



Número: **0802873-13.2020.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **10/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE JOACILDO DE LIMA (AUTOR)		HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO JUNIOR (ADVOGADO) DIEGO MARTINS DINIZ (ADVOGADO) HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34138 348	10/09/2020 09:20	Petição Inicial	Petição Inicial
34139 608	10/09/2020 09:20	01- Petição Inicial - Acidente - DPVAT - JOSÉ JOACILDO	Informações Prestadas
34139 609	10/09/2020 09:20	02- PROCURAÇÃO	Procuração
34139 612	10/09/2020 09:20	03- RG - CPF - CTPS	Documento de Identificação
34139 615	10/09/2020 09:20	04- DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA	Documento de Comprovação
34139 616	10/09/2020 09:20	05- DOCUMENTO DA MOTO	Documento de Comprovação
34139 618	10/09/2020 09:20	06- Declaração de Ausência de IML	Documento de Comprovação
34139 620	10/09/2020 09:20	07- Boletim de Ocorrência - Polícia Civil	Documento de Comprovação
34139 623	10/09/2020 09:20	08- Declaração e Ficha de Atendimento - Hospital	Documento de Comprovação
34139 625	10/09/2020 09:20	09- Atestados Médicos	Documento de Comprovação
34139 627	10/09/2020 09:20	10- Ficha de Regulação Médica - SAMU	Documento de Comprovação
34139 629	10/09/2020 09:20	11- Recibos de Despesas 01	Documento de Comprovação
34139 630	10/09/2020 09:20	12- Recibo de Despesas 02- Fisioterapia	Documento de Comprovação
34139 632	10/09/2020 09:20	13- PA- DPVAT- Indeferido sem perícia	Documento de Comprovação
34159 750	10/09/2020 14:36	Despacho	Despacho

Seguem anexos documentos e petição inicial em formato PDF.

Pede deferimento.

Catolé do Rocha- PB, 10 de setembro de 2020.

HILDEBRANDO DINIZ ARAÚJO

OAB-PB 4.593

JÚNIOR

HILDEBRANDO DINIZ ARAÚJO

OAB-PB 17.617

DIÊGO MARTINS DINIZ

OAB/PB Nº. 19.185





EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA __ VARA MISTA DA COMARCA DE
CATOLÉ DO ROCHA – PB.

JOSÉ JOACILDO DE LIMA, brasileiro, casado, agente funerário, nascido em 18/09/1992, de RG: 3726110, SSSD-PB e CPF: 101.871.094-94, NIT: 161.78792.22-1, residente e domiciliado na Rua Macilon Cavalcante, nº 588, bairro São Paulo, município de Catolé do Rocha-PB, CEP: 58.884-000, Tel: (83) 9 9813-1146 / 9 9606-3639 (Esposa), e-mail: limajoacildo@gmail.com, por seus Advogados que ao final subscrevem, com procuração anexa, vem mui respeitosamente à presença de Vossa Excelência, com fulcro na Lei n.º 6.194/74 e no Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede localizada na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º Andares, bairro Centro, município do Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20.031.205, e-mail: contabilidade@seguradoralider.com.br, Telefone: (21) 3861-4600, pelos fatos e fundamentos a seguir expostos:

I. DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA.

Inicialmente, requer a V. Exª. que sejam deferidos os benefícios da Gratuidade de Justiça, com fulcro na Lei n. 1.060/50, com as alterações introduzidas pela Lei 7.510/86, por não ter condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Para tanto, faz a juntada de **Declaração de Hipossuficiência** requerendo desde já o deferimento da gratuidade processual, por ser da mais pura e lúdima Justiça.

II. DA SÍNTESE DOS FATOS.

Rua Barão do Rio Branco, nº 763, bairro Centro, município de Catolé do Rocha-PB

Telefone: (83) 3441-1936, e-mail: h2advocaciadiniz@gmail.com





Excelência, em 08/07/2020 o Suplicante estava na sua Motocicleta (Honda 150, cor preta, ano 2005, modelo 2006, de Placa MOU 8829) quando abruptamente foi atingido por um veículo que realizou manobra acentuada sem sinalização fazendo com que o condutor da motocicleta perdesse o controle e fosse arremessada ao chão, **conforme faz prova Boletim de Ocorrência anexo.**

O causador do acidente não prestou socorro e se evadiu do local deixando a vítima Requerente muito machucada e aos prantos no chão em plena avenida central.

O Autor foi então socorrida pelo SAMU para o Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos em Catolé do Rocha-PB, onde foram realizados os primeiros procedimentos de urgência (**Declaração e Ficha de Atendimento anexas**).

O diagnóstico médico foi de “fratura da clavícula e escoriações” e em razão da gravidade teve o membro imobilizado, **consoante fazem prova os documentos anexos.**

Em razão da impossibilidade de recuperação a parte Autora ficou inválida permanentemente, estando impedido de fazer as mais simples tarefas diárias de um ser humano.

Frisa-se ainda toda a despesa com tratamento fisioterapêutico ignorada pela Seguradora ré.

Requerido o Pedido Administrativo de Seguro DPVAT junto a Promovida responsável (Sinistro nº 3200251756) o Autor teve seu pedido indeferido em 20/07/2020 sob a alegação de a “a lesão não estar consolidada”, conforme documento anexo.

Frisa-se que a Seguradora Demandada indeferiu de ofício o seguro DPVAT sem realizar sequer a perícia médica para avaliação da extensão da invalidez no Requerente, o que se contesta veementemente.

Diante do fato, não havendo outra alternativa, a Suplicante vem ingressar com o presente pedido judicial de complementação de pagamento do seguro DPVAT, na tentativa de ver e ter seu direito legal garantido, por ser da mais pura e lúdima justiça.

Eis um breve resumo dos fatos.

III. DA LEGITIMIDADE PASSIVA.

Rua Barão do Rio Branco, nº 763, bairro Centro, município de Catolé do Rocha-PB

Telefone: (83) 3441-1936, e-mail: h2advocaciadiniz@gmail.com





O ordenamento jurídico, através da Lei 6.194/74, conferiu a legitimidade necessária para que a, ora promovida, integrante do sistema protetivo, ou seja, do grupo formando pelo CONSÓRCIO DE SEGURADORAS que operam no sistema DPVAT, instituído pela Lei *supra*, figurasse no pólo passivo da relação processual. Vejamos o entendimento do STJ sobre a matéria:

"A indenização do seguro obrigatório (DPVAT) pode ser cobrada de qualquer seguradora que opere no complexo, mesmo antes da vigência da Lei nº 8.441/92" (STJ, REsp nº 602165/RJ, quarta Turma, Rel. Min. Cesar Asfor Rocha, j. 18.03.2004).

Sendo assim, mostra-se inquestionável a legitimidade passiva *ad causam* da Demandada.

IV. DO VALOR DA INDENIZAÇÃO.

À luz da legislação vigente é direito da Promovente a percepção da quantia R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Vejamos o que dispõe a nova redação do art. 3º, I, da Lei 6.194/74:

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:

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

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.

(Grifo nosso)

V. DOS PEDIDOS.

Diante do exposto, requer a V. Exa. que sejam deferidos os seguintes pedidos:

a) Os benefícios da **Justiça Gratuita**, com arrimo na Lei nº 1.060/50, e no art. 5º, XXXIV, "a", e LXXIV, da Carta Magna, em virtude de não poder a Autora arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do seu próprio sustento e de sua família;

Rua Barão do Rio Branco, nº 763, bairro Centro, município de Catolé do Rocha-PB

Telefone: (83) 3441-1936, e-mail: h2advocaciadiniz@gmail.com





b) Que seja feita a **citação** da Promovida no endereço já declinado no preâmbulo desta peça, por seu representante legal, para defender-se, querendo, sob pena de confissão e revelia;

c) O julgamento **PROCEDENTE** dos vertentes pedidos, condenando à Promovida ao pagamento do Seguro DPVAT, pela **invalidez permanente e despesas médicas hospitalares**, devidamente corrigido a partir do evento danoso, bem como nos honorários advocatícios e custas processuais, nos termos da legislação vigente;

d) A **inversão do ônus da prova**, para determinar que a Ré junte todos os documentos necessários ao desfecho da lide;

e) Que condene a empresa Promovida ao pagamento das custas judiciais e honorários advocatícios de sucumbência, no percentual equivalente a 20% sobre a condenação, conforme preleciona o art. 82 e ss do Novo Código de Processo Civil;

f) Que seja dispensada a audiência de conciliação prévia e/ou justificação, uma vez que a Demandada não costuma realizar composição amigável;

g) Provará o alegado através da prova documental, **pericial** e testemunhal, caso paire alguma dúvida no caso concreto durante o saneamento processual.

VI. DO VALOR DA CAUSA.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, para efeitos meramente fiscais.

Pede deferimento.
Catolé do Rocha, 03 de setembro de 2020.

HILDEBRANDO DINIZ ARAÚJO
OAB-PB n.º. 4.593

HILDEBRANDO DINIZ ARAÚJO JÚNIOR
OAB-PB n.º. 17.617

DIÊGO MARTINS DINIZ
OAB – PB nº 19.185

Rua Barão do Rio Branco, nº 763, bairro Centro, município de Catolé do Rocha-PB
Telefone: (83) 3441-1936, e-mail: h2advocaciadiniz@gmail.com





PROCURAÇÃO AD - JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: JOSÉ JOACILDO DE LIMA, brasileiro, casado, agente funerário, nascido em 18/09/1992, de RG: 3726110, SSSD-PB e CPF: 101.871.094-94, NIT: 161.78792.22-1, residente e domiciliado na Rua Macilon Cavalcante, nº 588, bairro São Paulo, município de Catolé do Rocha-PB, CEP: 58.884-000, Tel: (83) 9 9813-1146 / 9 9606-3639 (Esposa), e-mail: limajoacildo@gmail.com

OUTORGADOS: BEL. HILDEBRANDO DINIZ ARAÚJO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-PB nº 4.593, o BEL. HILDEBRANDO DINIZ ARAÚJO JÚNIOR, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-PB nº 17.617, e o BEL. DIÊGO MARTINS DINIZ, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-PB nº 19.185, com endereço profissional na Rua Barão do Rio Branco, nº 763, bairro Centro, município de Catolé do Rocha-PB, CEP: 58.884-000.

PODERES: para, usando dos poderes da cláusula "Ad-judicia et extra", ora conferidos para o foro em geral, bem como para representar o outorgante em qualquer instância judicial, extrajudicial ou administrativa, podendo, para tanto, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito, retificar, ratificar, receber coisas, receber e dar quitação, receber alvará de valores, documentos, firmar compromissos, apresentar defesas ou reclamações, interpor e acompanhar recursos, em todos os seus atos e instâncias, podendo agirem juntos ou separadamente, inclusive, substabelecer com ou sem reservas de iguais poderes, de tudo dando à outorgante por firme, bom e valioso. Ainda os poderes especiais para receber valores referentes ao processo, seja a título de Alvará, RPV ou Precatório.

Pede deferimento.

Católé do Rocha- PB-PB, 27 de agosto de 2020.



JOSÉ JOACILDO DE LIMA

Rua Barão do Rio Branco, nº 763, bairro Centro, município de Catolé do Rocha-PB
Telefone: (83) 3441-1936, e-mail: h2advocaciadiniz@gmail.com





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.726.110 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/12/2008

NOME JOSÉ JOACILDO DE LIMA

FILIAÇÃO JOSE JOACY DE LIMA
MARIA DO CEU PEREIRA DOS SANTOS

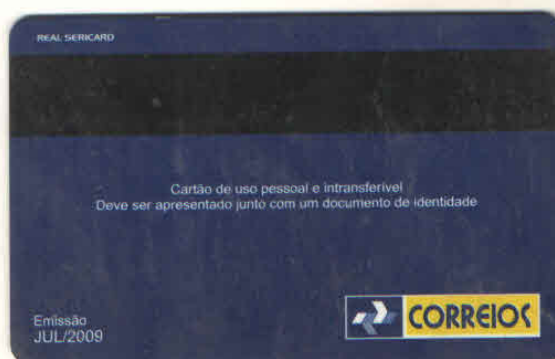
NATURALIDADE BOM SUCESSO-PB DATA DE NASCIMENTO 18/09/1992

DOC ORIGIN NASC.N.14 PLS.4 LIV.A 1
CARTORIO BOM SUCESSO-PB

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



está obrigando a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreendida, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curtosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predis põem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes.

Equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 21.578 Série 00033-13



José Glaucio de Lima
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JOSE JOACILDO DE LIMA
 Loc. Nasc. Bom Sucesso Est. PB Data 18/09/1992
 Filiação JOSE JOACY DE LIMA
MARIA DO LEU FERREIRA DOS SANTOS
 Doc. N° C.NAS. 0014 - Fls. 04 - Liv. A1 - CART. SERRINHA - B. Sucesso PB

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N°
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 11/09/2008 DRT SEDH-C DO RIOA - PB

Jefferson de Oliveira Paiva
Mat. 835-0

Paiva
 Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

JOSÉ JOACILDO DE LIMA, brasileiro, casado, agente funerário, nascido em 18/09/1992, de RG: 3726110, SSSD-PB e CPF: 101.871.094-94, NIT: 161.78792.22-1, residente e domiciliado na Rua Macilon Cavalcante, nº 588, bairro São Paulo, município de Catolé do Rocha-PB, CEP: 58.884-000, Tel: (83) 9 9813-1146 / 9 9606-3639 (Esposa), e-mail: limajoacildo@gmail.com **DECLARA** para os devidos fins de direito que sua **situação econômica não permite** arcar com as despesas processuais, sejam estas em sede de 1ª ou 2ª graus, sem prejuízo de seu próprio sustento e possível demissão de colaboradores.

Assim, requer a concessão dos auspícios da Justiça Gratuita na forma da Lei 1.060 de 05/02/1950, garantida na Constituição Federal vigente, por ser da mais pura e lúdima JUSTIÇA.

Pede deferimento.

Catolé do Rocha- PB-PB, 27 de agosto de 2020.



JOSÉ JOACILDO DE LIMA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015456360849
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. REG. REN. EXERCÍCIO
1 0086903529-0 00/00000000 2019

NOME
JOSE JOACY DE LUNA

CPF / CNPJ PLACA
40031802320 MOU8829/PB
PLACA ANT. / UF CHASSI
NOVO PB 9C2KD03106R001048

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA
MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NAK150 BROS ESD 2005 2006
CAP. POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I P V A 00/00/0000 1*
FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2*
A ***** 0 3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 13/11/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL DATA
CATOLE DO ROCHA-PB 29/11/2019
31623 19763

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

PB Nº 015456360849 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 29/11/2019

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 40031802320 MOU8829/PB
RENAVAM MARCA / MODELO
00869035290 HONDA/NXP150 BROS ESD
ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2005 9 9C2KD03106R001048

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
***** SEGURO P A G O
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA PARCELADO 13/11/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

19763-0843005-20191129



FRANCINEIDE GUEDES BEZERRA
RUA MACIOM CAVALCANTE, 593 - LOT. SÃO PAULO
CAVALCANTE DO ROCHA / PB CEP: 58884-900 (AG. 245)

CPF/CNPJ/RANI: 101.119.554-24

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 2 - 245 - 130 - 5345 Nº Medidor: 00008671627



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1707008-7

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00017070087



VALOR DA FATURA
R\$ 76,42



VENCIMENTO
13/07/2020



REFERÊNCIA
Jul / 2020



CONSUMO
89kWh
2,78 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa de Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Alíq. ICMS (%)	ICMS Base Calc. (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)
0801	Consumo em kWh	89	0,788610	70,18	70,18	25	17,54	70,18	0,73	3,36
0807	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			7,48	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0999	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			-1,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
	BÔNUS ITAIPULÉ 10438/2002 12/2019									

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	76,42	70,18	17,54	70,18	0,73	3,36
Tarifa de Tributos		0,545400					

RESERVADO AO FISCO 2015.beca.72b5.e421.9cfff.f94a.bf02.b43e.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Período	Consumo	Período	Constante do medidor	Descrição	Valor (R\$)	%
Jul/19	83			Serviços de Dist. da Energisa/PB	19,37	24,55
Agô/19	73			Compra de Energia	23,77	30,60
Set/19	83			Serviço de Transmissão	2,34	3,08
Out/19	97			Encargos Setoriais	2,37	3,07
Nov/19	92			Impostos Diretos e Encargos	28,12	37,46
Dez/19	105			Outros Serviços	0,30	0,00
Jan/20	120					
Fev/20	85					
Mar/20	101					
Abr/20	96					
Mai/20	99					
Jun/20	73					
Jul/20	94					
PRÓXIMA LEITURA				Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 5 / 2020) R\$ 31,53		
04/08/2020				Total		
				77,87		
				100,00		

* Faturamento pela Média/Mínimo

INDICADORES DE QUALIDADE				(REFERÊNCIA 09/2020 - Consumo Cadeia do Rocha)	
METRA	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)	
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	8,16	0,00	12,30	NOMINAL	220
Veze que o cliente ficou sem energia - FIC	3,38	0,00	6,72	CONTRATADA	202
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC	3,83			LIMITE INFERIOR	202
Duração da interrupção de energia em dia crítico - DICR	12,22			LIMITE SUPERIOR	231

ATENÇÃO

Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para atender pelos canais virtuais: site, App Energisa ON e Whatsapp (83) 99135-5640

ENERGISA PARAÍBÁ

E:



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jose Joacildo de Lima, portador da carteira de identidade nº 3726550 e inscrito no CPF/MF sob o nº 103.273.094-94, residente e domiciliado na Rua Macilhon Cavalcante, n° 588, Cidade Catolê do Roda, Estado Paraíba, 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:

- (☒) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido 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 a 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 Líder 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jose Joacildo de Lima
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Catolê do Roda - PB, 15 de julho de 2020
Local e data





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 046548.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 046548.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaína Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 17:12 min do dia 14/07/2020, na Delegacia Online, **JOSÉ JOACILDO DE LIMA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Agente Funerário, natural de Bom Sucesso, nascido(a) em 18/09/1992, idade 27, estado civil Casado (a), de cor Branca, filho(a) de MARIA DO CÉU PEREIRA DOS SANTOS e JOSÉ JOACY DE LIMA, CPF 101.871.094-94, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Macilon Cavalcante, nº 588, bairro São Paulo, na cidade de Catolé do Rocha/PB. CEP: 58884000, telefone(s) (83) 99813-1146, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 08/07/2020 16:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Outro; Local do Fato: Rua Benjamim Constant, Tabajara, Catolé do Rocha/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que sofreu um acidente de moto no dia 08/07/2020 por volta das 16 horas da tarde; que um carro a sua frente fez uma manobra brusca à esquerda sem sinalizar; que acabou se chocando com a lateral do carro; que foi jogado ao chão; que ficou em gritos com dores; que transeuntes chamaram o SAMU que fez o resgate; que foi levado para o Hospital Regional de Catolé do Rocha; que lá foram feitos os primeiros procedimentos; que após o Raio X foi identificada uma fratura da clavícula direita; que foi medicado, foi imobilizado o braço e ficou em observação; que estava de capacete e possui CNH AB; que a moto é em nome de seu Pai e está regular; que na hora do acidente estava indo comprar uma peça de um carro funerário a mando de seu empregador; que não conhece o motorista do veículo, pois não o viu mais após ser levado pelo SAMU.

Sendo o que havia a constar, cientificado 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.


JOSÉ JOACILDO DE LIMA

C131D6BD14A0500239295A8A2A3ADBC2

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 046548.01.2020.0.00.704 1/1



Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **JOSÉ JOACILDO DE LIMA, RG: 3.726.110 SSP/PB**, Residente e domiciliado na Rua Macilon Cavalcante - nº 588 - Loteamento: São Paulo – Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Eduardo Jorge V. de Araújo - CRM/12094, no dia 08 de julho de 2020. Deu entrada na Urgência e Emergência, trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto. foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida ficando em observação.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.



Bruno R. Caspary da Silva
Diretor Administrativo
H R C R
Mat. 306.993.1

Thaiz Clea de Oliveira Medeiros

Diretor Geral

Mat. 188.655-0

Católé do Rocha – PB, 13 de julho de 2020.

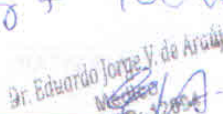


BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PRONTO SOCORRO

43

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA	HORA	NÚMERO DO ATENDIMENTO
JAQUIRIA DE O. LIMA		08/07/2020	16:51:01	114171
1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME		NASCIMENTO	IDADE	SEXO
JOSE JOACILDO DE LIMA		18/09/1992	27	M
CPF	RG	CARTÃO SUS	RAÇA / COR	
10187109494			PARDA	
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	NATURALIDADE		
CASADO(A)		BOM SUCESSO - PB		
NOME DA MÃE		NOME DO PAI		
MARIA DO CEU PEREIRA				
ENDEREÇO		NÚMERO	BAIRRO	
RUA MACILON CAVALCANTE		588	SAO PAULO	
CIDADE		TELEFONE		
CATOLÉ DO ROCHA - PB - 58884-000 - 2504306		(83)9606-3639		
FORMA DE CHEGADA AO ATENDIMENTO				
<input type="radio"/> ESPONTÂNEA <input type="radio"/> CORPO DE BOMBEIRO <input type="radio"/> POLÍCIA MILITAR <input type="radio"/> AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO <input checked="" type="radio"/> SAMU <input type="radio"/> OUTRO _____				
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL				
X Francisco de Guedes Bezerra				
2 - SINAIS VITAIS				
PA:	FC:	FR:	TEMP. AXILAR	SpO2
130x90 mmHg	89 bpm	irpm	C	99 %
3 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
ESCORE DE GLASGOW				
VERMELHO AMARELO VERDE AZUL				
AO	RV	RM	AP	TOTAL
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
HISTÓRIA BREVE				
COMORBIDADES				
REAValiação	HORA	REAValiação	HORA	ENFERMEIRO PLANTONISTA / COREN
4 - ANAMNESE / EXAMES FÍSICOS				
Paciente vítima de acidente de moto, dar entrada no serviço queixando-se de dores em ombro direito, apresenta leves escoriações pós trauma.				
DIAGNÓSTICO INICIAL trauma				
5 - SERVIÇOS REALIZADO (FATURAMENTO)				
0301060029				
1:	2:	3:		

CÓDIGO DA UNIDADE: 2592450 - CNPJ: 08.778.268/0040-77 - RUA CASTELO BRANCO, 349, BATALHÃO CATOLÉ DO ROCHA-PB - (83)3441-2280
HOSPITAL REGIONAL DE CATOLÉ DO ROCHA - DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS - GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - CATOLÉ DO ROCHA - PB

6 - EXAMES SOLICITADOS							
<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA+PLAQUETAS	<input type="checkbox"/> TGO + TGP	<input type="checkbox"/> PCR					
<input type="checkbox"/> UREIA + CREATINA	<input type="checkbox"/> CKMB + CPK	<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA					
<input type="checkbox"/> GLICEMIA	<input type="checkbox"/> TROPONINA	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO X: <u>de ombro D e E</u>					
<input type="checkbox"/> AMILASE	<input type="checkbox"/> EAS	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA: _____					
<input type="checkbox"/> OUTROS: _____							
7 - PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/> SUTURA-TOTAL _____	<input type="checkbox"/> SOND VESICAL-TOTAL _____	<input type="checkbox"/> RET CORP ESTRA-TOTAL _____					
<input type="checkbox"/> SNG/SNE-TOTAL _____	<input type="checkbox"/> LAVAG GÁSTRICA-TOTAL _____	<input type="checkbox"/> DRENAG ABCESSO-TOTAL _____					
<input type="checkbox"/> PARACENTESE-TOTAL _____	<input type="checkbox"/> NEBUL/INALAÇÃO-TOTAL _____	<input type="checkbox"/> CURATIVO SIMPLES-TOTAL _____					
<input type="checkbox"/> OUTROS DESCRIÇÃO: _____							
8 - ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE							
<input type="checkbox"/> INTERNAMENTO-SETOR: _____ <input type="checkbox"/> ESPECIALID. MÉDICA: _____							
9 - PRESCRIÇÃO MÉDICA							
<p>① Dexametasona + AD EV (ou) ampola 17:10</p> <p>② tramal 100 mg + 100 ml SFO, 9:1. EV. 17:10</p>							
 Dr. Eduardo Jorge V. de Araújo Médico Plantonista / CRM							
10 - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM							
DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA / CARIMBO				
08/07/20	17:10	Paciente em estado grave, com sinais de choque, sendo realizado suporte vital e medicação de emergência.					
08/07/20	19:20	Paciente em estado grave, com sinais de choque, sendo realizado suporte vital e medicação de emergência.					
11 - ACOMPANHAMENTO DE SINAIS VITAIS							
DATA	HORA	TEMP	PULSO	RESP.	P.A.	HGT	ASSINATURA/CARIMBO
12 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE							
MOTIVO SAÍDA <input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> EVASÃO DATA: ____/____/____ <input type="checkbox"/> RECUSA DO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO HORA: ____:____				REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA UNIDADE DE DESTINO: _____ CIDADE: _____ DATA ____/____/____ HORA: ____:____			



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de Direito, que

José Teófilo de Lira

encontra-se com

CID 542.0

, necessitando ausentar-se de suas atividades
profissionais, por um período de 45 (quarenta

e cinco dias)

, a partir desta data.

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

08 / 02 / 20

Médico - CRM - Carimbro



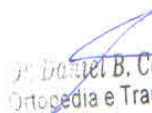
Sr.(a) Tose Taveiro

RECEITUÁRIO

Fx clavícula

fxo conservador

Retorno : 23/08/20


Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

Médico - CRM - Carimbro

SANT'ANA GRÁFICA - FONE: (83) 93612-4293



Sr.(a)

Jose Tenreiro

RECEITUÁRIO

Soluto

*Inobilização por clavícula
(inobilizado e 8)*

09/04/20

H. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

Médico - CRM - Carimbo

SANT'ANA GRÁFICA - FONE: (53) 99912-4293



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: _____
CRM.: _____ UF: _____
ENDEREÇO COMPLETO: _____ CIDADE: _____ UF: _____
TELEFONE: _____

Paciente: José S. de Lima
Endereço: Catolé do Rocha - PB
Prescrição: 150mg de 8/3h, a da!

Data: 09/27/20

Dr. Eduardo Jorge V. de Araújo
CRM/PB: 12054

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME COMPLETO: _____
IDENT.: _____ ÓRG. EMISSOR: _____
END.: _____
CIDADE: _____ UF: _____
TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: ____ / ____ / 20 ____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE





PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR:

USBO7
16:20

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 08/07/2020	OCORRÊNCIA Nº 0038	PACIENTE / USUÁRIO Jorge Jacinto de Lima	IDADE 27	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA Rua Belarmino Constante		BAIRRO Centro	MÉDICO REGULADOR Somagra	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE/PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTROS:				

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRCR RESPONSÁVEL: Dr. Edmarcio Jorge de Araújo FUNÇÃO: Médico

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Suspeita de fratura de clavícula D. + Enxaqueca
Reves

DADOS VITAIS

VAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☒ <30irpm / PULSO RADICAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ <90mm Hg
P.A.: 130 x 90 FC: 92 FR: 18 TEMP: - °C- GLICEMIA: 99 mg/dl - E. Com a: 15 SpO2s/O2: 98% SpO2c/O2: -

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VVAA	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cardiopulmonar ineficaz
<input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	<input type="checkbox"/> Disreflexia Autônoma	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Gastrointestinal ineficaz
<input type="checkbox"/> Comunicação Verbal Prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Dor Aguda	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Renal ineficaz
<input type="checkbox"/> Confusão Aguda	<input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Termorregulação Ineficaz
<input type="checkbox"/> Deambulação Prejudicada	<input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada
<input type="checkbox"/> Débito Cardíaco Diminuído	<input type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada	<input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada
<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Integridade Tissular Prejudicada	<input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Deficientes
<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos
<input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal	<input type="checkbox"/> Intolerância a Atividade	<input type="checkbox"/> Retenção Urinária
<input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada	<input type="checkbox"/> Mucosa Oral Prejudicada	<input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Perturbada
<input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz	<input type="checkbox"/> Interação Social Prejudicada
<input type="checkbox"/> Outros		

INTERVENÇÕES

SSUV + AUP com SRL + Terapia Medicamentosa (Diphenhydramine + AAD) - Imobilização

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente consciente, orientado, vítima de colisão moto x carro, com suspeita de fratura de clavícula D. Ao chegar no local a vítima já estava sentada e já havia retirado o capacete. Logo após intervenção por regulação médica e encaminhado ao HRCR.



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

01 Soro Ringer Lactado 01 ARD
01 Jaleco 20 02 Atodunon
01 Equipa
01 Dipeprona

E.C.G

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO☐ OUTROS: _____**DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS****DIAGNÓSTICOS****PROCEDIMENTOS**

- ☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL-"AMBU")
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA
☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ CÂNULA OROFARÍNGEA
☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL
☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA
☐ OUTROS:

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

01 SOL
01 Dipeprona + ARD EV

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)**ENCAMINHAMENTO**

- ☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

- ☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☒ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABEÇEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): Miriel Rafael de Lima COREN: 366.353 MAT.: COREN AB

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT.: _____

CONDUTOR: Filipe COREN: _____ MAT.: _____

Fisioterapia em domicílio

Dr. Tales Mário S. Sousa
CRÉDITO 1 150422-F

(83) 9655-0062 / ~~9958-1871~~

Nome: Jose Jacildo de Lima

Endereço: R. Marilou Cavalcante / 588 / Sat. S.P.

Quant.	Data	Valor R\$
01	10/08/2020	30,00
01	13/08	30,00
01	16/08	30,00
01	19/08	30,00
01	22/08	30,00
01	25/08	30,00
01	28/08	30,00
01	31/08	30,00
01	03/09	30,00
01	06/09	30,00
01	09/09	30,00
01	12/09	30,00
5	5	5
TOTAL R\$		360,00

Assinatura

Tales Maria dos Santos Sousa





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

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200251756

Vítima: JOSE JOACILDO DE LIMA

Data do Acidente: 08/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JOSE JOACILDO DE LIMA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01029/01030 - carta_07 - INVALIDEZ

00040515



Carta nº 15956691





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

3ª VARA MISTA DA COMARCA DE CATOLÉ DO ROCHA

Fórum Des. João Sérgio Maia, Av. Deputado Américo Maia, s/n, João Serafim, Catolé do Rocha/PB, CEP 58.884-000 - Tel: (83)3441-1450 / Fax: (83)3441-1277

E-mail: cat-vmis03@tjpb.jus.br WhatsApp: 55 83 99145-0310

NÚMERO DO PROCESSO: 0802873-13.2020.8.15.0141

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO: [Acidente de Trânsito]

PARTE PROMOVENTE:

AUTOR: JOSE JOACILDO DE LIMA

Advogados do(a) AUTOR: HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO JUNIOR - PB17617,
DIEGO MARTINS DINIZ - PB19185, HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO - PB4593

PARTE PROMOVIDA:

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

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro os benefícios da justiça gratuita.

Considerando que a promovida reiteradamente não celebra acordos no bojo de processos judiciais, exceto em casos especiais, entendo ser desnecessária a designação de audiência de conciliação no presente caso, devendo a parte ré ser citada para já apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias.

Seguindo a orientação contida da Recomendação 01/2015 do CNJ, a qual pode ser aplicada analogicamente ao caso em testilha, determino, desde já, seja designado perito oficial (médico) para realizar perícia médica no autor, a fim de comprovar as sequelas físicas oriundas do acidente automobilístico mencionado na exordial.

Faculto ao autor juntar, no prazo da contestação, quesitos para serem encaminhados ao perito, bem como indicar assistente técnico.

Outrossim, intime-se a requerida para efetuar o pagamento, em conta judicial vinculada a este processo, dos honorários periciais, arbitrados em R\$ 200,00 (duzentos reais), segundo cláusula 1.3 do Convênio 015/2014 TJPB.

Cite-se a promovida para apresentar contestação em 15 (quinze) dias, apresentando seus quesitos, caso queira.

Com o depósito do valor dos honorários, oficie-se à Secretaria de Saúde para indicar médico ortopedista para realizar a perícia, o qual já fica automaticamente nomeado pelo Juízo, encaminhando-lhe os quesitos do Juízo, quais sejam: 1) Qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado e os respectivos CIDs? 2) Existe relação de causa entre o acidente de trânsito noticiado na petição inicial e a(s) lesão(ões) apresenta(s)? 3) Houve debilidade permanente do membro, sentido ou função? 4) A debilidade é de caráter temporário ou definitivo? Qual o grau, em percentagem (de 0% a 100%), da debilidade apresentada?

Com a designação da data da perícia pelo médico nomeado, intime-se a parte promovente para comparecer ao local designado pelo médico para a realização da perícia, munido, preferencialmente, de seus documentos pessoais e toda e qualquer documentação pertinente à demanda.

Com a entrega do laudo, falem as partes em 10 (dez) dias, informando se têm interesse em conciliar.

E, finalmente, entregue o laudo, oficie-se ao Banco do Brasil para que transfira o numerário depositado na conta judicial para a conta bancária indicada pelo perito.

Após o cumprimento de todos os itens acima mencionados, conclusos.

Diligências necessárias.

Cumpra-se.

CATOLÉ DO ROCHA, 10 de setembro de 2020.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

RENATO LEVI DANTAS JALES

Juiz de Direito