



05/08/2021

Número: **0802242-81.2020.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **31/08/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MISAELE DE FRANCA ALEXANDRE (AUTOR)		DELOSMAR CONSTANTINO DE FRANÇA OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46726642	05/08/2021 15:07	Petição	Petição
46726643	05/08/2021 15:07	2781140_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
46726644	05/08/2021 15:07	2781140_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200004950 Vítima: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

Data do Acidente: 01/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
--	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01377/01378 - carta_03 - INVALIDEZ

00080689



Carta nº 15354025





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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004950

Vítima: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

Data do Acidente: 01/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15356280

Pag. 00263/00264 - carta_01 - INVALIDEZ

00040132





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, 11 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004950

Vítima: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

Data do Acidente: 01/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00395/00396 - carta_16 - INVALIDEZ

00010198



Carta nº 15934499





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:



IRTE

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

5 - Nome completo: Edisval de Franco Alexandre 6 - CPF: 105.567.124-20
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Ambrosio Fernando Brandão 9 - Número: 279 10 - Complemento:
11 - Bairro: Popular 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.919-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3122 013 CONTA: 00033857 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (meninoca)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Edisval de Franco Alexandre
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

02/2019





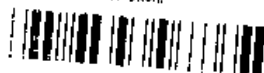
Rua São João, nº 27 - Centro
CEP: 58300-150
Fone/Fax: (83) 3229-2152
C.N.P.J.: 08.308.628/0001-51



Autentico a presente cópia, reproduzindo fiel de original, apresentada. Em testemunho da verdade.
Santa Rita-PB 26/11/2019 09:49:24
Cynthia Santos Continho - Substituta
(2019-005860) EMOL:R\$ 2,46 FARPEN:R\$ 0,29 FEE:R\$ 0,50 ISS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: A3162129-RZIN
Confira a autenticidade em <https://pje.tjpb.jus.br>

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00516.01.2019.1.05.000

Boletim de ocorrência



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00516.01.2019.1.05.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:01 horas do dia 25 de novembro de 2019, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Jairo Leonardo Régis Santos, Agente de Investigação, matrícula 1819658, ao final assinado, compareceu **Misael de França Alexandre**, conhecido(a) por Pel, CNH nº 06561447010, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Maria Imaculada de Santana e Elias de França Alexandre, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/05/1993 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ambrósio Fernando Brandão, Nº 279, bairro: Alto das Populares, tendo como ponto de referência A Praça da Vitória, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 99331-4286.

Dados do(s) Fatos:

Local: Em Frente À Fábrica Alpargatas, Santa Rita/PB, bairro Planalto; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/08/19 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE COMPARECEU, O NOTICIANTE, A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA A FIM DE FAZER REGISTRAR QUE EM DATA, HORA E LOCAL JÁ ESPECIFICADOS, VEIO A ENVOLVER-SE EM UM ACIDENTE DE MOTO DO QUAL RESTOU LESIONADO FISICAMENTE. QUE VINHA O NOTICIANTE PILOTANDO UMA MOTO HONDA/CG 160 FAN ESDI, 2015/2016, DE COR VERMELHA E DE PLACAS OEU-8261/PB E DE CHASSI: 9C2KC2200GR016853, DE PROPRIEDADE DO SENHOR JOSEMAR DA SILVA BENTO INSCRITO NO CPF SOB O N.: 051.915.174-74, A QUEM HAVIA PEDIDO EMPRESTADO A MOTO NAQUELA NOITE. QUE O NOTICIANTE GUIAVA A MOTO NO LOCAL ACIMA DESCRIMINADO TRANSITANDO NO SENTIDO VINDO DA BR EM DIREÇÃO AO CENTRO DE SANTA RITA QUANDO FOI SURPREENDIDO PELA AÇÃO INADVERTIDA DE ALGUÉM QUE TAMBÉM PILOTANDO UMA MOTO SUPOSTAMENTE DE 150 CILINDRADAS, DE COR PRETA, QUE ABRUPTAMENTE INVADIU A MÃO CONTRÁRIA VINDO A CHOCAR-SE FRONTALMENTE COM A MOTO PILOTADA PELO NOTICIANTE. QUE EM FUNÇÃO DA VIOLÊNCIA PRODUZIDA PELO ABARROAMENTO O NOTICIANTE FOI PROJETADO A CERCA DE 05 (CINCO) METROS DISTANTE DO LOCAL ONDE SE DEU A COLISÃO, E AO CAIR AO SOLO, JÁ DE IMEDIATO, PERDEU OS SENTIDOS ASSIM PERMANECENDO ATÉ RECEBER ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA APÓS APROXIMADAMENTE 2 (DUAS) HORAS APÓS O MOMENTO DO ACIDENTE. QUE NÃO SE CONSEGUIU ATENDIMENTO NO LOCAL DO ACIDENTE PELO SAMU TENDO O NOTICIANTE SIDO REMOVIDO ATÉ A UPA DE TIBIRI EM CARRO PARTICULAR DE UM VIZINHO SENDO ACOMPANHADO POR SUA ESPOSA, A SENHORA ANA CLÁUDIA AURELIANO DE SOUZA FRANÇA. QUE DA UPA DE TIBIRI FOI TRANSFERIDO EM AMBULÂNCIA PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA ONDE DEU ENTRADA CONSCIENTE E ORIENTADO, JÁ A 00h31min DO DIA 02/08/2019. QUE FOI SUBMETIDO AOS EXAMES DE PRAXE PARA O CASO, SENDO REALIZADA UMA SUTURA NO SEU PÉ ESQUERDO E APÓS SER MEDICADO FOI LIBERADO AINDA NAQUELA MESMA MADRUGADA.

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, expede a presente Certidão. A referida é verdadeira. Dou fé.

Misael de França Alexandre

Procedimento Policial: 00516.01.2019.1.05.000



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

Santa Rita/PB, 25 de novembro de 2019.


JAIRO LEONARDO REGIS SANTOS
Agente de Investigação

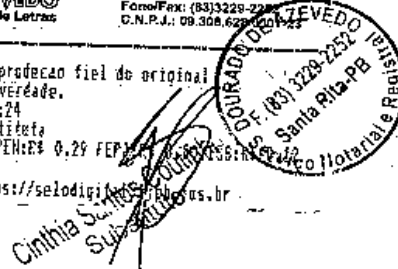

MISAELE DE FRANÇA ALEXANDRE
Noticiante



Serviço Notarial e Registral
DOURADO DE AZEVEDO
1ª Tabelionato de Protesto de Letras
1º Office de Notas

Rua São João, nº 27 - Centro
CEP: 58300-150
Fone/Fax: (83) 3228-2252
C.N.P.J.: 09.308.629/0001-23

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Ex. testemunho da verdade.
Santa Rita-PB 26/11/2019 09:49:24
Cinthia Santos Coutinho - Substituta
[2019-005859] EMULE: 2.48 FAPEN: 0.29 FEP: 0.29
SEL0 DIGITAL: AJ162128-JUNC
Confira a autenticidade em <https://selodigital.pbh.gov.br>



Procedimento Policial: 00516.01.2019.1.05.000

2/2



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de existência de IML



Eu, Misael de Franco Alexandre, portador da carteira de identidade nº 8.813.632-99/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 105.567.124-20, residente e domiciliado na Rua Ambrosio Fernando Brandão, 278, Cidade Santa Rita, Estado Pernambuco, 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Misael de Franco Alexandre

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Rita 18 de Dezembro 2019

Local e data



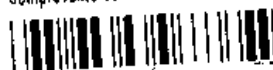
BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segurado de conta.

Bolero para simples pagamento da nova tarifa de energia elétrica : N° 005.180.855

Comprovante de residência



100, Marechal, 170, 11111-000
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Rua, 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 52071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - InsuExt. 45.015.023-6

DADOS DO CLIENTE

ALUIZIO CRISPIN
RUA AMBROSIO FERNANDO BRANDAO 279
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/122698-4

REFERÊNCIA

DEZ/2019

APRESENTAÇÃO

05/12/2019

CONSUMO

180

VENCIMENTO

12/12/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 131,83

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00180.00008 02624.912008 09250.762175 4 81010000013183				
Pagador: ALUIZIO CRISPIN CNPJ/CPF: 865.316.804-91				
RUA AMBROSIO FERNANDO BRANDAO 279 - CENTRO - SANTA RITA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120009260762	000122698201912	12/12/2019	R\$ 131,83	
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: 3054-3/2447-3				



**LAUDO MÉDICO:**

Horário: 11:48h

DIAGNÓSTICO INICIAL: FERIMENTO INFECTADO NO PÉ ESQUERDO
CID 10 S 91 7

Serviço Notarial e Registral
DOURADO DE AZEVEDO
1º Tabelionato de Protesto de Letras
1º Ofício de Notas

Rua São João, n°27 - Centro
CEP: 08300-150
Fone/Fax: (03) 3229-2252
C.N.P.J.: 08.308.628/0001-23

Autentico a presente copia, reproducao fiel de original apresentado. Em testemunho da verdade,
 Santa Rita-PE 26/11/2019 09:49:44
 Cinthia Santos Coutinho - Substitua
 [2019-0038563] EMAIL: 2.66 FAP: 0.25
 Selo Digital: A0162125-63M
 Confirma a autenticidade em: 26/11/2019 09:49:44

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Sede: Rua Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA

do Trabalho

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 6332165700

Boletim de Atendimento: 1182896



Identificação do paciente			
ID 745835	Nome MISAELE DE FRANCA ALEXANDRE	Sexo Masculino	
Data de nascimento 05/05/1993	Idade 26 anos 3 meses 7 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA
Mãe MARIA IMACULADA DE SANTANA	Pai ELIAS DE FRANCA ALEXANDRE		
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) ANA CLAUDIA AURELIANO - ESPOSO(A)		
DDD Celular 83	Celular 99420307	DDD 83	Telefone 366643043
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3813612	Nº Cns 705209400470472	
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO		UF PB
País Brasil	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58303125	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro Argemiro de Figueiredo
Número 66	Complemento NEROLANDIA	Bairro Municípios	
Admissão			
Data e Hora 12/08/2019 11:48:43	Número da pulseira 10007311207	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento RETORNO - SOLICITADO PELO MEDICO	Detalhe do acidente OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Troca de Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA 120/80	Pulso X	Temperatura 36,5	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []			
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA			CID S00.0
			Tempo 01min 30seg

Imprimir





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente MISAELE DE FRANCA ALEXANDRE	BAE 1182896	Data/Hora Entrada 12/08/2019 11:48:43	Data Baixa
Data de nascimento 05/05/1993	Idade 26a 3m 7d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 99420307 / (83) 366643643
Mãe MARIA IMACULADA DE SANTANA		CNS 705209400470472	Prontuário
Endereço Argemiro de Figueiredo, 66 - NEROLANDIA	Bairro Municípios	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo RETORNO - SOLICITADO PELO MEDICO	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	Nº Cons. Regional 6902/PB
Data/Hora Classificação 12/08/2019 11:48:43		Data/Hora Prescrição 12/08/2019 15:58:38	

ANAMNESE

PACIENTE COM INFECÇÃO EM PÉ ESQUERDO COM INDICAÇÃO DE DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO

ETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: LIVRE)

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 500,0 MG VIA ORAL, 6/6H

CUIDADOS

CURATIVO

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRÉ-OP DESBRIDAMENTO)

CÓAGULOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRÉ-OP DESBRIDAMENTO)

Conduta

Em observação

MISAELE DE FRANCA ALEXANDRE

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(CRM: 6902/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 12/08/2019 11:50:13





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente

MISAELE DE FRANCA ALEXANDRE

Data de nascimento

05/05/1993

Idade

26a 3m 7d

SAE

1182896

Sexo

Masculino

Data/Hora Entrada

12/08/2019 11:48:43

CNS

705209400470472

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 99420307 / (83) 366645645

Prontuário

Mãe

MARIA IMACULADA DE SANTANA

Endereço

Argemiro de Figueiredo, 66 - NEROLANDIA

Bairro

Municípios

Município

SANTA RITA

UF

PB

Acidente

Motivo

RETORNO - SOLICITADO PELO MEDICO

Profissional

BENEDITO B RIBEIRO

Nº Cons. Regional

11820/PB

Data/Hora Classificação

12/08/2019 11:48:43

Data/Hora Prescrição

12/08/2019 13:12:37

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HÁ 11 DIAS, APRESENTANDO LESÃO PERFURO-CORTANTE EM PÉ ESQUERDO. FEZ TRATAMENTO COM CEFALOXINA POR 7 DIAS, PORÉM, RETORNA COM ABSCESSO EM FERIMENTO, COM HIPEREMIA, EXSUDATO PURULENTO E DOR INTENSA. CD: - ANALGESIA - RX DE PÉ ESQUERDO - CURATIVO LOCAL

MEDICAÇÃO

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

CURATIVO

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO

CID10

V28.4 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

Conduta

Em observação

Dr. Benedito B Ribeiro
Médico
CRM-PB 11.820
CNS 898 0023 5928 2206

MISAELE DE FRANCA ALEXANDRE

BENEDITO B RIBEIRO
(CRM: 11820/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 12/08/2019 11:50:13



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/08/2021 15:07:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080515072489700000044385728>

Número do documento: 21080515072489700000044385728



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO
Em: 13/08/2019 06:43:07

Nome MISAELE DE FRANCA ALEXANDRE		Boletim de Atendimento 1182896	Data/Hora Entrada 12/08/2019 11:48:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 705209400470472	Prontuário 117484
Tempo de Internação 13h 41min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 12/08/2019 11:48:43	Data Internação 12/08/2019 17:08:47	Permanência na Unidade: 19h 1min	Permanência no Leito: 13h 41min	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 13/08/2019 06:49:00)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO, ESTÁVEL SEM QUEIXAS, EXAMES OK, AGUARDA CIRURGIA.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA - 012

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Michael P. Alexandre BE-Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 16/08/19
 Clínica/Sector: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: limpeza cirúrgica
 Cirurgião: André Luiz Pariaut 1º Assistente: Carla Frederica
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Raqui Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Infecção de partes moles</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>limpeza cirúrgica</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaixilhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico: _____

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. André Luiz Pariaut
 Ortopedia
 CRM 3893

João Pessoa, ____/____/____

Médico/CRM: _____



Nota de Sala Cirúrgica

9

Nome do Paciente: **Miguel de Franco Alexandre**

ID-001: **26A** BE: **11028046** ENFERMARIA: **8-01** LEITO: **10**

Cirurgião: **Dr. Cirurgião Lesão em pé D+ LMC + coleta de material**

Assistente: **Dr. Anestesista**

Anestesiologista: **Dr. Janka**

Instrumentador: **Dr. Janka**

Data: **16/08/2021** Hora: **11:40** Hora de Início: **12:20**

Índice de Risco de Cirurgia ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS): **II**

Local de Contaminação (Limpa / Contaminada / Infectada / Potencialmente Contaminada): **Contaminada**

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.
ALTEMPANOL	1	JELCO Nº18	1
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1	JELCO Nº20	1
BUPIVACAÍNA PESADA	1	JELCO Nº22	1
CEETAMINA	1	JELCO Nº24	1
PROPERIDOL	1	KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº	1
ETOMIDATO	1	LÂMINA BISTURI Nº11	1
FINOS ARBITAL	1	LÂMINA BISTURI Nº15	1
FENTANILA	1	LÂMINA BISTURI Nº23	1
FLUMAZENIL	1	LÂMINA BISTURI Nº24	1
ISOLURANO	1	LÂMINA DE DERMATOMO	1
LEVOPROPRACAÍNA CIVASO	1	LÂMINA DE ENERTO	1
LEVOPROPRACAÍNA CIVASO	1	LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR	1
LIDOCAÍNA CIVASO	1	LÂMINA ESTÉRIL Nº7.0	1
LIDOCAÍNA CIVASO	1	LÂMINA ESTÉRIL Nº7.5	1
MEPAZOLAN	1	LÂMINA ESTÉRIL Nº8.0	1
MORFINA	1	LÂMINA ESTÉRIL Nº8.5	1
NEBULIN	1	MÁSCARA CIRÚRGICA	1
PANORONHO	1	MULTIVIAS	1
PERIDINA	1	PERFURADOR DE SORO	1
PRIDOPOL	1	SCALP Nº19	1
RAMIFENTANILA	1	SCALP Nº21	1
ROCURÔNIO	1	SERINGA 3ML	1
SEVOFLURANO	1	SERINGA 10ML	1
SUXAMETÔNIO	1	SERINGA 30ML	1
TIOPENTAL	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	1
ADRENALINA	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	1
ÁGUA DESTILADA	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	1
ATROPINA	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	1
BENTRA	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	1
CEFALOTINA	1	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	1
DENAMETASONA	1	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	1
DIPIRONA SÓDICA	1	SONDA NASOG. CURTA	1
EPEDRINA	1	SONDA NASOG. LONGA	1
FLUROSEMIDA	1	SONDA URETRAL Nº	1
Glicosose 50%	1	TORNEIRINHA	1
Gliconato de Cálcio	1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	1
HIDROCORISONA	1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	1
LIDOCAÍNA GELBIA	1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	1
ONDASÉTRONA	1	TUBO SILICONE (LATEX)	1
PLASL	1		
PROSTIGMINE	1		
PROTAMINA	1		
TENDONCAN	1		

Equipamentos:

- () ASPIRADOR
- () BISTURI ELÉTRICO
- () CAPNÓGRAFO
- () CARDIOMONITOR
- () DESFIBRILADOR
- () FOCO AUXILIAR
- () FOCO CENTRAL
- () MICROSCÓPIO
- () TOXIMETRO DE FLETO
- () PA INVASIVA
- () PERFURADOR ELÉTRICO
- () SERRA
- () CIRCULANTE

Assinatura: **Carolina**

837-2230



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM DO HEETSHL

08

EMPREGADOR INSTITUTO ACQUA - AÇÃO, CIDADANIA, QUALIDADE URBANA
ENDEREÇO AV. ORESTES LISBOA, S/N - JOÃO PESSOA - PB - CEP.: 58.031.080
CNPJ 03.254.082/0007-84

REFERENTE A: DEZEMBRO / 2019

QUADRO DE HORÁRIO DE TRABALHO

ORDEM	NOME DO EMPREGADO	FUNÇÃO	SETOR	CTPS	ENTRADA	INTERVALO	SAÍDA	DSR	VISTO FISCAL
1	MARIA CÍCERA DE BARROS PESSOA	ENFERMEIRA	BANCO DE OLHOS	385998-PB	07h00	20h00 às 21:00	07h00	REVEZAMENTO	
2	NEWTON TEÓFILO PEREIRA	ENFERMEIRO	BANCO DE OLHOS	193031-PB	07h00	20h00 às 21:00	07h00	REVEZAMENTO	
3	JOSÉ EQUÍLEIS JACINTO FRANÇA	ENFERMEIRO	BANCO DE OLHOS	002600016-PE	07h00	20h00 às 21:00	07h00	REVEZAMENTO	
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

NOME RESPONSÁVEL
FUNÇÃO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

07

NO 1011

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente anestesiado, DDH, a Depite,
na Li Depite, com por UTE.

2. Em contato com o local de incisão com

Incisão:

o local foi lido em pe (E).

3. Realizada limpeza extensiva
com solução 0,9% e antisséptico.

Achados:

em tecido de regeneração e 10 lóculos
de material no interior.

4. Uma fístula.

Conduta:

Dr. Anderson Farias
Ortopedia
CRM 5893

Fechamento:

Observação:

João-Pessoa,

Médico/CRM:

F(NQ).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: MISAEAL DE FRANCA ALEXANDRE BE/PRONTUÁRIO: 1182896
 IDADE: 26 SEXO: M COR: DATA: 22/8/2019
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA
 CIRURGIA: LMC + DESBRIDAMENTO DE PÉ ESQ
 CIRURGIÃO: DR LAURI 1º ASS: DR THALES
 2º ASS: 3º ASS:
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CÓDIGO
EXTENSO FERIMENTO INFECTADO EM PÉ ESQ	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
LMC + DESBRIDAMENTO	

CIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA:

22/08/2019

Laurel C. Junior
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 52.888 - RJ

22
 08
 19



RELATÓRIO DE CIRURGIA

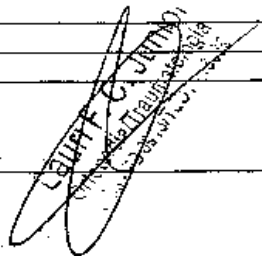
2

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
Incisão:
Achados:
EXTENSO FERIMENTO INFECTADO EM PÉ ESQ
SECREÇÃO E ODOR FORTE
Condução:
DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA EXAUSTIVA DE PE ESQ
CUIDADOS COM HEMOSTASIA
SUTURA DE PELE
Fechamento:
CURATIVOS ESTÉREIS
Observação:
SOLICITO CULTURA

Médico/CRM:

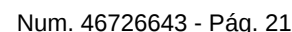
João Pessoa,

22/8/2019


SUELIO MOREIRA TORRES
CRM 10.123/456789



Chesterfield
Cohen 885515
PR.



9



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 22/07/16

PRONTUÁRIO: 1792796

PACIENTE: MIRELL DE FRANCA ALMEIDA

SEXO: M COR: P IDADE: 26

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 76 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO
 ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO
 EXAMES COMPLEMENTARES

RESPIRATÓRIO Espontâneo AP. CIRCULATÓRIO Estável
 DIGESTIVO Jejum ESTADO MENTAL Lúcido DROGAS EM USO
 ANESTÉSICO ESTADO FÍSICO ASA

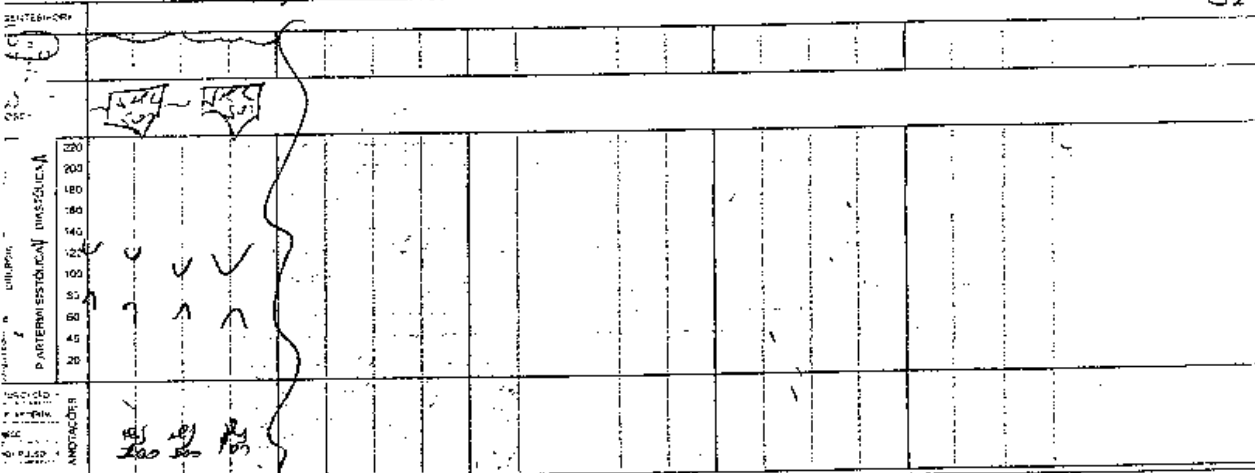
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INTERVENÇÃO REALIZADA Cimper Mônica Cristina de F. C. C. C.

URGÊNCIA EM CAUSAS AUXILIARES
 INÍCIO DA ANESTESIA 10:20 TÉRMINO DA ANESTESIA 11:40 DURAÇÃO DA ANESTESIA 1h 20m

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R\$

ANESTESISTA Dr. Cláudio Agner CPF CRM-PB



ANESTESIA GERAL (X) RAQUIDIANA () EPIDURAL () BLOCO PLEXO () BLOCO NERVOS () OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	Morphina 5mg	11
2	Bupivacaína 0,5%	12
3	Cetorolaco 100mg	13
4	Propofol 100mg	14
5	Midazolam 10mg	15
6	Warfarina 10mg	16
7		17
8		18
9		19
10		20

COMENTÁRIOS: Paciente bem tolerante, sem reações adversas. Anestesia realizada com sucesso. Tempo de recuperação normal. Sem complicações. Alta em boas condições.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F. (RQ) ASCIR.028-1

Cláudio Agner
 Médico Anestesiologista
 CRM 10.257/PB

Agner Francisco Agner
 Médico
 CRM 12116



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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MISAEAL DE FRANÇA ALEXANDRE
DATA DE NASCIMENTO	05/05/93
NOME DA MÃE	MARIA IMACULADA DE SANTANA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.180.803
DATA DO ATENDIMENTO	02/08/19
HORA DO ATENDIMENTO	00:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO
CID 10	T14.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta; refere perda da consciência. Ferimento corto-contuso em couro cabeludo. Refere dor em membro superior esquerdo.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de braço esquerdo
Ultrassonografia - FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

TRATAMENTO:

Clinico.

ALTA HOSPITALAR:	02/08/19
DATA DA EMISSÃO:	05/11/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

Autenticar e presente copia, reproduzida fiel do original apresentado, se testamento da verdade Santa Rita PE 26/11/2019 08:49:24
Cintia Santos Coutinho - Substituta
E2019-0055801 CRM: 24.2.40 FORTALEZA
SITIO DIGITAL: 8162127-RFP2
Conferir a autenticidade em <https://selidigital.com.br>



Secretaria do Estado da Paraíba
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
1º Tabelionato do Poder Judiciário de Leões
1º Ofício de Notas

Rua São João, 100 - 1º andar
CEP: 55010-000 - Santa Rita
Fone/Fax: (83) 3229-2121
CNPJ: 06.968.888/0001-03
Notário Público



02/08/2019

- TiMed

**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Sede: Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1180803



Identificação do paciente			
ID 749835	Nome MISAELE DE FRANCA ALEXANDRE	Sexo Masculino	
Data de nascimento 05/05/1993	Idade 25 anos 2 meses 28 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA
Mãe MARIA IMACULADA DE SANTANA	Pai ELIAS DE FRANCA ALEXANDRE		Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) ANA CLAUDIA AURELIANO - ESPOSO(A)		
DDD Celular 83	Celular 99420307	DDD 83	Telefone 366543043
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3813612	Nº Cns 705209400470472	
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58303125	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro Argemiro de Figueiredo
Número 66	Complemento NEROLANDIA	Bairro Municípios	
Admissão			
Data e Hora 02/08/2019 00:20:45	Número da pulseira 100007640659	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos Paciente com trauma no tórax, fratura de costela, dor no tórax, hemoptise, dificuldade de respirar. Paciente com trauma no abdômen, dor no abdômen, hematoqueia, fezes com sangue. Paciente com trauma no membro superior direito, dor no membro superior direito, edema, hematoma.			
Diagnóstico			CID
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA			Tempo 59seg

Imprimir





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MISAE DE FRANCA ALEXANDRE	BAE 1180803	Data/Hora Entrada 02/08/2019 00:20:45	Data Baixa
Data de nascimento 05/05/1993	Idade 26a 2m 28d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 99420307 / (83) 366643043
Mãe MARIA IMACULADA DE SANTANA		CNS 705209400470472	Prontuário
Endereço Argemiro de Figueiredo, 66 - NEROLANDIA	Bairro Municípios	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO	Nº Cons. Regional 6688/PB
Data/Hora Classificação 02/08/2019 00:20:45		Data/Hora Prescrição 02/08/2019 02:49:28	

ANAMNESE

frco pé sem lesão tendínea sem fratura necessita de sutura pela cirurgia geral alta ortopedia

Conduta

Em observação

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Geral
CRM 6688 - TEST 12357

MISAE DE FRANCA ALEXANDRE

ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO
(: 6688/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 02/08/2019 00:21:44



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/08/2021 15:07:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080515072489700000044385728>

Número do documento: 21080515072489700000044385728

Num. 46726643 - Pág. 25

TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

NOME: Miguel d. Frans. Alexandre IDADE: 26
 DESTINO: _____ DATA E HORA DA ADMISSÃO: _____ AS _____ H
 CONTATO PRÉVIO: Helena DATA E HORA DA TRANSFERÊNCIA: _____ AS _____ H

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA: _____ FR: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____
Onça de mato.
5 curiocos, como cobelhus
de 100 curiocos, alguns neg. poria os curiocos
de 100 curiocos, alguns neg. poria os curiocos

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

12. Curioso
2. Curioso

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

de 100 curiocos, alguns neg. poria os curiocos
de 100 curiocos, alguns neg. poria os curiocos

OBSERVAÇÕES:

qual e curiocos, alguns neg. poria os curiocos
qual e curiocos, alguns neg. poria os curiocos

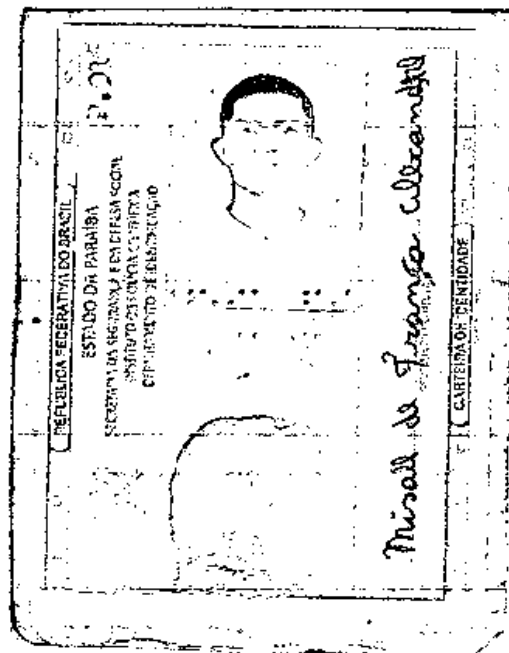
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO: _____

Medicina Nucleo Prático
 Unidade de Pronto Atendimento
 CRM-PA 1546

UPA 24 horas, Santa Rita - PB.





Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CPF: 3.813.612 DATA DE EXPIRAÇÃO: 30/11/2009

NOME: MISAEAL DE FRANÇA ALEXANDRE

FILIAÇÃO: ELIAS DE FRANÇA ALEXANDRE
MARIA IMACULADA DE SANTANA

NATURALIDADE: JOAO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO: 05/05/1993

OUTRO ORIGEM: NASC.N.53876 PLS.224 LIV.A-47

CARTORIO SANTA RITA-PB.

CPF

ASSINATURA DO DIRIGENTE

LEITURA DO DADO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

MISAEAL DE FRANÇA ALEXANDRE

DOC. IDENTIFIC. FÓRM. EMISSOR (UF): 231358456728 MEX DE

CPF: 103.567.124-30 DATA NASCIMENTO: 05/05/1993

FILIAÇÃO: ELIAS DE FRANÇA ALEXANDRE
MARIA IMACULADA DE SANTANA

PROFISSÃO: DATA: 17

Nº REGISTRO: 66561647010 VALIDADE: 25/07/2020 1ª EMISSÃO: 12/02/2016

Informações

RAZ

ASSINATURA DO DIRIGENTE

ASSINATURA DO DIRIGENTE

LOCAL: PAULISTA - PE DATA EMISSÃO: 17/02/2016

ASSINATURA DO DIRIGENTE

92454956728 92077993456

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1421375827



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014797492178
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 0107527695-8 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO: 2019

NOME: JOSEMAR DA SILVA BENTO

CPF / CNPJ: 05191517474

PLACA: OEU8261/PB

PLACA ANT / UF: NOVO PB CHASSI: 9C2KC2200GR016853

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA / MODELO: HONDA/CG 160 FAN ESDI ANO FAB: 2015 ANO MOD: 2016

CAP / POT / CIL: 2 P/162 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA: 1º

FADA LPVA: 0 PARCELAMENTO / COTAS: 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 0,00 IOF (R\$): 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$): 0,00 DATA DE PAGAMENTO: 01/03/2019

OBSERVAÇÕES: A F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

LOCAL: SANTA RITA-PB DATA: 01/03/2019

36994 42676

PB Nº 014797492178 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: 2019 DATA EMISSÃO: 01/03/2019

VIA: 05191517474 PLACA: OEU8261/PB

RENAVAM: 1075276958 MARCA / MODELO: HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB: 2015 ANO MOD: 2016 CHASSI: 9C2KC2200GR016853

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) 0,00 DEMATRAM (R\$) 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00 IOF (R\$) 0,00 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

PAGAMENTO: 01/03/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.349.804/0001-04

42676-1153164-20190301

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004461/20

Vítima: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

CPF: 105.567.124-20

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 01/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MISAEL DE FRANCA
ALEXANDRE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE : 105.567.124-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do Interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020
Nome: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE
CPF: 105.567.124-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

ANDREZA ALVES DA CUNHA





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: _____
Data do Acidente: _____ Possui CPF: ☐ Sim ☐ Não Nº CPF: _____

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados;

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): _____
Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: _____
E-mail: _____ Tel.: () _____
Data: _____ Assinatura: *Mirael de Souza Almeida*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): _____
Atendente: *Suelio Moreira Torres*
Data: _____ Assinatura: *Mirael de Souza Almeida*



Carneiro & Const
ADVOGADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

DOURADO DE AZEVEDO
1º Tabelionato do Protocolo de Letras
1º Ofício de Notas

Rua São João, nº 27 - Centro
CEP: 58300-150
Fone/Fax: (83) 3229-2252
C.N.P.J.: 09.305.628/0001-23

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original
apresentada. Em testemunho da verdade.
Santa Rita-PB 26/11/2019 09:47:24
Cintia Santos Coutinho - Susst. 2015
(2019-003857) EML:R4 2,49
SELO DIGITAL: A0162126-CR04
Confira a autenticidade em www.digitec.org.br



OUTORGANTE:

Nome: Elizabel de Franca Alexandre
Estado Civil: casado Data de nascimento: 05/05/1993
CPF: 105.567.124-20 RG: 3.813.612 SSP/PB
Endereço: Rua Ambrosio Francisco (Suares), 279
Bairro: Populares CEP: 58919-000
Cidade: Santa Rita UF: PB

OUTORGADO: DELOSMAR CONSTANTINO DE FRANÇA OLIVEIRA, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 14.279/PB com escritório profissional na Av. Gov. Flávio Ribeiro Coutinho, 210, Centro, Santa Rita/PB - CEP: 58300-210, local onde recebe notificações e intimações.

PODERES: Nos termos do art. 105 do Código de Processo Civil, os contidos na cláusula "ad judicium et extra", para, em nome do outorgante, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, defender seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender os interesses da outorgante nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer procedência de pedido, renunciar a direito no qual se funda ação agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda subestabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Santa Rita, 26 de Novembro de 2019

Elizabel de Franca Alexandre
OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004461/20

Vítima: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

CPF: 105.567.124-20

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE : 105.567.124-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020
Nome: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE
CPF: 105.567.124-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

ANDREZA ALVES DA CUNHA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE SANTA RITA/PB

Processo n.º 08022428120208150331

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscrive, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MISAEEL DE FRANCA ALEXANDRE**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL

PENDÊNCIA DOCUMENTAL

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o **INTERESSE PROCESSUAL**.

Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendência, acarretando no cancelamento do sinistro.

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

“A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial”.

No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.

Inércia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incurção em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violação ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.

O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



(...) 4. Agravo regimental desprovido” (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).

Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transcrito:

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

(...)

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30

(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)”

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.

Importante salientar, ademais, que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inerência das suas atividades.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.



Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório.

Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SANTA RITA, 3 de agosto de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

