



Número: **0800394-24.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional de Mangabeira**

Última distribuição : **19/01/2019**

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	RUY NEVES AMARAL DA ROCHA
AUTOR	SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA
ADVOGADO	RENAN DE CARVALHO PAIVA
ADVOGADO	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
18716 117	19/01/2019 02:28	<a href="#"><u>2.0 PROCURACAO</u></a>	Procuração
18716 118	19/01/2019 02:28	<a href="#"><u>3.1 BO</u></a>	Documento de Comprovação
18716 119	19/01/2019 02:28	<a href="#"><u>4.0 DOCUMENTOS PESSOAIS</u></a>	Documento de Identificação
18716 120	19/01/2019 02:28	<a href="#"><u>5.0 CONTA DE BANCO E COMPROVANTE DE RESIDENCIA</u></a>	Outros Documentos
18716 121	19/01/2019 02:28	<a href="#"><u>6.0 AUTORIZACAO PAGAMENTO SINISTRO</u></a>	Outros Documentos
18716 122	19/01/2019 02:28	<a href="#"><u>7.0 LAUDO MEDICO</u></a>	Documento de Comprovação
18716 123	19/01/2019 02:28	<a href="#"><u>8.0 boletim e ficha de atendimento</u></a>	Documento de Comprovação
18716 124	19/01/2019 02:28	<a href="#"><u>9.0 LAUDO</u></a>	Outros Documentos
18716 125	19/01/2019 02:28	<a href="#"><u>Pagamento administrativo parcial do sinstro</u></a>	Outros Documentos
18733 393	21/01/2019 16:39	<a href="#"><u>Despacho</u></a>	Despacho

PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE(S):**

SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA, Solteiro, Brasileiro, Autônomo  
INSCrito NO RG DE N° 3.982.480 E Portador DO CPF DC  
N° 112.186.514-31, DOMICILIADO NA RUA EDMUNDO FILHO  
S/N BATIZADO São José, 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 iudicium 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, 29 de Junho de 2018.

Samuel Felipe S. de Oliveira  
**OUTORGANTE**

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 08443.01.2018.1.01.012**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08443.01.2018.1.01.012, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 21:01 horas do dia 27 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 12<sup>a</sup> 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 **Samuel Felipe Santos de Oliveira**, conhecido(a) por Samuel, CPF nº 112.186.514-31, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria do Carmo Santos e Edvaldo Teixeira de Oliveira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/09/1998 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Desembargador João Santa Cruz de Oliveira, Nº 454, complemento CASA NO BAIRRO DE FUNCIONÁRIOS II, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Perto do Mercadinho "priscila", na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Desembargador João Santa Cruz de Oliveira, nº 454, Casa No Bairro de Funcionários II, Próximo Ao Mercadinho "priscila", João Pessoa/PB, bairro Funcionários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/06/18 17:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE, LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, DANO CULPOSO.

**Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) **Moto**, modelo CG 160 START, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2018/2018, placa QSC-1005, chassi 9C2KC2500JR127451, renavam 0115415166-0, características gerais: Nº. C.R.I.v.: 013814429116; nº. P.r.t.: 2018000221808-9; nº. Lacre: 0046378596; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: João Pessoa/pb; alienação Fiduciária: A.f. Adm. de Consórcio Nacional Honda L.t.d.a.; em Nome de Samuel Felipe Santos de Oliveira.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUANDO VINHA PILOTANDO O SEU VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI TRANCADO POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO E DIRIGIDO POR MOTORISTA DESCONHECIDO, QUE EVADIU-SE DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER ASSISTÊNCIA AO DECLARANTE, APÓS O MESMO COLIDIR NA LATERAL DESTE VEÍCULO, VINDO A CAIR E SE MACHUCAR, SENDO NECESSÁRIO O SOCORRO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NESTA CIDADE, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS MÉDICOS HOSPITALARES, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA, ASSINADO PELO MÉDICO JUAN JAIME ALCOBA ARCE, C.R.M.: 3323/PB, 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.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

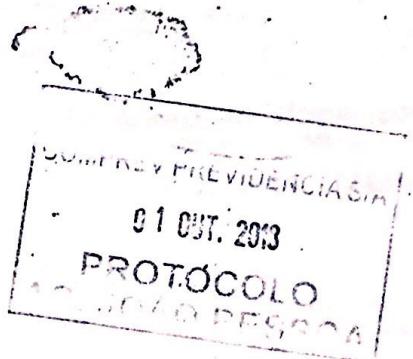
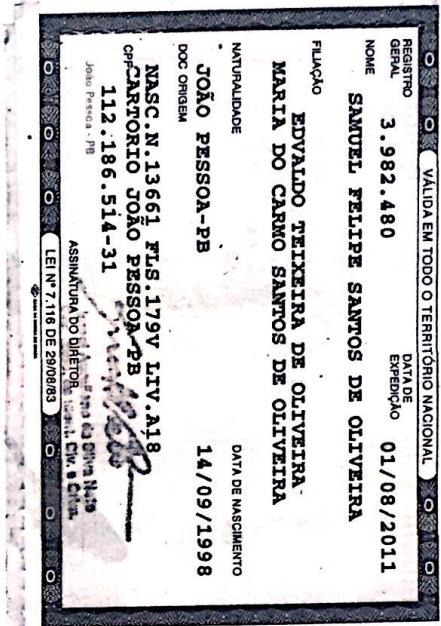
  
Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial 08443.01.2018.1.01.012

01 OUT. 2018  
PROTÓCOLO  
NEVES

1/2

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

**DETTRAN - PB**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA COD. EMPRT 201800000721 TRAJANO  
1 1115415166-U 0000000000 2018

SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ 11218651131 PLACA QSC1005/PB

NOVO PP 9C2KC2500JR127451

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC MARCA MODELO HONDA/CG 160 START ANO FAB 2018 ANO MOD 2018

ESPECIFICO COMBUSTIVEL GASOLINA

2 P/162 /CI PARTIC PRETA

IEVA PAGO EM 00/00/0000 1º  
TAXA P/162 PARCELAMENTO 0 2º  
V A 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO RS. 00,00 → PRÊMIO TOTAL RS. 00,00 → DATA DE PAGAMENTO 01/06/2018

SEGURADO PAGO 01/06/2018

A.F ADM DE CONCEPÇÃO HONDA LTDA

JOAO PESSOA-PB 04/06/2018 7003781  
9999999

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, DURANTE SUA CARGA, APESSOAS E TRANSPORTES DAS MESMAS. SEGURO DPVAT**

**PB Nº 013814429116 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	06/06/2018
VIA	PLACA
1 11218651131	QSC1005/PB
HONDA/CG 160 START	MARCA MODELO
01154151660	2018
ANO FAB	ANO MOD
2018	9
9C2KC2500JR127451	PLACA

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

PRÉMIO TARIFÁRIO RS.	DETRAN RS.	CUSTO DO SEGURO (RS)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (RS)	OF. RS	VALOR DA COBERTURA SEGURADA (RS)
*****	*****	*****
SEGURADO	PAGO	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
COTA UNICA	PARCELADO	01/06/2018

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
 CNPJ 09 248 608 0001-04  
 7003781-1451056-20160604

01/06/2018  
 01/06/2018  
 PROTOCOLO  
 01/06/2018

Scanned with CamScanner

4823-053-3432919

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Seu breve e objetivo número de conta é seu  
lugar de identificação na Caixa.

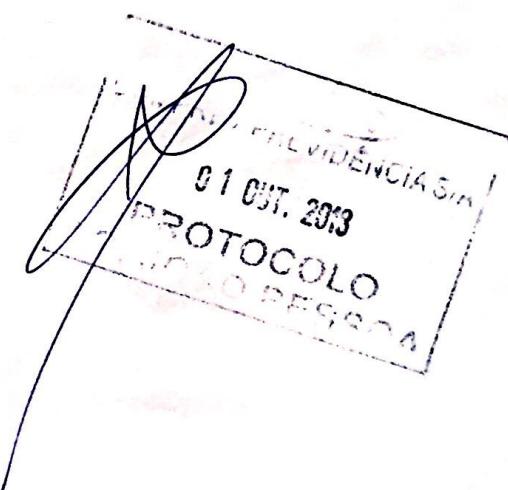
Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações, Atendimento a pessoas  
sugestões e elogios. com deficiência auditiva  
ou de fala.

Ouvidoria

37.158 v004



Scanned with CamScanner

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da conta frontal de energia elétrica - Nº 012.442.127



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

EDVALDO TEIXEIRA DE OLIVEIRA  
RUA DESEMB JOAO SANTA CRUZ 454  
JOAO PESSOA

58078-300

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/468355-3

REFERÊNCIA  
SET/2018

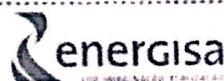
APRESENTAÇÃO  
17/09/2018

CONSUMO  
143

VENCIMENTO  
11/10/2018

TOTAL A PAGAR  
R\$ 97,36

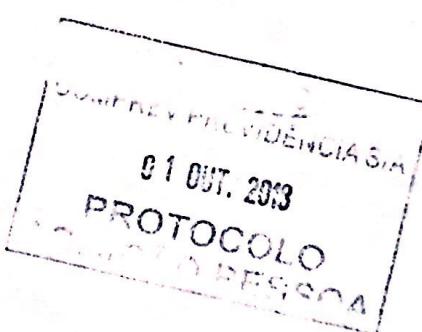
Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



EDVALDO TEIXEIRA DE OLIVEIRA  
Roteiro: 09-002-434-7420  
83680000000-9 97360149000-4 04683552018-3 09400002019-1



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
11/10/2018	R\$ 97,36	468355-2018-09-4



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 de 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 Nome completo da vítima  
132.186.534-31 Samuel Felipe Santos de Oliveira.

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

Nome completo	Samuel Felipe Santos de Oliveira	CPF titular da conta	312.186.554-35	Profissão	Releuse.
Endereço	Rua Desemb. João Santana Cruz	Número	454	Complemento	Casa.
Bairro	Olimpienópolis	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email		CEP	58078-100	Telefone (DDD)	(183) 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
<b>D CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA N.R.O.		D/V	CONTA N.R.O.
0823			54529
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<b>D CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
BANCO Name		N.R.O.	D/V
		01 C/ct	
AGÊNCIA N.R.O.		CONTA N.R.O.	D/V
		01 C/ct	
(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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jôn persa 28 de Setembro de 2018  
Local e Data

Local & Data

Samuel Felipe S. de Oliveira

Campo 3 - Assinatura do Representante Legal

EAPRE 001 V001 / 2017



## 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  CPF da Vítima  Data do Acidente

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

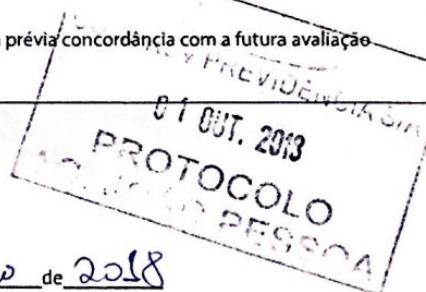
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### 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.



Ruy Neves 28 de setembro de 2018  
Local e Data

Samuel Felipe S. de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALJ.001 V001/2017

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 Samuel Felipe Santos de Oliveira

DATA DE NASCIMENTO 14/09/98

NOME DA MÃE Maria do Carmo Santos de Oliveira

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 109539

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1090542

DATA DO ATENDIMENTO 25/06/18

HORA DO ATENDIMENTO 18:24

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula esquerda

CID 10 S42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, com história de acidente de moto, queixa de dor em ombro esquerdo e joelho direito, nega perda da consciência ou vômitos, apresenta limitação de movimentos em ombro esquerdo e escoriações em joelho direito. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro E, bacia, joelho D

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula esquerda

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula esquerda

ALTA HOSPITALAR: 04/07/18

DATA DA EMISSÃO: 24/09/18

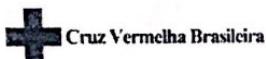
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**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

/07/2018

- IIMED



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 1090542

**Identificação do paciente**

ID 1300857	Nome <b>SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA</b>			Sexo <b>Masculino</b>
Data de nascimento 14/09/1998	Idade 19 anos 9 meses 25 dias	Estado civil	Religião	Prontuário <b>109539</b>
Mãe <b>MARIA DO CARMO SANTOS DE OLIVEIRA</b>		Pai <b>EDVALDO TEIXEIRA DE OLIVEIRA</b>		
Escolaridade		Responsável (Parentesco) <b>MARIA DO CARMO - MAE</b>		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987380977	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE) 3982480		Nº Cns		
Local de procedência <b>ERNESTO GEISEL</b>		Type <b>BAIRRO</b>	UF <b>PB</b>	
mail	Naturalidade	CBO/R		

**Endereço**

CEP 58078100	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA</b>
Número 454	Complemento <b>Bairro FUNCIONÁRIOS</b>		

**Admissão**

Data e Hora 25/06/2018 18:24:44	Número da pulseira <b>100004246649</b>	Convênio <b>SUS</b>
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente <b>RUA</b>	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	
	Detalhe do acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Transporte MU	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 <b>FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL</b>	Tempo 33seg	

**Imprimir****Scanned with CamScanner**

HECTHIL

## FICHA DE ANESTESIA



DATA: 02/07/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE:	Sorrel Felipe Sartor de Oliveira	SEXO: M COR:	IDADE: 19	
PRESSAO ARTERIAL	PULSO 90	RESPIRAÇÃO EUPNICO	TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL	( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES				
AP. RESPIRATÓRIO	REGULAR, SILE	AP. CIRCULATÓRIO	REGULAR, BPF, SS	
AP. DIGESTIVO	Térm	ESTADO MENTAL	GUTE	DROGAS EM USO
PRE-ANESTÉSICO				
DOSE/HORA	Sem			II ESTADO FÍSICO ASA
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	fx de elevação (E)			
CIRURGIA REALIZADA				
CIRURGIÃO Dr. Portela	AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA	7:48h	TÉRMINO DA ANESTESIA	9:30h	DURAÇÃO DA ANESTESIA
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES PS
ANESTESISTA Dr. Camila; Dr. Alano (Rs) CPF				CRM-PB
AGENTE ANEST.	7:48h	8:48h		
LÍQUIDOS VENOSOS	RL 500ml	RL 500ml	RL 500ml	
O	140	120	100	
●	160	140	120	
●	180	160	140	
●	200	180	160	
●	220	200	180	
●	240	220	200	
●	260	240	220	
●	280	260	240	
●	300	280	260	
●	320	300	280	
●	340	320	300	
●	360	340	320	
●	380	360	340	
●	400	380	360	
●	420	400	380	
●	440	420	400	
●	460	440	420	
●	480	460	440	
●	500	480	460	
●	520	500	480	
●	540	520	500	
●	560	540	520	
●	580	560	540	
●	600	580	560	
●	620	600	580	
●	640	620	600	
●	660	640	620	
●	680	660	640	
●	700	680	660	
●	720	700	680	
●	740	720	700	
●	760	740	720	
●	780	760	740	
●	800	780	760	
●	820	800	780	
●	840	820	800	
●	860	840	820	
●	880	860	840	
●	900	880	860	
●	920	900	880	
●	940	920	900	
●	960	940	920	
●	980	960	940	
●	1000	980	960	
●	1020	1000	980	
●	1040	1020	1000	
●	1060	1040	1020	
●	1080	1060	1040	
●	1100	1080	1060	
●	1120	1100	1080	
●	1140	1120	1100	
●	1160	1140	1120	
●	1180	1160	1140	
●	1200	1180	1160	
●	1220	1200	1180	
●	1240	1220	1200	
●	1260	1240	1220	
●	1280	1260	1240	
●	1300	1280	1260	
●	1320	1300	1280	
●	1340	1320	1300	
●	1360	1340	1320	
●	1380	1360	1340	
●	1400	1380	1360	
●	1420	1400	1380	
●	1440	1420	1400	
●	1460	1440	1420	
●	1480	1460	1440	
●	1500	1480	1460	
●	1520	1500	1480	
●	1540	1520	1500	
●	1560	1540	1520	
●	1580	1560	1540	
●	1600	1580	1560	
●	1620	1600	1580	
●	1640	1620	1600	
●	1660	1640	1620	
●	1680	1660	1640	
●	1700	1680	1660	
●	1720	1700	1680	
●	1740	1720	1700	
●	1760	1740	1720	
●	1780	1760	1740	
●	1800	1780	1760	
●	1820	1800	1780	
●	1840	1820	1800	
●	1860	1840	1820	
●	1880	1860	1840	
●	1900	1880	1860	
●	1920	1900	1880	
●	1940	1920	1900	
●	1960	1940	1920	
●	1980	1960	1940	
●	2000	1980	1960	
●	2020	2000	1980	
●	2040	2020	2000	
●	2060	2040	2020	
●	2080	2060	2040	
●	2100	2080	2060	
●	2120	2100	2080	
●	2140	2120	2100	
●	2160	2140	2120	
●	2180	2160	2140	
●	2200	2180	2160	
●	2220	2200	2180	
●	2240	2220	2200	
●	2260	2240	2220	
●	2280	2260	2240	
●	2300	2280	2260	
●	2320	2300	2280	
●	2340	2320	2300	
●	2360	2340	2320	
●	2380	2360	2340	
●	2400	2380	2360	
●	2420	2400	2380	
●	2440	2420	2400	
●	2460	2440	2420	
●	2480	2460	2440	
●	2500	2480	2460	
●	2520	2500	2480	
●	2540	2520	2500	
●	2560	2540	2520	
●	2580	2560	2540	
●	2600	2580	2560	
●	2620	2600	2580	
●	2640	2620	2600	
●	2660	2640	2620	
●	2680	2660	2640	
●	2700	2680	2660	
●	2720	2700	2680	
●	2740	2720	2700	
●	2760	2740	2720	
●	2780	2760	2740	
●	2800	2780	2760	
●	2820	2800	2780	
●	2840	2820	2800	
●	2860	2840	2820	
●	2880	2860	2840	
●	2900	2880	2860	
●	2920	2900	2880	
●	2940	2920	2900	
●	2960	2940	2920	
●	2980	2960	2940	
●	3000	2980	2960	
●	3020	3000	2980	
●	3040	3020	3000	
●	3060	3040	3020	
●	3080	3060	3040	
●	3100	3080	3060	
●	3120	3100	3080	
●	3140	3120	3100	
●	3160	3140	3120	
●	3180	3160	3140	
●	3200	3180	3160	
●	3220	3200	3180	
●	3240	3220	3200	
●	3260	3240	3220	
●	3280	3260	3240	
●	3300	3280	3260	
●	3320	3300	3280	
●	3340	3320	3300	
●	3360	3340	3320	
●	3380	3360	3340	
●	3400	3380	3360	
●	3420	3400	3380	
●	3440	3420	3400	
●	3460	3440	3420	
●	3480	3460	3440	
●	3500	3480	3460	
●	3520	3500	3480	
●	3540	3520	3500	
●	3560	3540	3520	
●	3580	3560	3540	
●	3600	3580	3560	
●	3620	3600	3580	
●	3640	3620	3600	
●	3660	3640	3620	
●	3680	3660	3640	
●	3700	3680	3660	
●	3720	3700	3680	
●	3740	3720	3700	
●	3760	3740	3720	
●	3780	3760	3740	
●	3800	3780	3760	
●	3820	3800	3780	
●	3840	3820	3800	
●	3860	3840	3820	
●	3880	3860	3840	
●	3900	3880	3860	
●	3920	3900	3880	
●	3940	3920	3900	
●	3960	3940	3920	
●	3980	3960	3940	
●	4000	3980	3960	
●	4020	4000	3980	
●	4040	4020	4000	
●	4060	4040	4020	
●	4080	4060	4040	
●	4100	4080	4060	
●	4120	4100	4080	
●	4140	4120	4100	
●	4160	4140	4120	
●	4180	4160	4140	
●	4200	4180	4160	
●	4220	4200	4180	
●	4240	4220	4200	
●	4260	4240	4220	
●	4280	4260	4240	
●	4300	4280	4260	
●	4320	4300	4280	
●	4340	4320	4300	
●	4360	4340	4320	
●	4380	4360	4340	
●	4400	4380	4360	
●	4420	4400	4380	
●	4440	4420	4400	
●	4460	4440	4420	
●	4480	4460	4440	
●	4500	4480	4460	
●	4520	4500	4480	
●	4540	4520	4500	
●	4560	4540	4520	
●	4580	4560	4540	
●	4600	4580	4560	
●	4620	4600	4580	
●	4640	4620	4600	
●	4660	4640	4620	
●	4680	4660	4640	
●	4700	4680	4660	
●	4720	4700	4680	
●	4740	4720	4700	
●	4760	4740	4720	
●	4780	4760	4740	
●	4800	4780	4760	
●	4820	4800	4780	
●	4840	4820	4800	
●	4860	4840	4820	
●	4880	4860	4840	
●	4900	4880	4860	
●	4920	4900	4880	
●	4940	4920	4900	
●	4960	4940	4920	
●	4980	4960	4940	
●	5000	4980	4960	
●	5020	5000	4980	
●	5040	5020	5000	
●	5060	5040	5020	

## Laudo Médico/Resumo de Alta

Nome:		Nº de BE:	
Nome:			
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão:	25/01/17	Alta: 04/02/17	Tempo de Permanência:
<b>Diagnóstico de Internação:</b> <i>Franja de Cervarale</i>			
<b>Diagnóstico Definitivo:</b>			
<b>Diagnóstico Secundário:</b>			
<b>Principais exames:</b> Q*			
<b>Cirurgia realizada - data e equipe:</b> RFT D. Raulio IB Pires			
<b>Biópsias:</b>			
<b>Anatomia patológica:</b>			
<b>Infecção:</b> sim( ) não( ) <b>Coleta de material:</b> sim ( ) não ( )			
<b>Resultado bacteriologista:</b>			
<b>Condições de alta:</b> Melhorado( ) Removido( ) A pedido( ) Curado( ) Óbito( ) À Revelia( )			
<b>Resumo Clínico:</b> história evolução, terapêutica, complicações: <i>alta em seu estado clínico superior</i>			
<b>Orientações Pós Alta</b>			
<b>Dieta:</b> _____			
<b>Repouso:</b>			
Relativo em casa por, _____ dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
<b>Medicações para casa:</b> _____			
<i>01/02/2017</i>			
<b>Retorno:</b>			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.			
Ao ambulatório em _____ para revisão.			
João Pessoa _____ de _____ de _____			
<i>PROTÓCOLO DE PESSOA</i>			
<b>Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.</b>			

F(NG).APC.002-2

Scanned with CamScanner



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Sonev Felipe Souto de Oliveira BE/Prontuário:

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: () Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Intervento Cirúrgico de fratura de clavicula esquerda

Cirurgião: D. Luiz Portela 1º Assistente: D. Henrique

2º Assistente: Breno Roma MPB 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_

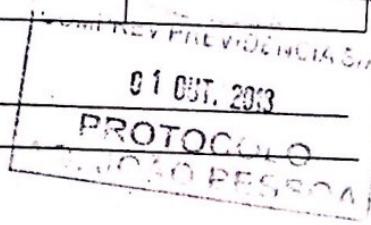
Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Término \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de clavicula esquerda</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Intervento cirúrgico de fratura de clavicula esquerda</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

01 OUT. 2013



Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 02/07/2018

F(NG).ASCIR.009-1

Scanned with CamScanner

## SINISTRO 3180456829 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

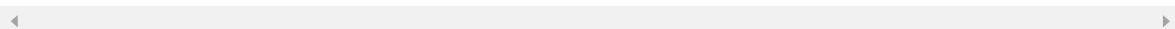
**BENEFICIÁRIO** SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA

**CPF/CNPJ:** 11218651431

### Posição em 11-01-2019 16:14:33

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	



**PROCESSO NÚMERO - 0800394-24.2019.8.15.2003**

**CLASSE:** PROCEDIMENTO COMUM (7)

**ASSUNTO(S):** [SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO]

**AUTOR: SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA**

Advogados do(a) AUTOR: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - PB22725, RENAN DE CARVALHO PAIVA - PB21393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - PB23263

**RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A**

Advogado do(a) RÉU:

---

## **DESPACHO**

Vistos.

**Defiro o pedido de gratuidade de justiça.**

O art. 334, do CPC estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destacamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócua. A parte autora busca no Judiciário a revisão do ato que deferiu em parte o pedido no âmbito extrajudicial, apenas reapresentando a situação de fato ao juízo sem a complementação de provas, trazendo os mesmos exames já levados à perícia administrativa.

No que pese entendimento anterior, a experiência prática demonstra que as seguradoras não vêm realizando acordos em demandas congêneres, até mesmo quando se antecipa a produção da prova pericial, o que torna sem sentido a designação de audiência prévia de conciliação.

Por outro lado, ressalte-se que fazia sentido a designação de audiência prévia de conciliação quando, ante a realização da perícia médica, designada para a mesma data, com o grau de invalidez estabelecido no laudo respectivo, restava o feito com todos os elementos que possibilitariam a conciliação, prescindindo, inclusive, da formação do contraditório.

Assim, em razão da repetida informação, em audiências designadas em processos similares, de que as seguradoras não realizam mais acordos em audiência, independentemente do resultado da perícia ou de qualquer outro elemento, perdeu o sentido a designação prévia, sem que o processo esteja maduro para julgamento. Desta forma, ante a constatação fática da predisposição em não conciliar por parte das seguradoras, prudente que seja formado o contraditório, em obediência ao princípio da economia processual e, somente então, seja designada audiência, ocasião em que a perícia será realizada previamente, estando o processo apto a ser julgado.

Desta feita, cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344, do CPC.

Servirá esse despacho como mandado.

Cumpra-se.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

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