



Número: **0822647-12.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/05/2019**

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	
MARIZETE GOMES DA SILVA FERNANDES (AUTOR)		FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
21228 272	16/05/2019 13:33	Petição Inicial	Petição Inicial
21228 275	16/05/2019 13:33	DPVAT - Guia - MARIZETE GOMES DA SILVA FERNANDES	Guias de Recolhimento/ Depósito/ Custas
21228 278	16/05/2019 13:33	DPVAT - Documentos - MARIZETE GOMES DA SILVA FERNANDES	Outros Documentos
21228 280	16/05/2019 13:33	DPVAT - Procuração - MARIZETE GOMES DA SILVA FERNANDES	Procuração
21228 281	16/05/2019 13:33	DPVAT - Inicial - MARIZETE GOMES DA SILVA FERNANDES	Outros Documentos
21588 293	04/06/2019 18:03	Despacho	Despacho
23699 992	21/08/2019 11:57	Certidão	Certidão

Anexo



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 200.3.19.07783/01
			Data de emissão: 27/03/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/03/2019
Número da guia: 200.2019.607783 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 49,54
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 990,80 - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.207,66
			Desconto total: R\$ 0,00
866300000126 076609283189 520190331204 031907783018 			Valor final: R\$ 1.207,66

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 200.3.19.07783/01
			Data de emissão: 27/03/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/03/2019
Número da guia: 200.2019.607783 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 49,54
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 990,80 - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.207,66
			Desconto total: R\$ 0,00
866300000126 076609283189 520190331204 031907783018 			Valor final: R\$ 1.207,66

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 200.3.19.07783/01
			Data de emissão: 27/03/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/03/2019
Número da guia: 200.2019.607783 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 49,54
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 990,80 - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.207,66
			Desconto total: R\$ 0,00
866300000126 076609283189 520190331204 031907783018 			Valor final: R\$ 1.207,66





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 200.2019.607783

Data Vencimento: 31/03/2019

Data Emissão: 27/03/2019

Comarca: Joao Pessoa

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: MARIZETE GOMES DA SILVA FERNANDES

Promovido: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Valor da Causa: R\$ 13.500,00

Despesas Processuais: R\$ 13,01

Custas: R\$ 990,80

Taxa: R\$ 202,50

Total da Guia: R\$ 1.206,31

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e do art. 98, da Lei 11.103/15.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

_____/____/____.

Francisco Assis Fidelis de Oliveira Filho



SINISTRO 3180459394 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MARIZETE GOMES DA SILVA FERNANDES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO MARIZETE GOMES DA SILVA FERNANDES**CPF/CNPJ:** 61248754468**Posição em 08-10-2018 16:33:45**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT.

Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta Referência Ver Carta

05/10/2018	Aviso de Sinistro	
------------	-------------------	--

*Obs: Para a consulta, nº: 54101**NEGADO*



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
6ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CAAPORÃ
Rua Augusto Correia Veloso, 56 – Centro CEP 58.326-000 Tel/Fax: (83) 3286 1402



BOLETIM DE OCORRENCIA nº 025/2018

Versando sobre: Acidente de Trânsito

Data do ocorrido: 30/01/2017

Hora e data que a Delegacia tomou conhecimento: 12:21hs, do dia 29 de Janeiro de 2018.

Local do ocorrido: Acaú/PB.

COMUNICANTE:

Nome: Marizete Gomes da Silva Fernandes

Nacionalidade: BRASILEIRA

Naturalidade: Natal-RN

Idade: 56 anos

Data de nascimento: 18/10/1961

Estado Civil: Casada

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Identidade nº 3.954.189-SSP/PE

CPF: 612487544-68

Filiação: Maria de Lourdes da Silva

Endereço: Rua do Campo, 844 , Bairro Acaú/ Pitimbu /PB

Telefone: (83) 89496079

Ponto de Referência: Ponto das Kombi

HISTORICO: Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica) declarou QUE: No dia 30 de Janeiro de 2017, quando vinha conduzindo uma moto YAMAHA YBR 125 ANO 2008 DE COR VERMELHA DE PLACA-KHZ-7476, GOIANA-PE, em nome de Valdir Gonçalves de Souza, segundo a notificante um veículo cruzou a pista vindo colidir com a moto, e assim foi chamado o SAMU e a mesma foi conduzida até o hospital Traumas em João Pessoa, conforme documentos em anexo lido e achado conforme, vai devidamente assinado, pelo depoente, e por mim, Escrivã ad hoc que digitei. Requer registro da ocorrência e respectiva certidão para fazer prova junto ao órgão competente.

Marizete G. da Silva Fernandes
Marizete Gomes da Silva Fernandes

COMUNICANTE

Hegerson Melo de Azevedo
Hegerson Melo de Azevedo
Ag. de Investigação -



Dr. Anuar Murad Filho

Clinica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

A paciente Marizete Gomes da Silva Fernandes é portador do CID :
S 82.2 apresentando dor crônica, acompanhado de edema em perna direita
proveniente de fratura de tibia ocasionado por acidente de motocicleta. A lesão teve
como seqüela uma limitação de 75 % dos movimentos do membro afetado.

Devido o caso clínico relatado acima o mesmo se encontra impossibilitado de
sua atividade laboral por tempo indeterminado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

09-07-2018

Dr. Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB-8.742

Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955-582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Júnior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090





FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR



Data 30/01/17	ID da Ocorrência	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipa 43	Plano: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída do Base 12:04 Hs	Hora de Chegada no Local 12:12 Hs
Paciente / Unidade MARIZETE GOMES SILVA FERNANDES		Idade 55		Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem		Telefone:
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> Cupissura <input type="checkbox"/> Taquara <input type="checkbox"/> Pilimbu <input type="checkbox"/> BR 101 <input type="checkbox"/> Acaú <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro Acaú (Praça Paranaíba)			Outro		Médico Regulador Jornal	
Quantidade do veículo(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Um <input type="checkbox"/> Dois <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Atipico 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"/> Evadido - em do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
ORTOTRAUMA				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		
Destino (Unidade Hospitalar)						

NATUREZA DA OCORRÊNCIA	
<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo: <u>Polícia Militar x Carro</u>	Hospital de Origem: _____ Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ Responsável: _____
CAUSAS EXTERNAS () 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"/> Soterramento / Desbarramento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____	ANTECEDENTES <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa </div> <div> <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo </div> </div> Quais? _____

1. DADOS VITAIS	FC: 80	FR: 24	HGT: 109	SpO2 - S/O2: 99%	SpO2 - C/O2: -
-----------------	--------	--------	----------	------------------	----------------

EXAME CLÍNICO [SINTOMAS, QUEIXAS] - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente vítima acidente auto-moto comunitário
orientado, consciente, sem 100% de amplitude de movimento
região frontal. e fratura do tornozelo direito PA: 120x80.
realizado imobilizado e encaminhado ao serviço
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
Diagnósticos de Enfermagem: SSV, tórax base. (Traumática mandíbula).
Intervenções: Placenta che torácica direita
Evolução da Enfermeira:
Paciente, consciente, apresentando fratura fechada de tornozelo
direito e escoriações em região frontal esquerda, sem
alterações graves, segue internado e sob observação
ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA
Remover para radiografia

COMPREV SEGUROS E PREVIDENTES



2 - VIA AÉREA:
☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema da glote ☐ Bronco-espição

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 Eólico

3 - CIRCULAÇÃO:
☐ Fita ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Sêco ☒ Normal

3.1 - EDEMAS:
☐ Não ☒ Sim - Local: MITO

3.2 - PERFUSÃO:
☒ Normal ☐ Retardada (<2pg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO:
☒ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☒ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.
☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO
 ECG: 15

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal semelhante

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 Orofaríngea	<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"/> Tala / Tensão
<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"/> Franchia Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VIMI
	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)
Ataduras, Jocim, 06 unidades

PERTENCES DA VITIMA
☒ Não ☐ Sim
 Objeto: _____

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 07 FEV. 2018
PROTOCOLO
 AD. JOAO PESSOA

Entregues a / Local: _____ Assinatura com Carimbo do recebedor: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUZIR: João Pedro MATRÍCULA: _____
 TEC. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____
 ENFERMEIRO(A): Carla Vanickerey COREN: 244103
 MÉDICO(A): Rafaela Azeiteiro CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento
 NOME: _____ RG / CPF: _____
 ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____
 TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____





CERTIDÃO

Nº. 1324/2017

Atendendo solicitação de **DANILO DE ARAUJO N LEITE** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº1703 e Prontuário Nº 2017.01.002701 pertencente à **MARIZETE GOMES DA SILVA FERNANDES** que foi atendida dia 30/01/2017 às 14h55min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em perna direito.

Submetida avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 08/02/2017 com alta médica dia 22/04/2017.

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

João Pessoa, 20 de setembro de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



CITURA 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: 1703 Atd: Nao Regulad
Data: 30/01/2017
Hora: 14:55:04
Recepcionista: MARIA HELENA R. ALEXAN
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARIZETE GOMES DA SILVA FERNANDES

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.01.002701

CNS: 209480227220008 Sexo: F IDENTIDADE: 3954189 Fone: 96168823

Natural: NATAL/RN Data Nasc.: 18/10/1961 Id: 55 ano(s)

End.: VILA GAROPA, 50

Bairro: ACAU Cidade: PITIMBU UF: PB

Mae: MARIA DE LOURDES DA SILVA

Pai: NC

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SERVICOS GERAIS (SEXO FEMININO)

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: NORA/JANAINA CARNEIRO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 0000 / SEM DOCUMENTO: SD

Residência: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO/CARRO AS 12H EM ACAU

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Exa Principal

paciente conduzido pelo SAMU colisão moto/carro

Cleisimar Medeiros da Silva
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN 039157

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

*Paciente com história de colisão moto-carro
presença de ferimento em perna (limbolizada).*

do acara: consciente, orientado, nega dor cervical.

AR e AC M alternar

Diagnostico

Conduta

Sigilo R de perna e tornozelo

Prescrição

Horario da medicacao

Horario da medicacao

Ronney A. Braga dos Santos
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM PB - 8572



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO: **COMPREV**
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
07 FEV. 2018

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência
☐ Alta a pedido

PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA
Enfermagem

☐ Desistencia ☐ UTI
Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





Nome: <u>Maryte Gomes</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>22/07/17</u>	Cirurgião: <u>Fw. Odeir</u>			1º Assistente: _____	
2º Assistente: _____		3º Assistente: _____		Instrumentador: _____	
Anestesista: <u>Tibério</u>		Tipo Anestesia: <u>Raqui.</u>		Horário: I: _____ T: _____	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>Insu. Insu. no pé D.</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>O mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>Exateto de pele parav.</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim 2 () Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:			1 () Sim 2 () Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () 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



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 16/05/2019 13:32:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051613324290600000020636548>
 Número do documento: 19051613324290600000020636548

Num. 21228278 - Pág. 10

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Ponto subido a nível da
pele parietal em pt. direito com
arrem de adução d. braço direito

Incisão:

sem interconexão

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

UMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
07 FEV. 2018
PROTOCOLO
AO JOAO PESSOA

Dr. Francisco Odilio M. Dias
Cirurgião Plástico
CRM - PB 5702

Data: 27/03/17

MÉDICO/CRM

Rua Am. Fical José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal, com fêmur assepsia e
antissepsia, com o membro inferior anterior.

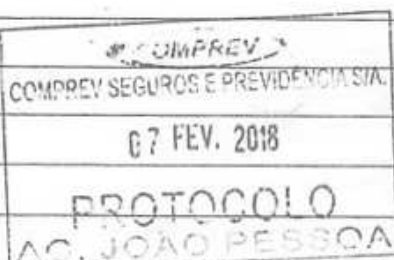
Incisão:

Achados:

Fratura de corpo da perna (D) + osteomielite crônica
+ fístula estéril infectada com pele da perna + pi (D)

Conduta:

Redução cirúrgica da fratura + aplicação de fixador
externo + debridamento de ferida infectada com pi (D) +



Fechamento:

OBS:

Ferida de pele com pi (D) infectada

Data:

11/02/17

Dr. Temístocles de Almeida Falcão Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 7618

MÉDICO/CRM



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DDH. SOB RA ANESTESIA
- 2) ASSÉPSIA + ANTISÉPSIA
- 3) ALOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉIS

Incisão:

Achados:

- 4) LESÃO EXTENSA EM PENA DIREITA COM FRICTURAS, ÁREAS COM NECROSE, EDEMA E HIPEREMIA

Conduta:

- 5) LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9% E DENG. MANT
- 6) FEITO DESBANDAMENTO DE TECIDOS DEVITALIZADOS
- 7) REALIZADO A FIXAÇÃO EXTENSA EM PENA DIREITA P/ CONTROLE DE DANOS
- 8) CURATIVO ESTÉRIL
- 9) RX DE CONTROLE
- 10) COLHIDO MATERIAL P/ CULTURA

COMPREV
Fechamento: PREVIDÊNCIA SIA

07.FEV. 2018

PROTÓCOLO

OBS:

24 CURATIVO PLÁSTICO / VASO / COMISSÃO DE CURATIVO E INFECTOLOGIA

Data:

08/02/17

Dr. Leonardo Torres
Médico
MEDICO/CRM 6





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 30/01/17

Nome: Edizete Gomes
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: Fx dos ombros direito.
HDA: Paciente vítima de colapso motor com hêmiparêse; com fx dos ombros direito; não intubado. Remanescente de lesão do sistema nervoso.
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
☐ Dispnéia ☐ 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-reposouso ☐ 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.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] JHTF

[] 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: *M + G. fúnc.*Hipóteses Diagnósticas: *Fa dos ossos perim.*Conduta: *interconsulta PI HO**Resumo**Dr. Karim M. Korny*

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





Nome: MARIZETE GOMES DA SILVA FERNANDES

Registro Nº: 502652

Natureza do Exame: RX TORNOZELO DIREITO

Data: 03/09/2018

Médico Requisitante: _____

Digitadora: AA

RELATÓRIO

Esporão ósseo na face plantar do calcâneo e na cabeça do talus.

Fratura consolidada no terço distal da tibia e fibula.

A fratura da fibula encontra-se acavalgada, com leve desvio de abertura lateral.



Dr. Gilvan Amorim Navarro.
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM 0858 PB

Unidade I

Av. Dr. João da Mata, 520 - Jaguaribe

CEP 58015-020 - João Pessoa/PB - Fones: (83) 3241-3309 / 3241-4973

Unidade II

Av. Dr. João da Mata, 480 - Jaguaribe

Unidade III

Av. Dr. João da Mata, 400 - Jaguaribe

www.saolucas.med.br



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

894294473

INTERPRINT LTOA



NOME
MARIZETE GOMES DA SILVA FERNANDES

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF
BR54189 SDS PE

CPF
612.487.544-68 DATA NASCIMENTO
18/10/1961

filiação

MARIA DE LOURDES DA
SILVA

PERMISSÃO

ACC

CATIA



AB

Nº REGISTRO

02007888688

VALIDADE

18/03/2019

1ª HABILITAÇÃO

26/10/1989

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
HABILITAÇÃO



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. : Nº 000.761.290



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 50071-030
CNPJ 09.085.183 / 0001-43 - InsC. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
JOSE SEVERINO FERNANDES RUA DO CAMPO SIN CAA ACAU			5/1049085-2	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2018	17/01/2018	361	24/01/2018	R\$ 289,43

Acesse: www.energisa.com.br

			JOSE SEVERINO FERNANDES	
DESTAQUE AGORA			Rotelro: 10-255-720-5000	
			836400000002-9 89430054000-8 10490852018-2 01000255019-1	
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA		
24/01/2018	R\$ 289,43	1049085-2018-01-0		

(83) 3566-4618

(83) 99100-56 07

(83) 99811-5088



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

MARIZETE GOMES DA SILVA FERNANDES, brasileiro, portador do RG nº 3954189 SSP/PE e CPF nº 612-487.544-68, residente e domiciliado em Rua do Campo, SN CAA, Acaú, Pitimbu-PB, CEP

OUTORGADO:

FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB 14.839, estabelecido à Rua Rodrigues de Aquino, 230, Centro, João Pessoa - PB.

PODERES:

A quem confere poderes com a cláusula *ad judicia* para, como seus advogados, representar o outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extrajudicialmente.

PODERES ESPECÍFICOS:

A presente procuração confere aos outorgados poderes para, em nome do outorgante, confessar, negociar e transigir (art. 334, CPC), desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, requerer justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência (art. 105, CPC).

CONTRATO:

Concomitantemente com os poderes acima outorgados, o Outorgante aceita pagar aos advogados contratados honorários correspondentes a 30% (trinta por cento) do proveito econômico auferido pelo autor da ação (ou por composição amigável) apuradas em procedimento de execução, com as devidas atualizações até final pagamento, facultado aos advogados contratados requerer nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários a que lhe faz jus, por dedução da quantia a ser recebida pelo Constituinte, ora Contratante (art. 4º, Lei nº 8.906/94). Fornecimento de documentos e informações necessários ao bom e rápido andamento da ação, por conta do outorgante. As partes contratantes elegem o foro da cidade de João Pessoa - PB, para dirimir qualquer ação oriunda deste contrato.

João Pessoa, ____ de ____ de 20____.

OUTORGANTE

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 55
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

1/1



**AO JUÍZO DE DIREITO DA
____ VARA CÍVEL DA COMARCA DA CAPITAL - PB**

MARIZETE GOMES DA SILVA FERNANDES, brasileiro(a), portador(a) do RG nº 3954189 SSP/PE e CPF nº 612.487.544-68, residente e domiciliado(a) em Rua do Campo, SN CAA, Acaú, Pitimbu-PB, CEP , por seu advogado subscritor, com endereço profissional à Rua Rodrigues de Aquino, 230, Centro, João Pessoa - PB, endereço eletrônico fidelis@fidelisadv.com, onde deverá receber as notificações desta ação, vem à presença deste douto Juízo, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO
DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT**

em desfavor da **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 61.074.175/0001-38, com endereço à Av. Presidente Epitácio Pessoa, 723, Bairro dos Estados, João Pessoa - PB, CEP 58030-000, o que faz pelos fundamentos fáticos e jurídicos abaixo articulados:

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 230
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

1/4



1. DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

Consoante vaticina o artigo 98, da Lei 13.015/15, o(a) Autor(a) pleiteia os benefícios da assistência judiciária gratuita, tendo em vista que sua situação econômica não lhe permite, atualmente, pagar custas do processo e honorários advocatícios, sem prejuízo de seu sustento e de sua família.

1. DOS FATOS

No dia 30/01/2017, por volta das , o(a) Autor(a) foi vítima de acidente de trânsito enquanto trafegava pela na pista em um veículo MOTO YAMAHA YBR 125, Placa KHZ-7476/PE.

Em decorrência do acidente de trânsito, foi socorrido e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma - Senador Humberto Lucena. No seu atendimento médico foi constatado que o(a) Autor(a) sofreu fratura de ossos da perna direita.

A parte Promovente, em decorrência do acidente de trânsito ocorrido, de posse da documentação exigida em Lei, procurou uma das seguradoras conveniadas à FenSeg, para receber a indenização pelo acidente de trânsito ocorrido, **tendo recebido o valor de R\$ 0,00 (zero reais)**, valor este muito aquém da gravidade das lesões permanentes e do estabelecido em Lei.

Sendo assim, não restou alternativa ao(à) Promovente senão pleitear a justa indenização a ele devida, no que tange ao seguro obrigatório DPVAT, em razão da invalidez permanente do grave acidente de que foi acometido, em observância à disposição contida no inciso II, do artigo 3º, da Lei nº 6.194/74 alterado pela Lei nº 11.482/2007.

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 230
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

2/4



2. DO DIREITO

A cobertura do seguro obrigatório - DPVAT - abrange os casos de indenização por morte ou por invalidez permanente e de reembolso de despesas médico-hospitalares, objetivando proporcionar a todas as vítimas de acidentes automobilísticos indenizações pelos danos sofridos.

Para o recebimento do seguro DPVAT, nos termos do art. 5º da Lei 6.194/74, com as alterações dadas pela Lei 8.441/92, basta que se comprove o acidente e o dano dele decorrente.

Lei 6.194/74

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. (...)

No caso em deslinde, observa-se a presença dos dois requisitos mencionados em lei. Restou comprovado que o(a) Autor(a) foi vítima de acidente de trânsito ocorrido em via pública.

Ademais, e para assegurar que lhe é devido justa indenização, o acidente resultou em invalidez permanente, como bem demonstrado por laudos médicos em anexo.

Por assim ser, o(a) Autor preencheu todos os requisitos do art. 5º da Lei 6.194/74, quais sejam: prova do acidente de trânsito e o dano oriundo dele.

Desta feita, a parte Demandante, manejando o seu *jus postulanti*, direito garantido a qualquer cidadão brasileiro, previsto na Lei Maior, Constituição Federal, vem buscar a tutela jurídica do Poder Judiciário para obter o que é seu de Direito.

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 230
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

3/4



3. DOS PEDIDOS

Ante o exposto, requer a total **procedência** da ação, nos seguintes termos:

- a) a **citação da empresa seguradora**, na pessoa do seu representante legal, a fim de que, querendo, apresente sua defesa, no tempo devido, sob pena de lhe ser decretada a sua revelia;
- b) a **concessão do benefício da gratuidade de justiça**, tendo em vista que o(a) Autor(a) não apresenta, atualmente, condições financeiras suficientes para arcar com as custas processuais sem comprometer o seu sustento e da sua família, nos termos do art. 98, da Lei 13.015/15;
- c) requer a **dispensa da audiência de conciliação**, conforme o art. 334, § 4º, I, §5º, do Código de Processo Civil, já que a matéria necessita da realização de perícia médica;
- d) a **condenação da Promovida ao pagamento da indenização**, no valor total de **R\$ 13.500,00** (treze mil e quinhentos reais), acrescidos de juros e correção monetária;
- e) a condenação da Ré ao **recolhimento de custas** e **pagamento dos honorários advocatícios**, a critério deste douto Juízo;
- f) que as **intimações** aos autores sejam feitas nas pessoas do seu procurador judicial **Francisco Assis Fidelis de Oliveira Filho**, no endereço do timbre.

Protesta provar o alegado por todos os meios em Direito admitidos.

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

Advoga deferimento.

João Pessoa, 26 de março de 2019.

Francisco Assis Fidelis de Oliveira Filho
Advogado - OAB/PB 14.839

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 230
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

4/4



0822647-12.2019.8.15.2001



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
8ª VARA CÍVEL DE JOÃO PESSOA**

0822647-12.2019.8.15.2001

Vistos, etc

Defiro o pedido de assistência judiciária.

1. CERTIFIQUE a escrivania a existência de outra ação idêntica a presente, envolvendo as mesmas partes, eventualmente distribuída para vara cível diversa;
2. Caso negativa a certidão, determino a citação da parte ré, com prazo de 15 dias, uma vez que a audiência de conciliação/medição prevista no art. 334, do CPC/2015 mostra-se inoportuna no presente caso.
3. Apresentada contestação, INTIME-SE para impugnar no prazo de 15 dias.

CUMPRASE.

João Pessoa, 30 de maio de 2019.

RENATA DA CÂMARA PIRES BELMONT

Juíza de Direito





Poder Judiciário da Paraíba
8ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0822647-12.2019.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: MARIZETE GOMES DA SILVA FERNANDES
Polo passivo: RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO

Cnoforme consulta ao sistema, não existe outra

ação. Certifico e dou fé.

JOÃO PESSOA, 21 de agosto de 2019
ROSANGELA RUFFO DE SOUSA LEO MAUL

