



28/03/2019

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

Solteiro

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE(S):

SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA, Solteiro, Brasileiro, Autônomo  
INSCRITO NO RG DE Nº 3.982.480 E PORTADOR DO CPF DE  
Nº 112.186.514-31, DOMICILIADO NA RUA COMUNDO FIDELIS  
S/N BAIRRO 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 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, 29 de Junho de 2018.

Samuel Felipe S. de Oliveira  
OUTORGANTE

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





**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 12ª 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.

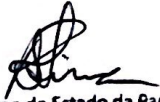
**Objeto(s) Envolvido(s):**


(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.: 20180000221808-9; 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:**

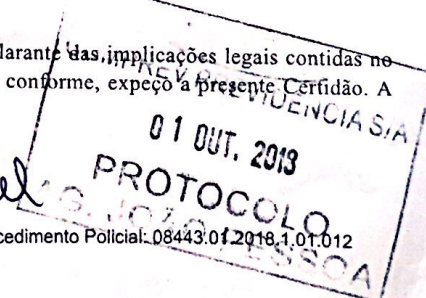
QUANDO VINHA PILOTANDO O SEU VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI TRANCADO POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO E DIRIGIDO POR MOTORISTA DESCONHECIDO, QUE EVADIU-SE DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER ASSISTÊNCIA AO DECLARANTE, APÓS O MESMO COLIDIR NA LATERAL DESTES VEÍCULO, VINDO A CAIR E SE 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 POLÍCIA, ASSINADO PELO MÉDICO JUAN JAIME ALCÓBA ARCE, C.R.M.: 3323/PB, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTÁ DELEGACIA DE POLÍCIA 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, expede 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

 Samuel

Procedimento Policial: 08443.01.2018.1.01.012







**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADIAS**

**DETRAN - PB** Nº 013814429116  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA: 1 COD. REM. PRT: 2018000002180610  
 1 0115415166-0 00/00000000 2018

**SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA**

CPF: 11218651431 PLACA: QSC1005/PB

NOVO PP 9C2KC2500JR127451

ESPECÍFICO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 START ANO/FAB: 2018 ANO/MOD: 2018

LAP. POT. 2 P/162 /CI CATEGORIA: PARTIC COR/PNE DOMINANTE: PRETA

IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) N° (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO: 01/06/2018

\*\*\*\*\* SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

**A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA**

0

LOCAL: JOAO PESSOA - PB DATA: 04/06/2018

9999999 7003781

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - 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**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 04/06/2018

VIA: 1 CPF: 11218651431 PLACA: QSC1005/PB

RENAJUV: 01154151660 MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 START

ANO/FAB: 2018 AT.IMP: 9 N° CHASSI: 9C2KC2500JR127451

**PRÊMIO TARIFARIO**

PNS (R\$) 5.000.000 CEN. TRAN. (R\$) 5.000.000 CUSTO DO SEGURO (R\$) 5.000.000

CUSTO DO BILHETE (R\$) 5.000.000 QF (R\$) 5.000.000 TOTAL DO SEGURO (R\$) 5.000.000

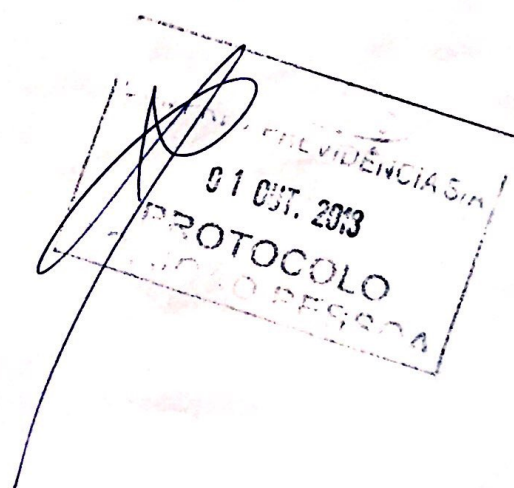
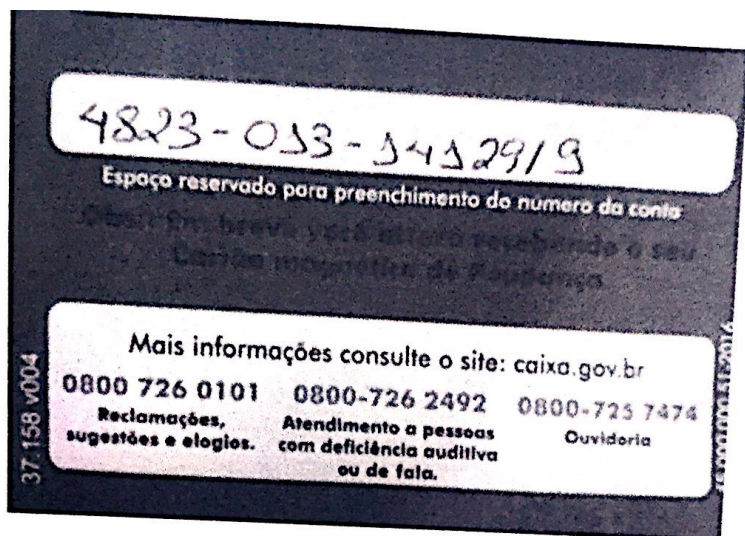
\*\*\*\*\* SEGURO PAGO

PAGAMENTO: COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 01/06/2018

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
 CNPJ 09.248.608/0001-04

7003761-1451056-20160604

01 OUT. 2013  
 PROTOCOLO  
 JOAO PESSOA



Scanned with CamScanner

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolso para simplificar pagamento da hora fiscalização de energia elétrica Nº 012.442.127



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.193 / 0001-40 Insc.Est. 18.015.823-8

## DADOS DO CLIENTE

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

58078-100

## 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 094000002019-1

### VENCIMENTO

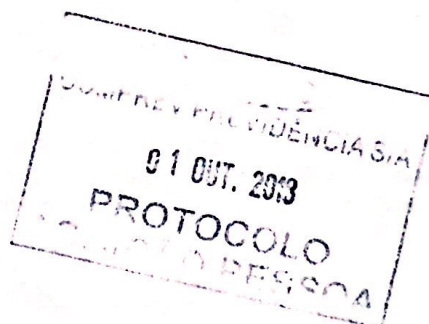
11/10/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 97,36

### MATRÍCULA

468355-2018-09-4



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 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

112.186.534-31

Nome completo da vítima

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	112.186.534-31	Profissão	Recluse.	
Endereço	Rua Desemb. João Santana Cruz		Número	454	Complemento	Casa.	
Bairro	Funilenciaros II	Cidade	João Pessoa	Estado	PB	CEP	58078-100
Email					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
<input checked="" type="checkbox"/> <b>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)			
<b>AGÊNCIA</b> NRO. 4823 D/V (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. 34329 D/V (Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) <b>BANCO</b> Nome: NRO: <b>AGÊNCIA</b> NRO.: D/V: (Informar dígito se existir)			

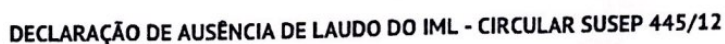
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

João Pessoa 28 de Setembro de 2018  
Local e Data

Samuel Felipe S. de Oliveira  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

CPF da Vítima

Data do Acidente	
Local	1000
Horário	1000
Tempo	1000
Temperatura	1000
Humidade	1000
Velocidade do vento	1000
Pressão atmosférica	1000
Visibilidade	1000
Estado do céu	1000
Estado da água	1000
Estado do solo	1000
Estado da vegetação	1000
Estado da população	1000
Estado da economia	1000
Estado da cultura	1000
Estado da ciência	1000
Estado da tecnologia	1000
Estado da arte	1000
Estado da literatura	1000
Estado da música	1000
Estado da pintura	1000
Estado da escultura	1000
Estado da arquitetura	1000
Estado da engenharia	1000
Estado da medicina	1000
Estado da agricultura	1000
Estado da indústria	1000
Estado da comércio	1000
Estado da educação	1000
Estado da religião	1000
Estado da política	1000
Estado da sociedade	1000
Estado da família	1000
Estado da comunidade	1000
Estado da nação	1000
Estado do mundo	1000
Estado do universo	1000
Estado da vida	1000
Estado da morte	1000
Estado da alma	1000
Estado do corpo	1000
Estado do espírito	1000
Estado do coração	1000
Estado da mente	1000
Estado da inteligência	1000
Estado da vontade	1000
Estado da emoção	1000
Estado da sensibilidade	1000
Estado da consciência	1000
Estado da razão	1000
Estado da fé	1000
Estado da esperança	1000
Estado da caridade	1000
Estado da justiça	1000
Estado da paz	1000
Estado da harmonia	1000
Estado da beleza	1000
Estado da verdade	1000
Estado da liberdade	1000
Estado da igualdade	1000
Estado da fraternidade	1000
Estado da solidariedade	1000
Estado da cooperação	1000
Estado da colaboração	1000
Estado da participação	1000
Estado da responsabilidade	1000
Estado da cidadania	1000
Estado da democracia	1000
Estado da liberdade de expressão	1000
Estado da liberdade de imprensa	1000
Estado da liberdade de religião	1000
Estado da liberdade de movimento	1000
Estado da liberdade de escolha	1000
Estado da liberdade de pensamento	1000
Estado da liberdade de consciência	1000
Estado da liberdade de expressão artística	1000
Estado da liberdade de expressão científica	1000
Estado da liberdade de expressão política	1000
Estado da liberdade de expressão social	1000
Estado da liberdade de expressão cultural	1000
Estado da liberdade de expressão econômica	1000
Estado da liberdade de expressão ambiental	1000
Estado da liberdade de expressão educacional	1000
Estado da liberdade de expressão religiosa	1000
Estado da liberdade de expressão política	1000
Estado da liberdade de expressão social	1000
Estado da liberdade de expressão cultural	1000
Estado da liberdade de expressão econômica	1000
Estado da liberdade de expressão ambiental	1000
Estado da liberdade de expressão educacional	1000
Estado da liberdade de expressão religiosa	1000
Estado da liberdade de expressão política	1000
Estado da liberdade de expressão social	1000
Estado da liberdade de expressão cultural	1000
Estado da liberdade de expressão econômica	1000
Estado da liberdade de expressão ambiental	1000
Estado da liberdade de expressão educacional	1000
Estado da liberdade de expressão religiosa	1000
Estado da liberdade de expressão política	1000
Estado da liberdade de expressão social	1000
Estado da liberdade de expressão cultural	1000
Estado da liberdade de expressão econômica	1000
Estado da liberdade de expressão ambiental	1000
Estado da liberdade de expressão educacional	1000
Estado da liberdade de expressão religiosa	1000
Estado da liberdade de expressão política	1000
Estado da liberdade de expressão social	1000
Estado da liberdade de expressão cultural	1000
Estado da liberdade de expressão econômica	1000
Estado da liberdade de expressão ambiental	1000
Estado da liberdade de expressão educacional	1000
Estado da liberdade de expressão religiosa	1000
Estado da liberdade de expressão política	1000
Estado da liberdade de expressão social	1000
Estado da liberdade de expressão cultural	1000
Estado da liberdade de expressão econômica	1000
Estado da liberdade de expressão ambiental	1000
Estado da liberdade de expressão educacional	1000
Estado da liberdade de expressão religiosa	1000
Estado da liberdade de expressão política	1000
Estado da liberdade de expressão social	1000
Estado da liberdade de expressão cultural	1000
Estado da liberdade de expressão econômica	1000
Estado da liberdade de expressão ambiental	1000
Estado da liberdade de expressão educacional	1000
Estado da liberdade de expressão religiosa	1000
Estado da liberdade de expressão política	1000
Estado da liberdade de expressão social	1000
Estado da liberdade de expressão cultural	1000
Estado da liberdade de expressão econômica	1000
Estado da liberdade de expressão ambiental	1000
Estado da liberdade de expressão educacional	1000
Estado da liberdade de expressão religiosa	1000
Estado da liberdade de expressão política	1000
Estado da liberdade de expressão social	1000
Estado da liberdade de expressão cultural	1000
Estado da liberdade de expressão econômica	1000
Estado da liberdade de expressão ambiental	1000
Estado da liberdade de expressão educacional	1000
Estado da liberdade de expressão religiosa	1000
Estado da liberdade de expressão política	1000
Estado da liberdade de expressão social	1000
Estado da liberdade de expressão cultural	1000
Estado da liberdade de expressão econômica	1000
Estado da liberdade de expressão ambiental	1000
Estado da liberdade de expressão educacional	1000
Estado da liberdade de expressão religiosa	

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telephone (DDD)

**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 28 de setembro de 2018  
Local e Data

x Samuel Felipe S. De Oliveira

**Campo 1 - Assinatura do Beneficiário**

**Campo 2 - Assinatura do Representante Legal**

DALI.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 wescoriações 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

01 OUT 2018  
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



10/7/2018

- 11Meo



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1090542



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1300857	Nome SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 14/09/1998	Idade 19 anos 9 meses 25 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 109539
Mãe MARIA DO CARMO SANTOS DE OLIVEIRA	Pai EDVALDO TEIXEIRA DE OLIVEIRA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA DO CARMO - MAE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987380977	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3982480	Nº Cns		
Local de procedência ERNESTO GEISEL	Tipo BAIRRO	UF PB		
mail	Naturalidade	CBO/R		
<b>Endereço</b>				
CEP 58078100	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA	
Número 454	Complemento	Bairro FUNCIONÁRIOS		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 25/06/2018 18:24:44	Número da pulseira 100004246649	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		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Motivo de transporte MU	Quem transportou			
<b>Sinais Vitais</b>				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
<b>Exames complementares</b>				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]
ECG [ ] Ultrasonografia [ ]				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL				
Tempo 33seg				

Imprimir

Scanned with CamScanner

HEETS-1



## FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: Somuel Felipe Santos de Oliveira DATA: 02/10/18 PRONTUÁRIO:

SEXO: M COR:  IDADE: 19

PRESSÃO ARTERIAL 90/60 PULSO 90 RESPIRAÇÃO eupneica TEMPERATURA  PESO  GRUPO SANGÜÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO UNE/BRT, 5/180 AP. CIRCULATÓRIO PRIST, ENF, 93

AP. DIGESTIVO Tejuna ESTADO MENTAL WTE DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO Sem

DOSE/HORA Sem ESTADO FÍSICO (ASA) II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO fx de clavícula (E)

CIRURGIA REALIZADA

CIRURGIÃO Dr. Rantele AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 7:45h TÉRMINO DA ANESTESIA 9:30h DURAÇÃO DA ANESTESIA 105min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  QUANT. DE CH.  VALORES RS

ANESTESISTA Dr. Camila, Dr. Alano (Rs) CPF  CRM-PB

AGENTES-HORA 7:45h 8:45h

ANESTESIA U N: U

LÍQUIDOS VENOSOS RL 500ml RL 500ml RL 500ml

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg) 120/80 120/80 120/80

RESPIRAÇÃO (l/min) 12 12 12

TEMPERATURA (°C) 36.5 36.5 36.5

ANOTAÇÕES RS 99% RS 99% RS 99%

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO PLEXO ☒ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS Sedação

TÉCNICA Uso de máscara em U.S.D. paciente monitorizada com DEX, antisepsia (conivale), bloqueio de

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	Cefazolin-2g	11	
2	midazolam 0.5% - 20ml	12	
3	hidroclorido de cloridrato - 20ml	13	
4	de xantano - 10mg	14	
5	2iprime-2g	15	
6	midazolam - 2.5mg	16	
7	midazolam - 2.5mg	17	
8	fentanyl - 50mcg	18	
9	propofol - 100mg	19	
10		20	

RESERVAÇÕES IMPORTANTES fx de clavícula (E), via intravenosa com cateter 18G + 20G com 2ml de midazolam 0.5% e 10mg de fentanyl 0.5% sem intubação

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F (NG) ASCIR 026-1



Nome: <u>Samuel Felipe dos Santos</u>			N de BE:		
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	Leito:	
Data de admissão: <u>25/06/19</u>		Alta: <u>04/07/19</u>	Tempo de Permanência:		
Diagnóstico de Internação: <u>Fratura de Anca</u>					
Diagnóstico Definitivo:					
Diagnóstico Secundário:					
Principais exames: <u>Rx</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>RFT D. Pontes / B. Pires</u>					
Biópsias:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim( ) não( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )					
Resultado bacteriologista:					
Condições de alta: Melhorado( ) Removido( ) A pedido( ) Curado( ) Óbito( ) À Revelia ( )					
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>alta em bom estado clínicos</u>					
<b>Orientações Pós Alta</b>					
Dieta:					
Repouso:					
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.					
Medicações para casa:					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.					
Ao ambulatório <u>D. Pontes</u> em 30 dias para revisão.					
João Pessoa <u>04</u> de <u>07</u> de <u>19</u>					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

F(NG).APC.002-2

Scanned with CamScanner

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Somuel Felipe Santos de Oliveira BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Protonese Cirurgica de fratura de clavícula esquerda  
Cirurgião: Dr. Luiz Portela 1º Assistente: Dr. Renner  
2º Assistente: Bruno Roma MP 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ Término \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

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

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Protonese Cirurgica de fratura de clavícula esquerda</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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 02/10/2013

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**