



PARAIBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE JOÃO PESSOA
2º JUÍZADO ESPECIAL CÍVEL DA CAPITAL - E-Jus -

Fórum Mario Moacir Porto, Av João Machado, s/n, Centro, João Pessoa - PB Fone: (83)32082434

CARTA DE CITAÇÃO

João Pessoa, 28 de Janeiro de 2014

Ação: PROCEDIMENTO DO JUÍZADO ESPECIAL CÍVEL
Processo nº 3001055-64.2014.815.2001
Autor: IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO
Réu: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

ILM^o(^a) SR.^o
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT
Logradouro: RUA SENADOR DANTAS nº 74 5º ANDAR
Bairro: CENTRO
RIO DE JANEIRO - RJ
CEP: 20031205

De ordem do MM. Juiz de Direito do(a) 2º Juizado Especial Cível da Capital, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO por todos os atos do processo acima mencionado, e intimado para comparecer neste juízo, no endereço supra, à audiência de Conciliação designada para o dia: 11 de Março de 2014 às 11:30os autos da ação acima mencionada ficando advertido, desde já, que não comparecimento importará REVELIA, reputando-se verdadeiras as alegações do autor e, em JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE, consoante art. 20, da Lei nº 9.099/95 e 330 do Código de Processo Civil. OBSERVAÇÃO: Este processo tramita no sistema E-Jus (Justiça Eletrônica).

Cordialmente,

DIGITALIZAÇÃO

11 FEV 2014

IMPRESSORA 2

Maria Josemara Belmont de Brito
Técnico Judiciário

Imprimir

Assinar

11:17 10/02/2014 08:52:96 SEGURADORA LIDER DPVAT RJ 000000



ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA
DR. ALBERTO DE SA E BENEVIDES DR. VILADUVALV REIS RO
OAB 12.469 PB OAB 11.292 PB

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DO JUIZADO ESPECIAL CIVIL DE JOÃO PESSOA - PB,

PROMOVENTE: IZAQUIEL RODRIGUES JORDÃO
PROMOVIDO: LIDER SEGURADORA DOS CONSORCIOS DPVAT

IZAQUIEL RODRIGUES JORDÃO, brasileiro, divorciado, fotógrafo, portador da Cédula de Identidade/RG sob nº rg1389225 - SSP-PB, inscrito no CPF sob nº 311.311.717-40, residente e domiciliado na Rua José Soares 131, Bairro do Rangol, João Pessoa-PB vem por advogados, adiante assinados, vem com mui respeitosa e a presença de vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA

Contra, SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ: 09.248.608/0001-04, situada na Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, CEP 20021-205, Rio de Janeiro-RJ, onde deverá ser citada na

Rua: Rodrigues de Aguiar nº 310 Sala 3-Centro - João Pessoa PB - 55222-8022
e-mail: robertos_rubio@guilherme.com.br

Arquivo assinado em 23/01/14 às 15:14 por: JOSE ALBERTO DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE pág. 1/5



ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA
DR. ALBERTO DE SA E BENEVIDES DR. VILADUVALV REIS RO
OAB 12.469 PB OAB 11.292 PB

pessoa de seu representante legal para, querendo, responder aos termos da presente demanda, sob pena de revelia e confissão pelos motivos fáticos e jurídicos a seguir:

DOS FATOS

I - O promovente, no dia 21 de 11 de 2013, por volta das 12:00 sofreu acidente de trânsito quando a motocicleta em que conduzia (HONDA CG 160 , FAN DE COR PRETA, 2011/2012 DE PLACA OFE 8449-PB) teve seu pneu traseiro estourado. O fato se deu na Cidade do Salgado de São Félix-PB, em local conhecido como Sítio Rodador.

II - Em virtude do impacto, o promovente teve fratura em seu membro superior esquerdo.

III - Foi socorrido e levado para o HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA E LEVADO PARA O HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES.

IV - Mesmo com cirurgia e tratamento o promovente não se recuperou, ficando, em consequência do fato, com seqüela de natureza permanente.

V - De acordo com a redação da MPV 451, aplicável ao caso em tela, o promovente, epessante o que, restou o Anexo da MPV 451, o promovente faz jus a 70% de valor total do seguro DPVAT.

Ante ao exposto, recorrem ao Poder Judiciário para solução da lide, no sentido de receber o valor, estipulado em Lei Federal.

DO DIREITO

LEI Nº 6.194, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1974:

Rua: Rodrigues de Aguiar nº 310 Sala 3-Centro - João Pessoa PB - 55222-8022
e-mail: robertos_rubio@guilherme.com.br

Arquivo assinado em 23/01/14 às 15:14 por: JOSE ALBERTO DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE pág. 2/5



ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA
DR. ALBERTO DE SA E BENEVIDES DR. VILADUVALV REIS RO
OAB 12.469 PB OAB 11.292 PB

Dispõe sobre o seguro obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Artigo 5º - O pagamento da indenização será efetuado mediante a simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abatida qualquer franquia de responsabilidade do Segurado.

a) Certidão de Óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova da qualidade Beneficiária - no caso de morte.

Artigo 7º A indenização por pessoa vítima por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por consórcio, constituindo obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.

DA TABELA INSERTA NA MPV 451

Danos	Corporais	Total	Particular do Danos
Reparação na íntegra do Patrimônio Físico			
Lesões de órgãos e estruturas ósteo-ligamentares, tendões, tendões, abdominais, pélvicas ou reprodutivas		100	
Danos	Corporais	Seguradoras	(Partes)
Reparação na íntegra do Patrimônio Físico			

Rua: Rodrigues de Aguiar nº 310 Sala 3-Centro - João Pessoa PB - 55222-8022
e-mail: robertos_rubio@guilherme.com.br

Arquivo assinado em 23/01/14 às 15:14 por: JOSE ALBERTO DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE pág. 3/5



ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA
DR. ALBERTO DE SA E BENEVIDES DR. VILADUVALV REIS RO
OAB 12.469 PB OAB 11.292 PB

Perda análoga de seu membro funcional completo de um dos membros inferiores	70
Perda análoga de seu membro funcional completo de um dos pés	60
Perda completa de mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25
Perda análoga de seu membro funcional completo de qualquer um dos dedos do pé	10
Danos Corporais Seguradoras (Partes)	Partes das Partes
Outros Repercebidos em Corpos e Estruturas Corporais	
Perda análoga total bilateral (quadril completo) ou da função (membro completo) ou da visão de um olho	30
Perda completa de mobilidade de um segmento da coluna vertebral cervical e torácica	25
Perda análoga (função completa) do braço	10

DAS INDENIZAÇÕES

Art. 10. Os danos pessoais cobertos pelo Seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, que serão pagas diretamente ao beneficiário, observados os valores previstos nas normas vigentes por pessoas vítimas.

Rua: Rodrigues de Aguiar nº 310 Sala 3-Centro - João Pessoa PB - 55222-8022
e-mail: robertos_rubio@guilherme.com.br

Arquivo assinado em 23/01/14 às 15:14 por: JOSE ALBERTO DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE pág. 4/5



DO PEDIDO

Diante da exposição, requer a Vossa Excelência mandar citar a Reclamada no endereço acima designado, para, querendo, responder aos termos da presente demanda, sob as penas impostas pela lei pertinente, protestando provar o alegado por todos os meios admitidos em direito, requerendo, ainda, que seja condenada a provida a pagar ao Promovente a importância de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), mais juros moratórios desde o evento danoso (SÚMULA 54 DO STJ) e correção monetária.

REQUER, ainda, os benefícios da Justiça Gratuita, de acordo com a Lei 1350/50.

Dando ao pedido o valor de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais).

Nestes Termos,

Pede Defensoramento.

João Pessoa 23 de Janeiro de 2014.

ALBERTO DE SA E BENEVIDES
OAB-PE 10.468

VLADISLAV RIBEIRO
OAB-PE 11.290

[BRASIL](#)[Acesso à](#)[Participe](#)[Serviços](#)[Legislação](#)[Canais](#)

Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 011.011.717-40

Nome da Pessoa Física: IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **10:05:30** do dia **09/10/2014** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **6CD9.BB85.2E1C.AB87**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria de Receita Federal do Brasil no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

CODIGO DE JORNAL 0023671 CNPJ/CNPJ 06.778.268/0001-60
NOME HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
RUA AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
CAMPUS CAMPINA GRANDE ESTADO PARAIBA UF 25

PRONTUARIO N. 156000

PACIENTE:

Nome: LUCIANO TEODORO DA SILVA

PROFISSAO FOTOGRAFO - DEPT. TUB. INI

PAID ROSALDO LIMA 79

ENDEREÇO RUA CORDEIRO DA SILVA 500 FLORES

ESTADO: PB

CEP

BARRIO ZONA RURAL

DATA ATENDIMENTO

CODIGO DO MUNICIPIO

RACA / COR DTA NASCIMENTO

1 - BRANCA
2 - AMARELA

1 - 12 - PRATA
2 - 13 - INDIGENA

1 - 11 - PAZELA
2 - 100 - SEM INSCRIÇÃO

ANAMNESE E EXAME FISICO SUMARIOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS:

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1.

2.

3.

4.

5.

DIAGNOSTICO CID:

Ataque de síncope postural (G)

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB)
CONSULTA ESPECIALIZADA

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

01 - URGÊNCIA

02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

03 - ACIDENTE NO TRAFEGO PARA O TRABALHO

04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRAFEGO

05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE E ENVOLVIMENTO DE PACIENTES EM VIACÃO E TÍPICOS

MEDICAÇÃO

1 - MEDICAMENTOS

2 - MEDICINA

ENCAMINHAMENTO

01 - OBSERVACAO

02 - OUTRO HOSPITAL

03 - 1

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CONDOMÍNIO DE DENTISTAS

DATA

DATA

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IAIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU PELEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

9.12.1961

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12.02.67

11 - TELEFONE DE CONTATO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor em ombro direito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19.02.1961

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de humero direito

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redução e fixação de fratura de humero direito

25 - TIPO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTERIA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE-ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - NOME DA EMPRESA

39 - COBR

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ SEM EMPREGADOR

☐ ASSINANTE

☐ NAL. SEGURADORA

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - COD. ORGÃO EMISSOR

43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44 - DOCUMENTO

☐ CNES

☐ CNP

45 - Nº DOCUMENTO CONSTIT. DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - ASSINATURA E CARIMBO INDI-REGISTRO DO CONSELHO

Ficha de Acolhimento

Nome:	Franciel Rodrigues JORRÃO		
End.:	Zona Amarela	Bairro:	zelazinho sul
Data do Nascimento:	12/02/1969	Documento de Identificação:	FLUX
Queixa:	PC - c/c	Data do Atendimento:	10/11/13
		Hora:	16:25
		Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

ortopedica

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

(X) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Tranquila Rodrigues Jordão

SÉRIE _____

_____ PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 592 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 21/11/13 A 05/12/13 _____ DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES. _____

60 (Sessenta) _____

Campina Grande, 05/12/13

Ass. do Médico

Ass. do Médico - Nº. do CRM _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr., _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico

MOO. 000

Ass. do Paciente ou Responsável _____

Governo do Estado - Secretaria da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes
CNPJ 08.778.268/0001-60
Florianópolis, 4700 - Malvinas - CEP 58432-809
Campina grande - Paraíba

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: _____	
CRM: _____	UF: _____
End.: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

1ª Via FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª Via PACIENTE

Jessé de Moura
MÉDICO
CRM-PB 8212

Carimbo do Médico

Paciente: IZABELLA R. DOMO

Endereço: R. Rosário Cruz nº 29

Prescrição: uso oral

DICLOFENACO 500mg 20 cp

Tomar 2 cp de 6 em 6h por 7 dias

(3) NITROGLICERINA 100mg 3 cp

Tomar 1 cp de 12 em 12h

Data 05/12/2013


Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
RG: _____	Org. Emissor: _____
End.: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

MOD. 083

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico _____	
Data _____	

Paciente Joaquim Rodrigues Jorão telefone 82571578 Oi
residente à rua Rozendo Elias N° S/N
bairro Salgado na cidade de Salgado estado PR

QUEIXA: constante de dor (barriga)

Requerente Daniela Silva Rodrigues Jorão residente à
rua Rozendo Elias N° S/N

bairro Salgado na cidade de Salgado estado PR
portador do RG 3773404 SSP 1 PR CPF N°
107.473084-73 telefone 86442688 Oi

amparado pelas disposições contidas no art. 43, da Lei 8.078/1990, artigos 69 e 70 do Código de Ética Médica, vem REQUERER seja(m) fornecida(s) cópia(s) integral(is) do(s) seguinte(s) documento(s) referente(s) ao(s) meu(s) atendimento(s) médico(s) ocorrido(s) em

21-11-13 a 3-12-13
para fins de DPVAT

☒ Prontuário Médico

☐ Ficha Ambulatorial s/ RX

☐ Relatório de Cirurgia Realizada

☐ Ficha Ambulatorial c/ RX

☐ Atestado Médico

☐ Exames Realizados

☐ Outras Solicitações: _____

DECLARO, para os devidos fins, que as informações contidas neste documento são verdadeiras, submetendo-me como DECLARANTE às penalidades legais, por omissão ou falsa informação, definidas na Legislação Brasileira

SAME

Termos em que,

3310-5850

P. Deferimento.

Campina Grande, 5-12-2013.

Atendido por: [Assinatura]

Requerente

Entregue Cópia

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS TRANSPORTES	
DETRAN - PB		Nº 01239130680	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		CDB - RBRM - 20130000387051 - 9/00000000	
1	0041236079-9	06/00000000	2013
TELES ROMARIO GADELHA CAVALCANTE			
PLACA		OFE8449/PB	
05719818448		NOVO	
PB 9C2KC1670CR461226		ALCO/GASOL	
HONDA/CG 150 FAN EST		2011 2012	
2 P/149 /CI		PARTIC	
1PVA PAGO EM 12/09/2013		VIRAR COTAS	
V FAIXA LUBA		PARCELAMENTO COTAS	
0		3	
SEM RESERVA DE DOMINIO		0	
JOAO PESSOA - PB		02/10/2013	
33293		40932	

SEGURO OBRIGATORIO DE DAVIDAÇÕES CAVALCANTE POR VEICULO	
AUTOMOBILISTAS DE REGISTRO QUE POSSAM CONTRATAR SEGURO DPVAT	
BILHETE DE SEGURO DPVAT	
PB Nº 01239130680	
TELES ROMARIO GADELHA CAVALCANTE	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.dpvatsegurodetransito.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204	
2013 02/10/2013	
TELES ROMARIO GADELHA CAVALCANTE	
05719818448	
OFE8449/PB	
HONDA/CG 150 FAN EST	
2011 2012	
9C2KC1670CR461226	
SEGURADORA LIDER - DPVAT	
40932-1151265-20131002	



FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha Nº	
Paciente:	BORGES, E. J. J.
Origem:	
Solicitante:	
Clinica:	
Data:	

Motivos do Encaminhamento

Paciente referido de quadro de dor no abdômen e
na região lombar com quadro de febre e
sintomas de infecção. Exame físico: abdômen
com rigidez e dor à palpação. Exame de
laboratório: hemograma com leucocitose e
alteração da fórmula leucocitária.

Medicação administrada

Encaminhamento para:

Serviço Social

REQUERIMENTO

Paciente: JOSE ALBERTO DE SA Telefone: 3310-51378 (91)
 reside à rua 11/12 N° 51A
 bairro Alfama na cidade de Campana Grande estado PA

QUEIXO: dores no abdômen

Requerente: JOSE ALBERTO DE SA residente à
 rua 11/12 N° 51A

bairro Alfama na cidade de Campana Grande estado PA
 portador do RG 1.234.567 SSP PA CPF N° 123.456.789
 telefone 3310-51378, amparado pelas
 disposições contidas no art. 43, da Lei 8.078/1990, artigos 69 e 70 do Código de Ética Médica,

vem REQUERER seja(m) fornecida(s) cópia(s) integral(is) do(s) seguinte(s) documento(s)
 referenciado(s) ao(s) meu(s) atendimento(s) médico(s) ocorrido(s) em
01/11/13 a 08/12/13
 para fins de histórico

- | | |
|--|---|
| ☒ Histórico Médico | ☐ Ficha Ambulatorial s/ RX |
| ☐ Histórico de Cirurgia Realizada | ☐ Ficha Ambulatorial c/ RX |
| ☐ Atestado Médico | ☐ Exames Realizados |
| ☐ Outras Solicitações: _____ | |

DECLARO para os devidos fins, que as informações contidas neste documento são verdadeiras,
 submetendo-me como DECLARANTE às penalidades legais, por omissão ou falsa informação,
 definidas na Legislação Brasileira

SAMI

Termos em que,

3310-5130

P. Deferimento.

Campana Grande, 11/12/2013.

Atendido por: [Assinatura]

Requerente

Entregue Cópia



GOVERNO
DA PARAÍBA



Natureza da Ocorrência: acidente de trânsito

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº.0136/2013

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoas interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, revendo o Livro 01/2013, encontramos a ocorrência de nº 0136/2013, que passamos a transcrever na íntegra: Aos dez dias do mês dezembro do ano de 2013 (dois mil e treze), nesta cidade de Salgado de São Félix, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente HUGO HELDER PORTO BARETO, Delegado de Polícia Civil, cômigo, Policial Civil atendente, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 9h30min, compareceu IZAQUEL RODRIGUES JORDÃO, com 44 anos de idade, nascido aos 12.02.1969, brasileiro, divorciado, fotógrafo, natural de Itabaitana/PB, filho de Manoel Rodrigues Jordão e de Maria Alves Jordão, RG. 1369225 SSP/PB, CPF 011.012.717-40, residente na Rua Rosendo Elias, nº 29 - Salgado de São Félix/PB, fone(83) 88571578, a qual passou a NOTICIAR:

Notícia que, no dia vinte e um do mês de novembro do corrente ano, por volta das 12h, estava pilotando sua moto de marca HONDA/CG 150 FAN XL, ano fab. 2011 ano de mod. 2012, de cor PRATA, de placa CFE 8440/PB, chassi 9C2KCL670CR461226, com destino à cidade de Itabaiana/PB à cidade de Salgado de São Félix e no Sítio Bela Vista, sua propriedade, o qual prosseguia moto estacionou o motociclista próximo ao quilômetro da moto sofrendo qualbraçura no braço esquerda, foi socorrido para o Hospital Regional de Itabaiana com socorro transferido para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB, onde o mesmo foi submetido a cirurgia e ficando internado durante quinze dias.

Era o que continha esta ocorrência. Diante a declaração das envolvidas, legare contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, exvoco a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Salgado de São Félix/PB, aos dez dias do mês de dezembro de 2013 (Dois mil e Treze), eu Hosana Correia de Moraes, Polícia Civil que digitei, assino.

Hosana Correia de Moraes
IZAQUEL RODRIGUES JORDÃO

Noticiante

Hosana Correia de Moraes
HOSANA CORREIA DE MORAIS
Escrivã de Polícia Civil
Mat. 69.838-5



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

CODIGO DA UNIDADE: 0023671 UNICORP: 00.778.268/0001-60
NOME: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
RUA: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: 25

PRONTUÁRIO N.º: 15000

PACIENTE:

NOME: VAGNER PEREIRA S. JUNIOR

PROFISSÃO: FISIOTERAPEUTA

END: ROSÁRIO (LUAZ 2º)

MUNICÍPIO: SALGUEIRO SAN FÉLIX

ESTADO: PB

CEP: 51100-000

BAIRRO: ZONA RURAL

DOCUMENTO: 199225

LOCAL: 15000-000

RAÇA / COR: DTA NASCIMENTO

QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTOCICLETA

COBICO DO MUNICÍPIO: 15000

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS:

RESULTADOS:

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

DIAGNÓSTICO / CID:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

26.

27.

28.

29.

30.

31.

32.

33.

34.

35.

36.

37.

38.

39.

40.

41.

42.

43.

44.

45.

46.

47.

48.

49.

50.

51.

52.

53.

54.

55.

56.

57.

58.

59.

60.

61.

62.

63.

64.

65.

66.

67.

68.

69.

70.

71.

72.

73.

74.

75.

76.

77.

78.

79.

80.

81.

82.

83.

84.

85.

86.

87.

88.

89.

90.

91.

92.

93.

94.

95.

96.

97.

98.

99.

100.

101.

102.

103.

104.

105.

106.

107.

108.

109.

110.

111.

112.

113.

114.

115.

116.

117.

118.

119.

120.

121.

122.

123.

124.

125.

126.

127.

128.

129.

130.

131.

132.

133.

134.

135.

136.

137.

138.

139.

140.

141.

142.

143.

144.

145.

146.

147.

148.

149.

150.

151.

152.

153.

154.

155.

156.

157.

158.

159.

160.

161.

162.

163.

164.

165.

166.

167.

168.

169.

170.

171.

172.

173.

174.

175.

176.

177.

178.

179.

180.

181.

182.

183.

184.

185.

186.

187.

188.

189.

190.

191.

192.

193.

194.

195.

196.

197.

198.

199.

200.

201.

202.

203.

204.

205.

206.

207.

208.

209.

210.

211.

212.

213.

214.

215.

216.

217.

218.

219.

220.

221.

222.

223.

224.

225.

226.

227.

228.

229.

230.

231.

232.

233.

234.

235.

236.

237.

238.

239.

240.

241.

242.

243.

244.

245.

246.

247.

248.

249.

250.

251.

252.

253.

254.

255.

256.

257.

258.

259.

260.

261.

262.

263.

264.

265.

266.

267.

268.

269.

270.

271.

272.

273.

274.

275.

276.

277.

278.

279.

280.

281.

282.

283.

284.

285.

286.

287.

288.

289.

290.

291.

292.

293.

294.

295.

296.

297.

298.

299.

300.

301.

302.

303.

304.

305.

306.

307.

308.

309.

310.

311.

312.

313.

314.

315.

316.

317.

318.

319.

320.

321.

322.

323.

324.

325.

326.

327.

328.

329.

330.

331.

332.

333.

334.

335.

336.

337.

338.

339.

340.

341.

342.

343.

344.

<

Ficha de Atendimento

Nome: Josequiel Rodrigues TORRES
End: Rua do Caramelo 24 Bairro: Seleção Sul
Data de Nascimento: 12/02/1965 Documento de Identificação: FLUX
Queixa: PC - CAC Data do Atendimento: 21/01/13 Hora: 16:25 Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo Aspecto: () Calmo () Triste de cor () Geme
Frequência respiratória: Frequência cardíaca:
Pressão arterial: Temperatura axilar:
Dosagem de HGT: Mucosas: () Normocrada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Bom Luís Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Isabela Roseana Jorno

SÉRIE _____ PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
O PERÍODO DE 21/11/15 A 05/12/15 NO CID, DURANTE
60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES. _____
NECESSITANDO DE

Campina Grande, 05/12/15


Ass. do Médico - Nº. do CRM _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

Dr., _____

codificado CID ou por extenso neste atestado médico _____ autorizo o
a registrar o diagnóstico

Ass. do Paciente ou Responsável _____

Paciente João Carlos Rodrigues telefone 88371578 ou
residente à rua Gracinda de Azevedo Nº 51A
bairro Salgado na cidade de Salgado estado PB

QUEIXA: existente de hábito (cancer)

Requerente João Carlos Rodrigues residente à
rua Gracinda de Azevedo, Nº 51A
bairro Salgado na cidade de Salgado estado PB
portador do RG 3173414 SSP / PB CPF Nº
107.413084-13 telefone 88443688 sei, amparado pelas
disposições contidas no art. 43, da Lei 8.078/1990, artigos 69 e 70 do Código de Ética Médica,
vem REQUERER seja(m) fornecida(s) cópia(s) integral(is) do(s) seguinte(s) documento(s)
referente(s) ao(s) meu(s) atendimento(s) médico(s) ocorrido(s) em
21.11.13 a 3.12.13
para fins de prova

☒ X Prontuário Médico ☐ Ficha Ambulatorial s/ RX

☐ Relatório de Cirurgia Realizada ☐ Ficha Ambulatorial c/ RX

☐ Atestado Médico ☐ Exames Realizados

☐ Outras Solicitações:

DECLARO, para os devidos fins, que as informações contidas neste documento são verdadeiras,
submetendo-me como DECLARANTE às penalidades legais, por omissão ou falsa informação,
definidas na Legislação Brasileira

SAME
Termos em que,

3310-5850
P. Deferimento.

Camplha Grande, 5-1 12/12/2013.

Atendido por: João Carlos Rodrigues
Requerente
Entregue Cópia



FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES		
Ficha Nº	Data:	
Paciente:	Brixuel C. Leite	
Origem:		
Solicitante:	Clínica:	
Motivos do Encaminhamento		
Paciente relata de queda da mão, da antebraço na mão direita com queda da mão, antebraço e limitação de movimento com entumescimento da mão (C). Percepção sempre presente. História de trauma recente. Sem outras lesões e outros sintomas. Pela Colquedo		
Medicação administrada		
Encaminhamento para:		
Serviço Social		

[illegible]

Life one 278 54

N^0 $\frac{1}{2} \text{ (1000)}$

Estadão na cidade de São Paulo estado S.P.

[illegible]

Il Presidente è

№ 36

na cidade de _____ estado de _____

Portador	do	RG	SSP	CPF	Nº

telefone 463.33.33, amparado pelas

contidas no art. 41, da Lei 8.078/1990, artigos 69 e 70 do Código de Ética Médica,

ERER seja(m) fornecida(m) cópia(s) integrat(s) do(s) sequintel(s) documento(s).

) aq(s) mvu(s) atencimento(s) médico(s) acorrido(s) em

一、二、三、四、五、六、七、八、九、十、十一、十二、十三、十四、十五、十六、十七、十八、十九、二十、二十一、二十二、二十三、二十四、二十五、二十六、二十七、二十八、二十九、三十、三十一、三十二、三十三、三十四、三十五、三十六、三十七、三十八、三十九、四十、四十一、四十二、四十三、四十四、四十五、四十六、四十七、四十八、四十九、五十、五十一、五十二、五十三、五十四、五十五、五十六、五十七、五十八、五十九、六十、六十一、六十二、六十三、六十四、六十五、六十六、六十七、六十八、六十九、七十、七十一、七十二、七十三、七十四、七十五、七十六、七十七、七十八、七十九、八十、八十一、八十二、八十三、八十四、八十五、八十六、八十七、八十八、八十九、九十、九十一、九十二、九十三、九十四、九十五、九十六、九十七、九十八、九十九、一百。

() Ficha Ambulatorial s/ RX

[] Ficha Ambulatorial c/ RX

Exames Realizados ()

is Solicitors: _____

Legislações Brasileiras

Formos en que,

12. **Declaration.**

Camping Grande, 1/1/2013.

1

பெரும்புலியார்

ငါးစုံဝှံ ခွဲကုန်ပါသည်။



Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas
Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

Via Parte

Vencimento	05/09/2014
Data da Emissão	28/08/2014
Conta FEPJA	162.847/2194724
Taxa Judicial	19,49
Custas Judiciais	57,48
Diligências	0,00
Tarifa Bancária	1,35
Total	78,32

Comarca	Processo	Guia nº
JOAO PESSOA	3001055-64.2014.815.2001	200.2014.360667-7
CUSTAS PREVIAS A FINAL		

PAGÁVEL APENAS NOS CAIXAS DAS AGÊNCIAS DO **BANCO DO BRASIL S/A** ATÉ A DATA DO VENCIMENTO.
O NÃO PAGAMENTO DA GUIA ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO IMPLICA NO SEU CANCELAMENTO.



Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas
Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

Via Processo

Vencimento	05/09/2014
Data da Emissão	28/08/2014
Conta FEPJA	162.847/2194724
Taxa Judicial	19,49
Custas Judiciais	57,48
Diligências	0,00
Tarifa Bancária	1,35
Total	78,32

Comarca	Processo	Guia nº
JOAO PESSOA	3001055-64.2014.815.2001	200.2014.360667-7
CUSTAS PREVIAS A FINAL		

PAGÁVEL APENAS NOS CAIXAS DAS AGÊNCIAS DO **BANCO DO BRASIL S/A** ATÉ A DATA DO VENCIMENTO.
O NÃO PAGAMENTO DA GUIA ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO IMPLICA NO SEU CANCELAMENTO.



Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas
Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

Via Central de Guias

Vencimento	05/09/2014
Data da Emissão	28/08/2014
Conta FEPJA	162.847/2194724
Taxa Judicial	19,49
Custas Judiciais	57,48
Diligências	0,00
Tarifa Bancária	1,35
Total	78,32

Comarca	Processo	Guia nº
JOAO PESSOA	3001055-64.2014.815.2001	200.2014.360667-7
CUSTAS PREVIAS A FINAL		

PAGÁVEL APENAS NOS CAIXAS DAS AGÊNCIAS DO **BANCO DO BRASIL S/A** ATÉ A DATA DO VENCIMENTO.
O NÃO PAGAMENTO DA GUIA ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO IMPLICA NO SEU CANCELAMENTO.



Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas
Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

Via Banco

Vencimento	05/09/2014
Data da Emissão	28/08/2014
Conta FEPJA	162.847/2194724
Taxa Judicial	19,49
Custas Judiciais	57,48
Diligências	0,00
Tarifa Bancária	1,35
Total	78,32

Comarca	Guia nº	Tarifa Bancária
JOAO PESSOA	200.2014.360667-7	1,35
		Conta Diligência
		0,00
		Total
		78,32

866400000000 783209283184 520140905206 020143606679



ESCRITÓRIO:

004

CHECK LIST - MUTIROS DPVAT

DATA DA AUDIÊNCIA:

28.08.14

GPROC:

7219878

ESCRITÓRIO QUE REALIZOU A AUDIÊNCIA:

JB

() O MESMO

() OUTRO

28

() VC

X JEC

() TJ

COMARCA:

São João Pessoa

UF: PB

AUTOR	NOME: Izaquiel Rodrigues Jordão
PROCESSO	X VÍTIMA () BENEFICIÁRIO () REP. LEGAL
VÍTIMA	3001055-64-2014-815-2001
OBJETO	NOME: () INCAPAZ () MENOR () MORTE X INVALIDEZ () REEMBOLSO DE DAMS
LAUDO NOS AUTOS?	DATA DO SINISTRO: 24.11.2013
LESÃO APURADA NO LAUDO ANTERIOR AO MUTIRÃO:	() NÃO () IML () JUDICIAL () PARTICULAR () MUTIRÃO ANTERIOR () OUTROS:
AVALIAÇÃO MÉDICA NO MUTIRÃO:	() 10% () 25% () 50% () 75% () 100% 1. M.S.E. () 10% X 25% () 50% () 75% () 100% 2. () 10% () 25% () 50% () 75% () 100% 3. () 10% () 25% () 50% () 75% () 100%
EMPRESA MÉDICA	() ATPE () CNIS () MS MOZES () IMEP () SALEK () EXTRAMED () ACE () SAUDESEG
DATA DO ÓBITO:	CERTIDÃO DE ÓBITO: () SIM () NÃO
	BENEFICIÁRIOS: () CÔNJUGE () FILHOS () OUTROS:
	QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS:
MUTIRÃO DE CONCILIAÇÃO DPVAT	ACORDO
	X SIM
	Valor Total do acordo: R\$: 2.362,50
	() NÃO
	MOTIVOS PARA NÃO REALIZAÇÃO DO ACORDO
	() AUTOR NÃO COMPARECEU
	() NÃO ACEITOU PROPOSTA
	() ILLEGITIMIDADE ATIVA
	() VÍTIMA AINDA EM TRATAMENTO
	() SENTENÇA DE EXTINÇÃO SEM RESOLUÇÃO DE MÉRITO NOS AUTOS
() JÁ EXISTE PAGAMENTO JUDICIAL NOS AUTOS	
() SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA COM TRÂNSITO NOS AUTOS	
() NÃO É ACIDENTE CAUSADO POR VEÍCULO AUTOMOTOR	
() REGULAÇÃO 2 (AUSÊNCIA DE PAGAMENTO DO DUT)	
() OUTROS	
PAGAMENTO ADMINISTRATIVO	() SIM () NÃO
NATUREZA DO SINISTRO:	() 1 - MORTE () 2 - INVALIDEZ () 3 - DAMS () OUTRA
VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:	R\$: NAT:
DATA DO PGTO:	/ /
VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:	R\$: NAT:
DATA DO PGTO:	/ /
PAGAMENTO JUDICIAL	R\$: NAT:
NATUREZA DO PGTO (TELA 30):	
	RUBRICA LIDER:

PROCESSO Nº

3003055-64.2014.815.2004 AV

CNIS

Distribuído em

23/01/2014

AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009, que altera a Lei 6.194 de 14/12/194)

PERITO _____

BANCA _____

Manhã ☒ Tarde ☐

Nome completo:

Izaquiel Rodrigues Jordão

CPF: 033.033.717-40

Endereço completo:

R. Roberto Elias, 29, Centro São João
de São Félix / PB.

Informações do acidente

Local:

Sítio Redeador, São João de São Félix / PB

Data do Acidente: 21/11/2013

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação em razão do processo judicial n.º

_____ para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura _____
como autor e que tramita na 2ª Vara Cível ou JEC da Comarca de Capital

João Pessoa/PB, 28/08/2014.

Izaquiel Rodrigues Jordão
Assinatura da vítima

Avaliação Médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?



Sim



Não



Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(s) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Membros superiores

b) as alterações (dysfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Tratamento em curso

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?



Sim



Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

Fisioterapia

2140

CNIS

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ disfunções apenas temporárias
- b) ☒ dano anômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

*dan. discreto bloqueio articular
do M.S.E. na articulação do ombro
(Acromio-Clavicular)*

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento, faz-se necessário exame complementar?

☐ Sim, em que prazo:

☒ Não

*sem necessidade de exames
de imagem, sem hipotrofia muscular*

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa do item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinados.

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptíveis a tratamento como sendo gerador(es) de dano(s) anômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, afirmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☒ Total

(Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) ☒ Parcial

(Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1 ☒ Parcial Completo (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 ☒ Parcial Incompleto (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com relação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão	<u>M S E</u>	☒ 10% Residual	☒ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75% Intensa
2ª Lesão	<u>—</u>	☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75% Intensa
3ª Lesão	<u>—</u>	☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75% Intensa
4ª Lesão	<u>—</u>	☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75% Intensa

Observação: Havendo acordo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentado:

Local e data da realização do exame médico:

J. PESSOA 28.8.14

Assinatura do médico - CRM
Dr. João B. Filho
CRM - 7693

Dr. Simone de O. P. Melo
Médico
CRM 6260983-2



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba
Núcleo Permanente de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos
MUTIRÃO DPVAT – JOÃO PESSOA / 2014 – 2ª Edição

Banca: 24
Processo nº: 3001055.64.2014.815.2001
Vara de Origem: 2ª Vara Cível - Comarca de João Pessoa
Requerente: Izaquiel Rodrigues Jordão CPF: 011.011.717.40
Advogado: José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque
OAB/PB 10469
Requerido: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A. CNPJ
nº 09.248.608/0001-04
Preposto da Seguradora: Ricardo Augusto Albuquerque Gonçalves – CPF: 011.98069406
Advogado da Seguradora: Vanessa Lima Marcelino Alvino Costa OAB/PB 19.282
Valor Total do acordo: R\$ 2.362,50
Valor da parte requerente: R\$ 2.362,50
Valor sucumbenciais do advogado: R\$ 0,00

As partes acima identificadas, todos representados neste momento por seus advogados ao final assinados, declaram, ratificam e firmam neste TERMO DE ACORDO, TRANSAÇÃO, PAGAMENTO E QUITAÇÃO, em caráter irrevogável e irretratável, têm justo e reciprocamente aceito e fixado o seguinte:

Com o objetivo de dar fim à Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório – DPVAT acima identificada, relativo a indenização decorrente de acidente de trânsito, em trâmite perante o Juízo apontado neste termo, proposta pelo Autor em face da Ré, as partes, por mútua e recíproca vontade, resolvem compor-se amigavelmente, estipulando, de comum acordo:

- I. O pagamento da quantia total do acordo (principal + honorários) será efetuado através de um único cheque administrativo emitido em nome da parte autora da ação.
- II. Pelo presente termo, fica acordado que a SEGURADORA pagará à parte autora a quantia total para a quitação integral de todos os pedidos deduzidos na exordial, sendo que, do mencionado valor, serão pagos a título de principal, verba esta que corresponde ao pedido da parte autora, já devidamente acrescida de correção monetária, juros de mora e demais obrigações pecuniárias e acessórias, e a quantia relativa ao pagamento dos honorários advocatícios de sucumbência.
- III. O pagamento será realizado no prazo máximo de 45 dias úteis a contar do protocolo do presente TERMO DE COMPOSIÇÃO AMIGÁVEL.

O montante transacionado e ora discriminado no item anterior, corresponde ao valor principal, honorários advocatícios, acréscimos legais e acessórios, a título de pagamento único, amplo, final e total, pertinente a todos e quaisquer direitos e valores correspondentes à ação supracitada.

Devem os patronos da causa, quando do recebimento dos valores aqui acordados, procederem com o repasse nos exatos termos das quantias estabelecidas neste termo, sob pena de incidência do crime de apropriação indébita, conforme art. 168, § 1º, III, do Código Penal, sem prejuízo a infração disciplinar disposta no art. 34, XXI da Lei nº. 8.906/94.



Wladimir Alcides Marinho Falcão Cunha
Juiz de Direito

É de se ressaltar que a transação realizada nos autos do processo em epígrafe não gera qualquer tipo de precedente, não obrigando a Ré ou qualquer Seguradora integrante do "Consórcio DPVAT", a celebrar acordo em processos judiciais similares ao ora tratado.

Fica pactuado ainda, entre as partes, que 50% (cinquenta por cento) das custas do processo será pago pela **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, no prazo de 10(dez) dias úteis, a contar desta data.

Os 50% (cinquenta por cento) restantes serão pagos pela parte autora, caso não seja beneficiária da Justiça Gratuita, nos termos do art. 12, da Lei nº 1060/50.

Quando do pagamento e recebimento discriminado, como por força deste TERMO DE ACORDO, TRANSAÇÃO, PAGAMENTO E QUITAÇÃO, o Autor dará a Ré a mais ampla, plena, rasa, total, geral, irrevogável e irrevogável quitação, para nada mais reclamar, seja a que título for, em Juízo ou fora dele, sob qualquer fundamento e alegação, valores oriundos do acidente automobilístico descrito na inicial, tendo sido vitimado o promovente citado na inicial, relativo à indenização por invalidez, correspondente ao Seguro Obrigatório de Veículos.

Sem prejuízo do exposto, em apreço ao Princípio da Eventualidade, requer ainda a Ré:

- o desbloqueio de contas caso tenham sido bloqueadas on-line;
- a baixa de eventual penhora, no caso de bens já penhorados;
- recolhimento do mandado de penhora e intimação de execução, caso já tenham sido expedidas por este d. Juízo.

Assim sendo, e estando as partes ajustadas e acordadas, sem nenhuma ressalva e oposição, ratificam o inteiro teor deste TERMO DE ACORDO, TRANSAÇÃO, PAGAMENTO E QUITAÇÃO, valendo para todos os efeitos legais, inclusive com relação ao encerramento definitivo e, respectiva baixa da ação acima referida, fazendo coisa julgada.

Termos em que pede deferimento.

Conciliadora: **Alessandra Ferreira Julião**

Partes:

Requerente: **Izaque Rodrigues Jordão** CPF 011 011 717 40

Requerido: **Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT S/A**

Advogados:

**José Alberto de Sá e Benevides
Albuquerque
OAB/PB10469**

**Vanessa Lima Marcelino Alvino Costa
OAB/PB 19.282**

HOMOLOGAÇÃO JUDICIAL (Mutirão do DPVAT)

Homologo por SENTENÇA, para que produzam os seus jurídicos e legais efeitos, o acordo supra, extinguindo o processo com resolução do mérito e assim o faço com fulcro no art. 269, III, do Código de Processo Civil.

Homologo ainda a renúncia do prazo recursal requerido pelas partes.

Se houver necessidade, expeça-se os devidos alvarás.

Partes de logo intimadas. Publicada neste ato. Registre-se.

Comprovado o pagamento das custas processuais, archive-se com a devida baixa.



Wladimir Almeida Mariano Pinheiro Cunha
Juiz de Direito

João Pessoa, 28 de agosto de 2014.

Magistrados

Juiz Bruno César de Azevedo Isidro

Juiz Fábio Leandro de Alencar Cunha

Juiz Wladimir Alcibiades Marinho Falcão Cunha

Juíza Lua Yamaoka Mariz Maia

Juíza Marias das Graças Fernandes Duarte





EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DO 2º JUIZADO
ESPECIAL CIVIL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA - PB

Processo nº 3001055-64.2014.815.2001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT, já qualificada, nos autos do processo em epígrafe, em que contende com IZAQUEL RODRIGUES JORDAO por meio de seus advogados que esta subscrive, vem respeitosamente a presença de V. Exa., requerer a juntada do **RECIBO DE QUITAÇÃO** referente ao termo de transação extrajudicial, ora celebrado entre as partes.

Nestes termos,

Requer deferimento.

JOÃO PESSOA, 30 de outubro de 2014


Rostand Inácio dos Santos

OAB/PE 22.718



RECIBO DE QUITAÇÃO

Eu, Dr. Alberto de Sá e Benevides Procurador devidamente constituído por IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO inscrito na OAB/PB sob o nº 10469 declaro que recebi da SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT a importância total de R\$ 2.362,50 (dois mil, trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos) através do cheque nominal a parte autora sob o nº 114991 referente ao cumprimento do termo de transação extrajudicial, celebrado nos autos do processo de nº 3001055-64.2014.815.2001 em tramite perante o 2º Juizado Especial Cível da Comarca de JOÃO PESSOA -PB.

Assim sendo, dou por cumprido, sem nenhuma ressalva e oposição, o TERMO DE TRANSAÇÃO EXTRAJUDICIAL anteriormente juntado aos autos, valendo para todos os efeitos legais, inclusive com relação ao encerramento definitivo e respectiva baixa da ação acima referida, fazendo coisa julgada.

JOÃO PESSOA, 30 de outubro de 2014



Alberto de Sá e Benevides
OAB /PB 10469

OAD 11290

Advogado(s)

PARTE(S)

OBS

ADVOGADO(S)

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

-

OAB: 22718-PE

ROSTAND INACIO DOS SANTOS

IZAQUEEL RODRIGUES JORDAO

-

OAB: 10469-PB

JOSE ALBERTO DE SA E BENEVIDES
ALBUQUERQUE

OAB: 11290-PB

VLADISLAV RIBEIRO DE SOUZA

Movimentações

Nº Eventos do Processo

Data

Arquivos

13 Petição

07/01/15 09:56

Exibir/Ocultar

DESCRIÇÃO:

- Petição

ARQUIVO:

26 RECIBO DE QUITACAO ASSINADO - IZAQUEEL
RODRIGUES JORDAO.pdf

The screenshot shows a web browser window with the address bar displaying 'http://www.sistema.gov.br'. The page title is 'Sistema de Gestão de Recursos Humanos'. The main content area is titled 'Processos' and contains a table with the following data:

Nº	Assunto do Processo	Data	Arquivos
01	Processo 001/2018	27/01/2018 09:00	Ver Arquivos
02	Processo 002/2018	27/01/2018 09:00	Ver Arquivos
03	Processo 003/2018	27/01/2018 09:00	Ver Arquivos
04	Processo 004/2018	27/01/2018 09:00	Ver Arquivos
05	Processo 005/2018	27/01/2018 09:00	Ver Arquivos

The page also includes a search bar at the top and a sidebar with navigation links. The bottom of the page shows a Windows taskbar with various application icons.