOS: Não Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: Não Sim: _____
 PATOLOGIA: Não Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim: _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|-----------|--------------------------|-------------|-------------------------|-----------|-------------|------------|---------------------------|--------------|--------------|-------|-------------------|---------|------------|---------------|--------------|-----------------------|---------------------------------|----------------|-----------------------|-------------|--------------|-------------------|--------------|--------------------|------------|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------------|---------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|----|
| LOCAL DA LESÃO | Identifique o local com o número correspondente ao lado | → | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr><td>1 Abrasão</td><td>19 Fratura Óssea Fechada</td></tr> <tr><td>2 Amputação</td><td>20 Fratura Óssea Aberta</td></tr> <tr><td>3 Avulsão</td><td>21 Hematoma</td></tr> <tr><td>4 Contusão</td><td>22 Ingurgitamento Nervoso</td></tr> <tr><td>5 Crepitação</td><td>23 Laceração</td></tr> <tr><td>6 Dor</td><td>24 Lesão Tendínea</td></tr> <tr><td>7 Edema</td><td>25 Luxação</td></tr> <tr><td>8 Empalamento</td><td>26 Mordedura</td></tr> <tr><td>9 Eftisema subcutâneo</td><td>27 Movimento torácico paradoxal</td></tr> <tr><td>10 Esmagamento</td><td>28 Objeto Engravidado</td></tr> <tr><td>11 Equimose</td><td>29 Otorragia</td></tr> <tr><td>12 F. Arma Branca</td><td>30 Paralisia</td></tr> <tr><td>13 F. Arma de Fogo</td><td>31 Paresia</td></tr> <tr><td>14 F. Contuso</td><td>32 Parestesia</td></tr> <tr><td>15 F. Cortante</td><td>33 Queimadura</td></tr> <tr><td>16 F. Corto-Contuso</td><td>34 Rinorragia</td></tr> <tr><td>17 F. Perfuro-Contuso</td><td>35 Sinais de Isquemia</td></tr> <tr><td>18 F. Perfuro-Cortante</td><td>36</td></tr> </table> | | | | 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada | 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta | 3 Avulsão | 21 Hematoma | 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso | 5 Crepitação | 23 Laceração | 6 Dor | 24 Lesão Tendínea | 7 Edema | 25 Luxação | 8 Empalamento | 26 Mordedura | 9 Eftisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal | 10 Esmagamento | 28 Objeto Engravidado | 11 Equimose | 29 Otorragia | 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia | 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia | 14 F. Contuso | 32 Parestesia | 15 F. Cortante | 33 Queimadura | 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia | 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia | 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 Crepitação | 23 Laceração | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 Edema | 25 Luxação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 Eftisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Engravidado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 Equimose | 29 Otorragia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBS.: *go*

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- Radiografias Lavado peritoneal
 Ultrassonografia (FAST) Gasometria arterial
 Tomografia computadorizada Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| | CONDUTAS E PROCEDIMENTOS | CÓDIGO | ASSINATURA E CARIMBO |
|----|------------------------------|--------|--|
| 1 | <i>Abd folio q d! 100000</i> | | |
| 2 | <i>Abd folio q d! 100000</i> | | |
| 3 | <i>Abd folio q d! 100000</i> | | |
| 4 | <i>Abd folio q d! 100000</i> | | |
| 5 | <i>Abd folio q d! 100000</i> | | <i>Dr. Luciano Jorge Dornelles</i> Cirurgia Geral CRM 6181 |
| 6 | <i>Abd folio q d! 100000</i> | | |
| 7 | <i>Abd folio q d! 100000</i> | | |
| 8 | <i>Abd folio q d! 100000</i> | | |
| 9 | <i>Abd folio q d! 100000</i> | | |
| 10 | <i>Tacogramma 28005</i> | | |

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da *DR. LUCIANO JORGE DORNELLES* às : do dia / /
 Solicito parecer da *DR. LUCIANO JORGE DORNELLES* às : do dia / /

DESTINO DO PACIENTE

DATA Centro cirúrgico
 DA Transferência (unidade de saúde)
 SAÍDA Internado (setor)
 HORAS: Alta hospitalar Decisão médica A pedido A revalia Desistência
 Óbito Até 48 hs. Após 48 hs. Família IML SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1





AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO



182199
ANDERSON SILVA DOS ANJOS BE.: 973977
DT. NASC.: 18/03/1993

MAE: MARIA DE FÁTIMA SILVA DOS ANJOS

END.: SETE DE SETEMBRO

N. 47 - 01717170

JORO PESSOA

FONE: (83) 987542874

CELULAR: (83) 987542874

IDADE: 23

IDAD/ DT. ENTRADA: 13/01/2017 23:56:03

| | | | | | |
|--|------------------------|--|--|--|---|
| NOME DO PACIENTE: | | | | | |
| PROCEDÊNCIA: | | <input type="checkbox"/> Domicílio | <input type="checkbox"/> Ambulância de resgate | <input type="checkbox"/> Ambulância SAMU | <input type="checkbox"/> Polícia |
| TIPO DE ACIDENTE: | | <input type="checkbox"/> Moto | <input type="checkbox"/> Automóvel | <input type="checkbox"/> Ônibus | <input type="checkbox"/> Bicicleta |
| | | <input type="checkbox"/> Envenenamento | <input type="checkbox"/> Incêndio | <input type="checkbox"/> Explosão | <input type="checkbox"/> Atropelamento |
| TIPO DE LESÃO: | | <input type="checkbox"/> Fratura fechada | <input type="checkbox"/> Ferimento aberto | <input type="checkbox"/> Esmagamento | <input type="checkbox"/> Laceração |
| | | <input type="checkbox"/> Mordedura | <input type="checkbox"/> Objeto encravado | <input type="checkbox"/> Ferimento contínuo | <input type="checkbox"/> Queimadura |
| LOCAL DA LESÃO: | | <input type="checkbox"/> Membros sup. | <input type="checkbox"/> Membros inf. | <input type="checkbox"/> Tronco | <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço |
| DADOS CLÍNICOS (sintomas) | | | | | |
| DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: | | / | / | | |
| EXAME FÍSICO | PA: <u>120/80</u> mmhg | P: <u>76</u> bpm | SpO2: <u>99</u> | Tax: | |
| Sistema Neurológico: | | | | | |
| <u>Nível de Consciência:</u> | | <input checked="" type="checkbox"/> Consciente | <input type="checkbox"/> Inconsciente | <input checked="" type="checkbox"/> Orientado | <input type="checkbox"/> Desorientado |
| Avaliação das pupilas: | | Simetria: <input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas | <input type="checkbox"/> Anisocôricas | Tamanho: <input type="checkbox"/> Midriase | <input type="checkbox"/> Miose |
| Sistema Respiratório: | | <input type="checkbox"/> Ventilação invasiva | <input checked="" type="checkbox"/> Ventilação espontânea | <input type="checkbox"/> Vias aéreas pétivas | |
| | | <input type="checkbox"/> Traqueostomia | <input type="checkbox"/> Respiração rápida | <input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas | |
| | | <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa | <input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo | <input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas | |
| Sistema Circulatório: | | <input type="checkbox"/> Pulso ausente | <input type="checkbox"/> Pele fria e úmida | <input type="checkbox"/> Perfusion tissular satisfatória | |
| | | <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Bradicardia | <input type="checkbox"/> Perfusion tissular comprometida | |
| | | <input type="checkbox"/> Palidez | <input type="checkbox"/> Outros: | | |
| Sistema Digestório: | | <input type="checkbox"/> HDA | <input type="checkbox"/> Uso de SNG | <input type="checkbox"/> Vômitos | <input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial |
| | | <input type="checkbox"/> HDB | | <input type="checkbox"/> Corpo estranho | <input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda |
| | | Outros: | | <input type="checkbox"/> Rigidez abdominal | <input type="checkbox"/> Distensão abdominal |
| Sistema Genito-urinário: | | <input type="checkbox"/> Disúria | <input type="checkbox"/> Hematuria | <input type="checkbox"/> Oligúria | <input type="checkbox"/> Poliúria |
| | | | | <input type="checkbox"/> SVD | <input type="checkbox"/> Outros: |
| HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: | | <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Câncer | <input type="checkbox"/> Alergias |
| | | <input type="checkbox"/> Internações | <input type="checkbox"/> Outros: | Especificar: | |
| USO DE MEDICAÇÃO? | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Especificar: | |
| HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO: | | | | | |
| IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: | | | | | |
| <u>PACIENTE, 602, consciente, 60pm, ROLATO</u> <u>OS SINCPÔ, TENSÃO NIO, AUD msl, SGVUG</u> <u>doe 6xamol.</u> | | | | | |
| DESTINO: | | ENFERMEIRO: <u>CR</u> | | COREN: | |

USP

F(NG).ENF.022-1

Anderson R. de Lima
E. Enfermeiro
COREN-F 3-00.110



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

- 162199 BE.: 973977
ANDERSON SILVA DOS ANJOS
DT. NASC.: 18/03/1993
MRE: MARIA DE FÁTIMA SILVA DOS ANJOS

END.: SETE DE SETEMBRO
N. 47 - OTITIZERO
JACÓ PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 987542874
IDADE: 23
DT. ENTRADA: 13/01/2017 23:56:02

Nome do paciente

| DATA | HORA | DESCRICAÇÃO DA EVOLUÇÃO |
|------|------|---|
| | | A. Odontal: |
| | | A lesão é de A. Odontal de mola, operando fratura transversa em dente molar inferior + fratura de um dente de casa dentaria num acidente de capô de veiculo |
| | | A Conduta: |
| | | - Até o momento: - hiperemia - Inflamação - Encarceramento do Odontal |
| | | Dr. Heliovaldo Elias Jr. M. D.C.O. CRM 11.0257 |

Dr. Helioshah L. Elias
Mississ.
C-381 10-25-51





Atendimento: 000000264612

Idade: 23 anos

Paciente: ANDERSON SILVA DOS ANJOS

Data: 14/01/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Impressão Diagnóstica:

Estudo tomográfico do crânio sem evidência de alterações.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 14/01/2017 06:37.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



DUARTE E SILVA ADVOGADOS ASSOCIADOS

Av. Maria Rosa, 59, Manaíra, João Pessoa-Paraíba.
(83) 98732-6361/ (83) 98660-2858/ (83) 99607-7040/ (83) 99342-1170

EXCELENTESSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA
VARA CÍVEL DA CAPITAL/PB.

JUSTIÇA GRATUITA

RITO SUMÁRIO

ANDERSON SILVA DOS ANJOS, brasileiro, solteiro, inscrito no RG sob o nº 3.891.342 SSDS/PB e CPF de nº018.101.454-81, residente e domiciliado na rua 7 de Setembro, 47, Oitizeiro, João Pessoa/PB, por seus procuradores e advogados *in fine* assinados, com endereço na Avenida Maria Rosa, 58, Manaíra, João Pessoa/PB, onde recebem intimações e notificações da espécie, vem perante esse Juízo, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

Em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 09.248.608/0001-04, que poderá ser citada na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-203, que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante.



DUARTE E SILVA ADVOGADOS ASSOCIADOS

Av. Maria Rosa, 59, Manaíra, João Pessoa-Paraíba.
(83) 98732-6361/ (83) 98660-2858/ (83) 99607-7040/ (83) 99342-1170

1) PRELIMINARMENTE - DA JUSTIÇA GRATUITA

O promovente não possui condições financeiras de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo de seu sustento e de sua família. Com fulcro na Constituição Federal, em seu artigo 5º, inciso LXXIV e no artigo 98 da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil), requer o Benefício da Justiça Gratuita.

Não obstante o promovente estar sendo representado em juízo por advogados particulares, esse fato não inibe o deferimento do pleito acima requerido. Nesse sentido, brilhante é o entendimento do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, através da Súmula nº 29, que transcrevemos *in verbis*:

“Súmula 29. Não está a parte obrigada, para gozar dos benefícios da assistência judiciária gratuita, a recorrer aos serviços da Defensoria Pública. (PUB DJ 29/310598)”.

2) DOS FATOS

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido em **13/01/2017**, conforme se depreende da cópia do relatório da Certidão de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões que o deixaram com sequelas irreversíveis. Os documentos médicos acostados comprovam que houve fratura dos ossos da perna esquerda, **que o deixou com permanente debilidade em todo o membro afetado**, o que o torna beneficiária do seguro denominado (DPVAT), sendo passível de receber indenização integral, qual seja, o valor de R\$ 9.450,00 (nove mil, quatrocentos e cinquenta reais), pois sente dificuldades em exercer suas atividades normais do dia a dia.

O demandante, ao ingressar com o requerimento na via administrativa, solicitando a liberação do referido seguro, recebeu de uma das seguradoras que fazem parte do complexo de seguradoras denominado FENASEG a quantia de R\$ 945,00 em 24/11/2017, conforme documentação acostada.



DUARTE E SILVA ADVOGADOS ASSOCIADOS

Av. Maria Rosa, 59, Manaíra, João Pessoa-Paraíba.
(83) 98732-6361/ (83) 98660-2858/ (83) 99607-7040/ (83) 99342-1170

Contudo, o valor realmente devido à autora corresponde a uma quantia bem maior do que a que recebera, pois a Lei que regulamenta o pagamento do seguro advindo de acidente automobilístico ordena as seguradoras que efetuem o pagamento na quantia de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Desse modo, facilmente observa-se que o pagamento efetuado pela seguradora à promovente foi feito em um valor bem menor do que era para ser devidamente pago, conforme ficará provado.

3) DO DIREITO

3.1 – DA LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM

O art. 7º da Lei 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao referido consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo da demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:

“APELAÇÃO CÍVEL – COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) – LEGITIMIDADE – SEGURADORA – Qualquer seguradora autorizada a operar com o DPVAT é parte legítima para responder ação que vise o recebimento de seguro obrigatório de veículo, por quanto a lei faculta ao beneficiário ação contra aquela que melhor lhe aproprou, conforme Resolução 6/86, do Conselho Nacional de Seguros Privados”. (TAMG – AP 0350628-9 – Uberlândia – 1ª C. Cív. – Rel. Juiz Silas Vieira – J. 18.12.2001) (destaque nosso)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontrovertida qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG poderá compor o polo passivo da demanda,



DUARTE E SILVA ADVOGADOS ASSOCIADOS

Av. Maria Rosa, 59, Manaíra, João Pessoa-Paraíba.
(83) 98732-6361/ (83) 98660-2858/ (83) 99607-7040/ (83) 99342-1170

como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

3.2 – DA CARÊNCIA DE AÇÃO – preliminar de ausência de submissão à instância administrativa

Merece rejeição a preliminar de ausência de submissão da demanda à esfera administrativa, pois a Lei nº 6.194/74, que instituiu o Seguro obrigatório – DPVAT, alterada pela Lei nº 8.441/92 e 11.482/2007, em seu conteúdo normativo não estabelece a necessidade de esgotamento da esfera administrativa, a fim de pleitear o percebimento do seguro, assim como não exige a negativa por parte das seguradoras que fazem parte do sistema, para tal fim. Como se não bastasse, a Constituição Federal de 1988, diferentemente da anterior, afastou a necessidade da chamada jurisdição condicionada ou instância administrativa de curso forçado, pois já se decidiu pela inexigibilidade de exaurimento das vias administrativas para obter-se o provimento judicial.

3.3 – DA NECESSIDADE DE PROVA PERICIAL

No caso em tela, se faz necessário a produção de prova pericial, a fim de produzir prova médico-pericial, indispensável à comprovação da debilidade permanente de membro, sentido ou função, a ser produzida por médico ESPECIALISTA, da confiança deste juízo, que possui valor legal em qualquer instância ou tribunal. Tal documento é essencial e indispensável para a concessão do seguro obrigatório DPVAT.

Convém, ainda, lembrar que o pagamento da indenização em seu patamar máximo independe da verificação do grau da invalidez que acomete a parte segurada, bastando seja comprovada a ocorrência de invalidez de caráter permanente, até mesmo porque a legislação aplicável ao caso não faz qualquer distinção ou menção nesse sentido, de modo que a interpretação no sentido de fixar o valor de acordo com o grau da debilidade significaria mudança do texto legal.

3.4 – DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO



Av. Maria Rosa, 59, Manaíra, João Pessoa-Paraíba.
(83) 98732-6361/ (83) 98660-2858/ (83) 99607-7040/ (83) 99342-1170

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

“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)

Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

“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 um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei”.(destaque nosso).

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independe, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na Corte do **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**. Vejamos:

“STJ. SÚMULA 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização”.

É incontestável, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

3.5 – DO VALOR A SER DEVIDAMENTE PAGO



DUARTE E SILVA ADVOGADOS ASSOCIADOS

Av. Maria Rosa, 59, Manaíra, João Pessoa-Paraíba.
(83) 98732-6361/ (83) 98660-2858/ (83) 99607-7040/ (83) 99342-1170

Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) mínimos, a teor da regra esculpida no art. 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:
- até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)

Incontroverso, também, o valor que deverá ser pago a título de indenização, ou seja, até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

4) DA POSTULAÇÃO

EX POSITIS, requer a Vossa Excelênciа:

- a)** ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
- b)** ao final, JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE a demanda em epígrafe para condenar a seguradora promovida a pagar a diferença devida ao promovente equivalente ao valor determinado pela perícia médica corrigido desde a data do evento danoso, conforme súmula 54 do STJ;
- c)** a designação de audiência prévia de conciliação, nos termos do artigo 319, VII, do CPC/2015, já com perito judicial, com intuito de realização de PERÍCIA MÉDICA ESPECIALIZADA conforme convênio firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, como forma de produzir as provas necessárias para a concessão do seguro obrigatório DPVAT;
- d)** a concessão do benefício da Justiça Gratuita, com fulcro no artigo 5º, inciso LXXIV e no artigo 98 da Lei 13.105/2015, por não ter condições de arcar com as despesa e custas processuais, sem sacrifício de sua subsistência e de sua família;



DUARTE E SILVA ADVOGADOS ASSOCIADOS

Av. Maria Rosa, 59, Manaíra, João Pessoa-Paraíba.
(83) 98732-6361/ (83) 98660-2858/ (83) 99607-7040/ (83) 99342-1170

- e) ainda, a condenação da promovida em custas processuais e honorários advocatícios, na base de 20% (vinte), sobre o valor da causa, em caso de recurso;
- f) por fim, requer que todas as citações e intimações sejam feitas em nome dos advogados habilitados na presente demanda, de acordo com procuração anexa, sob pena de nulidade.

Protesta o AUTOR, provar o alegado por todos os meios de provas admitidas em direito.

Dá-se à causa o valor de R\$ 8.505,00.

Nestes termos,
Pede e espera deferimento.

João Pessoa/PB, 06 de dezembro de 2017.

**JOSÉ EDUARDO DA SILVA
OAB/PB 12.578**

**ALEXANDRA CESAR DUARTE
OAB/PB 14.438**

**REGINALDO NUNES CHAVES
OAB/PB 24.289**

**PAULO COELHO NOBREGA NETO
ESTAGIÁRIO**

QUESITOS



DUARTE E SILVA ADVOGADOS ASSOCIADOS

Av. Maria Rosa, 59, Manaíra, João Pessoa-Paraíba.
(83) 98732-6361/ (83) 98660-2858/ (83) 99607-7040/ (83) 99342-1170

- 1) Qual o tipo de lesão sofrida pelo Autor em decorrência do acidente mencionado na petição inicial?
- 2) Qual foi o tratamento médico aplicado ao Autor?
- 3) Em razão do acidente e do tempo de recuperação, por quanto tempo o Autor ficou impossibilitado de exercer sua profissão?
- 4) Quais as sequelas físicas da lesão (esclarecendo se temporárias ou permanentes) do autor?
- 5) Restou comprovada debilidade permanente devido a lesão sofrida no acidente acometido?
- 6) A lesão sofrida pelo autor afetou a função do membro?

ANEXO

| Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico | Percentual da Perda |
|---|------------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores | 100 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior | |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral | |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica | |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | |
| Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores | Percentuais das Perdas |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos | 70 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés | 50 |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo Polegar | 25 |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da Mão | 10 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | |
| Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais | Percentuais das Perdas |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho | 50 |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral | 25 |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço | 10 |



DUARTE E SILVA ADVOGADOS ASSOCIADOS

Av. Maria Rosa, 59, Manaíra, João Pessoa-Paraíba.
(83) 98732-6361/ (83) 98660-2858/ (83) 99607-7040/ (83) 99342-1170





**Poder Judiciário da Paraíba
8ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0859754-61.2017.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

O Código de Processo Civil de 2015, em evidente avanço no sentido de solucionar consensualmente os conflitos, trouxe no art. 334, *caput*¹ a necessidade de designação de audiência de conciliação, tendo sido disposto no art. 165² que estas serão realizadas pelos centros de conciliação e mediação, estes que deverão ser criados pelos tribunais respectivos.

Assim, passo a determinar as seguintes providências:

1. Agende-se junto ao Coordenador do Centro de Mediação, audiência de conciliação, observando-se os prazos previstos no CPC/2015;

2. INTIMEM-SE as partes e CITE-SE a promovida para comparecer a audiência ou para informar, se for o caso, com antecedência mínima de 10 dias, contados da data da audiência designada, o seu desinteresse em conciliar, nos moldes do art. 334, §§ 4º e 5º do CPC/2015, ficando cientificado que, neste último caso, o prazo da contestação começará a fluir nos termos do art. 335, inciso II, do CPC/2015;

3. Após tudo cumprido, remeta-se o feito ao Centro de Mediação para realização da audiência designada; ou

4 .DEFIRO a gratuitade judicial, nos termos do art.99, §3º, do NCPC.

P.I.

João Pessoa, 11/01/2018.

RENATA DA CÂMARA PIRES BELMONT

Juiz de Direito - 8ª Vara Cível



Assinado eletronicamente por: RENATA DA CAMARA PIRES BELMONT - 11/01/2018 18:28:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011118280298900000011800168>
Número do documento: 18011118280298900000011800168

Num. 12067872 - Pág. 1

1Art. 334. Se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência.

2Art. 165. Os tribunais deverá criar centros judiciários de solução consensual de conflitos, responsáveis pela realização de sessões e audiências de conciliação e mediação e pelo desenvolvimento de programas destinados a auxiliar, orientar e estimular a autocomposição.



EXCELENTEÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA 8^a VARA CÍVEL DA CAPITAL/PB

Processo nº 0859754-61.2017.8.15.2001

REGINALDO NUNES CHAVES, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 24.289, com escritório profissional na Rua Poeta Miguel Jansen Filho, nº 188, Centro, Monteiro/PB, um dos procuradores judiciais da parte autora, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, nos termos do art. 112, do CPC, comunicar a sua **RENÚNCIA AO MANDATO** que lhe foi outorgado, por razões de foro íntimo, dispensada a prova de comunicação ao Mandante, de acordo com o § 2º do art. 112 do CPC.

Desta feita, requer seja o advogado, acima referenciado, excluído, neste processo, da representação da parte Autora e que as intimações, a partir de agora, sejam feitas e endereçadas, exclusivamente, aos advogados **JOSE EDUARDO DA SILVA, OAB/PB 12.578 e/ou ALEXANDRA CESAR DUARTE, OAB/PB 14.438**.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Monteiro/PB, 11 de Janeiro de 2017.

**REGINALDO NUNES CHAVES
OAB/PB 24.289**



Assinado eletronicamente por: REGINALDO NUNES CHAVES - 11/01/2018 23:06:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011123063875600000011803441>
Número do documento: 18011123063875600000011803441

Num. 12071318 - Pág. 1



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
8ª VARA CÍVEL DA CAPITAL**

PROCESSO N.º: 0859754-61.2017.8.15.2001

Vistos, etc.

1. Defiro a renúncia ao mandato (id.12071318). Proceda a Escrivania as alterações necessárias.

2. Chamo o feito à ordem para tornar sem efeito o despacho presente no id.12067872

3. Defiro o pedido de assistência judiciária.

4. CERTIFIQUE a escrivania a existência de outra ação idêntica à presente, envolvendo as mesmas partes, eventualmente distribuída para vara cível diversa;

5. Caso negativa a certidão, determino a citação da parte ré, com prazo de 15 dias, uma vez que a audiência de conciliação/medição prevista no art. 334, do CPC/2015 mostra-se inóportuna no presente caso, ante a necessidade de realização de perícia prévia.

6. Apresentada contestação, INTIME-SE para impugnar no prazo de 15 dias.

CUMPRA-SE

João Pessoa, 17 de dezembro de 2019

RENATA DA CÂMARA PIRES BELMONT
Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: RENATA DA CAMARA PIRES BELMONT - 18/12/2019 15:10:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121708090882200000026172326>
Número do documento: 19121708090882200000026172326

Num. 27114174 - Pág. 1



Poder Judiciário da Paraíba

8ª Vara Cível da Capital

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

**0859754-61.2017.8.15.2001 [ACIDENTE DE TRÂNSITO]
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

CERTIDÃO

Certifico que após realizar buscas/consultas nos sistemas **STI e PJE**, observa-se que não **CONSTAM AÇÕES** com mesmo nome das partes e mesma causa de pedir. Dou fé.

João Pessoa-PB, em 11 de março de 2020

CLEOPATRA CAMPOS MEDEIROS

Analista/Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: CLEOPATRA CAMPOS MEDEIROS - 11/03/2020 15:05:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031115051275600000027949825>
Número do documento: 20031115051275600000027949825

Num. 29003927 - Pág. 1