



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
19217550	14/02/2019 16:34	<a href="#">procuracao 20190214103433</a>	Procuração
19217559	14/02/2019 16:34	<a href="#">Relatorio de cirurgia 20190214105717</a>	Outros Documentos
19217595	14/02/2019 16:34	<a href="#">BO 20190214103619</a>	Outros Documentos
19217625	14/02/2019 16:34	<a href="#">boletim de atendimento 20190214105201</a>	Outros Documentos
19218089	14/02/2019 16:34	<a href="#">declatacao de ausencia de laudo e boleti 20190214104341</a>	Outros Documentos
19219313	14/02/2019 16:34	<a href="#">Petição</a>	Petição
19219347	14/02/2019 16:34	<a href="#">Petição FLAVIANO DA SILVA CAMILO</a>	Outros Documentos
19227079	14/02/2019 16:34	<a href="#">Petição</a>	Petição
19227142	14/02/2019 16:34	<a href="#">pagamento do sinistro na via adm e reque 20190214103809</a>	Outros Documentos
19227182	14/02/2019 16:34	<a href="#">Nota e ficha 20190214105900</a>	Outros Documentos
19227214	14/02/2019 16:34	<a href="#">laudos 20190214105452</a>	Outros Documentos
19227250	14/02/2019 16:34	<a href="#">laudo medico e documento de alta 20190214104724</a>	Outros Documentos
19227925	14/02/2019 16:34	<a href="#">Petição</a>	Petição
19228012	14/02/2019 16:34	<a href="#">documento da moto e declaracao de propri 20190214104204</a>	Outros Documentos
19228131	14/02/2019 16:34	<a href="#">documentos pessoais e conta bancaria 20190214104013</a>	Outros Documentos
19384550	01/03/2019 18:10	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

19595 641	06/03/2019 12:58	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
--------------	------------------	----------------------------	------------

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE(S):

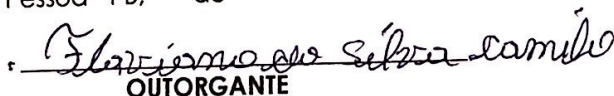
FLAVIANO DA SILVA CAMILO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, AUTÔNOMO, inscrito no PB de nº 4.111.598. 2ª VIA, Portador do CPF nº 119.343.264-29, RESIDENTE E DOMICILIADO À RUA COMEND. JOÃO VENERANDO DE LIMA, N.º 123, AL. 202, MANGABEIRA, JOÃO PESSOA - PB.

**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 iudicia et extra*", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber 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.

  
OUTORGANTE

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



## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Flavio de Silva Comilo BE/Prontuário: 1071395  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 11  
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: fx cirurgia de torn. distal  
Cirurgião: Dr. Xortny 1º Assistente: Dr. Alexandre  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Saldan  
Tipo de Anestesia: Rapin Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>fx de torn. D. distal</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>fx cirurgia para fratura distal de perna D</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: \_\_\_\_\_

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, 9/11/18

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

HINGLAS CIR 009-1

Scanned with CamScanner



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

pt 404 sob anestesia  
anestesia + 25LPS  
Aplicação das curvas  
injetar antes modelar as partes ①

Incisão:

Ex de fêmur distal ① com proteção e parafusos  
+ superfície articular  
proteção pré-cir com po 12 + escopir  
proteção definitiva com parafusos articulados e parafusos

Achados:

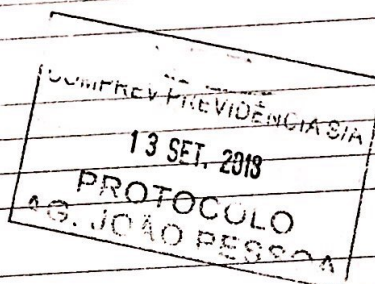
fechamento por planos  
curva estável

Re de controle

Conduta:

Fechamento:

Observação:



  
Daniel Conserva Arruda  
MÉDICO  
CRM 11134

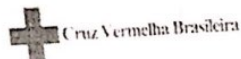
João Pessoa, 9 15 1/83

Médico/CRM:

F(NG)ASCIR.009-1







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



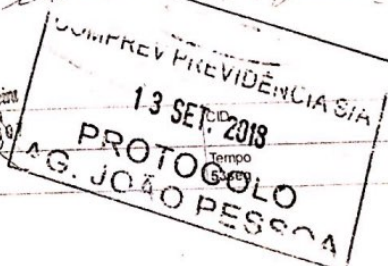
GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

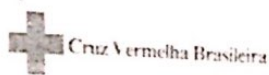
Boletim de Atendimento: 1077395



Identificação do paciente			
ID	Nome	Estado civil	Religião
1282722	FLAVIANO DA SILVA CAMILO		
Data de nascimento	Idade	Pai	Sexo
26/06/1996	21 anos 9 meses 27 dias	FRANCISCO MENDES CAMILO	Masculino
Mãe	Responsável (Parentesco)	Prontuário	
JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO	FADENILDA DA SILVA CAMILO - IRMAO(A)		
Escolaridade	DDD Fixo	Fone Fixo	
DDD Móvel	Fone Móvel	Nº Cns	
83	986655292		
Tipo documento	Número documento	Tipo	UF
RG (IDENTIDADE)	4111598	BAIRRO	PB
Local de procedência	Naturalidade	CBO/R	
MANGABEIRA	ITAPORANGA		
Email			
Endereço			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58056480	JOAO PESSOA	PB	COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA
Número	Complemento	Bairro	
136	APART-202	MANGABEIRA	
Admissão			
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio	
22/04/2018 19:08:27	1000005157166	SUS	
Especialidade	Clinica	Origem do paciente	
CIRURGIA GERAL		RUA	
Classificação de risco		Detalhe do acidente	
		VEICULO X MOTO	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento		
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
Indicadores e Transporte			
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
RESGATE - BOMBEIROS			
Sinais Vitais			
PA	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Dados clínicos	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
<i>Paciente vítima ocidental de acidente, apresenta fratura MED.</i>			
Diagnóstico			
Atendido por			
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES			
Imprimir			



22/04/2018 19:11



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	FLAVIANO DA SILVA CAMILO	RAE	1077395	Data/Hora Entrada	22/04/2018 19:08:27	Data Baixa	
Data de nascimento	26/06/1996	Idade	21a 9m 28d	Sexo	Masculino	CNS	
Mãe	JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO					Telefone de Contato	(83) 986655292
						Prontuário	
Endereço	COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA, 136 - APART-202	Bairro	MANGABEIRA	Município	JOAO PESSOA	UF	PB
Acidente	VEICULO X MOTO	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	Nº Cons. Regional	96031
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 moto 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 D.

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

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

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 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

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., 6/6H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

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 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SEM JEJUM)

Diluir

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

CAPTROPIL 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 (MGTSM)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM) 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 (MGTSM)

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

registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 22/04/2018 19:08:27

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

780/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=2697518

Scanned with CamScanner



22/04/2018

172.16 0 6 8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimir=DadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=269751&amp;pesquisa=S&amp;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

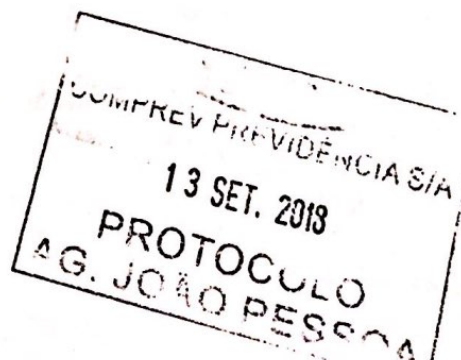
Fratura da extremidade distal do fêmur

**Conduta**

Internar Paciente

FLAVIANO DA SILVA CAMILO

Dr Francinélcio Freitas  
Médico  
FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS  
(CRM: 6603 / 0346579057800)  
CNS: 70346579057800



Scanned with CamScanner

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

Flaviano da Silva Camilo

CPF da Vítima

119.343.262-21

Data do Acidente

22/07/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

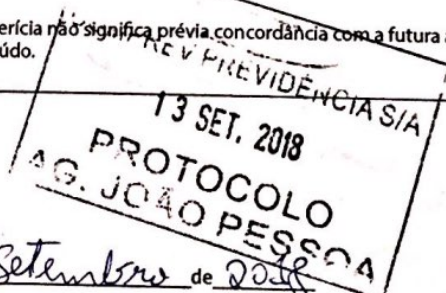
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**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.



João Pessoa 13 de Setembro de 2018

Local e Data

\* Flaviano da Silva Camilo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JO:O PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1077395



### Identificação do paciente

ID 1282722	Nome FLAVIANO DA SILVA CAMILO		Sexo Masculino	
Data de nascimento 25/06/1996	Idade 21 anos 11 meses 2 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 108377
Mãe JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO		Pai FRANCISCO MENDES CAMILO		
Escolandade		Responsável (Parentesco) - IRMAO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986655292	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4111598	Nº Cns		
Local de procedência MANGABEIRA		Tipo BAIRRO	UF PB	
E-mail	Naturalidade ITAPORANGA	CBO/R		

### Endereço

CEP 58056430	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	Numero da pulseira 1000005157166	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
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 ESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

### Exames complementares

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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
13 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

Imprimir

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

Scanned with CamScanner

Segue em anexo petição inicial e documentos:



**EXCELENTÍSSIMO (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.º 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.º 509, Pedro Gondim, João Pessoa-PB, CEP 58031-030, fone (83) 3576-8728 e endereço eletrônico: [fabio\\_maracaja@hotmail.com](mailto:fabio_maracaja@hotmail.com), [ruyrochaadvocacia@gmail.com](mailto:ruyrochaadvocacia@gmail.com) e [renanpaivaadvocacia@gmail.com](mailto: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, Páxoximo 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](mailto: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 acompanharão por toda a vida**. Portanto, possuindo direito assegurado em Lei, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização junto à **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**, tendo feito seu requerimento através da **COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**, atuando essa em nome daquela, intermediando os pedidos feitos em todo o país.

Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, o autor encaminhou seu pedido. Juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (**DPVAT/INVALIDEZ**), a parte autora teve seu pedido autuado com o número de sinistro **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 Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(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 Nº 0000205692014815051, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES JOÃO ALVES DA SILVA, j. em 17-03-2016).

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

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

#### **Súmula 474**

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

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

☎ 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)

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

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

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 (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL:   
 CPF da Vítima: 119.343.264-29   
 Nome completo da vítima: Flaviano da Silva Camilo

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: Flaviano da Silva Camilo   
 CPF titular da conta: 119.343.264-29   
 Profissão: Recusado   
 Endereço: Rua Comere - João Venerande de Lima   
 Número: 138   
 Complemento: AP 202   
 Bairro: Mangabeira   
 Cidade: João Pessoa   
 Estado: PB   
 CEP: 58056-780   
 Email:   
 Telefone (DDD): (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**

☒ RECUSO INFORMAR   
 ☐ SEM RENDA   
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00   
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00   
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00   
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00   
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00   
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **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   
 D/V:   
 CONTA NRO.: 36926   
 D/V: 7   
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)   
 BANCO Nome:   
 NRO.:   
 AGÊNCIA NRO.:   
 D/V:   
 CONTA NRO.:   
 D/V:   
 (Informar dígito se existir) (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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

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

Flaviano da Silva Camilo   
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Scanned with CamScanner





# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 22/04/19

PRONTUÁRIO: 104.43.95

PACIENTE: Yvonne da Silva Lima SEXO: M COR: BR IDADE: 21

PRESSÃO ARTERIAL: 100 x 70 PULSO: 80 RESPIRAÇÃO: 18 TEMPERATURA: 36,5 PESO: 50 GRUPO SANGÜÍNEO: O+

ESTADO GERAL: (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM AP. CIRCULATÓRIO: estável

AP. RESPIRATÓRIO: suprime AP. DIGESTIVO: disconforto ESTADO MENTAL: consciente DROGAS EM USO: — ESTADO FÍSICO: ASA I

PRE-ANESTÉSICO: —

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: 2x exposto em M.D. (convulsão muscular primária)

CIRURGIA REALIZADA: 1x cirurgia de PI + x exposto em M.D.

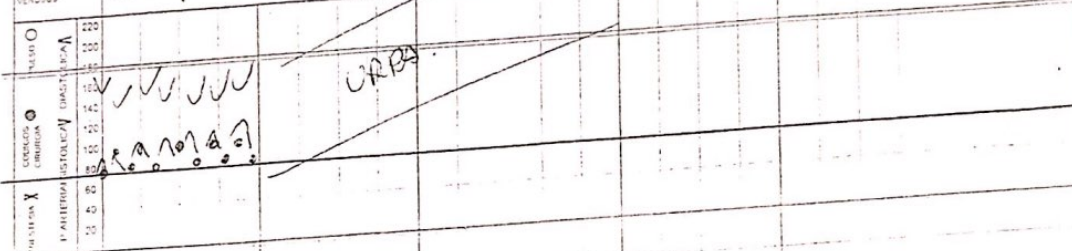
CIRURGIÃO: — ALIXIARES: — DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1 hora

INÍCIO DA ANESTESIA: 21:50 TÉRMINO DA ANESTESIA: 22:50 VALORES RS: —

CODIGO DO PROCEDIMENTO: — QUANT. DE CH.: — CRM-PB: —

ANESTESISTA: Dr. Luis CPF: —

VALORES VENTILADOS: 302 22-10-50 22-10-50



VALORES VENTILADOS: 25 05 15 05  
94 100 41 100

TECN. RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO FLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☒ OUTROS: Sulofte

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANT.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
GLUCOSE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
NAOCL	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
SANGUE	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
FAZED	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
TOTAL	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				
DESTINO DO PACIENTE	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20					
<input type="checkbox"/> AP+ <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20						
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDENCIA	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20							
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: <u>URPA</u>	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20								

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Requisição de Sulofte em 20mg de 10mg com 10mg.

Sulofte → com 6(4).

Quarta monitoresse.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F. INQ. / SCR. 045.1



Nota de Sala Cirúrgica



PACIENTE: **FILIANO DA SILVA CAMILO**  
 ID: **21.10.1945**  
 DATA: **17 SET 2018**  
 LOCAL: **PRAT DE FEMUR DISTAL D**  
 CIRURGIÃO: **DR. KASPER**  
 ANESTESIA: **R2001**  
 ANESTESISTA: **DR. MARCOS SOARES**  
 INSTRUMENTADOR: **CARLENE**  
 CIRURGIÃO: **DR. KASPER**  
 ANESTESISTA: **DR. MARCOS SOARES**  
 INSTRUMENTADOR: **CARLENE**  
 CIRURGIÃO: **DR. KASPER**  
 ANESTESISTA: **DR. MARCOS SOARES**  
 INSTRUMENTADOR: **CARLENE**

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS		QTD	MATERIAIS CONJ.		QTD	FIOS		QTD
ALFENTANIL			JELCO N°18			FIO CAT GUT CROMADO N°		
BLP VACINA ISOBARICA			JELCO N°20			FIO CAT GUT CROMADO N°		
BLP VACINA PESADA			JELCO N°22			FIO DE AÇO N°		
CETAMINA			JELCO N°24			FIO DE AÇO N°		
DROPERIDOL			KIT SIST DREN TORACICA N°			FIO DE NYLON N°	20	
ETOMIDATO			LAMINA BISTURI N°11			FIO DE NYLON N°		
FENCARBITAL			LAMINA BISTURI N°12			FIO DE NYLON N°		
FENTANIL			LAMINA BISTURI N°13			FIO POLIOLACTINA N°	10	
FLUMAZENIL			LAMINA BISTURI N°14			FIO POLIOLACTINA N°		
ISOPFLURANO			LAMINA DE DERMATOLOGIA			FIO POLIOLACTINA N°		
ROPIVACAINA C VASO			LAMINA DE ENVERTO			FIO POLIPROPILENO N°		
ROPIVACAINA S VASO			LUVA DE PROCEDIMENTO PAR			FIO POLIPROPILENO N°		
LIDOCAINA C VASO			LUVA ESTERIL N°10			FIO POLIOLACTINA N°		
LIDOCAINA S VASO			LUVA ESTERIL N°15			FIO POLIOLACTINA N°		
MIPIZOLAN			LUVA ESTERIL N°18			FIO SEDA N°		
MORFINA			LUVA ESTERIL N°13			TITA CARDIACA		
NIMBILIN			MASCARA CIRURGICA			MATERIAL ESPECIAL		QTD
PANCRONIO			MULTIVIAS			CATETER DE PIC		
PETIDINA			PERFURADOR DE SORO			CIMENTO CIRURGICO		
PROPOFOL			SCALP N°19			CLIP TITANIO LIGADURA		
RAMIFENTANIL			SCALP N°21			FIO DE KIRSCHNER N°	20	
ROCLORONIO			SERINGA 3ML			FIO DE KIRSCHNER N°		
SEVOFLURANO			SERINGA 5ML			FIO STEINMAN N°		
SUXAMETONIO			SERINGA 10ML			FIO STEINMAN N°		
TIOPENTAL			SERINGA 20ML			GRAMPEADOR CIRURGICO		
MEDICACOES		QTD	BOLSA P. COLOSTOMIA			HEMOST ABSORVIVEL		
ADRENALINA			CANULAP TRAQUEOSTOMIA N°			KIT DERIVA VENTRICULAR		
AGUA DESTILADA			CATETER DE OXIGENIO			PROTESE VASCULAR		
ATROPINA			CATETER EMPOLC ARTERIAL N°			KIT PAM		
BENTRA			CATETER EPIDURAL N°16			FIXADOR EXTERNO		
CEFALOTINA			CATETER EPIDURAL N°17					
DEXAMETASONA			CATETER EPIDURAL N°18					
DIA SODICA			CERA PARA OSSO					
EFE			COLET URINA FECHADO					
FLUROSEMIDA			COMPRESSAS CIRURGICAS					
GLICOSE 50%			COMPRESSAS CIRURGICAS					
GLUCONATO DE CALCIO			DRENO DE PENROSE					
HIDROCORTISONA			DRENO DE SUCCAO					
LIDOCAINA GELEIA			ELETRODOS					
ONDASESTRONA			EQUIPO MACROGOTAS					
PLASIL			EQUIPO TRANSF SANGUE					
PROSTIGMINE			EQUIPO MICROGOTAS					
PROTAMINA			ESPONJA DE PVPI					
TENOXICAN			ESPARADRAPO					
			GAZES					
			GAZES ALGODOADAS					
			GEL ELETROLITICO					
			JELCO N°14					
			JELCO N°16					

13 SET. 2018

PROTÓCOLO

DR. JOAO PESSOA

Manoel Ferreira da Silva Filho  
 Tt. Enfermagem - 02/2018  
 CREFEN 228.174/2016



Anexo II

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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

---

**Identificação do Paciente**

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

---

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

---

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

---

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - QTD.

---

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

FIO RC 2.0-04  
 EX CAVALOX 7.0-AME-01  
 PARAFUSO ROSA CURTA Nº 75-07  
 " " LONGA Nº 85-07

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

13 SET. 2013

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

---

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

---

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Scanned with CamScanner

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS  
ÓRTESIS PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - G. J.E



Prontuário 1072395  
Data 09/05/15  
Repositório \_\_\_\_\_

**Caixa Postal:**

13 SET. 2013  
PROTOCOLO  
G. 1040 PESSOA

[illegible]

DICO - CRM  
 Daniel Janssen Arruda  
 CRM 71134

ASSINATURA ENTREGA GEM - COREN

ASSINATURAS: *João de Deus Filho*

 $(\text{NG}) \cdot \Delta P^{\text{C}}_{013-2}$





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)

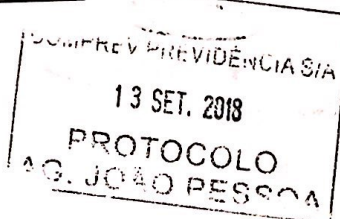
### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX COXA- FRATURA DISTAL DE FEMUR DIREITO.

### TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO

ALTA HOSPITALAR: 11/05/18  
DATA DA EMISSÃO: 16/07/18



*Elivaldo Sales de Toledo*  
Cirurgião Geral  
CVB/HEET/SHL  
CRM 1873/PB  
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO  
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

<b>Nome:</b> FLAVIANO DA SILVA CAMILO		<b>Número Prontuário:</b> 108377	
<b>Data de</b> 26/06/1996	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 22/04/2018 23:52:28	<b>Data de Alta:</b> 11/05/2018 14:51:53
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA			
<b>Conduta:</b> 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			
<b>Resumo da Internação:</b> 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			
<b>Resultado de Exames:</b> 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			
<b>Tratamento:</b> OSTEOSSINTESE DO FEMUR DISTAL			
<b>Diagnóstico:</b> Gr 2.4 - Fratura da extremidade distal do fêmur			
<b>Recomendações:</b> CLEXANE, CEFALEXINA, MANTER A TALA, AINE, RETORNO COM DR KARTNEY			

Data: 11/05/2018

Dr. C. T. Torres  
Medicina Cirúrgica do Trauma  
CRM: PB 74321/2017

BRENO COUTINHO TORRES  
CRM: 7232 - PB

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
13 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Scanned with CamScanner

Segue em anexo documentos:



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Alves da Rocha Filho,  
RG nº 778933 SSP/PB, data de expedição 06/09/2018  
Órgão SSP/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)  
Comerciante Alfredo Ferreira da Rocha, nº 1931,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Flaviano da Silva Camilo, cujo o condutor era  
Flaviano da Silva Camilo.

Veículo: Motocicleta  
Modelo: HONDA CG FANFS  
Ano: 2013/2014  
Placa: OX09106/PB  
Chassi: 9C2JCY110ER706923  
Data do Acidente: 22/02/2018  
Local e Data: João Pessoa, 06/09/2018

Antonio Alves da Rocha Filho  
Assinatura do Declarante

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

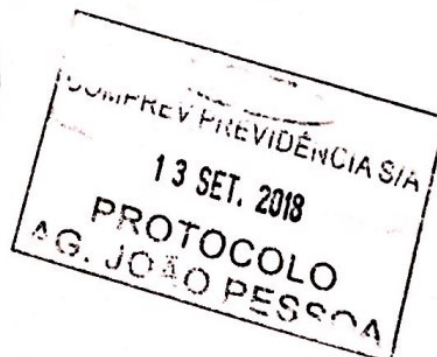
**Cartório Garibaldi**  
9º Ofício de Notas

Av. Epitácio Pessoa, 2640  
Tambauzinho - João Pessoa - Paraíba  
F: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de (ANTONIO)  
ALVES DA ROCHA FILHO(118047)). Em test. da verdade, por  
fê. João Pessoa-PB 06/09/2018 09:57:22.  
BRUNNA GARIBALDI E. S. DE PINHO - Substituto  
Vlr R\$12,10, Fepj R\$1,89, Farpem R\$0,28, ISS R\$0,47  
Condutor: NIVACI, Selo Digital: AHL60603-W05E - Consultar  
a autenticidade em <https://selodigital.jus.br>

Adriane Garibaldi  
Elyza Sousa da Silva  
TABELIA

JOÃO PESSOA PB



Scanned with CamScanner



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PB Nº 014200576666**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**  
PRT 20180000295006-9

VIA 1 COD. RENAVAM 0059919759-5 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME  
ANTONIO ALVES DA ROCHA FILHO

CPF / CNPJ 32354509472 PLACA OXO9106/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2JC4110ER706923

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP. POT. CIL. 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1º  
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º  
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

0

JOAO PESSOA-PB LOCAL 09/07/2018

37842 15733

  
Agamenon Vieira de Silva  
Diretor Superintendente - DETRAN/PB

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO**  
**AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA**  
**TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

**PB Nº 014200576666 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 09/07/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 32354509472 PLACA OXO9106/PB

RENAVAM 0599197595 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2013 CAT. TAR. 9 Nº CHASSI 9C2JC4110ER706923

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

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

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

SEGURO P A G O

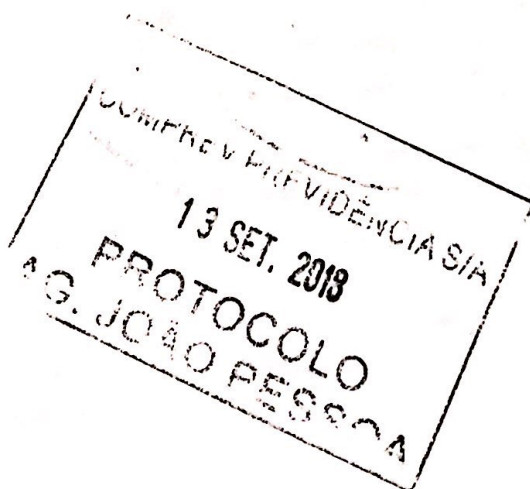
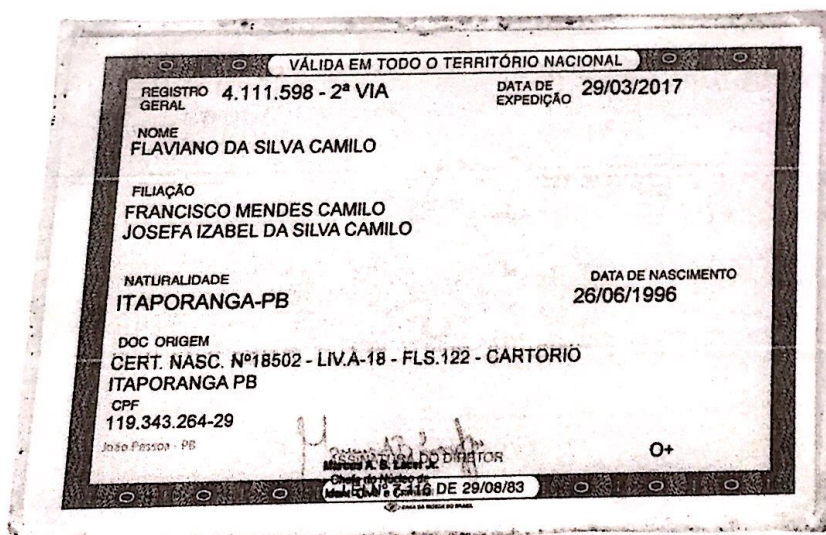
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 04/07/2018

**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  
OPERADOR

000606340  
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 gratuidade 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 Dpvt 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](mailto:pauloleite@seguradoralider.com.br) e [philipe.rocha@seguradoralider.com.br](mailto:philipe.rocha@seguradoralider.com.br) e telefone (21) 38614600, cientificada 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 gratuidade 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 Dpvt 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](mailto:pauloleite@seguradoralider.com.br) e [philipe.rocha@seguradoralider.com.br](mailto:philipe.rocha@seguradoralider.com.br) e telefone (21) 38614600, cientificada 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.L. Cumpra-se com urgência.**

João Pessoa, 28 de fevereiro de 2019

Juiz(a) de Direito