



Número: **0801234-34.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **4ª Vara Regional de Mangabeira**

Última distribuição : **14/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 11812.5**

Assuntos: **SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO
AUTOR	FLAVIANO DA SILVA CAMILO
ADVOGADO	RENAN DE CARVALHO PAIVA
ADVOGADO	RUY NEVES AMARAL DA ROCHA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
19217 550	14/02/2019 16:34	procuracao 20190214103433	Procuração
19217 559	14/02/2019 16:34	Relatorio de cirurgia 20190214105717	Outros Documentos
19217 595	14/02/2019 16:34	BO 20190214103619	Outros Documentos
19217 625	14/02/2019 16:34	boletim de atendimento 20190214105201	Outros Documentos
19218 089	14/02/2019 16:34	declatacao de ausencia de laudo e boleti 20190214104341	Outros Documentos
19219 313	14/02/2019 16:34	Petição	Petição
19219 347	14/02/2019 16:34	Petição FLAVIANO DA SILVA CAMILO	Outros Documentos
19227 079	14/02/2019 16:34	Petição	Petição
19227 142	14/02/2019 16:34	pagamento do sinistro na via adm e reque 20190214103809	Outros Documentos
19227 182	14/02/2019 16:34	Nota e ficha 20190214105900	Outros Documentos
19227 214	14/02/2019 16:34	laudos 20190214105452	Outros Documentos
19227 250	14/02/2019 16:34	laudo medico e documento de alta 20190214104724	Outros Documentos
19227 925	14/02/2019 16:34	Petição	Petição
19228 012	14/02/2019 16:34	documento da moto e declaracao de propri 20190214104204	Outros Documentos
19228 131	14/02/2019 16:34	documentos pessoais e conta bancaria 20190214104013	Outros Documentos
19384 550	01/03/2019 18:10	Despacho	Despacho

19595 641	06/03/2019 12:58	<u>Expediente</u>	Expediente
--------------	------------------	-----------------------------------	------------

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

Flávio da Silva Carvalho, brasileiro, solteiro, autônomo, inscrito no PB de nº 4.111.598. 2ª via, portador do CPF nº 119.343.264-29, residente e domiciliado à Rua Dom Frei João Venerando de Lima, nº 123, AP 202, Mangabeira, João Pessoa - PB.

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 519, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "ad juditia et extra", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudo e prontuário médico hospitalar no Hospital de Trauma Sem. Humberto Lucena e no Complexo Hospitalar de Mangabeira Tarcísio Burity, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015.

João Pessoa - PB, de de 2018.

Flávio da Silva Carvalho
OUTORGANTE



CRIZ VERMELHA
BRASILEIRA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HOSPITAL

Nome: Fernando do Silveiro COMBOL BE/Prontuário: 1071395
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1
 Clínica/Setor: Ortopedi EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Ato cirúrgico para de form distal
 Cirurgião: Dr. Xortay 1º Assistente: Dr. Alexandre
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Soren
 Tipo de Anestesia: Doen Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatorio	CID
<u>Fr de perna e o Diskl</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ato cirúrgico para fratura distal da perna</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: COMPROMETIMENTO DA VIDA S/ A

13 SET. 2013

PROTÓCOLO
DR. JOÃO DE SOUZA

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

João Pessoa, 9 / 5 / 18

Médico/CRM: _____

FINGLASCIR 009-1

Scanned with CamScanner



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



SBT

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

pac. DDT sob anestesia
intubada + SLEPS
Aprox. 10 cm de comprimento
entre antebraço e punho (1)

Incisão:

Ex da ferida distal (1) com proteção à perna
e superfície articular
proximal prender com pinza K e scopir
proximalmente com fios crochados e proteger
pele removendo por planos.

Achados:

R de contul-

Conduta:

Fechamento:

CONFIRMADO
13 SET. 2018
PROTÓCOLO
D. JOÃO PESSOA

Observação:

Médico/CRM:

Daniel Conserva Amuda
MÉDICO
CRM 11134

João Pessoa, 9/15/18

E(NG).ASCIR.009-1

Scanned with CamScanner

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08034.01.2018.1.01.012

13 SET. 2018

PROTOCOLO

13.09.2018

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08034.01.2018.1.01.012, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 20:42 horas do dia 11 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 12^a Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Flaviano da Silva Camilo**, conhecido(a) por Flaviano, CPF nº 119.343.264-29, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Josefa Izabel da Silva Camilo e Francisco Mendes Camilo, natural de Itaporanga/PB, nascido(a) em 26/06/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Comerciante João Venerando Lima, Nº 138, complemento CONDOMÍNIO RESIDENCIAL ALENCAR, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo a Praça do Coqueiral Em Mangabeira Por Dentro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 87088-728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Principal da Cidade Verde, nº S/N, Via Pública, Próximo Ao Supermercado Assis, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/04/18 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE, CPB ART. 129 CAPUT C/C ART. 18 INC. I: LESÃO CORPORAL DOLOSA, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 125 FAN KS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2013/2014, placa OXO-9106, chassi 9C2JC4110ER706923, renavam 0059919759-5, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 014200576666; nº. P.r.t.: 20180000295006-9; nº. Lacre: 0039875598; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: João Pessoa/pb; alienação Fudiciária: Sem Reserva de Domínio; em Nome de Antonio Alves da Rocha Filho.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO FOI TRANCADO POR UM AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO E COLIDIU NA LATERAL DO MESMO, VINDO A CAIR E SE MACHUCAR E O VEÍCULO SE EVADIU DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR SOCORRO AO DECLARANTE, E QUE O DECLARANTE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DESTA CIDADE, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL E ASSINADO PELO MÉDICO ELIVALDO SALES DE TOLÉDO, C.R.M./PB 1873, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTÁ DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI.

ADENDO(S):

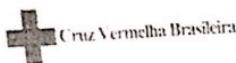
Que na data 11/09/2018, à(s) 21:49 horas, na 12^a Delegacia Distrital da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: A TIPIFICAÇÃO DO FATO, EM TESE, ESTÁ CAPITULADA NOS SEGUINTES QUATROS (04) ARTIGOS DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO (CPB): 1) ARTIGO 129 § 6º C/C ARTIGO 18, INCISO II: LESÃO CORPORAL CULPOSA; 2) ARTIGO 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE; 3) ARTIGO 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL; 4) LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de

Procedimento Policial: 08034.01.2018.1.01.012


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0



1/2



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 1077395



Identificação do paciente

ID 1282722	Nome FLAVIANO DA SILVA CAMILO			Sexo Masculino
Data de nascimento 26/06/1996	Idade 21 anos 9 meses 27 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO	Pai FRANCISCO MENDES CAMILO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) FABENILDA DA SILVA CAMILO - IRMAO(A)			
DDD Móvel 63	Fone Móvel: 986655292	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4111588	Nº Chs		
Local de procedência MANGABEIRA		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade ITAPORANGA	CBO/R		

Endereço

CEP 55056480	Município da residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradoiro COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA
Número 136	Complemento APART-202		Bairro MANGABEIRA

Admissão

Data e Hora 22/04/2018 19:08:27	Número da pulseira 1000005157166	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Cílica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

paciente com lesão óssea óssea, apresenta fratura GMID.

Diagnóstico

ME: Exame de Prescrição
Enfermista
COREM 22260

13 SET. 2018

PROTÓCOLO

Q. JOÃO PESSOA

Tempo

Imprimir

1 de 1

22/04/2018 19:11

Scanned with CamScanner



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente FLAVIANO DA SILVA CAMILO	BAE 1077395	Data/Hora Entrada 22/04/2018 19:08:27	Data Baixa
Data de nascimento 26/06/1996	idade 21a 9m 28d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986655292
Mae JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO			Prontuário
Endereço COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA, 136 - APART-202	Bairro MANGABEIRA	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	Nº Cons. Regional 9603/
Data/Hora Classificação 22/04/2018 19:08:27		Data/Hora Prescrição 22/04/2018 21:26:50	

Anamnese

ORTOPEDIA#

paciente vítima de acidente de motó há cerca de 2h, com queixa de dor e ferimento no joelho D, o exame apresenta lesão de partes moles no joelho D, com limitação funcional. Sem lesão arterial. Sem síndrome compartimental.

RY : Fratura do fêmur distal?

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTS)

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6H POR 7 DIA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10 G ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTS)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: SAN)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AG DIA, 0,0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X ADIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>11MMHG E/OU PAS>16MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, 0,0 (MGTS)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTS) SE NECESSÁRIO SE HGT <60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 AMPOLA VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTS)

ÁLCOOL FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0,0 (MGTS)

TEENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

[http://cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&form=imprimir&id=269751&pesquisa=osp](#)

22/04/2018 172.16.0.6 8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimir=DadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=269751&pesquisa=S&pe

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM)

Diluir

GENTAMICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 6,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, COM INTERVALO DE 1X AO DIA POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO SN)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

CID10

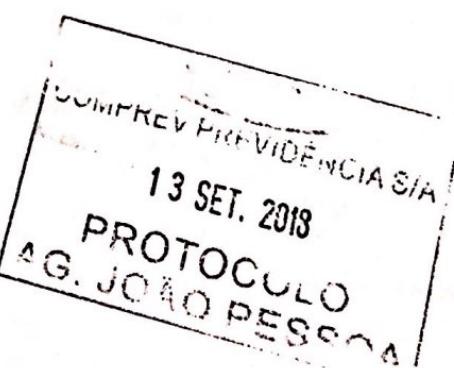
Código	Descrição
~72.4	Fratura da extremidade distal do fêmur

Conduta

Internar Paciente

FLAVIANO DA SILVA CAMILO

Dr Francinélio Freitas
Médico
CRM: 9603
FRANCINELIO DE SOUZA FREITAS
(CRM: 9603) 03404579057800
CRF/PE



Scanned with CamScanner



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima **Floriano de Silva Camilo** CPF da Vítima **119.343.264-81** Data do Acidente **22/07/2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

13 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA
REVISTAS/A

João Pessoa, 13 de Setembro de 2018

Local e Data

Floriano de Silva Camilo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

Scanned with CamScanner


Identificação do paciente

ID 1282722	Nome FLAVIANO DA SILVA CAMILO			Sexo Masculino
Data de nascimento 26/06/1996	Idade 21 anos 11 meses 2 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 108377
Mãe JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO				Pai FRANCISCO MENDES CAMILO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) -IRMAO(A)
DDD Móvel 33	Fone Móvel 986655292	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4111598	Nº Cns		
Local de procedência MANGABEIRA		Type BAIRRO	UF PB	
E-mail	Naturalidade ITAPORANGA	CBO/R		

Endereço

CEP 58056480	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA
Número 136	Complemento APART-202	Bairro MANGABEIRA	

Admissão

Data e Hora 22/04/2018 19:08:27	Número da pulseira 1000005157166	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Veio de transporte ESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES						
Imprimir						
CID 1 Tempo 53seg						

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1077395>

Scanned with CamScanner

Segue em anexo petição inicial e documentos:

**EXCELENTESSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA
VARA CÍVEL DA COMARCA REGIONAL DE MANGABEIRA – PB**

FLAVIANO DA SILVA CAMILO, brasileiro, solteiro, autônomo, inscrito no CPF/MF sob número 119.343.264-29 e Registro Geral sob o N.º 4.111.598 SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Comerciante João Venerando Lima, N° 138, Ap. 202, complemento CONDOMÍNIO RESIDENCIAL ALENCAR, bairro Mangabeira, em João Pessoa-PB, CEP: 58056-480, representado por seus advogados signatários, com escritório profissional na Rua Coronel Otto Feio da Silveira, n° 509, Pedro Gondim, João Pessoa-PB, CEP 58031-030, fone (83) 3576-8728 e endereço eletrônico: fabio_maracaja@hotmail.com, ruyrochaadvocacia@gmail.com e renanpaivaadvocacia@gmail.com, vem mui respeitosamente perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA em face de:

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A., pessoa jurídica de Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, N.º 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

I. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:

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

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

II. DOS FATOS:

A parte autora no dia 22/04/2018, conforme consta no registro de ocorrência policial (DOC. ANEXO), sofreu acidente de trânsito, onde conduzia a Moto (marca Honda, modelo CG 125 FAN KS, cor VERMELHO, ano 2013/2014, de placa OXO-9106, devidamente discriminada nos autos), na rua Principal da Cidade Verde, N.º. S/N, Via Pública, Pxóximo ao supermercado assis, bairro de Mangabeira, João Pessoa-PB, quando o seu veículo foi trancado por um automóvel não identificado e colidiu na

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

lateral do mesmo, onde veio a cair e se machucar.

Posteriormente ao fato, foi socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa-PB, onde foi diagnosticado com **Fratura do osso do Fêmur da perna Direito, (CID 10 S 72.4)**, conforme Laudo Médico apresentado.

Ademais, necessitou o segurado, em virtude da fratura sofrida, passar por procedimento **Cirúrgico de Fratura do distal de perna direita**, conforme se demonstra documentalmente.

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

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

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

Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, o autor encaminhou seu pedido. Juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (**DPVAT/INVALIDEZ**), a parte autora teve seu pedido autuado com o número de sinistro **3180424718**.

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

De acordo com documento anexado, a ré efetuou o pagamento de **valor irrisório, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pelo autor e com a invalidez permanente que este adquiriu**. Ou seja, após análise do pedido feito

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 |  renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

administrativamente, o autor recebeu o valor de **R\$ 1.687,50 (mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

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

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

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

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

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

Ademais, tendo em vista os danos sofridos pelo autor, e os gastos referente aos tratamentos de saúde pós-cirúrgicos e medicamentos diversos, valem quantificar a indenização devida ao autor na sua totalidade de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

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

III. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

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

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

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

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

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

A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT. O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte é de até 3 anos contados da data do óbito. Para despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo prescricional se inicia a partir da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.

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

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

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

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

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

- I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;
II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e
III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

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

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

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

Vejamos, também:

“APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. FRATURA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DEBILIDADE PERMANENTE. INVALIDEZ PARCIAL INCOMPLETA. PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO. REDUÇÃO DA INDENIZAÇÃO. DESCONTO DO IMPORTE PAGO NA VIA ADMINISTRATIVA. CONDENAÇÃO NO SALDO RESTANTE. REFORMA DA SENTENÇA EX OFFICIO, APENAS PARA ADEQUAR JUROS DE MORA E CORREÇÃO MONETÁRIA. APELAÇÃO DESPROVIDA. – Em se tratando de indenização de seguro obrigatório DPVAT, deve ser aplicada a lei em vigor à época do sinistro, no caso a Lei nº 11.945/09, restando inequívoco, pois à luz de tal disciplina, que a perda parcial da função deambulatória e outros movimentos da perna configuram invalidez permanente parcial incompleta, autorizando a aplicação proporcional da indenização, de acordo com o grau da lesão, nos termos do artigo 3º, § 1º, inciso II, da Lei nº 6.194/74. – ‘Na ação de cobrança visando a complementação do seguro DPVAT, o termo inicial da correção monetária é a data do evento danoso’ 1. Por sua vez, ‘Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação’. (TJPB – ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo N° 0000205692014815051, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES JOÃO ALVES DA SILVA, j. em 17-03-2016).

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

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

Súmula 474

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

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

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

ANEXO

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

Danos Corporais Totais	Percentual da Perda
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentual da Perda
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores; Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	70
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar; Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão; Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10
<hr/>	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentual da Perda
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

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

IV. DOS PEDIDOS:

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

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

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 |  renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

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

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

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

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

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

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

Termos em que,

pede deferimento.

João Pessoa-PB, 14 de fevereiro de 2019.

📞 83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | 📩 renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



RUY NEVES AMARAL DA ROCHA
OAB/PB 23.263



RENAN DE CARVALHO PAIVA
OAB/PB 21.393

FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO
OAB/PB 22.725



📞 83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | 📩 renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

Segue em anexo os documentos:

SINISTRO 3180424718 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FLAVIANO DA SILVA CAMILO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO FLAVIANO DA SILVA CAMILO

CPF/CNPJ: 11934326429

Posição em 26-09-2018 16:01:42

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique Aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/09/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Scanned with CamScanner



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	139.343.264-29	Flaviano da Silveira Camilo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	Flaviano da Silveira Camilo	CPF titular da conta	139.343.264-29 Profissão Relvoso
Endereço	Rua Comero - João Venerande de Lima	Número	138 Complemento AP 202
Bairro	Mangabeira	Cidade	João Pessoa Estado PB CEP 58056-480
Email	(83) 98708-8728		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3487 DV 13 CONTA NRO. 36926 DV 7
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
BANCO Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA NRO. DV 13 CONTA NRO. DV 7
(Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 13 de Setembro de 2018.
Local e Data

Flaviano da Silveira Camilo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Scanned with CamScanner



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 22/04/19

PRONTUÁRIO: 104 13 95

PACIENTE:	Yuriene da Silva Souza			SEXO: M	COR: CLARO	IDADE: 21
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	80	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO		
ESTADO GERAL	(X) BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO	RISCO CIRURGICO	(X) BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO	GRUPO SANGUÍNEO		
EXAMES COMPLEMENTARES	VPM	AP. CIRCULATORIO			estabil	
AP. RESPIRATÓRIO	superior	ESTADO MENTAL			DROGAS EM USO	
AP. DIGESTIVO	desconhecido	consciente			ESTADO FÍSICO (ASA)	
PRE-ANESTÉSICO						

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO *Exposto em M.D (conclusao final proxima)*CIRURGIA REALIZADA TO *cirurgico p/ exposto em M.D.*

CIRURGIAO	AUXILIARES	TÉRMINO DA ANESTESIA 22:50	DURAÇÃO DA ANESTESIA 1 hora			
INÍCIO DA ANESTESIA 21:50	QUANT. DE CH.	VALORES RS				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	CPF	CRM-PB	<i>Tertes Kehrwald MEDICO CRM 1179</i>			
ANESTESISTA Dr. Kehrwald						
DATA 21/04	HORA 22:50					
LÍQUIDOS VENDIDOS 30L	220					
PRESSÃO ARTERIAL DIASTOLICA/mmHg	80 82 84 86 88 90 92 94 96 98 100 102 104 106 108 110 112 114 116 118 120 122 124 126 128 130 132 134 136 138 140 142 144 146 148 150 152 154 156 158 160 162 164 166 168 170 172 174 176 178 180 182 184 186 188 190 192 194 196 198 200 202 204 206 208 210 212 214 216 218 220 222 224 226 228 230 232 234 236 238 240 242 244 246 248 250 252 254 256 258 260 262 264 266 268 270 272 274 276 278 280 282 284 286 288 290 292 294 296 298 300 302 304 306 308 310 312 314 316 318 320 322 324 326 328 330 332 334 336 338 340 342 344 346 348 350 352 354 356 358 360 362 364 366 368 370 372 374 376 378 380 382 384 386 388 390 392 394 396 398 400 402 404 406 408 410 412 414 416 418 420 422 424 426 428 430 432 434 436 438 440 442 444 446 448 450 452 454 456 458 460 462 464 466 468 470 472 474 476 478 480 482 484 486 488 490 492 494 496 498 500 502 504 506 508 510 512 514 516 518 520 522 524 526 528 530 532 534 536 538 540 542 544 546 548 550 552 554 556 558 560 562 564 566 568 570 572 574 576 578 580 582 584 586 588 590 592 594 596 598 600 602 604 606 608 610 612 614 616 618 620 622 624 626 628 630 632 634 636 638 640 642 644 646 648 650 652 654 656 658 660 662 664 666 668 670 672 674 676 678 680 682 684 686 688 690 692 694 696 698 700 702 704 706 708 710 712 714 716 718 720 722 724 726 728 730 732 734 736 738 740 742 744 746 748 750 752 754 756 758 760 762 764 766 768 770 772 774 776 778 780 782 784 786 788 790 792 794 796 798 800 802 804 806 808 810 812 814 816 818 820 822 824 826 828 830 832 834 836 838 840 842 844 846 848 850 852 854 856 858 860 862 864 866 868 870 872 874 876 878 880 882 884 886 888 890 892 894 896 898 900 902 904 906 908 910 912 914 916 918 920 922 924 926 928 930 932 934 936 938 940 942 944 946 948 950 952 954 956 958 960 962 964 966 968 970 972 974 976 978 980 982 984 986 988 990 992 994 996 998 999 1000					
ESTERILIZADORES	BS BS BS BS	BLOCO FLEXO	bloco nervos	OUTROS	Sulopac	
TECH	ESTÉSIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOCO FLEXO	<input type="checkbox"/> BLOCO NERVOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

LÍQUIDOS	VOLUME EM ML	1 ciprofloxacin 250	11	13 SET. 2018	
GLICOSE		2 Dexmetomidina 10mg	12	PROTOCOLO	
ÁGUA		3 Indometacina 10mg	13	13.10.18 REGISTRA	
SANGUE		4 Ringer Lactato 5% 1500ml	14		
FÁRMACO	1000 ml	5 Dexamet 20	15		
TOTAL		6 Autalamina 50mg	16		
DESTINO DO PACIENTE		7 Midazolam 10mg	17		
<input type="checkbox"/> APT*	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	8	18		
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÉNCIA	9	19		
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	UREA.	10	20		
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	Pacientista → tempo curto de falar com (4). Sulopac → com (6) (4). Branci unidade assist.				
ASSINATURA DO ANESTESISTA					
FINGLASH 0261					

Scanned with CamScanner

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE		FLAVIANO DA SILVA CAMILO			
DATA		21/07/2018			
CLÍNICA		TRAT DE FÉMUR DISTAL			
CLÍNICA		DR KARSTEN DA HEMBRELLA			
ESTERETES		PRAON			
ANESTETICO		DAVANAR SOCORRO CARLENE			
ESTADO MÉDICO		69050 PESSOAL - ANESTESIA INICIO 15:50 FIM DA INICIO 17:40			
NOTA DE ALTA DE CLÍNICA ANESTHESIA SOCIETY GRANDE ENFERMAGEM					
ORAL DE CONTAMINAÇÃO DE MATERIAIS CONTAMINADOS INSPECÇÕES POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.		MATERIAL CONTEÚDO			
ALFENTANILA		JELCO N°16	FIO CAT GUT CROMADON N°		
BUPIVACAINA ISOBÁRICA	1	JELCO N°20	FIO CAT GUT CROMADON N°		
BUPIVACAINA PESADA		JELCO N°22	FIO DE AÇO N°		
CETAMINA		JELCO N°24	FIO DE AÇO N°		
DROPERIDOL		KITSIST DREN TORANICAN	FIO DE NYLON N°		
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD	LÂMINA BISTURI N°1	FIO DE NYLON N°	
FENOBARTITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI N°2	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	CPVI DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI N°3	FIO POLIGLACTINA N°	
FILMAZENIL	CPV TINTURA		LÂMINA BISTURI N°4	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	CPV TOPICO		LÂMINA DE DERMATÔMOS	FIO POLIGLACTINA N°	
BUPIVACAINA S VASO	SÁBÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA S VASO	MATERIAIS	QTD	LLVA DE PROCEDIMENTO PAR	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA S VASO	AGULHA 13X4,5		LLVA ESTERIL N°7,0	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA S VASO	AGULHA 25X6,7		LLVA ESTERIL N°5	FIO POLIGLECAPRON N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X6,8		LLVA ESTERIL N°6	FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12	11	LLVA ESTERIL N°8,5	FITA CARDIACA	
NIMBILUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL QTD.	
PANCRÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTITIVAS	CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORÓ	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPROFOL	AGULHA RAQUIN N°26		SCALP N°19	CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMPENTANILA	AGULHA RAQUIN N°26G		SCALP N°21	FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURONIO	AGULHA RAQUIN N°27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 4ML	FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CRÉPOM		SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD	BOLSAP COLOSTOMIA	SONDA ASP TRAQUEAL N°8	HEMOST ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CANULA P. TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA VENTRICULAR	
AGLA DESTILADA		CATETER DE OXIGENIO	SONDA ASP TRAQUEAL N°12	PROTESE VASCULAR	
ATROPIN A		CATETER EMPOLEC ARTERIAL N°	SONDA ASP TRAQUEAL N°14	KIT PAM	
BENTRA		CATETER ENDURAL N°16	SONDA ASP TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
D - ÁSODICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG CURTA	PARAFUSOS CORTICAIS	
EFECA		COLET URINA FECHADO	SONDA NASOG LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS MAIOR	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MAIOR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MAIOR	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA	
ONDASENTONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	FIOS	QTD.	(1) ASPIRADOR
TENONICAN		ESPARADRAPO			BISTURI ELETTRICO
		GAZES			ACROGRAFO
		GAZES ALGODOADAS			ECARDIOMONITOR
		GEL ELETROLITICO			ESFIBRILADOR
		IELCO N°14			FOCO AUXILIAR
		IELCO N°16			FOCO CENTRAL
					MICROSCOPIO
					OXIMETRO DE PULSO
					IP A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
					PERFURADOR ELETTRICO
					SERRA
					CIRCULANTE

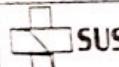
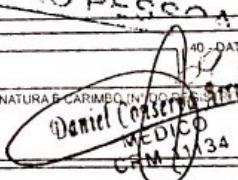
*EXCLUSIVO P/ d
+ me +
PARA FUSO E ROSCA FURTA N° 75 - AG. JOÃO PESCA
II 11 LONGA N° 85-01*

*PROTÓCOLO
13 SET. 2018*

*Manoel Antônio da Silva Filho
1ºd. Enfermeiro
Coordenador de Enfermagem
2416*

Scanned with CamScanner

Anexo II

 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2 - CNES 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE 4 - CNES					
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>MARIA ANTONIA DA SILVA LIMA TORRES</i> 6 - NÚM. APONTUÁRIO 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 11 - TELEFONE DE CONTATO 12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 14 - COD. IRGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP					
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL 23 - CÓD. 10 PRINCIPAL 24 - CÓD. 10 SECUNDARIO 25 - CÓD. 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31-QTDE 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34-QTDE 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37-QTDE					
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO					
<i>FIO RC 2.0 - 04 CX CANULADO 7.0 - TMC - 01 PARAFUSO ROSCA CURTA N° 75 - 07 " " LONGA N° 85 - 07</i>					
<i>CONFIRA PREVIDÊNCIA S/A 13 SET. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</i>					
PROFISSIONAL SOLICITANTE 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>13 SET. 2018</i> 41 - DOCUMENTO 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF					
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 					
AUTORIZAÇÃO 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 47 - DOCUMENTO 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF					
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=269751&pesquisa=S&perform=imprimir>

Scanned with CamScanner

**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS-G-100**

134

Paciente **F. G. V. B. S.** M. S. V. A. Capítulo
Procedimento: **Prat. P. C. C. e o. stai o**
SUS () NAO SUS ()
Medico Pq. **Kanty et M. S. V. A. M. O.**

Prontuario 107,2345
Data 09/05/18

3 SET. 2013

mla.

ISSN VIURA DO MEDICO - CRM
JORNAL PODE SER ARREDO
MEDICO 134
CRM

Jurec da S. Domingos

Mauricio
Rec. Edmundo da Silva Filho

*da
Silva Filho*
~~Presidente do Brasil~~
~~24 de Julho de 1985~~

Scanned with CamScanner



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 FLAVIANO DA SILVA CAMILO

DATA DE NASCIMENTO 26/06/96

NOME DA MÃE JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 108377

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1077395

DATA DO ATENDIMENTO 22/04/18

HORA DO ATENDIMENTO 19:08

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE FEMUR DIREITO

CID 10 S72.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR E FERIMENTO NO JOELHO DIREITO E DOR NA COXA DIREITA. REF. CONTUSÃO CRANIO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA, ORTOPEDIA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

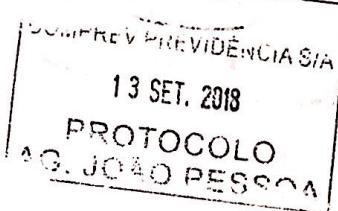
RX COXA DIREITA , RX DE TORAX, RX BACIA, RX JOELHO DIR. , RX Perna DIR.

TC DE CRANIO

USG(FAST)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX COXA- FRATURA DISTAL DE FEMUR DIREITO.



TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO

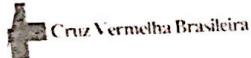
ALTA HOSPITALAR: 11/05/18

DATA DA EMISSÃO: 16/07/18

Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CRM 1873/PB
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

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

Scanned with CamScanner



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

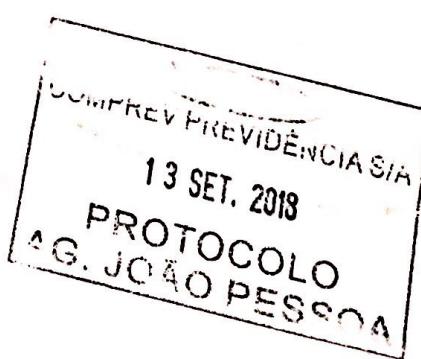


Documento de Alta

Nome: FLAVIANO DA SILVA CAMILO		Número Prontuário: 108377
Data de 26/06/1996	Sexo: Masculino	Data de Internação: 22/04/2018 23:52:28
Data de Alta: 11/05/2018 14:51:53		
Motivo da alta: ALTA MEDICA		
Conduta: PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO FEMUR DISTAL DIREITO HA 2 DIAS. EQUIPE CIRURGICA DO DR KARTNEY EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS CD ALTA MEDICA		
Resumo da Internação: PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO FEMUR DISTAL DIREITO HA 2 DIAS. EQUIPE CIRURGICA DO DR KARTNEY EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS CD ALTA MEDICA		
Resultado de Exames: PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO FEMUR DISTAL DIREITO HA 2 DIAS. EQUIPE CIRURGICA DO DR KARTNEY EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS CD ALTA MEDICA		
Tratamento: OSTEOSSINTESE DO FEMUR DISTAL		
Diagnóstico: SI 2.4 - Fratura da extremidade distal do fêmur		
Recomendações: CELEXANE, CEFALEXINA, MANTER A TALA, AINE, RETORNO COM DR KARTNEY		

Data: 11/05/2018

BRENO COUTINHO TORRES
CRM: 7232 - PB



Scanned with CamScanner

Segue em anexo documentos:

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Alves da Rocha Filho,
RG nº 772933 559, PB, data de expedição 06/09/2018
Órgão SIP, PB, portador do CPF nº 323,545,094-72, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Comercante Alfredo Ferreira da Rocha, nº 1931,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Flávio da Silva Camilo, cujo o condutor era
Flávio da Silva Camilo.

Veículo: Motocicleta
Modelo: HONDA/CGL 150 X

Ano: 2013/2014.

Placa: OX09106/PB

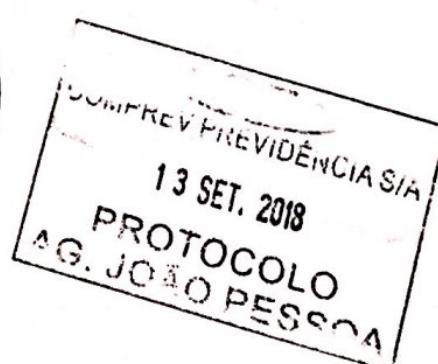
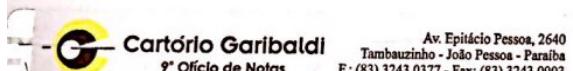
Chassi: 9C2YC710ER706923

Data do Acidente: 22/09/2018

Local e Data: João Pessoa, 06/09/2018

Antônio Alves da Rocha Filho
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Scanned with CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		Nº 014200576666	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	
1 0059919759-5	20180000295006-9	EXERCÍCIO	
00/00000000 2018			
NOME ANTONIO ALVES DA ROCHA FILHO			
CPF / CNPJ	PLACA		
32354509472	OX09106/PB		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
NOVO PB	9C2JC4110ER706923		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 125 FAN KS	2013	2014	
CAP POT CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/124 /CI	PARTIC	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS	
P	00/00/0000	1º	
V	FAIXA I.R.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	
A	*****	0	
*****	*****	3º	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO	P A G O	04/07/2018
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMINIO			
JOÃO PESSOA-PB LOCAL		DATA	
37842		09/07/2018	
		15733	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DÂNOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014200576666 BILHETE DE SEGURO DPV

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

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO-
2018 09/07/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA

1 32354509472 OX09106/PB

RENAVAM MARCA / MODELO

0599197595 HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. CAT. TARE. Nº CHASSI

2013 9 9C2JC4110ER706923

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
***** SÉGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA PARCELADO 04/07/2018

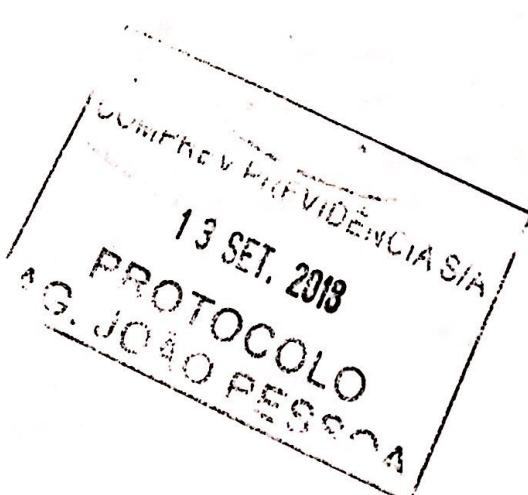
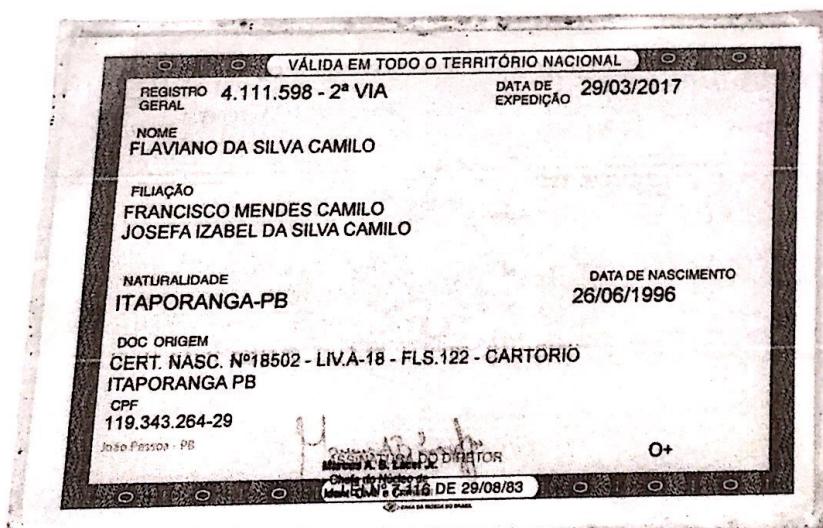
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

15733-1149431-20180709



Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE ABERTURA
CONTA POUPANÇA FÁCIL

27/03/2018

CONVENIO 000606340
OPERADOR ariadne

CONTA 3487 013 00036926-7
NOME FLAVIANO DA SILVA CAMILO
CPF 11934326429

COD OPERACAO 86400332

OPERAÇÃO REALIZADA COM
SUCESSO



Scanned with CamScanner



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

0801234-34.2019.8.15.2003

[SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO]

PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FLAVIANO DA SILVA CAMILO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

Defiro a gratuitade processual.

Designo audiência UNA para odia 16 de abril de 2019, às 15:20h, a realizar-se na sala de audiências da 4ª Vara Regional de Mangabeira.

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

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva perita nos presentes autos, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, científica acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do CPC).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

P.I. Cumpra-se com urgência.

João Pessoa, 28 de fevereiro de 2019

Juiz(a) de Direito



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

0801234-34.2019.8.15.2003

[SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO]

PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FLAVIANO DA SILVA CAMILO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

Defiro a gratuitade processual.

Designo audiência UNA para odia 16 de abril de 2019, às 15:20h, a realizar-se na sala de audiências da 4ª Vara Regional de Mangabeira.

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

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva perita nos presentes autos, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, científica acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do CPC).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

P.I. Cumpra-se com urgência.

João Pessoa, 28 de fevereiro de 2019

Juiz(a) de Direito