



Número: **0816219-63.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **03/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FABIO ELIANO DA SILVA (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33960151	03/09/2020 16:02	Petição Inicial	Petição Inicial
33960179	03/09/2020 16:02	PETIÇÃO JOSÉ FABIO ELIANO DA SILVA	Outros Documentos
33960176	03/09/2020 16:02	1.0 Procuacao e bo	Outros Documentos
33960174	03/09/2020 16:02	1.1 doc pessoal	Outros Documentos
33960171	03/09/2020 16:02	1.2 requerimento adm e comprovante de re	Outros Documentos
33960169	03/09/2020 16:02	1.3 laudo medico	Outros Documentos
33960167	03/09/2020 16:02	1.4 resumo de alta e descricao cirurgica	Outros Documentos
33960165	03/09/2020 16:02	1.5 prescricao medica	Outros Documentos
33960162	03/09/2020 16:02	1.6 doc da testemunha e comprovante de r	Outros Documentos
33960160	03/09/2020 16:02	1.7 doc pessoal de testemunha	Outros Documentos
33960159	03/09/2020 16:02	Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo	Outros Documentos
33963582	04/09/2020 09:52	Despacho	Despacho
34035634	08/09/2020 07:28	Mandado	Mandado
34247495	14/09/2020 10:20	Certidão Oficial de Justiça	Certidão Oficial de Justiça
34247842	14/09/2020 10:20	MANDADO DE CITAÇÃO BRADESCO SEGUROS	Devolução de Mandado

Segue em anexo Petição Inicial e documentos:



EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA _____ VARA CÍVEL DA COMARCA REGIONAL DE CAMPINA GRANDE – PB.

JOSÉ FABIO ELIANO DA SILVA, brasileiro, solteiro, estudante, inscrito no CPF/MF sob número 119.574.484-66 e Registro Geral sob o N.º 4116528 SSP/PB, residente e domiciliado Sítio Camuca, N.º S/N, bairro Area Rural, em São Sebastião de Lagoa de Roça - PB, CEP: 58119-000, representado por seus advogados signatários, com escritório profissional na Rua José Florentino Junior, n.º 136, Tambauzinho, João Pessoa-PB, fone (83) 98806-1234 e endereço eletrônico: fabio_maracaja@hotmail.com, vem mui respeitosamente perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA em face de:

BRADESCO SEGUROS S/A localizada na Rua Marquês do Herval, 129, Centro, Campina Grande-PB, CEP – 58400-087, inscrita no CNPJ N.º 33.055.146/0001-93, tendo em vista os fatos e os motivos a seguir delineados:

I. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:

A parte autora é hipossuficiente, não possui trabalho formal, vive da renda que aufera através da realização de trabalhos eventuais como autônomo, assim, não dispõe de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem que com isso incorra em prejuízo ao seu sustento e ao de sua família.

Dessa forma, faz-se necessário conceder e desde já se requer, a concessão do benefício da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, com base no que vaticina a Lei n.º 1.060/50, art. 98 e seguintes do NCPC, uma vez que o indeferimento de tal benefício impedirá a parte demandante de ter acesso à justiça. Para comprovação da situação narrada, junta-se aos autos para apreciação de Vossa Excelência, declaração feita pelo autor, afirmando-se, desde já, a veracidade do que fora subscrito.

II. DOS FATOS:

A parte autora no dia 23/09/2019, conforme consta no registro de ocorrência policial (DOC. ANEXO), sofreu acidente de trânsito, onde conduzia a Moto (modelo HONDA CG 125 TODAY, cor vermelho, ano 1993/1993, de placa MMV-4186/PB), quando vinha pilotando o seu veículo na estrada de Alagoa Nova-PB, perto do Sítio São Tomé, na Zona Rural, quando derrepente perdeu o controle do seu veículo e veio a cair e se machucar seriamente.

☎ 83 98805-6654 / 98806-1234



Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



Posteriormente ao fato, o autor foi resgatado e encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes, onde foi diagnosticado com **Fratura exposta de planalto tibial direito, (CID 10 S 82.9)**, conforme Laudo Médico apresentado.

Ademais, necessitou o segurado, em virtude da fratura sofrida, passar por procedimento cirúrgico de **Tratamento Cirúrgico de Fratura exposta de planalto tibial**, conforme se demonstra documentalmente.

Pois bem Excelência, em decorrência das lesões sofridas e dos fatores acima expostos, **restou a parte autora uma acentuada limitação física, além de sentir dores intensas e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado**, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar a perna, caminhar, praticar algum exercício físico e trabalhar, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas.

A parte autora sofreu séria fratura no membro inferior direito e contusão na região frontal, após buscar a reparação do dano ocasionado pelo sinistro, restou com considerável limitação física que ainda hoje lhe impede, de forma acentuada, de retomar as suas atividades normais de maneira completa. Encontra-se parcialmente debilitado, sente dores, não movimenta a perna com facilidade, sente dificuldades ao erguer, flexionar e realizar qualquer outro movimento com o membro afetado.

Consideráveis foram os prejuízos e as limitações ocasionadas em razão da fratura sofrida, **prejuízo esses que acompanham o autor até os dias atuais e que possivelmente lhe acompanharão por toda a vida**. Portanto, possuindo direito assegurado em Lei, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização junto à **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**, tendo feito seu requerimento através da **COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**, atuando essa em nome daquela, intermediando os pedidos feitos em todo o país.

Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, o autor encaminhou seu pedido. Juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (**DPVAT/INVALIDEZ**), a parte autora teve seu pedido autuado com o número de sinistro **3200063287**.

Certo do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré, **tamanha fora a surpresa desta quando informada do pagamento da indenização, NÃO POR SUA CONFIRMAÇÃO, o que seria inevitável, mas pelo montante pago pela demandada**.

De acordo com documento anexado, a ré efetuou o pagamento de **valor irrisório, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pelo autor e com a invalidez permanente que este adquiriu**. Ou seja, após análise do pedido feito administrativamente, o autor recebeu o valor de **R\$ 1.687,50 (mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

☎ 83 98805-6654 / 98806-1234

✉ Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



Tal entendimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento, **não é condizente com a previsão legal e com a seriedade da lesão sofrida.**

A parte autora permaneceu com sérias limitações desencadeadas pelas lesões ocorridas no atropelamento, recebeu atendimento que constatou estas, teve acompanhamento médico, passou por procedimento cirúrgico, e mesmo assim, **restou com acentuadas limitações físicas, comprometendo de forma irreversível a realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar.**

Conforme se demonstra Excelência, o segurado, por ora autor, juntou ao seu pedido administrativo, certidão de ocorrência policial relatando o atropelamento, ficha de atendimento ambulatorial, documentação médica atestando as lesões e as limitações, e mesmo assim, teve como resposta da ré, um pagamento ínfimo, não compatível com a sua situação física e nem corretamente enquadrada na tabela de danos segmentares utilizada para este fim.

Dessa forma, resta claro que fora buscado através de procedimento administrativo solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, não havendo outra forma do demandante alcançar o seu direito a não ser com a intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da ré ao pagamento deste.

Importante frisar que na tabela do seguro **DPVAT**, a porcentagem correspondente à **perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores, corresponde a 70% do capital segurado, o que totaliza a importância de R\$ 9.450,00 (nove mil e quatrocentos e cinquenta reais).**

Ademais, tendo em vista os danos sofridos pelo autor e os gastos com medicamentos e tratamentos de saúde diversos, vale quantificar a indenização devida ao autor na sua totalidade de R\$ 13.500,00

Sendo assim, documentalmente comprovada a perda anatômica do membro afetado, e os gastos referentes aos tratamentos pós-cirúrgicos, é devido ao autor ainda 87,5% do valor referente a lesão do teto máximo, ou seja, 87,5% de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), o que totaliza aproximadamente a importância de R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos) do valor que ficou faltando em referência aos 12,5% do que foi pago administrativamente, da importância de R\$ 1.687,50 (mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

III. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº LEI Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

O seguro **DPVAT**, comumente conhecido como seguro obrigatório, cumpre importante função social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.

83 98805-6654 / 98806-1234

 Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT. Posteriormente, a Lei 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torná-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada *in verbis*:

“O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).

A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT.

O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte é de até 3 anos contados da data do óbito. Para despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo prescricional se inicia a partir da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.

Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.”

Sendo assim Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto **pelo seguro DPVAT**, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.

Cite-se o art. 3º do referido diploma legal *in verbis*:

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

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

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

☎ 83 98805-6654 / 98806-1234

✉ Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



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


Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia à parte autora:

“APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. PROCEDÊNCIA. SUBLEVAÇÃO DA SEGURADORA. DEBILIDADE PERMANENTE PARCIAL INCOMPLETA. CONFIGURAÇÃO. LAUDO PERICIAL CONCLUSIVO. PROVA SATISFATÓRIA. INDENIZAÇÃO FIXADA DE ACORDO COM O GRAU DE INVALIDEZ. OBSERVÂNCIA AO ART. 3º, § 1º, DA LEI Nº 6.194/74 E A SÚMULA Nº 474, DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, PAGAMENTO ADMINISTRATIVO REALIZADO. COMPROVAÇÃO. DEDUÇÃO DO VALOR FIXADO À TÍTULO DE INDENIZAÇÃO. OBSERVÂNCIA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS ARBITRADOS CONFORME ART. 85, § 2º, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTOS DO RECURSO. O art. 3º, § 1º, da Lei nº 6.194/74, incluído pela Lei nº 11.945/09, impôs a necessidade de verificação da graduação da lesão decorrente do sinistro para fins de quantificação da indenização devida a título de seguro DPVAT – A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez, nos termos da Súmula nº 474, do Superior Tribunal de Justiça – Restando demonstrado que o pagamento administrativo realizado pela seguradora não está em conformidade com o grau de invalidez comprovado nos autos, imperioso se torna a complementação da quantia paga, devidamente estabelecida na sentença de origem. (TJPB – ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00206466320148152001, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES. FREDERICO MARTINHO DA NÓBREGA COUTINHO, j. em 26/03/2018).

(TJ-PB – APL: 00206466320148152001 0020646-63.2014.815.2001, Relator: DES. FREDERICO MARTINHO DA NÓBREGA COUTINHO, Data de Julgamento: 26/03/2018, 4ª Vara Cível).”

Vejamos, também:

“APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. FRATURA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DEBILIDADE PERMANENTE. INVALIDEZ PARCIAL INCOMPLETA. PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO. REDUÇÃO DA INDENIZAÇÃO. DESCONTO DO IMPORTE PAGO NA VIA ADMINISTRATIVA. CONDENAÇÃO NO SALDO RESTANTE. REFORMA DA SENTENÇA EX OFFICIO, APENAS PARA ADEQUAR JUROS DE MORA E CORREÇÃO MONETÁRIA. APELAÇÃO

 83 98805-6654 / 98806-1234

 Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



DESPROVIDA. – Em se tratando de indenização de seguro obrigatório DPVAT, deve ser aplicada a lei em vigor à época do sinistro, no caso a Lei nº 11.945/09, restando inequívoco, pois à luz de tal disciplina, que a perda parcial da função deambulatoria e outros movimentos da perna configuram invalidez permanente parcial incompleta, autorizando a aplicação proporcional da indenização, de acordo com o grau da lesão, nos termos do artigo 3º, § 1º, inciso II, da Lei nº 6.194/74. – ‘Na ação de cobrança visando a complementação do seguro DPVAT, o termo inicial da correção monetária é a data do evento danoso’ 1. Por sua vez, ‘Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação’. (TJPB – ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 0000205692014815051, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES JOÃO ALVES DA SILVA, j. em 17-03-2016).

(TJ-PB – APL: 00002056920148150511 0000205-69.2014.815.0511, Relator: DES JOAO ALVES DA SILVA, Data de Julgamento: 17/03/2016, 4ª CÍVEL)”

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o autor com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

Súmula 474

“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Para tanto, conforme tabela abaixo, faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de perícia médica a ser designada por Vossa Excelência.

ANEXO

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais	Percentual
------------------------	------------

83 98805-6654 / 98806-1234



Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



	da Perda
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	
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 esfinteriano; (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)	Percentual da Perda
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	
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	70
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar; Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão; Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentual da Perda
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação	50

☎ 83 98805-6654 / 98806-1234



Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



(mudez completa) ou da visão de um olho	
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

Ante o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de complementação de indenização do seguro DPVAT à parte autora, **montante este a ser quantificado através da avaliação dos documentos médicos juntados aos autos e realização de eventual perícia médica**. Ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

IV. DOS PEDIDOS:

ANTE O EXPOSTO, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente ação, bem assim a possibilidade jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da petição Inicial, previstos no artigo 319 do Código de Processo Civil, **REQUER**:

4.1. Nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, **os benefícios da assistência judiciária gratuita;**

4.2. Seja recebida a presente, autuada e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;

4.3. Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que em conjunto com os documentos carreados aos autos, se quantifique o real valor devido ao autor a título de indenização DPVAT;

4.4. Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:

- 4.4.1. Que se declare devida à parte autora o pagamento da **complementação de indenização** correspondente ao seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), menos o valor pago administrativamente, qual seja, R\$ 1.687,50 (mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), totalizando assim, ao final, a importância de R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).**
- 4.4.2. Condenar a ré ao pagamento de complementação de indenização referente ao seguro DPVAT, com atualização monetária desde o evento danoso, no valor de **R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).**

☎ 83 98805-6654 / 98806-1234



Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



- 4.4.3. Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;.

4.5. Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.


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

Termos em que,

pede deferimento.

Campina Grande-PB, 03 de setembro de 2020.

FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO
OAB/PB 22.725

 83 98805-6654 / 98806-1234



Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

JOSE FÁBIO GLIAMO DA SILVA BRASILEIRO, SOLTEIRO, DESCOMPREGADO, INSCRITO NO R6: 4116528, PORTADOR DO CPF: 119.574.484-66, RESIDENTE E DOMICILIADO NO SÍTIO CAMUCA, S/N, ÁREA RURAL, SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA/PB.

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA, OAB/PB, nº 23.263; FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO, OAB/PB nº 22725 com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 509, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "*ad iudicia et extra*", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudos e prontuários médico, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015. Requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT.

Campina Grande - PB, 09 de OUTUBRO de 2019.

OUTORGANTE

☎ 83 3576-8728 / 98855-1045 / 987088728 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

Felipe Raul F. de M. Paiva
011-717-854-93

Jussara Amaral
Ferreira
000.192.194
02

Digitalizada com CamScanner





**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00085.01.2020.1.05.101

— CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00085.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:52 horas do dia 04 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **José Fabio Eliano da Silva**, conhecido(a) por Eliano, CPF nº 119.574.484-66, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Francisca Mendes da Silva e Severino Eliano da Silva, natural de São Vicente Ferrer/PE, nascido(a) em 13/02/1990 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Camuçá, Nº S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Perto da Mercadoria de Seu Juceri, na cidade de São Sebastião de Lagoa de Roça/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio São Tomé, nº S/N, Estrada Vicinal, Zona Rural, Alagoa Nova/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 23/09/19 14:16h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa)**, **Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias)**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 125 TODAY, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 1993/1993, UF: PB, placa MMV-4186, características gerais: Último Licenciamento: 1998; espécie: Passageiro; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Atual: São Sebastião de Lagoa de Roça/pb; situação: Em Circulação.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO NO LOCAL DO ACIDENTE, AMBOS JÁ DESCRITOS ANTERIORMENTE ACIMA, PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, NDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COMPATÍVEIS AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

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.

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública



Alexandre J. N. de Souto Lima

Alexandre J. N. de Souto Lima

Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00085.01.2020.1.05.101



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA GENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		NAO ALFABETIZADO ASSINATURA DO TITULAR	
			
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		DATA DE EXPEDIÇÃO 21/11/2012	
REGISTRO GERAL 4.116.528		NOME JOSÉ FABIO ELIANO DA SILVA	
FILIAÇÃO SEVERINO ELIANO DA SILVA		NATURALIDADE SAO VICENTE FERRER-PE	
DOC ORIGEM		DATA DE NASCIMENTO 13/02/1990	
NASC. N. 5939 FLS. 280 LIV. A/06		CPF CARTÓRIO SAO VICENTE FERRER-PE	
Assinatura de José Fabio Eliano da Silva		Lei nº 7.116 DE 29/08/63	

Digitalizada com CamScanner



Digitalizada com CamScanner



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

0051940/20

CPF da vítima:

119.574.484-66

Nome completo da vítima:

JOSE FABIO ELIANO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

JOSE FABIO ELIANO DA SILVA

Profissão:

RECUSO

Endereço:

SITIO CAMUCA

CPF:

119.574.484-66

Número:

S/N

Complemento:

CASA

Bairro:

ÁREA RURAL

Cidade:

SÃO SEBASTIÃO DE LÍDIA DE ROÇA

Estado:

PB

CEP:

58119000

Tel. (DDD):

(83) 9-8805-6654

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1668

CONTA:

41300

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

João Pessoa 06/02/2020

Nome:

Adalton Santos de Oliveira

CPF:

109.758.064-40

Adalton Santos de Oliveira

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

Filipe Havel F. de M. Paim

CPF:

011.111.514-93

2º Nome:

Filipe Havel F. de M. Paim

CPF:

011.111.514-93

3º Nome:

Filipe Havel F. de M. Paim

CPF:

011.111.514-93

4º Nome:

Filipe Havel F. de M. Paim

CPF:

011.111.514-93

5º Nome:

Filipe Havel F. de M. Paim

CPF:

011.111.514-93

6º Nome:

Filipe Havel F. de M. Paim

CPF:

011.111.514-93

7º Nome:

Filipe Havel F. de M. Paim

CPF:

011.111.514-93

8º Nome:

Filipe Havel F. de M. Paim

CPF:

011.111.514-93

9º Nome:

Filipe Havel F. de M. Paim

CPF:

011.111.514-93

10º Nome:

Filipe Havel F. de M. Paim

CPF:

011.111.514-93

11º Nome:

Filipe Havel F. de M. Paim

CPF:

011.111.514-93

12º Nome:

Filipe Havel F. de M. Paim

CPF:

011.111.514-93

13º Nome:

Filipe Havel F. de M. Paim

CPF:

011.111.514-93

14º Nome:

Filipe Havel F. de M. Paim

CPF:

011.111.514-93

15º Nome:

Filipe Havel F. de M. Paim

CPF:

011.111.514-93

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Digitalizada com CamScanner

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica N° 032.786.748



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-9

DADOS DO CLIENTE

EDNALVA MARQUES DA SILVA
SIT CAMUCA S/N
SAO SEBASTIAO DE LAGOA DE ROCA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1502485-4

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

17/10/2019

CONSUMO

157

VENCIMENTO

24/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 76,33

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/10/2019

Pagador: EDNALVA MARQUES DA SILVA CNPJ/CPF: 069.245.704-61

SIT CAMUCA S/N - AREA RURAL - SAO SEBASTIAO DE LAGOA DE ROCA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007589651	001502485201910	24/10/2019	R\$ 76,33	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 03/09/2020 16:01:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090316015047200000032487595>
Número do documento: 20090316015047200000032487595

Num. 33960171 - Pág. 2

23/09/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1998544 **CLASS. DE RISCO: AMARELO**
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/09/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: JOSE FABIO ELIANO DA SILVA CEP: 58119000 Nascimento: 13/02/1990

Sexo: M Telefone: 996682370

Endereço: SITIO CAMUCA Bairro: ZONA RURAL

Cidade: São Sebastião de Lagoa de Ro Idade: 029

Nome da Mãe: FRANCISCA MENDES DA SILVA RG: 4116528

CPF: Profissão: AGRICULTOR

Responsável: CNS: 702101749091798

Estado Civil: Solteiro(a) Data de Atendimento: 23/09/2019

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 14:16:59

OBS FICHA: CONVÊNIO: SUS

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão 19. Fratura óssea fechada

2. Amputação 20. Fratura óssea aberta

3. Avulsão 21. Hematoma

4. Contusão 22. Ingestão de veneno

5. Crepitação 23. Laceração

6. Dcr 24. Lesão tendinosa

7. Edema 25. Luxação

8. Empalhamento 26. Mordedura

9. Enfiamento subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal

10. Esmagamento 28. Objeto Encaixado

11. Equimose 29. Cicatriz

12. F. Arma branca 30. Paralisia

13. F. Arma de fogo 31. Paralisia

14. F. Cortado 32. Paralisia

15. F. Cortado 33. Queimadura

16. F. Corte-contuso 34. Rinite

17. F. Perfuro-contuso 35. Sinais de isquemia

18. F. Perfuro-contuso 36



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

DIGNOSTICO / CID:

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

10.1.1.148/projetohtcg/impreclassi.php?contar=1998544&dataatend=2019-09-23&horaatend=14:21:09

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DAD (LIN)

trauma por acidente de moto na pista exp.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARÊCER MÉDICO:

Especialista: / / às : Dia / /

Especialista: / / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PREScrições E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Rafael Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CRM-PB 9350 TEOT: 15943
CNPJ: 08.778.268/0038-52

1/3

25/10/2019

HTCG-Panel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Perceira, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 25/10/2019
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 03 NOME: Wagner Luiz Egito de Araujo



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOSE FABIO ELIANO DA SILVA

Data da Internação: 23/09/2019

Data da Alta: 25/10/2019

Registro: 1998618

Tempo de Permanência: -18163

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: 0408050551

Principais Exames: EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 23/10/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO, COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTA AMBULATORIAL, ATESTADO MEDICO, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA,

Medicações para Casa: PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12 H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, ARFLEX 200 MG VO 1X AO DIA POR 06 DIAS, XARELTO 10 MG CO 1X AO DIA ATE DEAMBULAÇÃO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 25/10/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito de Araujo

RESPONSÁVEL: Wagner Luiz Egito de Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEDIA
CRM - PB 19926

10.1.1.148/projetohtcg/impreresumoalta.php?contar=1998618

1/1

Digitalizada com CamScanner



23/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB
NOME: Wagner Luiz Egido de Araujo
CNPJ: 08.778.268/00038-52
Data: 23/10/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 160873

DATA DA CIRURGIA: 23/10/2019

Número do Atendimento: 1998618 Clín: ORTOPEdia 1 / Enf: 4 / Lei: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE FABIO ELIANO DA SILVA

Data da Internação: 23/09/2019

Atendimento: 1998618

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório: 0408050551 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 23/10/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

02 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

03 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

04 INCISÃO EM FACE MEDIAL DE TIBIA PROXIMAL + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DE PLANALTO TIBIAL + FIXAÇÃO COM PLACA DE FEMUR PROXIMAL DE 08 FUROS + PARAFUSOS

06 LAVADO DE FO COM SF

07 SUTURA POS PLANOS

08 CURATIVO

Data 23/10/2019

Assinatura e Carimbo
Wagner Luiz Egido de Araujo

10.1.1.148/projetohctg/impredescri.php?ID=4878&contar=1998618

1/1

Digitalizada com CamScanner



12/10/2019

10.1.1.148/projetohctg/imprimevo.php?data=2019-10-12&contar=1998618&IDC=53884



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNFJ: 10.848.190 0001-55
Data: 12/10/2019
Horas: 10:13:49
Médico (a) Diarista: Wagner Luiz Egito de Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1998618 **Paciente: JOSE FABIO ELIANO DA SILVA** Idade: 029 Sexo: M
Nome da Mãe: FRANCISCA MENDES DA SILVA Data de Nascimento: 13/02/1990 Admissão: 23/09/2019 DIH - 19
Clínica: ORTOPEdia 1 Enfermaria: 4 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL ESQUERDO

DIA 12/10/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 18 24 06
4	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1 COMP, 12h/12h	18 06
5	ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG V.O. 1 COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	18 06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 6h)	18 06
7	FISIOTERAPIA MOTORA	20 falta!
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	CURATIVOS	14 14

EVOLUÇÃO

DATA: 12/10/2019 HORA: 10:13:17

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXA DE DOR, TRANSARTICULAR E FIXAÇÃO DE FRATURA DE PLANO TIBIAL COM PARAFUSOS CANULADOS. SONO PRESERVADO, DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES. NAGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. HOSPITAL SEM CLEXANE PRESCREVO AAS

CONDUTA: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
ORTOPEdia
CRM - PB 4929

10.1.1.148/projetohctg/imprimevo.php?datasai=2019-10-12&contar=1998618&IDC=53884

1/1

Digitalizada com CamScanner



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
FELIPE MANUEL FORMIGA DE MEDEIROS PAIVA



DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF
2580771 SSP PB

CIT
011.717.834-93 DATA NASCIMENTO
27/03/1982

FILIAÇÃO
JULIO DE MEDEIROS PAIVA
MARIA DE LOURDES FORMIGA DE MEDEIROS PAIVA

PERMISSÃO
AB

Nº REGISTRO
01349023994 VALIDADE
29/07/2020 1ª HABILITAÇÃO
13/07/2000

OBSERVAÇÕES

Felipe Manuel F de M Paiva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
07/07/2015

Aristeu Chaves Sousa
ASSINATURA DO EMISSOR

16711326614
3031087132

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1152647944

PROIBIDO PLASTIFICAR

1152647944



FELIPE

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOi

FATURA DE
DEZ/2019
CÓDIGO MINHA OI
401277278620

VENCIMENTO
16/12/2019
Emissão em 06/12/2019
Período de 03/11/2019 a 03/12/2019

87,78



CTC RECIFE PE PL7
FELIPE MANUEL FORMIGA DE MEDEIROS PAIVA
RUA DEPUTADO AMERICO MAIA 104 CA
JAGUARIBE
58015-240 - JOAO PESSOA - PB



7200039896 00000 00000000000 10 051219

**PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.**

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.



Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS

87,78

OI MÓVEL

TOTAL DE MENSALIDADES

87,78

TOTAL DA SUA FATURA

87,78

FELIPE MANUEL FORMIGA DE MEDEIROS PAIV
CPF: 011.717.834-93
NÚMERO DO CLIENTE: 2907210100
NÚMERO DA FATURA: 317480833
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401277278620

**CÓDIGO MINHA OI
401277278620**

www.oi.com.br/MinhaOi

Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

ENTENDA SEU CONS

O valor da sua fatura nos últimos meses

Dez 2019	87,78
Nov 2019	91,78
Out 2019	90,78
Set 2019	90,78
Ago 2019	90,78
Jul 2019	87,78

Fique atento. Efetue os pagamentos e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros diários pro rata dia. Suspensão do serviço: 15 dias após envio da 1ª notificação e, de 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha cobrada normalmente de acordo com os contratados, pois ela continua apta a chamadas. Cancelamento e inclusão no de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), após a Suspensão Total.

Digitalizada com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JUSSARA ARNAUD FERREIRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
1840243 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
000.192.124-02 18/06/1974

FILIAÇÃO
**JOSE FERREIRA DA SILVA
JULIA ARNAUD FERREIRA**

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

B

Nº REGISTRO
02315816160

VALIDADE
08/10/2018

1ª HABILITAÇÃO
03/05/2002

OBSERVAÇÕES

Jussara Arnaud Ferreira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
10/10/2013

Rodrigo Carvalho

ASSINATURA DO EMISSOR

**25306860830
PB027256960**

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

818544403

PROIBIDO PLASTIFICAR

818544403

SINISTRO 3200063287 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE FABIO ELIANO DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO JOSE FABIO ELIANO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 11957448466**Posição em 03-09-2020 14:34:55**

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

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
17/02/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível de Campina Grande

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0816219-63.2020.8.15.0001

DESPACHO

Vistos, etc.

R. H.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, **deixo para momento oportuno à análise da conveniência da audiência de conciliação**, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado no direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF), aliado a situação emergencial de saúde – Pandemia – COVID19, que por ora dispensa a realização de atos presenciais.

Cite-se e intime-se (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se



manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção).

Via digitalmente assinada deste decisum poderá servir como mandado.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Campina Grande, 3 de setembro de 2020.

Juiz(a) de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível de Campina Grande

()

Nº do processo: 0816219-63.2020.8.15.0001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

MANDADO DE CITAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 6ª Vara Cível de Campina Grande manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte
N o m e : B R A D E S C O S E G U R O S S / A
Endereço: Rua Marquês do Herval, 129, Centro, Campina Grande-PB, CEP – 58400-087
para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

, em 8 de setembro de 2020.

De ordem, SUENIA AURELIANO BARRETO
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

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

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:
20090316014635700000032487603



CERTIDÃO

Certifico e dou fé que no dia 10 de Setembro de 2020, me dirigi em diligência no endereço indicado no presente mandado, e ali estando, após as formalidades legais, Procedi a Citação do Bradesco Seguros S/A, na pessoa da Sra. LARISSA DE LIMA COSTA, Gerente, a qual após a leitura do mandado, exarou sua assinatura, ficando ciente de todo o conteúdo, inclusive recebendo contrafé do mandado.

O referido é verdade.

C. Grande/PB, 14 de Setembro de 2020

José Dantas da Silva

Oficial de Justiça

Matricula 468.159-2



Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível de Campina Grande

()

Nº do processo: 0816219-63.2020.8.15.0001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

MANDADO DE CITAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 6ª Vara Cível de Campina Grande manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte
Nome: BRADESCO SEGUROS S/A
Endereço: Rua Marquês do Herval, 129, Centro, Campina Grande-PB, CEP – 58400-087
para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão
aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

, em 8 de setembro de 2020.

De ordem, SUENIA AURELIANO BARRETO
Servidor

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

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:
20090316014635700000032487603



Assinado eletronicamente por: SUENIA AURELIANO BARRETO

08/09/2020 07:28:34

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

ID do documento: 34035634



20090807283474000000032557600

imprimir

149.493-Larissa de Lima Costa



08/09/2020 14

Assinatura manuscrita
08/09/2020

