



Número: **0848704-67.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **21/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADEMILSON LUIZ DA SILVA (AUTOR)		GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
23726 296	21/08/2019 21:15	Petição Inicial	Petição Inicial
23726 450	21/08/2019 21:15	Petição Inicial	Outros Documentos
23726 451	21/08/2019 21:15	Procuração	Procuração
23726 452	21/08/2019 21:15	Doc. Pessoais e Comp. de Residência	Documento de Identificação
23726 453	21/08/2019 21:15	BO, SAMU e Comp. de Pag. Administrativo	Outros Documentos
23726 454	21/08/2019 21:15	Doc. Médica 1	Outros Documentos
23726 456	21/08/2019 21:15	Doc. Médica 2	Outros Documentos
23828 910	26/08/2019 16:03	Despacho	Despacho

Petição Inicial em anexo.





**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA
CIVIL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA-PB.**

ADEMILSON LUIZ DA SILVA, brasileiro, solteiro, comerciante, portador do RG de nº 1523471- SSP/PB, e CPF de nº: 738.799.914-72, residente e domiciliado na Rua Fernando Valter de Oliveira, nº 168, Bairro: Padre zé na cidade de João Pessoa/PB, CEP 58145-000, por intermédio do seu bastante procurador que esta subscreve, com endereço profissional localizado no endereço que consta no rodapé desta, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex^a, propor o presente:

ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT.

COMPLEMENTO

Em face de: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro - RJ, CEP-20.031.205, CNPJ 09.248.608.0001-04 expondo e ao final requerendo o seguinte:

AB INITIO, diante da situação financeira em que se encontra o Promovente requesta inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso a Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

É cediço que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, nada basta além do simples pedido, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial, conforme preceitua a Lei de nº. 1.060, de 05.02.1950 do Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.

DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO OU DE CONCILIAÇÃO

Considerando a necessidade de produção de provas no presente feito, bem como a política atual de acordo zero adotada pela parte Ré, a parte autora vem manifestar, em cumprimento ao **art. 319, inciso VII do NCPC/2015**, que não há interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação, haja vista a iminente ineficácia do procedimento e a necessidade de que **ambas as partes** dispensem a sua realização, conforme previsto no **art. 334, §4º, inciso I, do NCPC/2015**.





DOS FATOS E DOS DIREITOS

O Autor foi vítima de acidente automobilístico dia 03/12/2018^a, por volta das 06:30, quando transitava pela Av. princesa Izabel, nesta cidade, com o veículo Motocicleta Honda/CG 125 FAN KS, ano/modelo 2012/2013, de cor preta, placa QFH1784/PB, quando vinha pilotando normalmente a moto sentido Tv Cabo Branco/Mercado Central, quando estava atravessando o sinal verde, foi abalroado por um veículo não identificado que ultrapassou o sinal vermelho da Av. Getúlio Vargas, devido ao impacto o autor foi jogado ao solo, onde sofreu lesões graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, conforme descrito em prontuário médico, atestado médico e no Boletim de Ocorrência em anexo, da Polícia.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes ao Autor, tais **FRATURA FECHADA DE OSSOS DA PERNA DIREITA , ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA DE OSTEOSÍNTESE (PLACAS/PINOS/PARAFUSOS)**, o que sem dúvidas resultou no comprometendo total do membro, conforme se observa nos laudos médicos acostados aos autos e pericia a ser realizada.

Acontece que a parte autora, buscou seus direitos pela via administrativa, recebendo um valor irrisório de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL, TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora Líder em anexo.

Destarte, o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a redução funcional/invalidez dos membros supramencionado corresponde ao valor Máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, descrita em lei especial.

O próprio nome do Seguro DPVAT é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda eu os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.

Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz *jus* à indenização





financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

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.

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação susomencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometeram e o registro de ocorrência no órgão policial competente, **estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:**

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.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA

340/2006. PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO. 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de 03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode





esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao

seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

Toda via é indiscutível a especificação da % da perda dentro da tabela da Lei 11.482/2007, devido a quantificação de perda seja ela parcial ou total, pois quem possui aptidão e capacidade técnica para tal é um médico com especialidade em ortopedia para quantificar a lesão e sua invalidez permanente, devido o autor não possui capacidade econômica para arcar com tais despesas, motivo pelo qual requer a perícia judicial para resguardar direito do autor de acesso à justiça conforme prevê a Constituição Federal de 1988 no artigo 5º, XXXV : “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;”

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74,

DO REQUERIMENTO:

Pelo Exposto, requer a V.Ex.a., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida, a complementação do pagamento da indenização em epígrafe, **fundada no valor de R\$ 11.137,50 (ONZE MIL, CENTO E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS) referente ao DPVAT**, face a invalidez sofrida pelo autor, que veio a comprometer a função do adquirida através de acidente de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

01- Que Seja citada a Promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;

02- Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em ato contínuo em conformidade com **o rito especial imposto a lide**, tenha início a instrução e julgamento;





03 - Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos especialmente nas provas documentais, que serão apresentadas independentemente de intimação;

04- Seja intimado o autor para ser inquirido nos autos, e com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativo a data do sinistro;

05- Com fundamento no Art. 246, I do Código de Processo Civil Pátrio, seja a promovida, citada através de AR- (Correios e Telégrafos);

06- Seja a demandada condenada em 20%, sobre o valor da condenação, referente à honorários advocatícios, e, sejam intimadas as testemunhas arroladas a prestarem depoimento sob as penas da lei;

07- Não necessitando que seja oficiado a SEGURADORA LIDER para remeter copia do processo administrativo, pois seguem e anexo copias das documentações;

08- Não precisando que seja intimada a direção da casa hospitalar onde o autor, ora paciente, foi atendido para disponibilizar prontuário, pois os mesmos já se encontram em anexo;

09 – **Requer a produção de prova pericial**, oficiando o NUMOL/PERITO a ser nomeado por V. Excelência, visto que tal exame se torna imprescindível para o julgamento da presente demanda;

10 – Requer que a parte Ré anexe o processo administrativo, fazendo juntar ao caderno processual boletim de ocorrência original entregue na abertura do sinistro, por esta em poderes da Seguradora Líder.

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art.2º da Lei n. 1060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei;

Dá-se a presente o valor **R\$ 11.137,50 (ONZE MIL, CENTO E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

Campina Grande - PB, em 21 de Agosto de 2019

GERSON LUCIANO SANTOS NETTO
- Advogado - OAB/PB 24.614





QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE:_____.

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA ____/____/____, por volta das _____ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA (), de que forma?

_____.

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO, ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):_____

_____.

4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS?:

_____.

5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU, GRAVE?:

_____.

Sem mais, em ____/____/_____.

(assinatura – carimbo – CRM)





PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

OUTORGANTE: ADEMILSON LUIZ DA SILVA, brasileiro, Solteiro, Comerciante, portador da Cédula de Identidade nº 1.523.471 SSP/PB, inscrito no CPF nº: 738.799.914-72, Residente e domiciliado na Rua Fernando Valter de Oliveira, Nº 168, Padre Zé, João Pessoa/PB. Cep:58026-040. Fone: (83) 998650-8289

OUTORGADO: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 24.614, ambos com endereço profissional na **Rua: professora Corina Maria Rabelo, nº 28 Bairro José Américo de Almeida -, na Cidade de João Pessoa/PB, 986434993.**

PODERES: Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante, defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art.105 do Novo Código de Processo Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei n.º 8906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

CONTRATO: O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária advocatícia remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de **30%**, calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

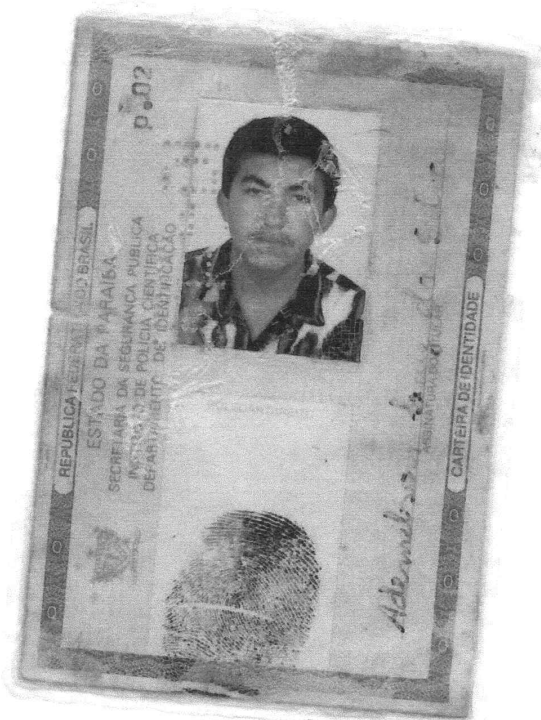
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei n.º 1.060/50, declara que é pobre na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

João Pessoa/PB, 30 de maio de 2019.


Outorgante/Declarante





DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/cometa de energia elétrica - Nº 024.595.420



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.095.193 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

ADEMILSON LUIZ DA SILVA
RUA FERNANDO WALTER DE OLIVEIRA 168
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/152375-2

REFERÊNCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

09/05/2019

CONSUMO

144

VENCIMENTO

16/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 131,51

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE ADIC

ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Roteiro: 05-001-328-2860

83650000001-0 31510149000-3 01523752019-0 05900001019-5

VENCIMENTO

16/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 131,51

MATRÍCULA

152375-2019- 05-9



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 21/08/2019 21:14:26

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082121142459900000022990676>

Número do documento: 19082121142459900000022990676

Num. 23726452 - Pág. 2



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 05210.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05210.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:59 horas do dia 15 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Ademilson Luiz da Silva**, CPF nº 738.799.914-72, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Comerciante, filho(a) de Francisca Lopes Galvão e Sebastião Luiz da Silva, natural de Santana do Matos/RN, nascido(a) em 01/12/1971 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Fernando Valter de Oliveira, Nº 168, bairro Padre Zé, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercadinho de Cassiano, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98650-8289.

Dados do(s) Fatos:

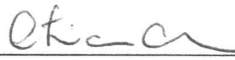
Local: Av. Getúlio Vargas, Em Frente a Zeni., João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/12/18 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

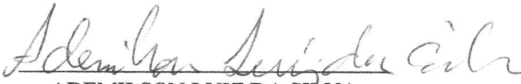
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 03/12/2018 por volta das 06:30 horas quando transitava, pela Av. Princesa Izabel, Centro, João Pessoa-PB; com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS ano e modelo: 2012/2013, de cor preta de placa: QFH1784/PB CHASSI: 9C2JC4110DR770576 pertencente ao Sr. José Rodrigues Alves; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto sentido TV Cabo Branco/Mercado Central quando ao estava atravessando o sinal verde e foi abalroado por um veículo não identificado que ultrapassou o sinal vermelho da Av. Getúlio Vargas com a Rua Princesa Izabel, QUE devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU conforme DECLARAÇÃO de nº 812/062 e conduzido ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY onde foi diagnosticado Fratura fechada de ossos da perna direita, de acordo com a CERTIDÃO de nº 0709/2019 assinado pela médica Christine Maria Batista de Brito Lyra CRM/PB: 3137.

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, 15 de maio de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


ADEMILSON LUIZ DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 05210.01.2019.1.00.401

1/1





SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

NPI 08.806.754/0015-40
MU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
R. Diógenes Chianca, 1777
João Pessoa - PB CEP: 58053-900

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 812/062, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2275502, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ADENILSON LUIZ DA SILVA** idade 47 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão Carro x Moto)** no dia 03/12/2018, na Rua Presidente Getúlio Vargas, Bairro: Centro - João Pessoa - aproximadamente às 06:45 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.



João Pessoa, 19 de Dezembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREISª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



SINISTRO 3190326846 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA ADEMILSON LUIZ DA SILVA****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE****ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA****BENEFICIÁRIO ADEMILSON LUIZ DA SILVA****CPF/CNPJ: 73879991472**pe C)
Fura**Posição em 28-05-2019 10:52:38**

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/05/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
21/05/2019	Exigência Documental	
21/05/2019	Aviso de Sinistro	





CERTIDÃO


Nº. 0709/2019

Atendendo solicitação de GERSON LUCIANO SANTOS NETO e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº186889 prontuário 2018.12.000233 pertencente a **ADEMILSON LUIZ DA SILVA** que foi atendido dia 03/12/2018 às 07H41min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura fechada de ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 17/12/2018 com alta médica dia 18/12/2018.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 30 de abril de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 186889 Atd: Nao Reg
Data: 03/12/2018
Hora: 07:41:43
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S/
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.12.000233

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/12/1971 Id: 47 ano(s)

End.: RUA FERNANDO WALTER OLIVEIRA DA SILVA, 168

Bairro: PADRE ZE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: FRANCISCA LOPES GALVAO

Pai:

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO CARROXOTO NA GETULIO

Vitima de violência por: VARGAS MANHA CONDUTOR

[] Caso Policial



PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

[X] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

NTE VITIMA DE COLISAO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente trazido pelo SAMU em prancha rígida e com collar cervical, refere ter sido vítima de colisão moto-carro, há 30 minutos. Queixa-se de dor em MIO. Nega dor em torax/abdome/pulso. Nega queixas cervicais. Nega perda de consciência, náuseas e vômito.

Diagnostico

Trauma contuso em MIO

Conduta

- Solicito Rx de punho
- Alta de cirurgia geral
- Aos cuidados de ortopedia

Prescrição

Horario da medicacao

M. Paulo Eduardo de O. C.
Residente Cirurgia G.
CRM-PB 1078
arturo



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



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: _____

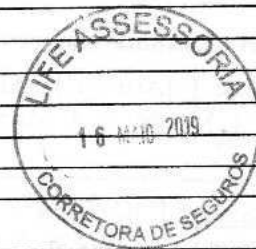
ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Fx Fechada osso**da perna (1)*Conduta: *(1) Internamento p/ cirurgia**(2) Talco coxo - postural*



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Ademilson Luiz Data da Admissão: 08/12/13
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
QPD: Don + edema em perna
HDA: Colisão moto-carro
Don + edema + deformidade em
perna (D)
Medicações em uso: _____
Interrogatório Sintomatológico:
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ____ Kg em ____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____
ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____
SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposu _____ ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos
SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____

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



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 21/08/2019 21:14:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082121142853100000022990678>

Número do documento: 19082121142853100000022990678

2 - VIA AÉREA:

☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilico

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS:

☒ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☒ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☒ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL _____ 15

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☒ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro: _____

Nível de Consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaringea	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input checked="" type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): SSUV + LUP + IMOBILIZAÇÃO PADRÃO + REMOÇÃO

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

02 MASCARAS + 04 PARIS DE LUVAS + 01 FOLHA
18 + 01 EQUIPO + 01 SRL 5000 + 06 MASCARAS

PERTENCES DA VÍTIMA

☒ Não
☐ Sim
Objetos: _____



Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: CDM 11 50 MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____

ENFERMEIRO(A): CAMARIELLY COREN: 1997712

MÉDICO(A): _____ CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 03/12/2018	ID da Ocorrência: 2275302	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 09	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 06:45 Hs	Hora de Chegada no Local: 06:56 Hs
Paciente / Usuário: Ademilson Luiz da Silva				Idade: 47	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Cande <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro:				Bairro: Centro	Médico Regulador: Felipe	
Quantidade de vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): Trauma				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): [Assinatura]		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input checked="" type="checkbox"/> TRÁFICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo:	Hospital de Origem:
	Responsável:
	Hospital de Destino:
	Responsável:
CAUSAS EXTERNAS <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Solterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:	ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais?

1. DADOS VITAIS
 P.A.: FC: 114 FR: 20 HGT: SpO2 - S/O2: 96 SpO2 - C/O2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA
 OBS.: CURIOSO RETIROU CAPACETE E COLAR DA CAIXA DE PAREIA.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
 Diagnósticos de Enfermagem: Mobilidade prejudicada M.I.D.
 Intervenções: IMOBILIZAÇÃO PADRÃO + REMOÇÃO.
 Evolução do Enfermeiro: 22.000.000. CURIOSO EM DEBILIDADE LATERAL E NEGATOU BATIDA CAÍDA COM FRATURA PERFEITA DE POSSÍVEL TÍBIA E FÍBULA, SEM OUTRA ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA. GUICHA SSVU + MUP + IMOBILIZAÇÃO PADRÃO + REMOÇÃO D.O. NATALIZ.



2 - VIA AÉREA:

☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilico

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS:

☒ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☒ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☒ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL _____ 15

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☒ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro: _____

Nível de Consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaríngea
☐ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo

☐ DEA

☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação / Cardioversão
☐ Entubação Orotraqueal
☐ Inalação de Oxigênio (O₂)
☐ Imobilização de membros

☐ KED Adulto

☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☐ Prancha Longa
☒ Punção venosa
☒ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical

☐ Sedação
☐ Talas / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☐ Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): SSUV + MUP + IMOBILIZAÇÃO PADRÃO + RANCHO

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

02 MASCARAS + 04 PARES DE LUVAS + 01 FOLHA
18 + 01 EQUIPO + 01 SRL SODR + 06 ATADURAS

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☐ Sim
Objetos: _____



Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: EDMIL SOU MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____

ENFERMEIRO(A): EMMANUELLE COREN: 1997756

MÉDICO(A): _____ CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em D.O.H. sob anestesia
2. Anestesia + antiespasmódica
3. Aplicação de campo estéril

Incisão:

4. Longitudinal medial

Achados:

5. Fr. fechada segmentar do Tórax Direito

Conduta:

6. Redução anatômica fechada
7. colocação de placa 16 furos largo (Cx 4,5m)
8. colocação de 06 parafusos corticais
9. controle por raio-x
10. fechamento de pele + planos
11. curativo estéril
12. Rx de controle
13. Imobilização Talo Bota

Fechamento:

OBS: Alo curativo sem intercorrência



Data: 17/12/2019

Dr. Felipe Bezerra
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 11126
MÉDICO/CRM

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



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 21/08/2019 21:14:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082121143135600000022990680>

Número do documento: 19082121143135600000022990680

Num. 23726456 - Pág. 1

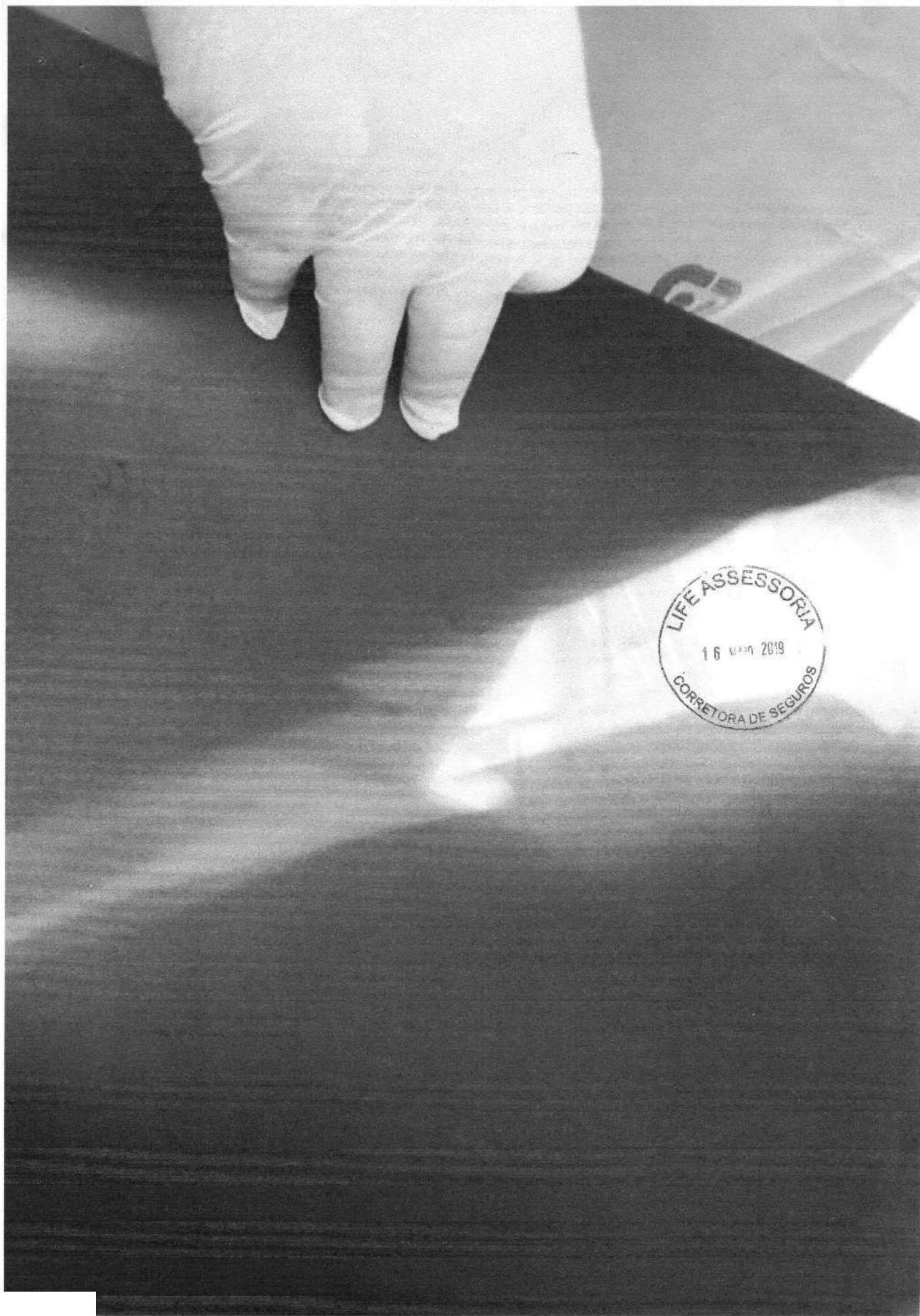


RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Admelson Luiz do Silva</u>				Registro:	
Idade:	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>Dr. Humberto Jaram</u>			1º Assistente: <u>Ones R.</u>	
2º Assistente: <u>Felipe Borges R.</u>		3º Assistente: <u>-</u>		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Carminha</u>		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>1º Fx do antebraço da perna esquerda do lado direito</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>1º o mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>6 710 Cirurgia</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (x) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (x) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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









Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0848704-67.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do **Convênio nº 015/2014-TJ/PB celebrado** entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser apazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais),



média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 15 (quinze) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

JOÃO PESSOA, 26 de agosto de 2019.

Josivaldo Félix de Oliveira

Juiz de Direito

