



Número: **0820765-49.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/04/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROBSON RAMOS DA SILVA (AUTOR)		ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13530456	11/04/2018 10:52	Petição Inicial	Petição Inicial
13531206	11/04/2018 10:52	adm robson ramos da silva	Documento de Comprovação
13531229	11/04/2018 10:52	prot adm robson ramos-	Documento de Comprovação
13531301	11/04/2018 10:52	adm robson ramos da silva2	Outros Documentos
13834646	23/04/2018 15:11	Despacho	Despacho
13863671	23/04/2018 17:45	Expediente	Expediente
14397292	21/05/2018 15:42	Petição	Petição
17475565	05/11/2018 17:18	Despacho	Despacho
17669560	08/11/2018 14:07	Petição	Petição
17669598	08/11/2018 14:07	CTPS Robson ramos	Documento CTPS
20403345	15/04/2019 17:44	Despacho	Despacho

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ___ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.

Justiça Gratuita

ROBSON RAMOS DA SILVA, inscrito no CPF sob o nº 111.133.054-95, brasileiro, residente e domiciliado na Rua Jorge Ribeiro Coutinho, 21, Tibiri, CEP: 58300-970, Santa Rita – Paraíba, *não possui email*, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO JUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE



em face da **BRDESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, devendo ser citado na pessoa de seu representante legal, o que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante elencados:

PRELIMINARMENTE

Do Benefício da Gratuidade Processual

O promovente, à luz do que dispõe a Lei nº 1.060/50 e o Art. 98 do CPC, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual por ser pobre na forma da lei, conforme atesta declaração acostada.

DOS FATOS

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em **21.12.2016**, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

-



A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS NO ART. 5º DA LEI QUE REGE O PAGAMENTO PELO SEGURO DPVAT, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, COM ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

Diante desses fatos, resta à parte requerente ingressar na justiça para fazer valer o direito dela.

DO DIREITO

1. DA LEGITIMIDADE ATIVA *AD CAUSAM*

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – **DPVAT**, conhecido popularmente como **SEGURO OBRIGATÓRIO**, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

No caso em comento, é direito da promovente perceber uma indenização por danos pessoais, ante a sua debilidade permanente decorrente de acidente automobilístico.



Vale a pena destacar, que a legitimidade ativa da autora na presente demanda é cristalina. Neste sentido, dúvidas não há, ante a dicção legal do art. 4º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.

§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.”. (GRIFO NOSSO)

2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA *AD CAUSAM*

O art. 7º da Lei 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao referido consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo da demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

“Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **BRADESCO SEGUROS S/A**.

Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:



CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NA APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SEGUROS DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. VÍTIMA FATAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. ARGUMENTAÇÃO DA SEGURADORA RECORRENTE QUE NÃO É CAPAZ DE MODIFICAR A DECISÃO ATACADA. AGRAVO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS. 1. Trata-se de Agravo legal em face da decisão terminativa que deu parcial provimento ao recurso de Apelação, reformando a sentença apenas para afastar a litigância de má-fé e fixar juros de mora a partir da citação 2. Concessão de indenização na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de complementação do seguro DPVAT, por acidente automobilístico que vitimou o pai do apelado. 3. Rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva, tendo em vista que qualquer seguradora integrante do consórcio do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT) pode ser acionada para pagar o valor da indenização de seguros. 4. Juros de mora contados a partir da citação, consoante o disposto no Enunciado Sumular 426 do STJ e correção monetária a partir da ocorrência do evento danoso. 5. Recurso a que se nega provimento. (TJ-PE - AGV: 3796438 PE, Relator: Waldemir Tavares de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 17/03/2016, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 2ª Turma, Data de Publicação: 01/04/2016)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontroversa qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.””(grifo nosso)



Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

“A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei”.(destaque nosso).

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na Corte do **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**. Vejamos:

“STJ. SÚMULA 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização”.

É incontestável, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

4. DO VALOR



Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é regulamentado pela regra constante do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

‘Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores 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;

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.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento)



para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico. Devendo o valor exato ser aquilatado mediante perícia médica, afim de que as debilidades da vítima sejam enquadradas na tabela anexa à lei.

5. DA POSTULAÇÃO

EX POSITIS, requer a Vossa Excelência:

- a) ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
- b) ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além as correções legais e honorários sucumbenciais
- c) Conceder os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser a autora pobre na forma da lei;
- d) Caso seja necessária, seja designada audiência de conciliação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, quais sejam: depoimento pessoal do representante legal do Réu, juntada de novos documentos e realização de perícia médica a ser realizada **por médico especialista**.



Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 14 de março de 2018.

Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968



Quesitos para a perícia:

1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:

2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.

3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?

4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.

5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?

6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?

7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?

8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?

9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Robson Ramos da Silva,

PORTADOR(A) DO RG Nº 4109437 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 10/10/12 E

CPF 0000133054-95 /CNPJ _____, PROFISSÃO Comerciante

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Robson Ramos da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1914 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 132405-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

1. Pessoa 12 de Março de 2017
LOCAL E DATA

Robson Ramos da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 726 7474

204-638601000-4

24/05/2017 HORA DE 11:19:20

13.15709-4 JERR: 027450

MUNICÍPIO: SANTA RITA CONTROLE: 930158741

VINCULADA: 1914

DEPOSITO EM DINHEIRO

1914-013-00132408-9

ROBSON RAMOS DA SILVA

5200

PSSE RECEBUE VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

204-638601000-4



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Roberto Ramos da Silva.

RG nº 4109437, data de expedição 10/10/12 Órgão SSP/PB

CPF nº 111133054-95 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Jorge Ribeiro Coutinho</u>
Número	<u>10: 21</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Fábria Fabrica.</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraíba. PB</u>
CEP	<u>58300970</u>
Telefone de Contato	<u>988006495.</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Joazeiro 12-06-2017

Assinatura do Declarante: Roberto Ramos da Silva





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Felício da Silva, 220 - Jardim João Pessoa - PB
CEP: 54015-070 - CNPJ: 03.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

67343538

REFERÊNCIA

MAR/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA JOSE GOMES DOS SANT
RUA AGRO JORGE RIBEIRO COUTINHO 21
TIBURI FARRICA 58300-970
SANTA RITA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Outros	
03.02.284.0150	0	1	0	0	0	67343538
Medidor	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
AI1X078160	26/10/2011	2	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (LITROS) | Nº DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
1860 | 1693 | 167 | 30 | 05/04/2017
HIST. DE CONS. ANTER. | LET. | QUALID. DA ÁGUA | DECRETO 2.914/2011-MS
SET/2016 | 31 | 1 | PARÂMETROS FÁBIC | ANÁLISE | CONSUMO





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01047.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01047.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:14 horas do dia 07 de junho de 2017, 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 Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Robson Ramos da Silva**, CPF nº 111.133.054-95, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Comerciante, filho(a) de Severina do Ramo Lourenço e Antonio Marcos da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/12/1993 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Praça Antenor Navarro, Nº 21, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Proximo Ao Parque do Povo, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98800-6495.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Bela Vista, Outros, Santa Rita/PB, bairro Alto das Populares; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/12/16 20:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA NXR BROS DE COR BRANCA, ANO 2015, PLACA QFV-9499-PB, CHASSI Nº 9C2KD0810GR405183, EM NOME DE IVANILDO P. BEZERRA, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS, PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM-PB 3323, DATADO DE 24/02/2017, O NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de junho de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


ROBSON RAMOS DA SILVA
Noticiante

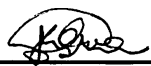
Procedimento Policial: 01047.01.2017.1.00.420

1/1





VISTO EM: 23/01/17


Comandante do BAPH
Katy Sabrina do Nascimento Silva
TEN CEL 521.280-4


**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 18 de Janeiro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 016/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 21/12/2016, conforme requerimento nº 014/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 20h20min o/a Sr.(a) **ROBSON RAMOS DA SILVA** CPF Nº 111.133.054-95, vítima de acidente de trânsito (*colisão carro x moto*), ocorrido na Rua Bela Vista, Alto dos Populares, Santa Rita/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48, tendo como chefe o **SARGENTO BM Victor Melo Ribeiro** da Silva, Matrícula 525.875-8, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, consciente e orientada, apresentando fratura de membro inferior esquerdo, corte contuso na região do supercílio esquerdo e bateu com a cabeça ao solo. A vítima era condutora da motocicleta e não usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Elizabete Gurjão Leônico Pinheiro**- SD BM, Mat. 523.935-0, (*Elizabete*) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.


João Freitas Santiago
Ten. QOBM
Mat. 523.685-1

Chefe da 3ª Seção

**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: crahbbs@bombeiros.pb.gov.br

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Robson Ramos da Silva, portador da carteira de identidade nº 4109438 e inscrito no CPF/MF sob o nº 111133054-95, residente e domiciliado na Rua Agn. Jorge Ribeiro Coutinho n.º 21, Cidade Santa Rita, Estado Paraná, 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:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

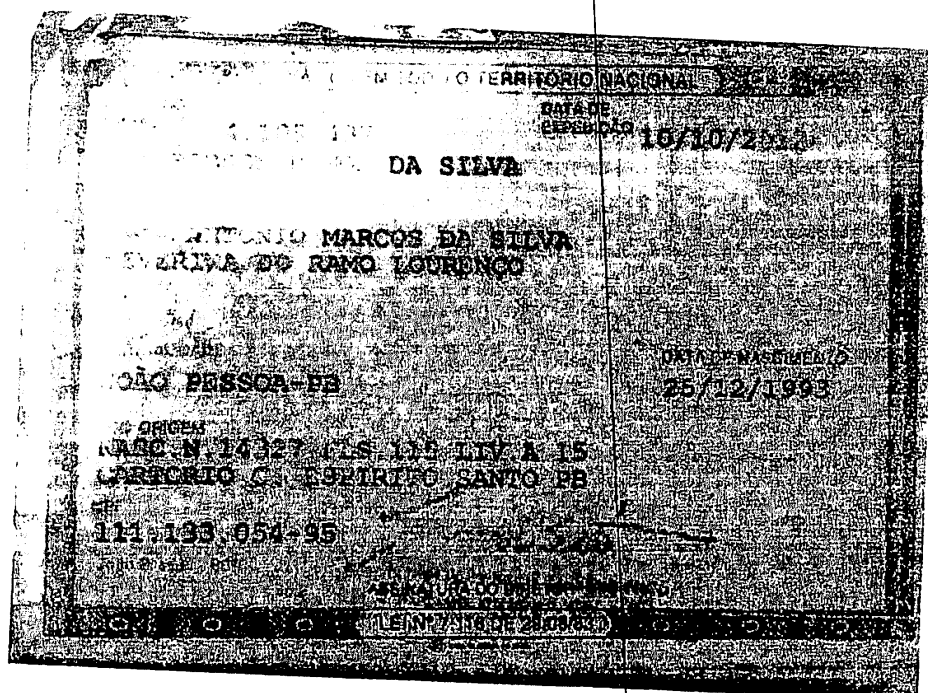
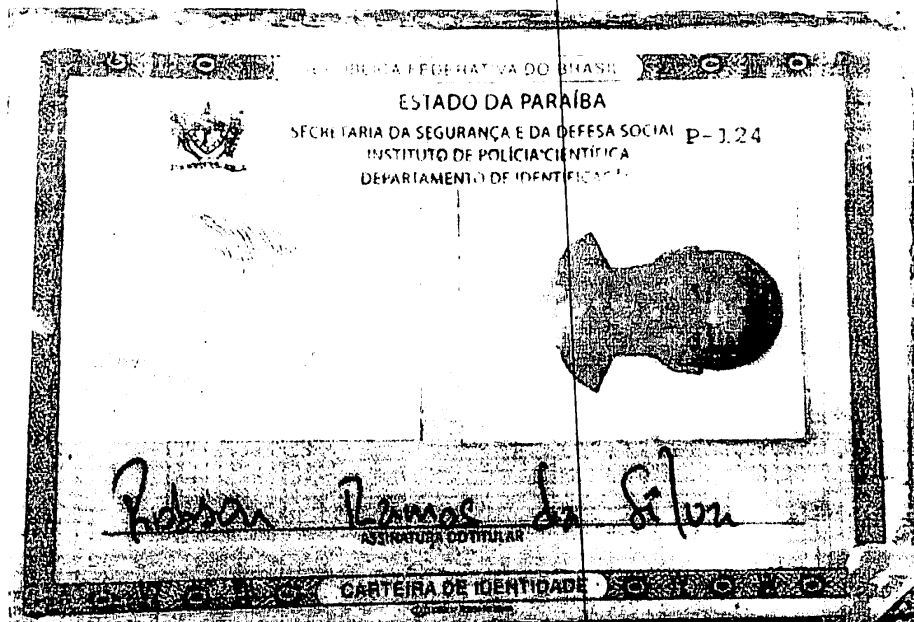
Robson Ramos da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

S. Pessora 12 de junho de 2017

Local e data





PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: Robson Ramos da Silva.
Qualificação: Marido
CPF/MF: 111.133.054-95 RG: 4109437 SSP/PB
Endereço: Rua Agio, Jorge Ribeiro Coutinho nº 21
Dikiri-Fabrica. CEP. 58300970 S. Rita

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

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 sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 12 de junho de 2017.

Robson Ramos da Silva
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0048681/18
Vítima: ROBSON RAMOS DA SILVA
CPF: 111.133.054-95

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/12/2016
Titular do CPF: ROBSON RAMOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ROBSON RAMOS DA SILVA : 111.133.054-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/02/2018
Nome: ROBSON RAMOS DA SILVA
CPF/CNPJ: 111.133.054-95

ROBSON RAMOS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2018
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

Sandra Maria Accioly Pedrosa





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 Robson Ramos da Silva
DATA DE NASCIMENTO 25/12/93
NOME DA MÃE Severina do Ramo Lourenço

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 99350
BOLETIM DE ENTRADA N.º 969121
DATA DO ATENDIMENTO 21/12/16
HORA DO ATENDIMENTO 21:08
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura exposta de ossos da perna esquerda
CID 10 S82.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, trazido pelo SAMU, com fratura exposta de ossos da perna esquerda, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX perna E, cervical

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de ossos da perna E.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta de ossos da perna esquerda

ALTA HOSPITALAR: 24/12/16
DATA DA EMISSÃO: 24/02/17


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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

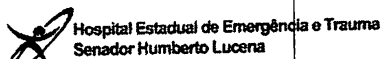
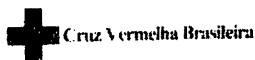
Boletim de Atendimento: 969121



Identificação do paciente			
ID 1119233	Nome ROBSON RAMOS DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 25/02/1993	Idade 23 anos 10 meses 3 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião TESTEMUNHA DE JEOVA
Mãe NAO INFORMADO		Prontuário 99350	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO		Responsável (Parentesco) - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988006495	DDD Fixo 83	Fone Fixo 988545284
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 89.800.5149.176392	
Local de procedência SANTA RITA		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Etnia	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58301205	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro NILO PEÇANHA
Número 158	Complemento		Bairro POPULAR
Admissão			
Data e Hora 21/12/2016 21:08:59	Número da pulseira 100004208532	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Sim	Trauma Não
Método de transporte ESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA: x mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por AURINEIDE QUEIROGA DANTAS			Tempo 06min 01seg

Imprimir





ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 969121



Identificação do paciente			
ID 1118233	Nome ROBSON RAMOS DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 25/02/1993	Idade 23 anos 9 meses 26 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião TESTEMUNHA DE JEOVA
Mãe NAO INFORMADO	Pai		Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) TATIANA VIEIRA - ESPOSO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988006496	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 68301205	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro NILO PEÇANHA
Número 158	Complemento	Bairro POPULAR	
Admissão			
Data e Hora 21/12/2016 21:08:59	Número da pulseira 100004208532	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGENCIA	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 Sim	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
CID			
Atendido por AURINEIDE QUEIROGA DANTAS			
Tempo 06min 01seg			

Imprimir

21/12/2016 21:13





Primeiro Atendimento Médico

18004200532
ROSEAN RAMOS DA SILVA
DT. NASC.: 25/02/1993
MRE: NAO INFORMADO

END.: NILO DE CARVALHO
N. 158 - POPULAR
SANTA RITA
PONE: ()
CELULAR: (83) 98808485
IDADE: 23
DT. ENTRADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

21h20 Colisão moto-carro, pelo lado direito do veículo, com o condutor e a passageira.

NOME PRIMÁRIO

AS

AÉREAS ☒ Pérvias () Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim () Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade

() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD ☒ Presente e normal

() Rude

() Diminuído

() Ausente

HTE ☒ Presente e normal

() Rude

() Diminuído

() Ausente

2- RUÍDOS

() Sim

() Não

HTD - Roncos

Sibilos

Estertores

HTE - Roncos

Sibilos

Estertores

FC: _____ bpm

PA: _____ mmHg

T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN: _____

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

TEMPERATURA DA PELE

PULSO

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO

☒ Normal () Pálida () Cianótica

() Pletórica () Ictérica

☒ Normal () Quente () Fria

() Normal ☒ Aumentado

() Fino () Ausente

☒ Regular () Irregular () Ausente

☒ Normotônicas () Hipotônicas

() Hipofonéticas () Ausente

() Presente ☒ Ausente

() Sim ☒ Não

FC: _____ bpm

PA: _____ mmHg

T: _____ °C

ECG: _____

MELHOR RESPOSTA VERBAL

ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA

(≤4 anos)

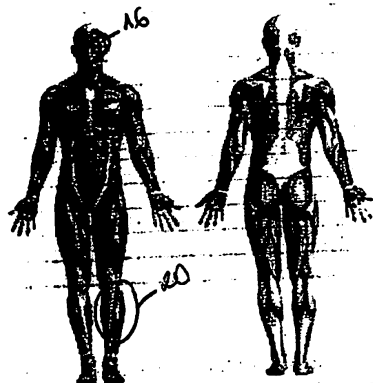
MELHOR RESPOSTA MOTORA

F(NG).CC.001-1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ☐ Sim:
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: nas Luiza
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim:
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim:
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim:

LOCAL DA LESÃO Identifique o local com o número correspondente ao lado



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efsema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31-Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada (regra da palma%) % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS: ☒ Radiografias Perna e cervical ☐ Lavado peritonial
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
CONDUITAS E PROCEDIMENTOS			
1	3º atendimento cirúrgico		
2	SVI 1000ml IV em 24h.		
3	Ceftriaxona 1g + AD, IV agora (agora antes da renovação p/ Trauma) 2/2		
4	Hidralazina 20mg 2ml + 8ml AD 100cc Sml EV		
5	Paracetamol 1000mg + 1000ml SF CVT. EV		
6	Tetralina 100mg + 1000ml SF CVT. EV		
7	Alta da Cir Geral		
8			
9	Tala Bata MTB		
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da: ORTOP / BME às: / / do dia / /
 Solicito parecer da: / / às: / / do dia / /

DESTINO DO PACIENTE

DATA: / /
 SAÍDA: / /
 HORAS: / /

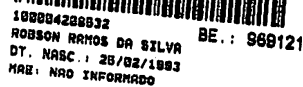
☐ Centro cirúrgico
☐ Transferência (unidade de saúde)
☐ Internado (setor)
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JIML ☐ SVO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1





END.: NILO PE SANHA
N. 189 - POPULAR
SANTA RITA
FONE: ()
CELULAR: (03) 998888488
IDADE: 23
DT. ENTRADA:

BE/PRONTUARIO

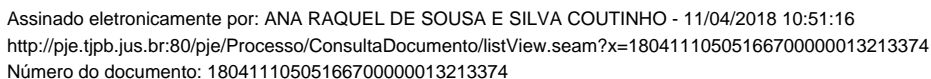
NOME DO PACIENTE

Paula L. Brown
222 Galesburg Rd. - Farmington
6-350

Public Letter Summary
WMA Complaints & Recommendations
CY02-PB 0000

POLY LON

Dr. Nilvan de Silva Linhares
CRM: 5044 - 033.00.005044-4
Ortopedia Traumatologia



Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: Rolsen Ramas das
Enfermaria/Leito: _____

Cirurgia: Trat com Fratura exposta de ossos da perna

Cirurgião: Dr Holtenberg + Dr Raiff R2

Data: 2/12/16 Sala: 1

Circulante de Sala: Andison / Vanica / Germana

CX: 45 COMPAZO

AUTO: 01 CICLO: 08 134

DATA: 20/12/2016

VALIDADE: 20/03/2017

ENF. DORA LIMA

COREN-PB: 73223

ENI-GRAPH A

CLASS 6

STEAM

LOT 150701

7 min. 130°C

Andison de Carvalho
Téc. de Esterilização
COP/ENF/ENF

F(NG).ASCIR.029-1

11/103 1167
 V-28173
 per stylen O Spao
 Deverane





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

Nome: Robson Ramos da Silva BE/Prontuário: 969171
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 22/12/16
Clínica/Setor: Ortop EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. Heisenberg 1° Assistente: Raffi
2° Assistente: _____ 3° Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____: _____ Término _____: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de ossos da</u>	
<u>perna eq.</u>	

Procedimento Cirúrgico	Código
<u>Tratamento cirúrgico</u>	
<u>de frab. de ossos da</u>	
<u>perna eq.</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, 22/12/16

F(NG).ASCIR.009-I



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: Paciente em DPH suspenso + imobilizado Aparelho de campos estereos
Incisão: Antero-medial, lateral
Achados:
Conduta: <ul style="list-style-type: none">• Lavagem com SF• Dissecção por planos anatômicos• Redução da fratura• Fixação com 1 placa 4,5mm• 10 fios + 8 parafusos corticais• Lavagem com SF• Sutura por planos anatômicos• Curativo estéril• Rx de controle
Fechamento:
Observação:

Médico/CRM:



João Pessoa, 22/12/16

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

969121

HEFTSH

107121

HEF 7341

NOME DO PACIENTE: **ROBSON Ramos da Silva**

IDADE: **23** BE: **969121** PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO:

CIRURGIA: **Trat. cir. de ferimento exposto dos ossos da perna (G)**

CIRURGIÃO: **H6156 Almeida** AUX: **Dr. Raíff R2**

ANESTESIA: **Raqui**

ANESTESISTA: **Dr. Juliano**

INSTRUMENTADOR: **Dr. João R1**

DATA: **21/12/16** TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: **2:00** FIM: CIRURGIA: INÍCIO: **2:20** FIM: **3:20**

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS		QTD.
ALFENTANIL			JELCO Nº18			FIO CAT GUT CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		SF 500	JELCO Nº20			FIO CAT GUT CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA PESADA		SF 500	JELCO Nº22			FIO DE AÇO Nº		
CETAMINA			JELCO Nº24			FIO DE AÇO Nº		
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº			FIO DE NYLON Nº		
ETOMIDATO			KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº			FIO DE NYLON Nº		
FENOBARBITAL			LÂMINA BISTURI Nº11			FIO DE NYLON Nº		
FENTANIL			LÂMINA BISTURI Nº15			FIO DE NYLON Nº		
FLUMAZENIL			LÂMINA BISTURI Nº23			FIO POLIGLACTINA Nº		
ISOFLURANO			LÂMINA BISTURI Nº24			FIO POLIGLACTINA Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO			LÂMINA DE DERMATÓMOMO			FIO POLIGLACTINA Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO			LÂMINA DE ENXERTO			FIO POLIPROPILENO Nº		
LIDOCAÍNA C/ VASO			LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.			FIO POLIPROPILENO Nº		
LIDOCAÍNA S/ VASO			LUVAS ESTÉRIL Nº7,0			FIO POLIPROPILENO Nº		
MIDAZOLAN			LUVAS ESTÉRIL Nº7,5			FIO POLIGLACTAPRONE Nº		
MORFINA			LUVAS ESTÉRIL Nº8,0			FIO SEDA Nº		
NIMBUM			LUVAS ESTÉRIL Nº8,5			FITA CARDÍACA		
PANCURÔNIO			MÁSCARA CIRÚRGICA			MATERIAL ESPECIAL		
PETIDINA			MULTIVIAS			CATETER DE PIC		
PROPOFOL			PERFURADOR DE SORO			CIMENTO CIRÚRGICO		
RAMFENTANIL			SCALP Nº19			CLIP TITÂNIO LIGADURA		
ROCURÔNIO			SCALP Nº21			FIO DE KIRSCHNER Nº		
SEVOFLURANO			SERINGA 3ML			FIO DE KIRSCHNER Nº		
SUXAMETÔNIO			SERINGA 5ML			FIO STEINMAN Nº		
TIOPENTAL			SERINGA 10ML			FIO STEINMAN Nº		
MEDICAÇÕES	QTD.		SERINGA 20ML			GRAMPEADOR CIRÚRGICO		
ADRENALINA			SERENGA 20ML			HEMOST. ABSORVÍVEL		
ÁGUA DESTILADA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8			KIT DERIVA. VENTRICULAR		
ATROPINA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10			PRÓTESE VASCULAR		
BEXTRA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12			KIT. PAM		
CEFAZOLINA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14			FIXADOR EXTERNO		
DEXAMETASONA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16			EMPRESA		
DIPIRONA SÓDICA			SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			CK 4,5 Kompe		
EFEDRINA			SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			PARAFUSOS CORTICAIS		
FUROSEMIDA			SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			PARAFUSOS CORTICAIS		
GLICOSE 50%			SONDA NASOG. CURTA			PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLUCONATO DE CÁLCIO			SONDA NASOG. LONGA			PARAFUSOS ESPONJOSO		
HIDROCORTISONA			SONDA URETRAL Nº			PARAFUSOS MALEOLAR		
LIDOCAÍNA GELÉIA			TORNEIRINHA			PARAFUSOS MALEOLAR		
ONDASENTRONA			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			PLACA de 10 Furad		
PLASIL			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			PLACA		
PROSTIGMINE			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			EQUIPAMENTOS		
PROTAMINA			TUBO SILICONE (LATEX)			ASPIRADOR		
TENOXCAN						BISTURI ELÉTRICO		
						() CAPNÓGRAFO		
						() CARDIOMONITOR		
						() DESFIBRILADOR		
						() FOCO AUXILIAR		
						() FOCO CENTRAL		
						() MICROSCOPIO		
						() OXÍMETRO DE PULSO		
						() INTRUSIVÃO INVASIVA		
						() PERFURADOR ELÉTRICO		
						() SERRA		
						CIRCULANTE		

Andison de Carvalho
Téc. de enfermagem
COREN 024535

F(NG).ASCIR.021-2

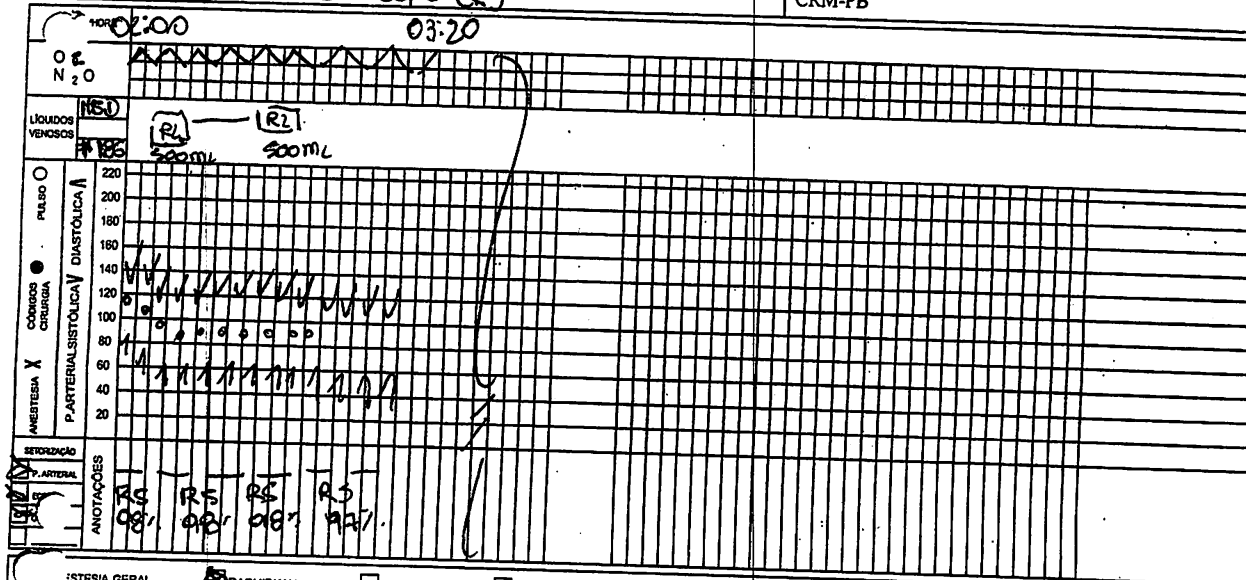


FICHA DE ANESTESIA

DATA: 22/12/16

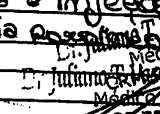
PRONTUÁRIO: 969121

PACIENTE: Robson Ramos da Silva		SEXO: M	COR:	IDADE: 23 anos
PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 mmHg	PULSO: 120 bpm	RESPIRAÇÃO: 18	TEMPERATURA:	PESO:
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	GRUPO SANGÜÍNEO		
EXAMES COMPLEMENTARES				
AP. RESPIRATÓRIO: MUC. AHT. SIRA		AP. CIRCULATÓRIO: KER. C. BETF		
AP. DIGESTIVO: Estômago cheio		ESTADO MENTAL: orientado		
PRÉ-ANESTÉSICO		DROGAS EM USO		
DOSE/HORA		ESTADO FÍSICO (ASA)		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura dos ossos da perna Esq.				
CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirúrgico de fratura dos ossos da perna Esq.				
CIRURGIÃO: Dr. Heisenberg		AUXILIARES: Dr. Raita (R)		
INÍCIO DA ANESTESIA: 02:00		TÉRMINO DA ANESTESIA: 03:20		DURAÇÃO DA ANESTESIA: 80 min.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES RS
AN: ESISTA Dr. Juliano + JORGE (R)		CRM-PB		



TÉCNICA		ESTESIA GERAL <input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>	
LÍQUIDOS		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
GLICOSE	Volume em ml	1 Bupivacaína hiperbárica 0,5% 15 mg	
NaCl		2 Morfina 80 mg	
SANGUE		3 Midazolam 2 mg	
RODOR		4 Cetazolin 20	
TOTAL		5 Dexametasona 10 mg	
DESTINO DO PACIENTE		6 Ondansetrona 8 mg	
<input type="checkbox"/> APT* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA		7 Dipiridona 20	
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA		8 Hidrocodona 100 mg	
<input type="checkbox"/> OUTROS		9 Gentamicina 240 mg	
		10	

Observações importantes: Paciente sentado, feito antissepsia e oxigenação com álcool à 30% no espaço subaracnóideo entre L3-L4, c/ Guimaraes 200 e injeção de Bupivacaína hiperbárica 0,5% 15 mg + Morfina 80 mg. Via Raquidiana.

Assinatura do Anestesiologista:  CRM-PB 7558

F. (NG) ASCR.024





Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7)

0820765-49.2018.8.15.2001

AUTOR: ROBSON RAMOS DA SILVA

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Vistos, etc.

Compulsando os autos, verifico na exordial o requerimento do benefício da justiça gratuita. Entretanto, embora o CPC, em seu art. 98, confira a possibilidade da concessão do benefício da gratuidade judiciária aos necessitados, quais sejam, aqueles que não têm condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio ou da própria família, não é defeso ao magistrado aferir a real capacidade financeira do postulante, conforme entendimento jurisprudencial.

Desta forma, intime-se a parte promovente para acostar aos autos as duas últimas declarações de imposto sobre a renda e o valor das custas processuais cobradas no presente processo como forma de comprovar sua real impossibilidade de arcar com o pagamento. Prazo de 10 (dez) dias, sob pena de indeferimento da gratuidade requerida.

João Pessoa, 22 de abril de 2018

Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7)

0820765-49.2018.8.15.2001

AUTOR: ROBSON RAMOS DA SILVA

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Vistos, etc.

Compulsando os autos, verifico na exordial o requerimento do benefício da justiça gratuita. Entretanto, embora o CPC, em seu art. 98, confira a possibilidade da concessão do benefício da gratuidade judiciária aos necessitados, quais sejam, aqueles que não têm condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio ou da própria família, não é defeso ao magistrado aferir a real capacidade financeira do postulante, conforme entendimento jurisprudencial.

Desta forma, intime-se a parte promovente para acostar aos autos as duas últimas declarações de imposto sobre a renda e o valor das custas processuais cobradas no presente processo como forma de comprovar sua real impossibilidade de arcar com o pagamento. Prazo de 10 (dez) dias, sob pena de indeferimento da gratuidade requerida.

João Pessoa, 22 de abril de 2018

Juiz(a) de Direito



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.**

ROBSON RAMOS DA SILVA, já qualificado nos autos, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, perante Vossa Excelência, complementando o cumprimento do despacho retro, informar e requerer o que segue:

Foi determinada que a parte Autora trouxesse aos Autos comprovante de renda, inclusive Declaração de Imposto de Renda a fim de comprovar seu pedido de Justiça Gratuita.

Ocorre que o Promovente encontra-se desempregado, não possuindo qualquer outro tipo de comprovação de renda que possibilite o pagamento das custas processuais.

Ainda, realizada a simulação das custas para a presente demanda, verifica-se que o valor compromete muito o seu sustento:

Custas Prévias - Resumo



Comarca:	Joao Pessoa
Promovente:	ROBSON RAMOS DA SILVA
Promovido:	BRADESCO SEGUROS S/A
Classe Processual:	PROCEDIMENTO ORDINARIO - CIVEL - 7
Valor da Causa (R\$):	13.500,00
Valor das Custas (R\$):	954,60
Valor da Taxa Judiciária (R\$):	202,50
Valor das Despesas Postais (R\$):	0,00
Despesas com Mandados (R\$):	47,73
Tarifa Bancária (R\$):	1,35
Valor Total (R\$):	1.206,18 (25,27 UFR)

Valor da UFR (Valor Fiscal de Referência): R\$ 47,73

Sendo assim, reitera o pedido do **BENEFÍCIO DA JUSTIÇA GRATUITA**, nos seguintes termos:

A parte Promovente atualmente não possui recursos financeiros para arcar com as despesas processuais da presente ação, sem comprometer a manutenção de sua família fazendo jus aos benefícios da Justiça Gratuita nos termos da Lei nº. 1.060/50.



Porquanto, a parte Autora, embora esteja acompanhada por seus advogados, no momento não está em condições para custear as despesas processuais da presente ação, *sub examen*, não podendo arcar com as despesas do processo, e assim, resta-lhe tão-somente recorrer à Justiça para lhe conceder os **BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA**.

Ex vi legis.

O pedido tem amparo no teor do Art. 2º, Parágrafo Único da Lei nº. 1.060/50 que assim preconiza. *Verbis*:

“Gozarão dos benefícios desta lei os nacionais ou estrangeiros residentes no País, que necessitarem recorrer à justiça penal, civil, militar ou do trabalho.

Parágrafo único. Considera-se necessitado, para os fins legais, todo aquele cuja situação econômica não lhe permita pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo do sustento próprio ou da família”.

Dito isto, requer à Vossa Excelência, digno-se em **LIMINARMENTE**, deferir os **BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA** as mesmas, nos termos dos Arts. 2º, 4º e 5º todos da Lei nº. 1.060/50 e Art. 98 do CPC. Por ser de **JUSTIÇA**.

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 21 de maio de 2018.

Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968





Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0820765-49.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Intime-se a parte promovente para, no prazo de 5 (cinco) dias, trazer aos autos cópia da carteira de trabalho, a fim de comprovar as informações prestadas.

JOÃO PESSOA, 30 de outubro de 2018.

Juiz(a) de Direito



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.**

ROBSON RAMOS DA SILVA, já qualificado nos autos, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, perante Vossa Excelência, em cumprimento ao despacho retro, informar e requerer o que segue:

Vem a parte Autora, juntar sua CTPS.

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 07 de novembro de 2018.

Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968





TRABALHADOR	MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
<p>Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto le nº 29.10.1932 e posteriormente reformulada pela Lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CTT, tornando obrigatória para o exercício de qualquer atividade profissional.</p> <p>serão ser registrados todos os dados do Trabalho, elementos básicos conhecimento dos seus direitos perante do Trabalho, bem como para a da aposentadoria e demais benefícios ários, garantindo, ainda, sua habili- seguro desemprego e ao fundo de o Tempo de Serviço - FGTS.</p> <p>unto de anotações contido neste e o seu estado de conservação, a conduta e qualificação e as atividades do seu portador.</p> <p>a importância, é seu dever protegê-la e ois além de conter o registro de sua vida e a garantia da preservação e validade direitos como trabalhador e cidadão, para assegurar o seu futuro e o de seus tes, tendo validade, também, como o de identificação.</p> <p>EFECIONADA COM RECURSOS DO UNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.</p> <p>MTE: WWW.MTE.GOV.BR</p>	<p>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</p> <p>157.90462.27-1</p> <p>4308303 0040 PB</p> <p>Robson Raimundo da Silva</p> <p>ASSINATURA DO TITULAR</p> <p>FOTO</p> <p>IMPRESSÃO DIGITAL</p>



ROBSON RAMOS DA SILVA	
FILIAÇÃO.....	ANTONIO MARCOS DA SILVA
NASCIMENTO.....	25/12/1993
ESTADO CIVIL.....	SOLTEIRO
NATURALIDADE.....	JOÃO PESSOA - PB
DOCUMENTO.....	R.G. 4109437 SSPS PB 10/10/2012
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995	
CPF.....	111.133.054-95
TIT. ELEITOR:	CNH.....
SEÇÃO:	
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTEPB - 22/07/2013	
ZONA:	

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR:	COMPANHIA USINA SÃO JOÃO
CGC/CNPJ:	08.974.214/0001-70
ENDEREÇO:	SANTA RITA - PB
MUNICÍPIO:	AGROINDÚSTRIA
ESP. DO ESTABELECIMENTO:	TRAB. RURAL
CARGO:	Central II
CBO Nº:	6221-10
DATA DE ADMISSÃO:	21 DE 09 DE 2013
REGISTRO Nº:	41141
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA:	R\$ 3,19 P/ hora
Pagamento mensal	
Companhia Usina São João	
Gilson dos Santos	
Encarregado Departamento Pessoal	
CPF: 590.142.304-78	
DATA DE SAÍDA:	27 DE 11 DE 2013
Companhia Usina São João	
Gilson dos Santos	
Encarregado Departamento Pessoal	
CPF: 590.142.304-78	
COM. DISPENSA CD Nº:	
FGTS Nº DA CONTA:	

COSIBRA	
EMPREGADOR:	Rua: Alto do Eucalipto, S/N
CGC/CNPJ:	Tibiri - CEP 58303-970
ENDEREÇO:	Santa Rita - PB
MUNICÍPIO:	
ESP. DO ESTABELECIMENTO:	Preparação e Fiação de Fios
CARGO:	Operador de maq. Fiel/Baler
CBO Nº:	
DATA DE ADMISSÃO:	16 DE Junho DE 2014
REGISTRO Nº:	13425
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA:	R\$ 729,00 (Setecentos e Vinte e nove reais) P/mês
Cia Sisal do Brasil - COSIBRA	
Viviane Vieira de Figueiredo	
Departamento Pessoal	
DATA DE SAÍDA:	23 DE Julho DE 2014
Cia Sisal do Brasil - COSIBRA	
Viviane Vieira de Figueiredo	
Departamento Pessoal	
COM. DISPENSA CD Nº:	
FGTS Nº DA CONTA:	

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR:	
CGC/CNPJ:	
ENDEREÇO:	
MUNICÍPIO:	
ESP. DO ESTABELECIMENTO:	
CARGO:	
CBO Nº:	
DATA DE ADMISSÃO:	
REGISTRO Nº:	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA:	
DATA DE SAÍDA:	
COM. DISPENSA CD Nº:	
FGTS Nº DA CONTA:	



Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7)
0820765-49.2018.8.15.2001
AUTOR: ROBSON RAMOS DA SILVA
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita formulado pela parte autora.

Diante das especificidades da causa, de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito e considerando o princípio da duração razoável do processo, bem como a impossibilidade deste juízo de avocar para si as audiências de conciliação sob pena de inviabilizar o funcionamento desta unidade judiciária, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, cientificando-lhe que a ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

João Pessoa, 9 de abril de 2019

Juiz (a) de Direito

