



Número: **0811618-62.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 6075.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ALEXANDRA CESAR DUARTE
AUTOR	SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA
ADVOGADO	JOSE EDUARDO DA SILVA
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
19716 520	12/03/2019 10:59	SEVERINO CARLOS DOS SANTOS-DOCUMENTAÇÃO	Outros Documentos
20417 893	09/04/2019 13:34	laudo pericial 0811618	Informações Prestadas

Duarte e Silva Advogados Associados

Rua Agente F. Jose Costa Duarte, 157/sala 05 - Mangabeira, João Pessoa/PB
(83) 98832-9676. (83) 99105-5363. (83) 98660-2858.

PROCURAÇÃO "AD - JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

CONTRATANTES:

NOME Sereino Carlos dos Santos TELEFONE 98601-8744
98670-9935

ESTADO CIVIL SOLTEIRO PROFISSÃO AUXILIAR DE EXPEDIENTE

CPF 056.739.554-56 RG 263563 ENDEREÇO R. DR.

Bandeira Lima 57 Vaz de Almeida

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, **JOSÉ EDUARDO DA SILVA OAB/PB 12.578**, e **ALEXANDRA CESAR DAURTE OAB/PB 14.438** com escritório profissional sito à Rua Agente F. Jose Costa Duarte, 157/sala 06, Mangabeira, João Pessoa, Paraíba.

Ficam conferidos a ele(s), amplos poderes para praticar todos os atos de processos judiciais e extrajudiciais de representação e defesa em qualquer Juízo, instância ou tribunal, perante quaisquer pessoas de direito público, seus órgãos, ministérios, desdobramentos e repartições de qualquer natureza, inclusive autarquias e entidades paraestatais, quaisquer pessoa jurídica de direito privado, sociedade de economia mista ou pessoa física em geral, outorgando poderes para: receber citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, assinar documentos, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive levantar/receber alvarás judiciais, conjunta ou separadamente, junto aos cartórios do poder judiciário deste Estado, podendo ainda, substabelecer esta a Outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso sempre no interesse do outorgante.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA

Declara ainda o outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do seu sustento ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa, 27 de dezembro de 2018

(OUTORGANTE) Sereino Carlos dos Santos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
SKVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

DOC. ENTIDADE : CNO PASSOS UF
2673563 SSOS PB

CPF DATA NASCIMENTO
056.739.554-56 29/11/1984

FILIAÇÃO
MARCOS ANTONIO DOS
SILVA
JOSILENE DOS SANTOS
SILVA

PERMISSÃO ACC CATIAA
AB

Nº REGISTRO VALIDEZ 1ª HABILITACAO
05984156600 31/07/2018 24/01/2014

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA:

Skverino Carlos dos S. Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSAO
JOAO PESSOA, PB 22/04/2015

ASSINATURA DO TITULAR 33619986709
PB030560802

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1083246762

PROIBIDO PLASTIFICAR
1083246762

COMPREV PREVIDENCIA S/A
26 NOV. 2018
PROTOCOLO
AO. JOAO PESSOA



CERTIDÃO

Nº. 1407/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 134936 e Prontuário Nº 2018.06.000975 pertencentes a **SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA** que foi atendido dia 08/06/2018 às 08H29min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro inferior direito.

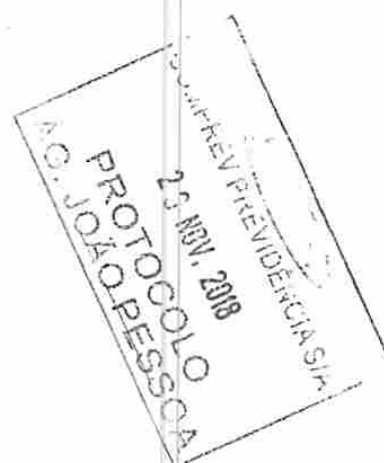
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de talus direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 08/06/2018 com alta médica dia 12/06/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 11 de outubro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMITÊ O HOSPITALAR MANAIBEIRA GOV. TARCISIO BURITY

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

5706-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

AX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 134936

Atd: Nao Regula

Data: 08/06/2018

Hora: 08:29:19

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE A

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

Num. Prontuario: 2018.06.000975

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2673563 Fone: 986018794

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 29/11/1984 Id: 33 ano(s)

End.: RUA DOUTOR BANDEIRA LINS, 57

Bairro: VARZEA NOVA Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: JOSILENE DOS SANTOS SILVA

Pai: MARCOS ANTONIO DOS SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ANA PAULA ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

T. Transporte utilizado: BOMBEIROS

Vitima de acidente por: COL.MOTOXCARRO EM VAZEA NOVA

Vitima de violência por: COND

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

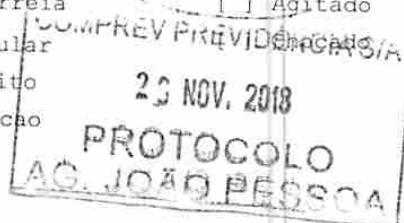
Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Vômito

Observacao

Queixa Principal

VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO, COM CORTE
CONJUNTO E TRAUMA EM MID



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente de
moto e trauma em tornozelo D e depe-
ndente e ferimento local

Diagnostico

| Conduta

Exame e exposição do tornozelo D

Prescrição

| Horário da medicação

sol cc de urgência

Dr. Heitor Romero L. Nobrega
Ortopedia/Traumatologia
BY DA SOCIEDADE



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA</u>		Data da Admissão: <u>09/10/2018</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>	
QPD: <u>DEFORMIDADE E - TNR</u>			
HDA: <u>VITIMA DE ACIDENTE MOTO, COM DEFORMIDADE E</u>			
<u>DOR EM MÍD TNR</u>			
Medicações em uso: _____			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 23 NOV. 2018 PROTOCOLO AC. JOÃO PESSOA</div>			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposu <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: EX. EXPONTA DE TALUS (D)Conduta: INTENHO P/ TRATAMENTO CIRURGICO

Yury Cordeiro
CRM PB: 11507
DR. FELDEN

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

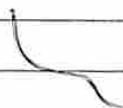


DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDM SOB ANESTESIA
ASSEPSIA ANTISÉPTICA
ADSIÇÃO DE CAMPOS ESTERILIZADOS

Incisão:



Achados:

ALUNCO DE TUBO

Conduta:

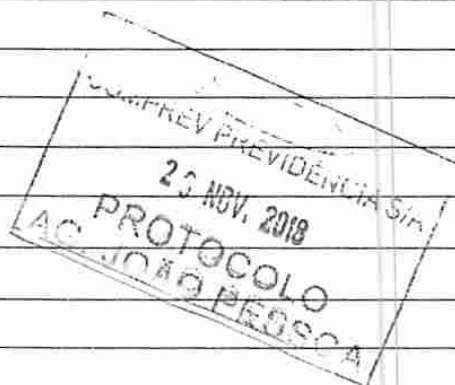
LIMPEZA EXAUSTIVA COM SFQ 99%
REALIZADA MANEIRA DE REDUÇÃO INCISSO
SOB ESCÓPIA
LIMPEZA COM SFQ 99%

Fechamento:

SUTURA DE PELE
RE CO-TRABE
TALA BOTA

OBS:

ANTIBIÓTICO TERAPIA ALTA PROVAVEL SECUNDA
DE GESSO AVALIAR RX NÃO EVIDENCIANDO FX



Data: 08/10/18

Yury Cordeiro
CRM PB: 11507
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02208.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02208.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:35 horas do dia 14 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Severino Carlos dos Santos Silva**, CPF nº 056.739.554-56, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Expedição, filho(a) de Josilene dos Santos Silva e Marcos Antonio da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 29/11/1984 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Dr. Bandeira Lins, Nº 57, bairro Várzea Nova, tendo como ponto de referência Bar de Brizola, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98799-6702.

Dados do(s) Fatos:

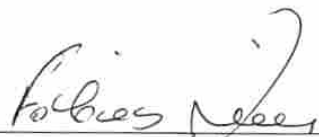
Local: Rua da Mangueira, De Frente Ao Psf, Santa Rita/PB, bairro Várzea Nova; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/06/18 07:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

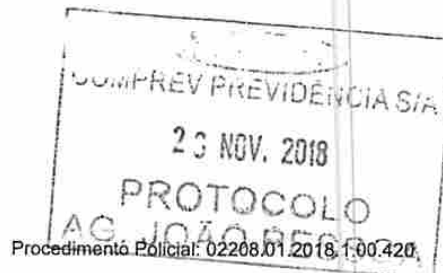
Que conduzia o CICLOMOTOR SHINERAY XY50Q PHOENIX, PRETO, 2013/2014, PLACA QFY3128/PB, CHASSI LXYXCBL07E0517007, registrada em nome de Luiz Carlos de Souza, quando colidiu na lateral direita de um CARRO SANDERO, VERMELHO, OFZ0607/PB, o qual transitava no sentido oposto e repentinamente a condutora fez uma manobra para estacionar no PSF, interceptando a passagem do noticiante; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1407/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 11.10.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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.

João Pessoa/PB, 14 de novembro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA
Noticiante



Buscar no site

A
COMPANHIA

SEGURO
DPVAT

PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)

CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICAS

SALA DE
IMPrensa

TRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Novas Consultas

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a entrega da documentação completa. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180554414 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA


CPF/CNPJ: 05673955456

Posição em 06-12-2018 17:03:05

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui (<http://www.seguralider.com.br/contato>) para entrarmos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
07/12/2018	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
30/11/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qmr1pj6NWSfQFHwSC9Np+wr=api_key=Y1mS5keYVAccc4fjeMVfqF0G93wo8xocQSixnMrAt4Q=)

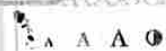
ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

João Pessoa, 08 de abril de 2019.

Ao Excelentíssimo Juiz da 1ª Vara Cível da Capital
Referente ao Processo nº 0811618-62.2019.8.15.2001

Assunto: Aceitação de encargo e designação de data de perícia

Senhor Juiz,

Venho através deste, comunicar a Vossa Excelência a aceitação de encargo, bem como os honorários profissionais arbitrados, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), conforme convênio entre o Tribunal de Justiça da Paraíba e a Seguradora Líder, referente aos processos que tramitam nesta Unidade Judiciária, relacionados aos pedidos de indenização do seguro obrigatório DPVAT, com as mesmas características realizadas no Mutirão DPVAT pelo Tribunal de Justiça da Paraíba e as Seguradoras integrantes do Consórcio. Aproveito a oportunidade para solicitar que seja intimada a seguradora ao pagamento antecipado dos honorários periciais.

Por oportuno, solicito que sejam intimadas as partes que irem realizar as periciais solicitadas, a partir das 09:00 horas da manhã do dia 20/05/2019, na Policlínica das Praias, localizada na Avenida Ruy Carneiro, nº 166, Manaíra, munido de todos os atestados e exames complementares de que dispõe.

Dados do perito: Antonio Vituriano de Abreu, CRM 2279 – PB, CPF: 095.649.504-49, conta corrente no Banco do Brasil – Ag. 3396/ Conta Corrente – 118901-8.

Atenciosamente,


Dr. Antonio Vituriano de Abreu

Médico Ortopedista-Traumatologista

CRM: 2279

João Pessoa, 08 de abril de 2019.

Ao Excelentíssimo Juiz da 1ª Vara Cível da Capital
Referente ao Processo nº 0811618-62.2019.8.15.2001

Assunto: Aceitação de encargo e designação de data de pericia

Senhor Juiz,

Venho através deste, comunicar a Vossa Excelência a aceitação de encargo, bem como os honorários profissionais arditados, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), conforme convênio entre o Tribunal de Justiça da Paraíba e a Seguradora Líder, referente aos processos que tramitam nesta Unidade Judiciária, relacionados aos pedidos de indenização do seguro obrigatório DPVAT, com as mesmas características realizadas no Mutirão DPVAT pelo Tribunal de Justiça da Paraíba e as Seguradoras integrantes do Consórcio. Aproveito a oportunidade para solicitar que seja intimada a seguradora ao pagamento antecipado dos honorários periciais.

Por oportuno, solicito que sejam intimadas as partes que irem realizar as perícias solicitadas, a partir das 09:00 horas da manhã do dia 20/05/2019, na Policlínica das Praias, localizada na Avenida Ruy Carneiro, nº 166, Manairá, munido de todos os atestados e exames complementares de que dispõe.

Dados do perito: Antonio Vitoriano de Azevedo, CRM 2279 – PB, CPF: 095.649.504-49, conta corrente no Banco do Brasil – Ag. 3386/ Conta Corrente – 118901-8.

Atenciosamente,

Dr. Antonio Vitoriano de Azevedo
Médico Ortopedista-Traumatologista
CRM: 2279