

## IDENTIFICAÇÃO

## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



## VITIMA

DATA DO ACIDENTE

CPF DA VITIMA

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VITIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARÂNTESCO COM

A VITIMA É

ENDERECO DO PORTADOR

Nº COMPLEMENTO

CIDADE UF

BAIRRO

CEP

E-MAIL

TELEFONE ( )

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LÉGIVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LÉGIVEL)
- ANA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MÉIOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE.

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHÉQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- \* MORTE = R\$ 13.500,00
- \* INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- \* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) REembolso ATÉ R\$ 2.700,00 (REembolso). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- \* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- \* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO.
- \* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204.

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA  
IDENTIDADE: \_\_\_\_\_  
NOME: \_\_\_\_\_

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

ASSINATURA *X 2018* *Carla Fausto da Silveira*





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

082.296.544-50

Nome completo da vítima

José CARLOS PAULO DA SILVA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE CARLOS PAULO DA SILVA	CPF titular da conta 082.296.544-50	Profissão DE SEMPRE GABO
Endereço	Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado
Email	Telefone (DDD) 83 98630-1130	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 0038	D/V	CONTA NRO. 52070	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome _____ NRO. _____			
AGÊNCIA NRO. _____	D/V	CONTA NRO. _____	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

José Pessoa, 15 de Maio de 2018

Local e Data

José Carlos Paulo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <b>JOSE LARLOS PAULO DA SILVA</b>	CPF da Vítima <b>082.296.544-50</b>	Data do Acidente <b>23/02/17</b>
--	--	-------------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu perito de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*João Pessoa*, 15 de Maio de 2018  
Local e Data

*X José Larlos Paulo da Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 001/2017  
Ocorrência nº. 870/2017

Aos DOZE dias de JULHO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivā(o) do seu cargo, aí, por volta 16h:30min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, conhecido(a) por CARLOS, Identidade nº 3421121-SSS/PB, CPF nº 082.296.544-50, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: encanador, filho(a) de Manoel Paulo Da Silva E Mariza Gomes Da Silva, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 29/04/1984 (33 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Serra Velha, Zona Rural De Solânea/PB, tendo como ponto de referência: proximo a Fazenda de Ciço Motorista, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: (83)9.8632-4755.

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:** 23 de fevereiro de 2017;
- 3) **Horário do fato:** 15h:39min;
- 4) **Local do fato:** BR 230, Ernesto Geisel, João Pessoa/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Emergência e Trauma senador Humberto Lucena, 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 sua obrigações tributárias? SIM**

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

Uma moto HONDA/CG 150 FAN ES, PLACA MNM 5772/PB, ANO/MOD 2007/2007, COR PRATA, CHASSI 9C2KC08507R050185, RENAVAN 0091161519-9, licenciada no nome do comunicante.

7) **Testemunha(s) do fato/acidente:**

FRANCISCO DE ASSIS SUARES DOS SANTOS, residente no Sítio Cacimba da Varzea, s/n, Zona Rural de Solânea/PB (Próximo ao Grupo Escolar)  
HELIO RODRIGUES FERNANDES, residente no Sítio Varjota, zona rural de Solânea/PB (Próximo ao Grupo)

8) **Breve resumo do fato:**

Narra o comunicante que vinha no local, horário e data acima descrito, quando um cachorro atravessou a rodovia na frente do comunicante, e o mesmo não conseguiu desviar colidindo com o mesmo. Devido a colisão o comunicante veio a cair ao solo, sofrendo algumas lesões no corpo. No momento do acidente não tinha nenhum carona com o mesmo.

**OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:**

O referido boletim servirá para fins de DPVAT.

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

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA  
Comunicante  
  
  
Escrivā(d)/Agente  
Matrícula nº 168.610-1



VISTO EM: 20/03/17  
Katty Sabrina do N. Silva  
TEN. QOBM 621.280-4  
Comandante do BAPH

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3ª SEÇÃO -- OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 16 de Março de 2017.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 089/2017**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 23/02/2017, conforme requerimento nº 089/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 15h39min o/a Sr.(a) JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA CPF 082.296.544-50, vítima de acidente de trânsito (queda de moto), ocorrido na BR 230, Ernesto Geisel, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-39, tendo como chefe o CABO BM Huglailson Everton Dornelas Chaves, Matrícula 522.278-8, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, consciente e orientada, apresentando escoriações nos membros superiores e inferiores, suspeita de luxação na clavícula esquerda e possível fratura na patela esquerda. A vítima era condutora da motocicleta e usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

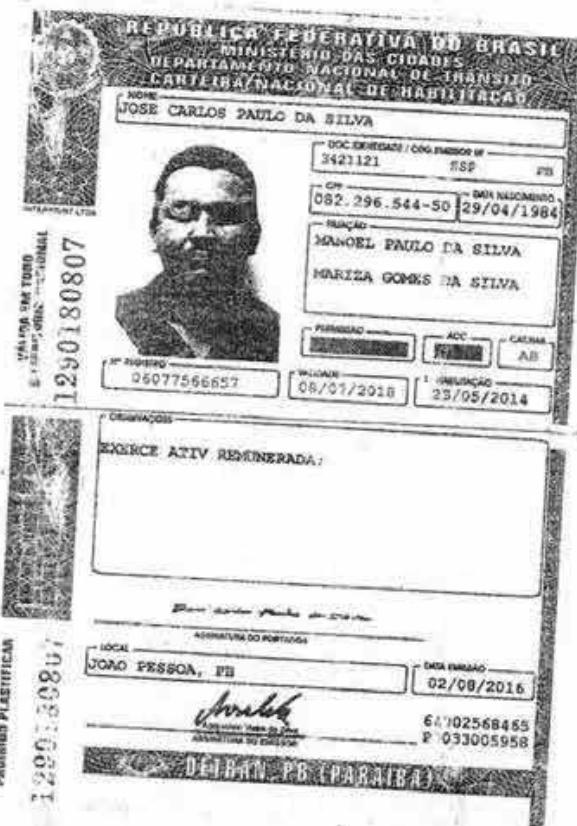
Para constar, eu Elizabete G. João Leônio Pinheiro - SD BM, Mat. 523.935-4, auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Claude Henrique Pretos Santiago  
Ten. QOBM  
Mat. 521.685-1  
Chefe da 3ª Seção

GOVERNO  
DA PARAÍBA

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.  
Av. Doutor Crestes Lisboa, S/n - Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 321-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphpb@bombeiros.pb.gov.br





Assinado eletronicamente por: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA - 24/07/2018 13:42:12  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072413420864400000015117494  
Número do documento: 18072413420864400000015117494

Num. 15501074 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA - 24/07/2018 13:42:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072413420864400000015117494>  
Número do documento: 18072413420864400000015117494

Num. 15501074 - Pág. 2

ANTONIO VICENTE FERREIRA  
RUA CLAUDIO BLAC, 442 - IMACULADA  
BAYEUX / PB CEP: 58300-025 (AG. 1)

Emissao: 19/04/2018 Referencia: Abr / 2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/BANCA RENDA MONOFASICO/B201/Km25-Cleto Reymond-José Pessoa/PB-CEP:58201-080  
Rotativo: 10-6-876-3120 IP: medidor: 00008327543

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ:02.085.182/0001-49 Ins. Emiss. 16.015.023-0  
Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°006.201.945  
Cód. para Dib. Automático: 00006.721044

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Abr / 2018	18/04/2018	18/05/2018	27908313434 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/673706-8

Canal de contato

Declaração de Quotas do Anual de Débitos.

Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de julho de 2009, informamos à quitação dos débitos referentes aos faturamentos de energia elétrica de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração é intitulada, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações das faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.  
Viu um feio caindo no chão? Não toque ou se aproxime. Ligue imediatamente para a Energisa e peça auxílio para isolá-lo local!

Anterior	Atual		Constante	Consumo	Dias					
	Data	Leratura								
18/03/18	10129	18/04/18	10293		136					
Demonstrativo										
CCN	Descrição	Quantidade	Tarifa	Vari. Base Cal.	Alt.	Impres.(R\$)	Base Cal. P/IR(R\$)	P/ICMS(R\$)	Coluna(R\$)	
0801	Consumo ate 30kWh-BR	30.000	0.349770	7,49	7,49	27	3,03	7,49	0,67	0,33
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0.428170	29,97	29,97	27	8,08	29,97	0,27	1,29
0801	Consumo - 101 a 200kWh-BR	30.000	0.842250	23,12	23,12	27	8,24	23,12	0,21	0,97
0810	Subsídio	29,53	28,53	27	10,40	38,63	0,38	1,82		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PÚBLICA		4,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	AVOS DE MORA 01/2018		1,52	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2018		1,48	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 01/2018		0,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0802	BEM SEGURO FÁCIL - ACE 04/2018		5,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Divulgação Subsídios		-26,15	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 85,50 99,11 26,70 99,11 0,00 4,18

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 25/04/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 85,50

Histórico de Consumo (kWh)  
157 | 123 | 138 | 120 | 127 | 125 | 119 | 148 | 145 | 133 | 125 | 134  
Ago/17 Maio/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18

1216.7a56.cc0a.2f54.dedb.1a32.68d2.8e8c.

Indicadores de Qualidade 2/2018-Basta Até

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,55	0,00
DIC TRIMESTRAL	11,10	NOMINAL
DIC ANUAL	22,21	220
FIC MENSAL	3,42	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,85	CONTRATUAL
FIC ANUAL	13,70	LIMITE INFERIOR
DISCO	3,20	0,00
DISCP	12,22	LIMITE SUPERIOR

Discriminação	Valor (R\$)	%
Encargos de Energia	15,75	18,42
Compra de Energia	15,51	17,77
Serviços de Transportador	2,41	2,78
Encargos Sistêmicos	0,49	0,56
Impostos Diretos e Encargos	30,11	34,74
Outros Serviços	5,26	6,18
Total	85,50	100,00

Referência BUEB (Ref. 2/2018)-R\$ 12,15

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso este(s) faturado(s) scima continuamente em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 03/05/2018. Conforme Resolução-114/ANEEL. O pagamento após essa data não eximirá a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas permaneçam nulas, estando essa unidade consumidora para comprovação. Caso passe fatura continuamente, desconsidere essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS REVISADAS, para estás a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 60 (sessenta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.

- Sua unidade foi faturada como Balsa Resco, tendo um desconto de R\$28,15

Contato Serviço: BEM SEGURO FÁCIL - ACE - 0800 704 0044

- O cancelamento da cobrança do convênio e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

Faturas em atraso

Mar/18 83,23  
Fev/18 86,45

PARAIBA  
Rotativo: 10 - 6-876-3120  
Matrícula: 873700-2018-04-0

VENCIMENTO 25/04/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 85,50

83640000000-3 85500054000-2 06737062018-8 04000008019-8



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA  
DATA DE NASCIMENTO 29/04/84  
NOME DA MÃE MARISA GOMES DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 983.098  
Nº PRONTUÁRIO 100.587  
DATA DO ATENDIMENTO 23/02/2017  
HORA DO ATENDIMENTO 16:06  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRAUTURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA E  
CID 10 S 22.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor em ombro E, punho D e joelho E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro E - AP; Perfil axilar e Perfil escapular  
RX do punho D - AP e P  
RX do joelho E - AP e P

### TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tíbia E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento para tratamento cirúrgico que não foi executado pois o paciente assinou termo de alta hospitalar a pedido.

ALTA HOSPITALAR: 24/02/17  
DATA DA EMISSÃO: 18/05/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MEDICO SOBREESTIMADO  
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

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



## LAUDO

Declaro pelos os devidos fins que o(a) Sr(a), JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, portador de RG 3421121 - SSP PB foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das 09:06 até as 09:38, sendo portador da afecção CID - M233 +S82+T922+T933.3. Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um por tempo indeterminado, a partir desta data.

O paciente foi atendido 23/02/17 vítima de acidente.  
Solicito afastamento de atividades laborais.

*Dr. Giordano Bruno C. L. Jordão*  
CRM 6773-PB  
CPF 380.381.934-40

J.PESSOA, 14/06/2017

*GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO*  
Médico ortopedista - CRM - 6773

## Autorizacao

Eu, JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, autorizo o médico GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - as 3015-2029  
PRAIA - Av. General Estan Ramaio, 479 - as 3236-7555  
SUL - Av. Walfredo Macedo Brantão, 1011 - as 3235-4348

[www.clinor.com.br](http://www.clinor.com.br)



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180305142  
Vitima: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA  
Data do Acidente: 23/02/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180305142**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **23/02/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00603/00604 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13104246



Assinado eletronicamente por: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA - 24/07/2018 13:42:06  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072413420297200000015117561>  
Número do documento: 18072413420297200000015117561

Num. 15501141 - Pág. 1

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"**

**OUTORGANTE:** JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA brasileiro (a), solteiro (a), RG 3421121 CPF 082.296.544-50, residente e domiciliado na Rua Olavo Bilac, nº 456, Imaculada, Bayeux - PB.

**OUTORGADOS:** DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB - PB sob o nº 17.065, e-mail [qdmadvogados@hotmail.com](mailto:qdmadvogados@hotmail.com), com endereço profissional na Av. Dom Pedro II, nº 972, Sala 108, Centro, CEP 58040-440, João Pessoa- PB.

**PODERES:** São conferidos aos outorgados poderes para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicia et extra*", para representá-lo em repartições públicas federais, autarquias e especialmente perante Cartórios de Notas, tratar de assuntos de seu interesse, assinando requerimentos e quaisquer documentos que se façam necessários judicial ou extrajudicialmente, pleitear extrajudicialmente inventário e administrativamente lançamento de ITCMD sobre acervo patrimonial, bem como emissão de certidões, guias de pagamento, dentre outras, conferindo-lhes ainda poderes para, em qualquer instância, Juízo ou Tribunal, propor ação, defesa, recursos e quaisquer medidas judiciais que permitam o fiel cumprimento do mandato, como levantamento de valores por alvará judicial, seguindo-a até o final, sendo expressamente autorizados os outorgados a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, sacar e levantar valores, dando quitação plena e irrevogável, agindo tudo em conjunto ou separadamente, autorizado o substabelecimento total ou parcial a outrem.

**DECLARAÇÃO:** O outorgante DECLARA, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, do art. 99 §3º e §4º da Lei Federal nº 13.105/15, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa/PB, 15 de Maio de 2018.

*José Carlos Paulo da Silva*  
OUTORGANTE



## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de c'reito, as partes abaixo nomeadas e qualificadas, a saber:

**CONTRATANTE:** JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA brasileiro (a), solteiro (a), RG 3421121 CPF 082.296.544-50, residente e domiciliado na Rua Clóvis Bilac, nº 456, Imaculada, Bayeux - PB.

**CONTRATADO:** DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB - PB sob o nº 17.065, e-mail [qdmadvogados@hotmail.com](mailto:qdmadvogados@hotmail.com), com endereço profissional na Av. Dom Pedro II, nº 972, Sala 108, Centro, CEP 58040-440, João Pessoa- PB, doravante denominado **ADVOGADO**.

têm, entre si, justo e acertado, o presente **Contrato de Prestação de Serviços Advocatícios**, regido pelas cláusulas e condições adiante dispostas.

### **1. DO OBJETO**

O objeto do presente contrato é a defesa dos interesses do **CLIENTE** pelo **ADVOGADO**, mediante apresentação de propositura de ação, com a confecção de todas e quaisquer peças processuais, o acompanhamento dos andamentos e publicações, tentativa de mediação, realização de audiências e comparecimento a sessões de julgamentos, exposição de teses e toda e qualquer ação necessária à busca e defesa do direito do cliente.

### **2. DOS HONORÁRIOS**

Pela propositura da ação judicial, acompanhamento, defendendo, assistiu, recorrendo, fazendo sustentação oral, oferecendo contrarrazões, enfim, utilizando todos os instrumentos necessários para obtenção da indenização requerida, o constituinte pagará as constituídas o percentual de 30% (trinta por cento), dos valores da condenação em seu favor.

### **DAS DESPESAS**

Todas as despesas processuais serão pagas pela parte CONTRATANTE, que assume integralmente o ônus da contratação do advogado ora contratado, que assume o compromisso de fidedignamente representar os interesses da parte contratante.

### **3. DAS PENALIDADES**

As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês, além de correção monetária.

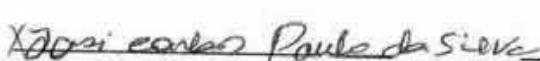
### **4. DA RESCISÃO**

Agindo o CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face do CONTRATADO, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas obrigações.

### **5. DO FORO**

Fica eleito o Foro da Comarca de João Pessoa/PB para dirimir qualquer dúvida ou conflito oriundo do presente Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja. E por estarem assim justas e contratadas, as partes firmam o presente em duas vias de igual teor, para o mesmo efeito.

João Pessoa/PB, 15 de Maio de 2018.

  
CONTRATANTE

  
CONTRATADO

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBALARANJA, S/N -  
CNES: 2458276 - Tel.:

Paciente <b>JOSE CARLOS PAULO DA SILVA</b>	BAE 983098	Data/Hora Entrada 23/02/2017 16:06:22	Data Baixa
Data de nascimento 29/04/1984	idade 32	Sexo Masculino	CNS
M86 <b>MARISA GOMES DA SILVA</b>			
Endereço Imaculada, 60	Bairro Imaculada	Município BAYEUX	UF PB
Addente <b>MOTO X ANIMAL</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>THALES FIGUEIREDO SEABRA</b>	Nº Cons. Regional 7124/PB
Data/Hora Classificação 23/02/2017 16:06:22		Data/Hora Prescrição 23/02/2017 18:49:49	

**Anamnese**

CIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO E PUNHO DIREITO RADIOGRAFIAS: FRATURA DO LATO TIBIAL + RÁDIO DISTAL DIREITO CD: DT + ANALGESIA + IMOB GESSADA + INTERNAMENTO EXPLICO PROGNÓSTICO DAS LESÕES E NECESSIDADE DE CIRURGIA

**DIETA**

DIETA, VIA ORAL

**MEDICAÇÃO**

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: 14 GOTAS POR MIN)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 8/8H  
Diluir

PIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 1,0 AMPOLA

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 12 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: SE INTENSA)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 8 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: 15 MINUTOS ANTES DO TRAMADOL OU SE NAUSEAS OU VOMITOS)

Diluir

BROMOPRIDA 10MG (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V, 12/12H, DURANTE 1 HORA(S)

Diluir

TENOIXCAN 20MG INJETÁVEL(FRASCO -AMPOLA), DILUIR 1,0 FRASCO/AMP

**CUIDADOS**

I- ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PROFILAXIA ANTI-TETÂNICA COM VACINA DT 0,5 ML INTRAMUSCULAR)

**CID10**

Código      Descrição

1172 1F 0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controler=/&referencia=imprimir&id=14557&pesquisa=S&idPai=&classe=PRESCRICAO&condutaMedica

Dra. Thalita F. Seabra  
Ortopedista  
Centro de Ortopedia





Cruz Vermelha  
Brasileira  
A nossa função é salvar vidas



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### PRESCRIÇÃO MÉDICA POSTO -1



REF 483098

DATA: HORA

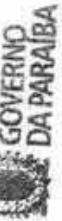
24.02.2017 08:00

Paciente	JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA		
UNIDADE:			
LEITO:			
ITEM	PRESCRIÇÃO - POSOLOGIA - ADMINISTRAÇÃO		
1.	DIETA LIVRE	eira	
2.	SRL 1000 ml EV em 24HS	1 = 2	
3.	DIPIRONA 02 ML + AD EV 6/6 HORAS	16 22 04 10	
4.	CLEXANE 40 MG SC DIA	16	
5.	TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 12/12 HORAS S/N	SN	
6.	NAUSEDRON 8MG IV 8/8HS, SE NAUSEAS	CN	
7.	OMEPRAZOL 40MG VO 24/24 HORAS	06	
8.	CAPTOPRIL 25MG SL SE PAD >= 110MMHG	SN	
9.	CCGG E SSVV		
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.	DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PLATO TIBIAL		
20.	Evolução: ESTÁVEL, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, AGUARDA CIRURGIA. SOLICITO VAGA NA ENFERMARIA.		
21.			

CRM-SP 5050-TEC  
Ortopedi/Traumatólogo  
Dr. Helio de Souza L. Oliveira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Santos Dumont - Litorânea



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB

Nome do medicamento

Motivo do Atendimento

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA  
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Nome	JOSE CARLOS PAULO DA SILVA
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Nome do medicamento	Quantidade	Unidade	Modo de uso	Observação	Previsão de uso	Prazo
1 CETOPROFENO 100 MG	1,0	FRI/AMP	E.V.	AGORA	OBSERVAÇÃO:DILUIR EM 100ML. SFQ.9%	16/30 10/07/2017

Nome do medicamento	Quantidade	Unidade	Modo de uso	Observação	Previsão de uso	Prazo
2 DIPENOXILOFETAMINA 10MG	1,0	FR/AMP	E.V.	AGORA	OBSERVAÇÃO:DILUIR EM 100ML. SFQ.9%	16/30 10/07/2017

PATRICIA MAIA BARRETO MEDEIROS  
CRM: 9486

Assinatura e Cálculo do Profissional

Dra Patrícia Maia Barreto Medeiros CRM: 9486  
Assinatura e Cálculo do Profissional





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONÇALVES - JOÃO PESSOA - PB

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Nome		Data de		Idade		Sexo		Nº		Data Prescrição	
JOSE CARLOS PAULO DA SILVA		28/04/1984		Posto de Trabalho		MASCULINO		983098		23/02/2017 18:49:49	
Motivo do Atendimento		Setor				Leito				Prescrição válida a	
<b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>											
Nome do Internamento	Dose	U.M.	V.L.	Unidade	Via	Período	Periodo	Orientação de Uso	Observação		
1 DIETA	0.0				ORAL						
2 SORVETE FABRICADO	0.0			ML	EV						
3 DIPROPANOD MÉGAM (AMPOLA 2ML)	1.0	Alap			EV						
4 ÁGUA em AGUA DESTILADA	1.0	AMP		E.V.							
5 TRANASOL 100MG C/2ML (AMPOLA)	1.0	AMP		E.V.		6/6H					
6 DILUT 30 SOLUÇÃO FISIOPOLÍSICO 0.9%	100.0	MG		EV			04				
7 BROMOPRIDA 10MG	2.0	ML		E.V.							
8 TENDOXAN 700MG INJETAVEL FRASCO	10.0	ML		E.V.		8/8H					
9 Água destilada	0.0										
10 Água destilada	0.0										
11 Água destilada	0.0										
12 Água destilada	0.0										
13 Água destilada	0.0										
14 Água destilada	0.0										
15 Água destilada	0.0										
16 Água destilada	0.0										
17 Água destilada	0.0										
18 Água destilada	0.0										
19 Água destilada	0.0										
20 Água destilada	0.0										
21 Água destilada	0.0										
22 Água destilada	0.0										
23 Água destilada	0.0										
24 Água destilada	0.0										
25 Água destilada	0.0										
26 Água destilada	0.0										
27 Água destilada	0.0										
28 Água destilada	0.0										
29 Água destilada	0.0										
30 Água destilada	0.0										
31 Água destilada	0.0										
32 Água destilada	0.0										
33 Água destilada	0.0										
34 Água destilada	0.0										
35 Água destilada	0.0										
36 Água destilada	0.0										
37 Água destilada	0.0										
38 Água destilada	0.0										
39 Água destilada	0.0										
40 Água destilada	0.0										
41 Água destilada	0.0										
42 Água destilada	0.0										
43 Água destilada	0.0										
44 Água destilada	0.0										
45 Água destilada	0.0										
46 Água destilada	0.0										
47 Água destilada	0.0										
48 Água destilada	0.0										
49 Água destilada	0.0										
50 Água destilada	0.0										
51 Água destilada	0.0										
52 Água destilada	0.0										
53 Água destilada	0.0										
54 Água destilada	0.0										
55 Água destilada	0.0										
56 Água destilada	0.0										
57 Água destilada	0.0										
58 Água destilada	0.0										
59 Água destilada	0.0										
60 Água destilada	0.0										
61 Água destilada	0.0										
62 Água destilada	0.0										
63 Água destilada	0.0										
64 Água destilada	0.0										
65 Água destilada	0.0										
66 Água destilada	0.0										
67 Água destilada	0.0										
68 Água destilada	0.0										
69 Água destilada	0.0										
70 Água destilada	0.0										
71 Água destilada	0.0										
72 Água destilada	0.0										
73 Água destilada	0.0										
74 Água destilada	0.0										
75 Água destilada	0.0										
76 Água destilada	0.0										
77 Água destilada	0.0										
78 Água destilada	0.0										
79 Água destilada	0.0										
80 Água destilada	0.0										
81 Água destilada	0.0										
82 Água destilada	0.0										
83 Água destilada	0.0										
84 Água destilada	0.0										
85 Água destilada	0.0										
86 Água destilada	0.0										
87 Água destilada	0.0										
88 Água destilada	0.0										
89 Água destilada	0.0										
90 Água destilada	0.0										
91 Água destilada	0.0										
92 Água destilada	0.0										
93 Água destilada	0.0										
94 Água destilada	0.0										
95 Água destilada	0.0										
96 Água destilada	0.0										
97 Água destilada	0.0										
98 Água destilada	0.0										
99 Água destilada	0.0										
100 Água destilada	0.0										
101 Água destilada	0.0										
102 Água destilada	0.0										
103 Água destilada	0.0										
104 Água destilada	0.0										
105 Água destilada	0.0										
106 Água destilada	0.0										
107 Água destilada	0.0										
108 Água destilada	0.0										
109 Água destilada	0.0										
110 Água destilada	0.0										
111 Água destilada	0.0										
112 Água destilada	0.0										
113 Água destilada	0.0										
114 Água destilada	0.0										
115 Água destilada	0.0										
116 Água destilada	0.0										
117 Água destilada	0.0										
118 Água destilada	0.0										
119 Água destilada	0.0										
120 Água destilada	0.0										
121 Água destilada	0.0										
122 Água destilada	0.0										
123 Água destilada	0.0										
1											



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



VERMELHA, S/N -  
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSE CARLOS PAULO DA SILVA	983098	23/02/2017 16:06:22	
Data de nascimento 29/04/1984	Idade 32	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARISA GOMES DA SILVA			
Enderço Imaculada, 60	Bairro Imaculada	Município BAYEUX	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PATRICIA MAIA BARRETO MEDEIROS	Nº Cons. Regional 9486/PB
Data/Hora Classificação: 23/02/2017 16:06:22		Data/Hora Prescrição 23/02/2017 16:32:06	

### Sintese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA, CONDUZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS. REFERE USO DE CAPACETE. NEGA TOE DA CONSCIÊNCIA, VÔMITOS. QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO ESQUERDO, PUNHO DIREITO E JOELHO ESQUERDO NEGA OUTRAS QUEIXAS NEGA ALÉRGIA AO EXAME: BEG, LÚCIDO E ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOCORADO. AR: MV + EM AHT, SEM RAABD: FLÁCIDO, INDOLAR À PALPAÇÃO QUADRIL: NDN DOR E CREPITAÇÃO À MOBILIZAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO, CD: SOLICITO RX OMBRO E AP. PERFIL AXILAR E PERFIL ESCAPULAR; RX PUNHO D AP E P. JOELHO ESQUERDO AP E P. SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA ALTA DA CIRURGIA GERAL.

### MEDICAÇÃO

CETOPIFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF0,9%)  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM AD)

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP, PERFIL AXILAR E PERFIL ESCAPULAR)  
RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIGUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)  
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
14.9	Traumatismo não especificado

### Conduta

Em observação

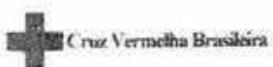
Dra Patricia Maia Barreto

Médica

PAT- CIA MARIA BARRETO MEDEIROS  
(9486/PB)

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA





ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 983098



Identificação do paciente				
ID 1143601	Nome JOSE CARLOS PAULO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 29/04/1984	Idade 32 anos 9 meses 22 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARISA GOMES DA SILVA			Pai MANOEL PAULO DA SILVA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988133649		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento		Nº Cns	
Local de procedência ERNESTO GEISEL			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade SOLANEIA		CBO/R	
Endereço				
CEP 58309035	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro Imaculada	
Número 80	Complemento		Bairro	Imaculada
Admissão				
Data e Hora 23/02/2017 16:06:22	Número da placa 1000005970864		Comunidade SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica		
Classificação de risco			Origem do paciente RESIDENCIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente MOTO X ANIMAL	
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma: Não	
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA X mmHg		P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico:				CID
Atendido por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA				Tempo 53seg

Imprimir

23/02/2017 16:05




**VERMELHA, S/N -  
CNES: 6121221 - Tel.:**

Vidente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
OSE CARLOS PAULO DA SILVA	983098	23/02/2017 16:06:22	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
9/04/1984	32	Masculino	(83) 986133649
Mae			Prontuário
MARISA GOMES DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
maculada, 60	Imaculada	BAYEUX	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X ANIMAL	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	PATRICIA MAIA BARRETO MEDEIROS	9486/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
23/02/2017 16:06:22		23/02/2017 16:32:06	

#### Ammese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA, CONDUZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS. REFERE USO DE CAPACETE. NEGA TCE. IDA DA CONSCIÉNCIA, VÓMITOS. QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO ESQUERDO, PUNHO DIREITO E JOELHO ESQUERDO NEGA OUTRAS QUEIXAS NEGA ALERGIA AO EXAME: BEG, LÚCIDO E ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOCORADO. AR: MV + EM AHT, SEM RA ABD: FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO QUADRIL: NDN DOR E CREPITAÇÃO À MOBILIZAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO. CD: SOLICITO RX OMBRO E AP, PERFIL AXILAR E PERFIL ESCAPULAR; RX PUNHO D AP E P; JOELHO ESQUERDO AP E P. SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA ALTA DA CIRURGIA GERAL.

#### MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF 0,9%)  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM AD)

#### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP, PERFIL AXILAR E PERFIL ESCAPULAR)  
RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIGUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)  
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

#### CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

#### Conduta

Em observação

Dra Patricia Maia Barreto  
Médica  
PB - 9486  
PATRICIA MAIA BARRETO MEDEIROS  
(9486/PB)

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA





**CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA**

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

1000005970004 BE 983096  
JOSE CARLOS PRUD'OM SILVA  
DT. NRSC - 29/04/1984  
MAE MARISA GOMES DA SILVA

NOME DO PACIENTE:			IDADE:	END.: ... Inaculada N. 58 - Inaculada BATEUX FONE: (...) CELULAR: (82) 3581-3744 TORDE: 32 DT. ENTRADA:	
PROCEDÊNCIA:		<input type="checkbox"/> Domicílio <input checked="" type="checkbox"/> Ambulância de resgate <input type="checkbox"/> Ambulância SAMU			
TIPO DE ACIDENTE:		<input checked="" type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Incêndio <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Outros:			
TIPO DE LESÃO:		<input type="checkbox"/> Fratura fechada <input type="checkbox"/> Ferimento a corte <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Objeto encravado <input type="checkbox"/> Ferimento contínuo <input type="checkbox"/> Amputação membro <input type="checkbox"/> Outros:			
LOCAL DA LESÃO:		<input type="checkbox"/> Membros sup. <input type="checkbox"/> Membros inf. <input type="checkbox"/> Tronco <input checked="" type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Outros:			
DADOS CLÍNICOS (sintomas)					
DE INÍCIO DOS SINTOMAS:		/ / /			
SINTOMA FÍSICO		PA: ____ / ____ mmHg	P: ____ bpm	Spo2: _____	Tax: _____
Sistema Neurológico:		Nível de Consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado Avaliação das pupilas: Simetria: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas Tamanho: <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Miosc			
Sistema Respiratório:		<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva <input checked="" type="checkbox"/> Ventilação espontânea <input type="checkbox"/> Vias aéreas pélvicas <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 regular 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"/> Outros: <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Rigidex abdominal <input type="checkbox"/> Distensão abdominal			
Sistema Genito-urinário:		<input type="checkbox"/> Distria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poluriia <input type="checkbox"/> SUD <input type="checkbox"/> Outros:			
TÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:		<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cirurgias <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:					
<p>paciente consciente, orientado, eupneico, agitado, hachianótico, trazido pelo corpo de Bombeiros vítima de acidente de moto. Receu dor em tórax esquerdo, pulso direito e joelho esquerdo</p>					
ESTÍMULO: CDI/loranja		ENFERMEIRO: Maria Patrícia A. S. da Fonseca Enfermeira	COREN: 3		

DESTINO: CDI/loranja

ENFERMEIRO: Para Boticas A.S. de Fonseca

OBEN

Entertainment

3

F(NG)ENF.022-1





**Poder Judiciário da Paraíba  
14ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0840570-85.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

O autor relata haver sido vítima de acidente de trânsito, em razão do que afirma ter sofrido FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA. Aduz ainda que a dita fratura resultou-lhe em sequelas de caráter irreversível, ocasionando-lhe graves limitações. Acrescenta que se encontra totalmente incapaz para realizar qualquer tipo de trabalho que exija esforço físico.

A parte promovente não menciona quais membros ou funções restaram acometidos das limitações que descreveu, mas apenas o segmento corporal (tibia esquerda) que sofreu a lesão instantânea (a fratura).

Relata que solicitou administrativamente o referido pagamento, o que, contudo, foi negado.

Ao final da exordial, requereu a declaração de inconstitucionalidade da Lei 11.945/09 e, a título de indenização securitária, pleiteou os R\$ 13.500,00 previstos como teto indenizatório na Lei 6.194/74, que disciplina o seguro DPVAT.

**É o relatório. Decido.**

Primeiramente, esclareça-se ao promovente que inconstitucionalidade da Lei 11.945/2009 que, entre outras providências, acrescentou à Lei 6.194/74 a tabela classificatória de lesões, é questão há muito superada. Pois, no julgamento conjunto das Ações Diretas de Inconstitucionalidade n. 4.350 e 4.627, de relatoria do Ministro Luiz Fux, o STF reconheceu a constitucionalidade do art. 8º da Lei n. 11.482/2007 e dos arts. 30 a 32 da Lei n. 11.945/2009. A mesma tese foi reafirmada no julgamento do Recurso Extraordinário com Agravo n. 704.520, julgado com reconhecimento de repercussão geral.

Portanto, não há que se falar mais em inconstitucionalidade da tabela contida na Lei do DPVAT, devendo o autor, desse modo, formular seu pedido de acordo com classificação legal das lesões.



À luz do acima dito, tem-se que a inicial carece de emenda. Pois, como se disse no relatório supra, o autor não revelou quais membros ou funções de seu corpo sofreram invalidez permanente, limitando-se a informar a lesão instantânea sofrida no exato momento do acidente, isto é, a fratura na tibia esquerda, o que não se confunde com a debilidade irreversível dela resultante.

Em que pese a localização da fratura levar à conclusão lógica de que a sequela permanente se abateu sobre o membro inferior esquerdo, ao magistrado, em juízo inicial de admissibilidade da ação, não é dado presumir fatos não relatados no pedido, máxime quando este não guarda consonância lógica com os fundamentos jurídicos. Em outras palavras, para perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores, a tabela contida no ANEXO final da Lei do DPVAT (fundamento jurídico) prevê pagamento de indenização máxima R\$ 9.450,00. Logo, da lesão alegada pelo autor não decorre seu pedido indenizatório de R\$ 13.500,00.

Ressalte-se que a classificaçãoposta na tabela em comento é de fácil compreensão e relativa simplicidade, o que permite à parte enquadrar, ao menos superficialmente, suas lesões e identificar o percentual de cobertura cabível para seu caso.

À luz do acima dito, tem-se que o pedido autoral, tal como formulado, encontra-se contraditório e, portanto, inepto.

Esclareça-se que não se está aqui a exigir que a parte promovente proceda à graduação de sua invalidez, havendo que se distinguir a classificação da lesão, conforme a tabela contida no Anexo da Lei, e a graduação da invalidez, prevista em seu art. 3º, §1º, I, esta sim aferível apenas mediante perícia médica.

Também cumpre assentar que a perícia não tem a função de definir ou complementar o pedido, mas de comprovar ou desconstituir os fatos (sequela) em que se funda o direito alegado.

Sendo assim, intime-se o autor para, em 15 dias:

a) emendar a inicial, **sob pena de seu indeferimento por inépcia**, a fim de que informe qual membro ou função do seu corpo sofreu debilidade permanente, bem como, enquadrando a referida debilidade da tabela da Lei 6.194/74Lei do DPVAT, deduza o valor legalmente cabível para sua lesão;

b) juntar:

b.1 - sob pena de indeferimento da inicial por ausência de documento essencial à propositura da ação, comprovante de residência em seu nome, ficando advertido de que como tal não se admitirá a autodeclaração de residência;

b.2 - sob pena de extinção do processo por defeito de representação, procuração firmada ao seu advogado ;



b.3 - sob pena de indeferimento da justiça gratuita, declaração de pobreza;

João Pessoa, data da assinatura digital

**Alexandre Targino Gomes Falcão**

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE TARGINO GOMES FALCAO - 25/07/2018 18:31:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1807251831437200000015151087>  
Número do documento: 1807251831437200000015151087

Num. 15535895 - Pág. 3



**Poder Judiciário da Paraíba  
14ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0840570-85.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

**Certifique-se** a escrivania a razão de haver enviado os presentes autos à conclusão, sem antes ter cumprido o despacho anterior.

Caso a conclusão tenha sido mero equívoco, **considere-se** dispensada a certidão acima ordenada, devendo a escrivania apenas dar inteiro cumprimento ao despacho já proferido nos autos.

João Pessoa, data da assinatura digital.

**Érica Virgínia da Silva Pontes**

Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: ERICA VIRGINIA DA SILVA PONTES - 26/09/2018 15:50:01  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18092615495680300000016379690>  
Número do documento: 18092615495680300000016379690

Num. 16814453 - Pág. 1



**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DA CAPITAL  
14.<sup>a</sup> VARA CÍVEL**

**INTIMAÇÃO DE ADVOGADO DO(A) AUTOR(A)**

De ordem do MM. Juiz de Direito da vara supra, INTIMO o(a) advogado(a) do autor, de todo teor do despacho abaixo:

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0840570-85.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

O autor relata haver sido vítima de acidente de trânsito, em razão do que afirma ter sofrido FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA. Aduz ainda que a dita fratura resultou-lhe em sequelas de caráter irreversível, ocasionando-lhe graves limitações. Acrescenta que se encontra totalmente incapaz para realizar qualquer tipo de trabalho que exija esforço físico.

A parte promovente não menciona quais membros ou funções restaram acometidos das limitações que descreveu, mas apenas o segmento corporal (tibia esquerda) que sofreu a lesão instantânea (a fratura).

Relata que solicitou administrativamente o referido pagamento, o que, contudo, foi negado.



Ao final da exordial, requereu a declaração de constitucionalidade da Lei 11.945/09 e, a título de indenização securitária, pleiteou os R\$ 13.500,00 previstos como teto indenizatório na Lei 6.194/74, que disciplina o seguro DPVAT.

### **É o relatório. Decido.**

Primeiramente, esclareça-se ao promovente que constitucionalidade da Lei 11.945/2009 que, entre outras providências, acrescentou à Lei 6.194/74 a tabela classificatória de lesões, é questão há muito superada. Pois, no julgamento conjunto das Ações Diretas de Inconstitucionalidade n. 4.350 e 4.627, de relatoria do Ministro Luiz Fux, o STF reconheceu a constitucionalidade do art. 8º da Lei n. 11.482/2007 e dos arts. 30 a 32 da Lei n. 11.945/2009. A mesma tese foi reafirmada no julgamento do Recurso Extraordinário com Agravo n. 704.520, julgado com reconhecimento de repercussão geral.

Portanto, não há que se falar mais em constitucionalidade da tabela contida na Lei do DPVAT, devendo o autor, desse modo, formular seu pedido de acordo com classificação legal das lesões.

À luz do acima dito, tem-se que a inicial carece de emenda. Pois, como se disse no relatório supra, o autor não revelou quais membros ou funções de seu corpo sofreram invalidez permanente, limitando-se a informar a lesão instantânea sofrida no exato momento do acidente, isto é, a fratura na tíbia esquerda, o que não se confunde com a debilidade irreversível dela resultante.

Em que pese a localização da fratura levar à conclusão lógica de que a sequela permanente se abateu sobre o membro inferior esquerdo, ao magistrado, em juízo inicial de admissibilidade da ação, não é dado presumir fatos não relatados no pedido, máxime quando este não guarda consonância lógica com os fundamentos jurídicos. Em outras palavras, para perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores, a tabela contida no ANEXO final da Lei do DPVAT (fundamento jurídico) prevê pagamento de indenização máxima R\$ 9.450,00. Logo, da lesão alegada pelo autor não decorre seu pedido indenizatório de R\$ 13.500,00.

Ressalte-se que a classificaçãoposta na tabela em comento é de fácil compreensão e relativa simplicidade, o que permite à parte enquadrar, ao menos superficialmente, suas lesões e identificar o percentual de cobertura cabível para seu caso.

À luz do acima dito, tem-se que o pedido autoral, tal como formulado, encontra-se contraditório e, portanto, inepto.

Esclareça-se que não se está aqui a exigir que a parte promovente proceda à graduação de sua invalidez, havendo que se distinguir a classificação da lesão, conforme a tabela contida no Anexo da Lei, e a graduação da invalidez, prevista em seu art. 3º, §1º, I, esta sim aferível apenas mediante perícia médica.



Também cumpre assentar que a perícia não tem a função de definir ou complementar o pedido, mas de comprovar ou desconstituir os fatos (sequela) em que se funda o direito alegado.

Sendo assim, **intime-se** o autor para, em 15 dias:

a) emendar a inicial, **sob pena de seu indeferimento por inépcia**, a fim de que informe qual membro ou função do seu corpo sofreu debilidade permanente, bem como, enquadrando a referida debilidade da tabela da Lei 6.194/74Lei do DPVAT, deduza o valor legalmente cabível para sua lesão;

b) juntar:

b.1 - sob pena de indeferimento da inicial por ausência de documento essencial à propositura da ação, comprovante de residência em seu nome, ficando advertido de que como tal não se admitirá a autodeclaração de residência;

b.2 - sob pena de extinção do processo por defeito de representação, procuração firmada ao seu advogado ;

b.3 - sob pena de indeferimento da justiça gratuita, declaração de pobreza;

João Pessoa, data da assinatura digital

**Alexandre Targino Gomes Falcão**

Juiz de Direito

João Pessoa, 01 de outubro de 2018.



Assinado eletronicamente por: ROSA GERMANA SOUZA DOS SANTOS LIMA - 01/10/2018 12:20:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18100112204322200000016480247>  
Número do documento: 18100112204322200000016480247

Num. 16918712 - Pág. 3

Rosa Germana Souza dos Santos Lima

Técnica Judiciária



Assinado eletronicamente por: ROSA GERMANA SOUZA DOS SANTOS LIMA - 01/10/2018 12:20:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18100112204322200000016480247>  
Número do documento: 18100112204322200000016480247

Num. 16918712 - Pág. 4

**EXCELENTEÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 14<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA - PB.**

**0840570-85.2018.8.15.2001**

**JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA**, devidamente qualificado nos autos da ação de cobrança de seguro DPVAT, em que move em desfavor do **BRADESCO SEGUROS S.A.**, por meio de seu advogado, com procuração nos autos do processo, apresentar a EMENDA A INICIAL para informar que já existe nos autos procuração no qual consta a declaração de pobreza, no ID. 11501152, e apresentar de forma clara e objetiva os pontos constantes no despacho de id. 15535887, o que passa a fazer a seguir:

I - Conforme laudo médico acostado nos autos, nos ids. 15501122 e 15501104, aponta a lesão no MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, mais especificamente FRATURA DE EXTREMIDADE PROXIMAL DE TIBIA ESQUERDA, o qual sofre de debilidade permanente, com limitação dos movimentos, de dorsiflexão e flexão plantar.

II - A debilidade do autor se enquadra na tabela da Lei 6.194/74, no segmento PERDA ANATÔMICA E/OU FUNCIONAL COMPLETA DE UM DOS MEMBROS INFERIORES, com um percentual de perda de 70%.

III - O autor não recebeu nenhum valor do seguro para que seja feito algum tipo de dedução, a ré negou administrativa o pedido de indenização do seguro, sem sequer realizar perícia, sendo assim, por tais razões já demonstradas, faz jus ao recebimento do valor de R\$ 9.450,00.

Requer por fim, requer a juntada de comprovante de residência e a emenda a inicial nos termos a cima, com a fixação do valor da causa no importe de R\$ 9.450,00.

Nestes termos,

Pede deferimento.

João Pessoa 05, de Novembro de 2018.

DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA

OAB/PB 17.065



Assinado eletronicamente por: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA - 05/11/2018 12:05:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110512053298400000017112187>  
Número do documento: 18110512053298400000017112187

Num. 17575724 - Pág. 1



00015297



CTC RECIFE PE JPA PL11

PC-13

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA  
CIRC IMACULADA 628  
IMACULADA  
58309-035

BAYEUX PB



Postagem: 23/06/2015  
Vencimento: 05/07/2015  
Emissão: 22/06/2015  
Fechamento próxima fatura: 31/07/2015

Titular  
Cartão

**JOSE CARLOS PAULO DA SILVA**  
**6062.XXXX.XXXX.8265**

Você espera a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a



Assinado eletronicamente por: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA - 05/11/2018 12:05:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110512044025400000017112606>  
Número do documento: 18110512044025400000017112606

Num. 17576149 - Pág. 1

Scanned with CamScanner