



Número: **0802434-25.2019.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **25/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.412,50**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JUSTINO TEOFILIO DE SOUSA (AUTOR)	JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
22192 070	25/06/2019 09:38	Petição Inicial
22192 071	25/06/2019 09:38	PETIÇÃO INICIAL
22192 072	25/06/2019 09:38	B.O.
22192 075	25/06/2019 09:38	COMP. RESIDENCIA
22192 076	25/06/2019 09:38	DOC_ MEDICA
22192 077	25/06/2019 09:38	EXTRATO SINISTRO
22192 081	25/06/2019 09:38	FOTO AUTOR
22192 083	25/06/2019 09:38	GuiaCustas
22192 086	25/06/2019 09:38	FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR
22192 090	25/06/2019 09:38	PROCURAÇÃO
22192 092	25/06/2019 09:38	RG E CPF VÍTIMA
22227 896	27/06/2019 06:41	Despacho
23405 264	12/08/2019 09:07	Expediente
23833 465	26/08/2019 15:11	EMENDA
23833 468	26/08/2019 15:11	EMENDA JUSTINO TEOFILIO
23833 469	26/08/2019 15:11	CARTA
24222 085	09/09/2019 12:17	Despacho
25020 428	04/10/2019 07:30	Expediente

PDF.



Assinado eletronicamente por: FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - 25/06/2019 09:37:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062509375243700000021544457>
Número do documento: 19062509375243700000021544457

Num. 22192070 - Pág. 1

AO JUÍZO DE DIREITO DA VARA MISTA DA COMARCA DE SOUSA/PB

JUSTINO TEOFILO DE SOUSA, brasileiro, casado, motorista, portador do RG nº 6997990-X SSP/SP e CPF nº 654.578.628-87, residente na Rua João Ferreira de Andrade, s/n, Centro, Santa Cruz/PB, CEP: 58824-000, não possui endereço eletrônico, vem por intermédio de seus advogados infra-assinado, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT
PELO PROCEDIMENTO COMUM (Art. 318 CPC)

em face de SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, localizada na Avenida Treze de Maio, nº 23, 2º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20031-902, portal <https://www.seguradoralider.com.br/> pelas razões de fato e de direito que passa a expor:

Escrítorio:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

Inicialmente, a parte autora solicita a Vossa Excelência se digne a deferir a Gratuidade de Justiça, na forma dos artigos 98 e seguintes do novo CPC e da Lei 1060/50, eis que não possui condição financeira para arcar com o ônus da presente demanda, sem que tal dispêndio traga, para si e sua família, prejuízo de subsistência.

DAS PUBLICAÇÕES E INTIMAÇÕES

Por fim em cumprimento ao art. 39, I, do CPC, a parte autora requer que todas as intimações referentes a este processo sejam endereçadas a Av. João Machado, 553, sala 404, Centro, João Pessoa/PB, CEP. 58013-520, requerendo, ainda, que todas as publicações sejam efetuadas exclusivamente em nome dos advogados Dr. Jose Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/RJ sob o nº 57069, endereço eletrônico josebritoadvogados@hotmail.com e Dr. Felipe Eduardo Farias de Sousa, inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251, endereço eletrônico fariasdesousaadv@gmail.com sob pena de nulidade, a teor do art. 236, § 1º, do CPC, esperando deferimento.

DA MEDIAÇÃO

Muito embora a parte autora tenha sempre interesse em conciliar, no caso concreto, como a experiência demonstra a seguradora ré jamais conciliou o que sempre tornou inócuas as audiências de conciliação previstas no código anterior. Por isso, na forma do parágrafo 5º. Do Artigo 334, do novo CPC, o autor, declara

Escrítorio:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



seu desinteresse na designação de audiência com a finalidade de conciliação ou mediação.

DOS FATOS

Na data de 08 de setembro de 2018, o autor foi vítima de grave acidente de trânsito, ocasião que sofreu CORTE CONTUSO NA REGIÃO PARIETAL, HEMATOMA NA REGIÃO PERIORBITAL, ESCORIAÇÕES PELO CORPO, FRATURA EXPOSTA EM JOELHO ESQUERDO, PÉ ESQUERDO LACERADO COM COMPROMETIMENTO VASCULAR QUE ACARRETOU COM A AMPUTAÇÃO DE SUA Perna ESQUERDA que culminou com a sua debilidade permanente, apresentando dificuldades de locomoção visto que depende diariamente de muletas e impossibilidade de exercício de suas atividades diárias e trabalho tudo conforme comprova o Boletim de Ocorrência nº 599/2018 e Boletim de Atendimento Médico e documentação médica hospitalar anexa.

Assim, na qualidade de vítima de acidente de transito, ciente de sua inequívoca invalidez e munido da documentação necessária, protocolizou o pedido de pagamento do SEGURO DPVAT, tendo a seguradora ré RECONHECIDO O ACIDENTE, ATRAVÉS DO SINISTRO Nº 3180593231, pagando, todavia, valor inferior ao devido, apenas R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), contrariando desta forma, o previsto na Lei nº. 6194/74 com as atualizações da lei nº 11945/09.

Ressalte-se que, após o acidente sofrido, adquiriu INVALIDEZ DE NATUREZA PERMANENTE, não lhe restando, dessa

Escrítorio:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



forma, outra alternativa, senão a propositura da presente ação, para o recebimento do seu direito.

DO DIREITO

A questão vertente exige a exegese da norma constante dos art. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74, com as atualizações da Lei 11945/09, pelo qual se depreende de modo inequívoco, que havendo **INVALIDEZ PERMANENTE** em membro inferior e superior com outros traumas, o valor da indenização deve ser de até 100% do Seguro DPVAT, que corresponde a R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a ser paga de acordo com o real grau de **invalidez de que é portadora a vitima, devendo o grau ser aferido por ocasião da pericia médica.**

No caso dos autos, a seguradora ré pagou apenas R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) restando ainda ser pago R\$ 6.412,50 (seis mil quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos).

Dessa forma, restando comprovado o acidente de trânsito e as sequelas oriundas deste, faz jus o autor ao recebimento do complemento do SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ, NO VALOR DE ATÉ R\$ 6.412,50 (seis mil quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos).

DO PEDIDO

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



Face ao exposto, requer a Vossa Excelência, seja determinada, desde logo, a citação da seguradora ré, para, se quiser, responder aos termos da presente sob pena de revelia e confissão, pedindo e esperando a inteira **PROCEDÊNCIA DO PEDIDO**, com a consequente condenação da ré ao pagamento de uma indenização que tenha como base as seguintes verbas:

- a) O deferimento do pedido de gratuidade de justiça;
- b) Que todas as publicações na Imprensa Oficial sejam feitas **exclusivamente em nome do Dr. Jose Orisvaldo Brito da Silva, OAB/RJ 57069 e Dr. Felipe Eduardo Farias de Sousa, OAB/PB 25.251**, bem como para fins do art. 39, inciso I do CPC, que sejam remetidas todas as futuras intimações para seu endereço profissional constantes no timbre da presente peça;
- c) Pagamento do **SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ**, no valor de até R\$ 6.412,50 (seis mil quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos), na forma do artigo 3º, alínea b, da Lei nº 6194/74, com as atualizações da Lei nº 11945/09, **corrigido monetariamente desde a data do acidente, acrescido de juros desde a citação**;
- d) Honorários advocatícios, estes arbitrados em até 20% sobre o valor da condenação, custas judiciais, juros e correção monetária onde couber.

DAS PROVAS

Escrítorio:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



Finalmente, protesta pela produção de provas, especialmente a documentação superveniente e a pericial médica, acostando, para tanto, os quesitos.

DO VALOR DA CAUSA

Dá-se à causa o valor de R\$ 6.412,50 (seis mil quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos).

Termos em que,

Pede e espera deferimento.

Sousa, 25 de junho de 2019.

**Felipe Eduardo Farias de Sousa
OAB/PB 25.251**

**Jose Orisvaldo Brito da Silva
OAB/RJ 57069**

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



QUESITOS PARA PERÍCIA MÉDICA

Queira o Ilustre Perito responder o seguinte:

1. Foi o periciado vítima de acidente automobilístico? Em que data?
2. Foi internado? Qual nosocomio?
3. Qual o diagnóstico médico?
4. Necessitou de intervenção cirúrgica? Qual a indicação nosológica?
5. Necessita ainda o periciado de tratamento?
6. São definitivas as sequelas?
7. A lesão é permanente?
8. Ficou com incapacidade permanente? Se positivo indicar o (s) membro (s) e/ou sentido (s) e/ou função(ões) e o percentual, por parte afetada, separadamente, de acordo com a tabela do SEGURO DPVAT, informando, inclusive se o periciado suporta sequelas residuais.
9. Suporta deformidade e debilidade permanente? Esclarecer, de acordo com a tabela do SEGURO DPVAT, percentual, por parte afetada, separadamente, inclusive se o periciado suporta sequelas residuais.

Escrítorio:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



10. Se a(s) parte(s) atingida(s), compromete parte e/ou todo o movimento e/ou funcionalidade do Membro ou órgão afetado? Caso positivo, qual o percentual a ser atribuído, levando em conta o comprometimento do membro ou órgão afetado?
11. Tendo como base o teto máximo do seguro DPVAT (100%), informar qual o somatório final dos percentuais apurados.
12. Esclareça todo o mais que entender necessário ao bom trabalho a que foi nomeado.
13. No caso de a sequela da qual é portadora a vítima, não fazer parte das sequelas indenizáveis pela tabela do SEGURO DPVAT, qual o percentual de invalidez o expert atribuiria ao periciado, considerando o comprometimento da sequela na vida diária e laborativa da vítima.
14. Se a lesão sofrida pela autora, prejudicou o seu desempenho profissional, a ponto de ter de ser readaptada a nova função?

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
20ª Delegacia Seccional de Polícia
Delegacia Distrital de Cajazeiras - PB



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 599/2018/DPVAT

Natureza da ocorrência - **SINISTRO DE TRANSITO**
Data do fato: **08.09.2018** HORÁRIO: **13H00 MIN.**
Data de notícia do fato a Depol: **21.09.2018**
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA



NOTIFICANTE: JOAO JUSTINO DE SOUSA, BRASILEIRO(A), NATURAL DE SANTA CRUZ/PB, CARPINTEIRO, SOLTEIRO, NASCIDO(A) EM 18.07.1958, FILHO DE FRANCISCO JUSTINO DE SOUSA E ANTONIA ALVES DE ANDRADE, RESIDENTE NA RUA JOAO FERREIRA DE ANDRADE, SN, SANTA CRUZ - PB. RG 13.707.153-X SSP/SP.

VÍTIMA: JUSTINO TEOFILIO DE SOUSA BRASILEIRO(A), NATURAL DE SANTA CRUZ/PB, MOTORISTA, CASADO, NASCIDO(A) EM 24.10.1953, FILHO DE FRANCISCO JUSTINO DE SOUSA E ANTONIA ALVES DE ANDRADE, RESIDENTE NA RUA JOAO FERREIRA DE ANDRADE, SN, SANTA CRUZ - PB. RG 6.997.990-X SSP/SP.

HISTÓRICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE no dia e horário acima descritos a vítima, JUSTINO TEOFILIO DE SOUSA, ao conduzir o VÉICULO HONDA NXR150 BROS ES, PLACA NQG6304/PB, ANO FAB/MOD 2011/2011, CHASSI 9C2KD0550BR004514, RENAVAM 00332576523 MATRICULADA EM NOME DE FRANCISCO ALVES DE SOUSA, quando a vítima trafegava na rodovia PB-359, na altura do Sítio Timbaúba - zona Rural de Santa Cruz-PB, quando um outro veículo, não identificado, colidiu com a motocicleta da vítima, vindo a cair ao solo; QUE foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Hospital Regional de Sousa; QUE A VÍTIMA SOFREU AMPUTAÇÃO NA Perna ESQUERDA, E FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR, E VÁRIOS TRAUMAS PELO CORPO, CONFORME LAUDO MÉDICO; QUE diante dos fatos o notificante, procurador constituído, veio a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos de seguro DPVAT. EM VIRTUDE DESTE FATO VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Segundo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 21 de setembro de 2018.

X Joao Justino d Sousa

<input type="checkbox"/> Notificante	<input type="checkbox"/> Testemunha Arrogada
Assinatura do Policial responsável pelo registro Elisangela N. Dantas	
Mat. 155.719-0	
Elisangela N. Dantas Escrevá de Polícia Mat. 155 719-0	
POLEGAR DIREITO	
18 DEZ. 2018	



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 016.994.969



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JUSTINO TEOFILIO DE SOUSA
RUA JOAO FERREIRA DE ANDRADE S/N
SANTA CRUZ

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1555044-5

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

12/12/2018

CONSUMO

11

VENCIMENTO

19/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 18,44

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JUSTINO TEOFILIO DE SOUSA
Roteiro: 07-193-750-2570
83690000000-8 18440054000-3 15550442018-5 12000193019-3



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
19/12/2018	R\$ 18,44	1555044-2018-12-0

18 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - 25/06/2019 09:37:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062509375434600000021544462>
Número do documento: 19062509375434600000021544462

Num. 22192075 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - 25/06/2019 09:37:54
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1906250937544550000021544463>
Número do documento: 1906250937544550000021544463

Núm. 22192076 - Pág. 1

18 DEZ 2018



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA
DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES



MAT.: 330.895

Nome: Fustino Teófilo de Souza Bloco: _____ Apt.º: _____ Leito: _____
D.N.: 28/10/1963 Est. Covil: casado Endereço: Francisco Sales de Souza
Rua: João Ferreira Andrade Cidade: Santa Cruz Est.: PB
Médico Assistente: Dr George Clínica: VISÓPOLIS
Data da Internação: 08/09/2018 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE:

Queixa Principal:

Pedreiro com dor de cabeça de nádega com

História da Doença Atual: Onipedeu ferido no nariz de

- Perna E com dor piorando ao

nariz do joelho E com dor do

EXAME FÍSICO: Coração regular de pulso E com

Perda de peso + piorando fm. Coxa Calafado e

golpeado fm. Tij. Dura

DIAGNÓSTICO:

Pelvofemoral

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

18 DEZ. 2018

1º. Cap. Kennedy Dantas Rocha
2º. Dr. Renato Rosendo Lima da Silva
3º. Dr. Pedro Henrique da Costa
4º. Dr. Pedro Henrique da Costa
5º. Dr. Pedro Henrique da Costa





Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SORR

HOSPITAL REGIONAL DE SOUZA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

18. DEZ. 2018





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ- PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - SAMU

Santa Cruz, 14 de Setembro de 2018.

Ao Sr. (a)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 13 de Setembro de 2018, passa a informar o que segue:

Nº da ocorrência: 0024

Vítima: Justino Teófilo de Sousa

Sexo: Masculino

Data: 08/09/2018

Local da Ocorrência: Sítio Timbaúba – PB-359.

Médico Intervencionista: Drº Rodrigo

Enfermeiro: Isabel Ferreira Neta

Téc. de Enfermagem: Jéssica Maria de Lima

Condutor: Allisson Nascimento

Viatura: USB – 14

Natureza da Ocorrência: Equipe acionada para atendimento à vítima de colisão moto x carro. Ao chegarmos no local, o paciente encontrava-se em decúbito lateral, apresentando corte contuso em região parietal, fratura exposta em joelho esquerdo, hematoma na região periorbital, pé esquerdo lacerado com comprometimento vascular e escoriações em várias regiões do corpo. Realizado a imobilização conforme protocolo de APH, instalado O² com máscara de venturi a 50%, 02 acessos venosos calibrosos, sendo solicitado apoio da USA para fazer a intercepção para conduzir ao Hospital Regional de Sousa.

Vanessa Kelly Amaral Duarte
Vanessa Kelly Amaral Duarte
Coordenadora Administrativa

18 DEZ. 2018



Respiração:	<input type="checkbox"/> O ₂	l/min	<input type="checkbox"/> TOT	<input type="checkbox"/> VMA	<input type="checkbox"/> Máscara de Venturi
FR:	irpm	<input type="checkbox"/> Catéter nasal	<input type="checkbox"/> TQT	<input type="checkbox"/> VNI	<input type="checkbox"/> O ₂ Ambiente
Expansibilidade Torácica Preservada:			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local:
Dreno Torácico:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local:	Débito: ml	
Murmúrios vesiculares:	<input type="checkbox"/> Presentes		<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Diminuídos	
Ruídos Adventícios:	<input type="checkbox"/> Roncos		<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Estertores	
Tosse:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Produtiva - Aspecto:	
Ritmo Cardíaco:	<input type="checkbox"/> Regular		<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Arritmia
FC:	bpm	PA:	x mmHg	PCV:	cmH ₂ O
Droga Vasoativa:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual?		
Acesso Venoso:	<input type="checkbox"/> Periférico		<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> Dissecção	
Abdome:	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Ascítico	
	<input type="checkbox"/> Doloroso	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Incisão Cirúrgica	
<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> Gavagem	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Aberta- aspecto	
Ruidos Hidroáreos:	<input type="checkbox"/> Presentes		<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Diminuídos	
Ostomias:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local:	Débito: ml	
Drenos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual?	Local:	Débito: ml
Evacuações:	<input type="checkbox"/> Presentes		<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Diarreia
Diurese:	<input type="checkbox"/> Espontânea		<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> SVA	<input type="checkbox"/> Cistostomia
Aspecto:	<input type="checkbox"/> Colúria	<input type="checkbox"/> Límpida	<input type="checkbox"/> Hemática	<input type="checkbox"/> Piúria	<input type="checkbox"/> Concentrada
Volume:	<input type="checkbox"/> Anúrico	<input type="checkbox"/> Polaciúrico	<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Satisfatório
Função	<input type="checkbox"/> Preservada		<input type="checkbox"/> Paraplegia	<input type="checkbox"/> Tetraplegia	
Locomotora:	<input type="checkbox"/> Hemiplegia		<input type="checkbox"/> Parestesia	<input type="checkbox"/> Paresia	
MMSS e	<input type="checkbox"/> Amputação		<input type="checkbox"/> Varizes	<input type="checkbox"/> Fraturas	
MMII	<input type="checkbox"/> Fístulas		<input type="checkbox"/> Trações	<input type="checkbox"/> Edema	

IMPRESSÕES DO ENFERMEIRO(A): Paciente acalmado neste horário fracionado do bloco cirúrgico com PO de politrauma, consciente orientado em O2 ambiente balançando manualmente encostado em poltrona, sentado, sem dor, 'devido' ao politrauma, teve amputação 'traumática' ao nível da metade T9 E, medido o pulmão monitorizado.

Márcia Andrade
Enfermeira
COREN 110

ADMISSÃO DO TÉC. DE ENFERMAGEM:

Paciente procedente do bloco cirúrgico, o mesmo é paciente politraumatizado com amputação clínica no membro inferior esquerdo, segue consciente orientado, é verbalizando e cooperativo e segue estabilizado.

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____

TÉC. DE ENFERMAGEM: D. J. P. O. COREN: 208241

18 DEZ. 2018





PACIENTE: JUSTINO TEOFILIO DE SOUSA

Nº: 88134

REQUISITANTE: JOSÉ AUGUSTO BRAGA ROLIM

DATA: 10/09/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado no plano axial, com cortes de 4,0mm de espessura na fossa posterior, e 6,0mm de espessura na região supratentorial, sem utilização do produto de contraste endovenoso, por solicitação do médico assistente.

RELATÓRIO:

1. Parênquima encefálico apresenta morfologia e coeficiente de atenuação normal.
2. Aspecto anatômico dos sulcos entre os giros corticais, fissuras Sylvianas e cisternas da base.
3. Sistema ventricular apresenta morfologia, dimensões e coeficiente de atenuação normais.
4. Ausência de coleções extra-axiais.
5. Não há evidência de desvio da linha média.
6. Ausência de calcificações patológicas.
7. Material com atenuação de líquido espesso ou partes moles preenchendo parcialmente as células etmoidais e seio esfenoidal.
8. Aumento de partes moles na região temporoparietal esquerda, com enfisema subcutâneo regional.

Conclusão:

- Edema/hematoma subgaleal temporoparietal esquerdo.
- Hemossinus ou sinusopatia.

18 DEZ. 2018

SOUSA-PB, 10 de setembro de 2018

Dr(a). MARCELLI GARTAXO NEVES
Medico(a) Radiologista
CRM Nº 6089.

SINISTRO 3180593231 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARCOS

AURELIO VIDAL CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

BENEFICIÁRIO JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

CPF/CNPJ: 65457862887

Posição em 25-06-2019 09:11:51

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/01/2019	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
22/01/2019	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
22/12/2018	Interrupção de Prazo	
21/12/2018	Aviso de Sinistro	





Assinado eletronicamente por: FELIPE EDUARDO FARIAZ DE SOUSA - 25/06/2019 09:37:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062509375477000000021544468>
Número do documento: 19062509375477000000021544468

Num. 22192081 - Pág. 1

 <p>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</p>			(Via da parte)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 037.2.19.01885/01
Sousa		PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 25/06/2019
Número da guia: 037.2019.601885 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/06/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 504,10 - Taxa Judiciária: R\$ 96,19 - Despesas processuais postais: R\$ 15,56 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,41
			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 617,20
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866800000063 172009283182 520190630035 721901885013</p>			Valor final: R\$ 617,20

 <p>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</p>			(Via do processo)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 037.2.19.01885/01
Sousa		PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 25/06/2019
Número da guia: 037.2019.601885 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/06/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 504,10 - Taxa Judiciária: R\$ 96,19 - Despesas processuais postais: R\$ 15,56 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,41
			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 617,20
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866800000063 172009283182 520190630035 721901885013</p>			Valor final: R\$ 617,20

 <p>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</p>			(Via do banco)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 037.2.19.01885/01
Sousa		PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 25/06/2019
Número da guia: 037.2019.601885 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/06/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 504,10 - Taxa Judiciária: R\$ 96,19 - Despesas processuais postais: R\$ 15,56 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,41
			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 617,20
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866800000063 172009283182 520190630035 721901885013</p>			Valor final: R\$ 617,20





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

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 037.2019.601885

Data Vencimento: 30/06/2019

Data Emissão: 25/06/2019

Comarca: Sousa

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

Promovido:

Valor da Causa: R\$ 6.412,50

Despesas Processuais: R\$ 15,56

Custas: R\$ 504,10

Taxa: R\$ 96,19

Total da Guia: R\$ 615,85

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 PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - 25/06/2019 09:37:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062509375498300000021544470>
Número do documento: 19062509375498300000021544470

Num. 22192083 - Pág. 2



REGIONAL SOUSA

PREFEITURA DE SOUSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE SOUSA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 08/09/18	ID da Ocorrência 0024	Nº / Equipe USA 01	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base Hs	Hora de Chegada no Local Hs
Paciente / Usuário Justino Teixeira de Souza			Idade 65	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input checked="" type="checkbox"/> Outro:			Bairro	Médico Regulador Rodrigo	
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 checked="" type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <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 type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento					
Destino (Unidade Hospitalar) HRS			Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICO PSIQUIÁTRICO GINECO-OBSTÉTRICO
Motivo: TRAUMA

 TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem: _____

Responsável: _____

Hospital de Destino: _____

Responsável: _____

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"/> Drogas |
| <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.: 110x60 FC: 86 FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S/O2: 92 SpO2 - C/O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Intervenções: _____

Evolução do Enfermeiro:

USA 01 encaminhado para o apoio a UBS 014 que encontrou com paciente vítima de colisão carro x moto o mesmo apresentava-se com fratura exposta à joelhos (L) e fratura do pé (G), entre os traumas ósseos (O) e gástrico (G).

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA (O); realizar avaliação médica e encaminhar ao HRS.

GBF - CódS 05

18 DEZ. 2018



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 Expectorção Enfisema subcutâneo Hálito Etílico

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: _____

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

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

PERTENCES DA VÍTIMA

Não
 Sim
Objetos:

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

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: *Alexander* MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ CORÉN: _____

ENFERMEIRO(A): *Alexander J. da Silva* COREN: *113619*

MÉDICO(A): _____ CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - Recusa Remoção Recusa Atendimento

NOOME: _____ RG. / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____

GBF - C6dS 0527

18 DEZ. 2018



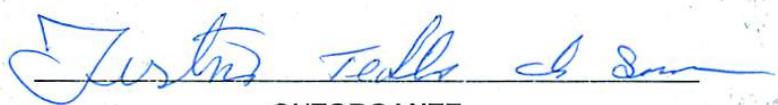
PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

OUTORGANTE: JUSTINO TEÓFILO DE SOUSA, brasileiro
cidadão, motorista, inscrito no RG nº 6997990-X SSP/SP, CPF: 654-
578.628-87, residente e domiciliado na, Rua João Ferreira
de Andrade, SN, Santa Cruz/PB. TEL: 98117-2978.

OUTORGADOS: FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA, brasileiro, casado, Advogado
inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251 e JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro,
Advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251/A ambos com escritório profissional localizado
na Av. João Machado, 553, 4º andar, sala 404, Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58013-520.

PODERES: Para o foro em geral, nos termos do art. 105, e seus incisos do CPC/2015,
inclusive, como CLÁUSULA ESPECIAL, CONFERINDO PODERES DE CONFESSAR, TRANSIGIR,
DESISTIR, RECEBER ALVARÁ JUDICIAL PERANTE O CARTÓRIO QUE TRAMITA O PROCESSO
BEM COMO, LEVANTAMENTO DE VALORES EM INSTITUIÇÕES BANCÁRIAS, DAR QUITAÇÃO
A CRÉDITOS EM FAVOR DO (A) OUTORGANTE decorrente da atuação do outorgado, firmar
compromisso de inventariante, bem como, de síndico em falência e comissário em concordata,
prestar primeiras e últimas declarações em inventário ou arrolamento, acompanhá-los em
todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, reconhecer a
procedência do pedido, retirar alvará em cartório, dar e receber quitação, renunciar no todo ou
em parte do direito sobre o qual funda a ação, representando-o (os) perante o Juízo, Instância
ou Tribunal, repartições Públicas, Federais e/ou Municipais, na resolução de demandas
administrativas, ainda, receber e dar quitação de alvarás em estabelecimentos financeiros e
bancários seja eles quais forem separadamente, representar o (a) outorgante em delegacias,
procedimentos criminais e administrativos criminais, delegacia do idoso, atuar em
representações criminais, atuar em ações de cobrança de seguro obrigatório DPVAT,
representar o (a) outorgante em estabelecimentos hospitalares, requerer vistas e cópias de
prontuários médico, bem como, substabelecer com ou sem reservas de poderes, receber
valores depositados mediante alvará nas instituições bancárias conveniadas com o Tribunal de
Justiça da Paraíba, representar o outorgante em ações de cobrança contra instituições de
crédito, seguradoras, cobranças de seguro de vida e previdência, representar de forma
administrativa nas esferas Estadual e Municipal, acompanhar e praticar atos em processos
administrativos, bem como, perante o INSS, realizando-se todo e qualquer ato que seja
necessário.

Sousa, 07 DE MAIO DE 2019



OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE: Justino Teotib de Souza, brasileiro, casado, motorista, inscrito no RG nº 6997990-XSP/SP, CPF: 654.578.628-87, residente na Rua João Ferreira de Andrade, 51, Santa Cruz/PB, TEL: 98114-2978.

DECLARO com base na Lei n.º 7.115 de 29/01/1993 (Lei da Desburocratização) e Lei 1.060/50, que: "Não disponho de condições econômicas suficientes para arcar com custas e despesas processuais, da demanda, sem que venha a causar danos ao sustento próprio e de minha família, não percebo verba suficiente para o custeio antecipado de custas".

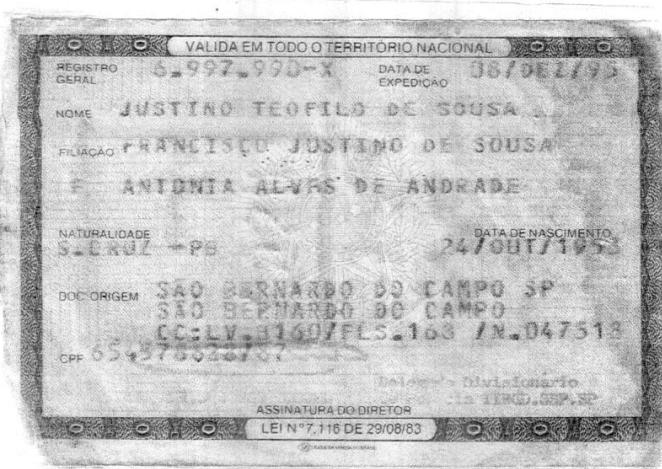
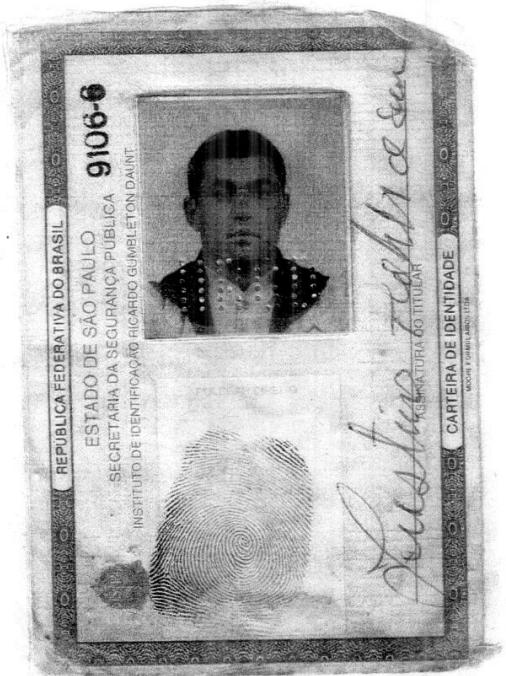
DECLARO ainda, ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e penais a que estarei sujeito (a), caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

João Pessoa, 07 DE MAIO DE 2019.



Justino Teotib de Souza
DECLARANTE



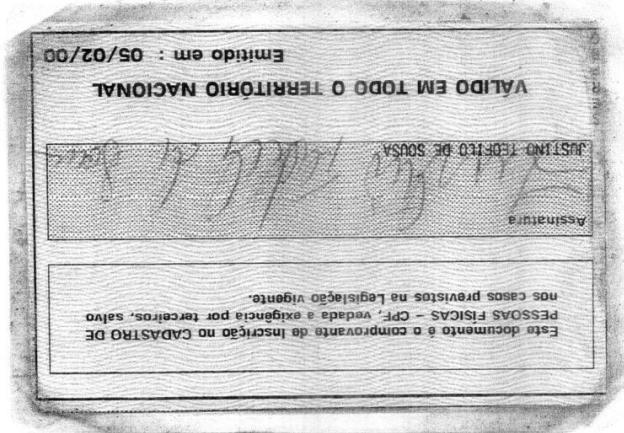


18 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: FELIPE EDUARDO FARIA DE SOUSA - 25/06/2019 09:37:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062509375556800000021544779>
Número do documento: 19062509375556800000021544779

Num. 22192092 - Pág. 1



18 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - 25/06/2019 09:37:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062509375556800000021544779>
Número do documento: 19062509375556800000021544779

Num. 22192092 - Pág. 2



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SOUSA

7ª VARA MISTA

Rua Francisco Vieira da Costa, s/n, Raquel Gadelha, CEP 58800970

e-mail sza.7vara@tjpb.jus.br; telefone (83)35226602

PROCESSO	0802434-25.2019.8.15.0371
	[ACIDENTE DE TRÂNSITO]
AUTOR	JUSTINO TEOFILO DE SOUSA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de veracidade da declaração de hipossuficiência econômica formulada por pessoa física (art. 99, § 3º, do CPC), defiro a gratuitade judiciária requerida na exordial.

Da necessidade de especificação da lesão:

O seguro DPVAT é regulamentado pela Lei 6.194/1974, que, em seu artigo 3º prevê o valor de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), nos casos de invalidez permanente. É comum que se questione o fracionamento do valor indenizatório com base no grau de invalidez. Não obstante, o STF considerou que “os princípios da dignidade da pessoa humana, da proporcionalidade e da vedação ao retrocesso social, máxime



Assinado eletronicamente por: VINICIUS SILVA COELHO - 27/06/2019 06:41:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062609314507900000021578462>
Número do documento: 19062609314507900000021578462

Num. 22227896 - Pág. 1

diante dos mecanismos compensatórios encartados na ordem normativa sub judice, restam preservados na tabela legal para o cálculo da indenização do seguro DPVAT’ (STF, ADI 4350, Relator(a): Min. LUIZ FUX, Tribunal Pleno, julgado em 23/10/2014, ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-237 DIVULG 02-12-2014 PUBLIC 03-12-2014)¹.

Por conseguinte, “*a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez*” (Súmula 474, STJ). Para fins de quantificação, deve ser considerada a tabela anexa à lei de regência, como determinam o § 1º do artigo 3º da lei de regência².

Conforme disposto no art. 319, III, do CPC, a inicial deve conter a exposição do fato sobre o qual se embasa o direito alegado. A causa de pedir deve ser tão clara e específica quanto o pedido, inteligência do art. 330, § 1º, do CPC, sob pena de indeferimento da inicial.

Assim, é que deve o autor promover a emenda da inicial, no prazo de 15 (quinze) dias, para esclarecer extensão da invalidez alegada, assim entendida: 1) a descrição minuciosa da sequela efetivamente experimentada; 2) a descrição da invalidez que foi apurada pela seguradora e qual o percentual que lhe foi pago; 3) os motivos pelos quais entende que o valor pago na seara administrativa respeitou a segmentação prevista na tabela anexa ao regulamento.

A título de ilustração, consideremos a hipótese em que alguém sofre acidente automobilístico e, em decorrência do sinistro, sofre lesão em um dos pés. A seguradora apura, no contencioso administrativo, que a lesão foi de leve repercussão e, aplicando os redutores previstos em lei, paga a quantia de R\$ 1.687,50. A parte autora poderá questionar em juízo a apuração, sob o fundamento de que a lesão é de intensa repercussão ou que causou perda funcional completa do membro. Porém, nesses casos, não poderá defender que tem direito à diferença necessária para alcançar o teto indenizatório, porque essa tese já foi exaustivamente rechaçada pela jurisprudência. O pedido, se deduzido nesses termos, poderá comportar, inclusive, improcedência liminar do pedido, com fundamento no inciso I do art. 332 do CPC. A orientação firmada nos tribunais somente poderá ser relativizada se a parte demonstrar que o caso em questão não deve ser examinado à luz do entendimento pacificado pelos tribunais.

Essa medida é justificada até mesmo em razão do que a experiência vem demonstrando em ações dessa espécie, invariavelmente tramitando sob a concessão de AJG à parte autora. Na maior parte dos casos, as perícias judiciais, custeadas pelas seguradoras (que são custeadas com dinheiro do contribuinte), corroboram o que fora constatado na seara extrajudicial. Por outro lado, com a adequação aqui exigida, que implicará redução do valor da causa, será possível aferir, com maior objetividade, a alegada hipossuficiência econômica.

Por fim, cabe salientar que os arts. 926 e seguintes do CPC sedimentaram o caminho pelo respeito à segurança jurídica. Tanto os tribunais quanto os juízos de primeiro grau devem prezar pela uniformização da jurisprudência. Ocorre que esse dever deve partir, também, do jurisdicionado. No caso das ações do seguro DPVAT, não há sentido algum em insistir, sem fundamento, na pretensão ao teto indenizatório, tese já rechaçada pelos tribunais superiores.

ANTE O EXPOSTO:



1- Intime-se a parte autora para, no prazo de quinze dias, esclarecer a extensão da invalidez alegada, assim entendida: 1) a descrição minuciosa da sequela efetivamente experimentada; 2) a descrição da invalidez que foi apurada pela seguradora e qual o percentual que lhe foi pago; 3) os motivos pelos quais entende que o valor pago na seara administrativa respeitou a segmentação prevista na tabela anexa à lei de regência; . **Caso a parte tenha a pretensão à indenização por gastos médicos suplementares, deverá indicar na petição de emenda os gastos e apresentar as respectivas provas:**

Sousa-PB, data e assinatura eletrônicas.

VINICIUS SILVA COELHO

Juiz de Direito

1No mesmo sentido: “Recurso extraordinário com agravo. Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT). 2. Redução dos valores de indenização do seguro DPVAT pela Medida Provisória 340/2006, convertida na Lei 11.482/2007. 3. Constitucionalidade da modificação empreendida pelo art. 8º da Lei 11.482/007 no art. 3º da Lei 6.194/74. 4. Medida provisória. Pressupostos constitucionais de relevância e urgência. Discricionariedade. Precedentes. 5. Princípio da dignidade da pessoa humana. Ausência de violação. 6. Repercussão geral. 7. Recurso extraordinário não provido”. (STF, ARE 704520, Relator(a): Min. GILMAR MENDES, Tribunal Pleno, julgado em 23/10/2014, PROCESSO ELETRÔNICO REPERCUSSÃO GERAL - MÉRITO DJe-236 DIVULG 01-12-2014 PUBLIC 02-12-2014)

2§ 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.





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE SOUSA
7^a VARA

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

0802434-25.2019.8.15.0371

AUTOR: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - PB25251

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO

Através do presente expediente, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) intimada(s) de todo o teor do despacho/decisão em anexo.

Sousa(PB), 12 de agosto de 2019

JOAO BATISTA ALVES DE ANDRADE

TEC. JUDICIÁRIO - mat. 4752341

Assinatura eletrônica



Assinado eletronicamente por: JOAO BATISTA ALVES DE ANDRADE - 12/08/2019 09:07:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081209071269400000022688273>
Número do documento: 19081209071269400000022688273

Num. 23405264 - Pág. 1

PDF.



Assinado eletronicamente por: FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - 26/08/2019 15:11:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082615111876300000023090754>
Número do documento: 19082615111876300000023090754

Num. 23833465 - Pág. 1



**AO JUÍZO DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA
DE SOUSA/PB**

PROCESSO N° 0802434-25.2019.8.15.0371

JUSTINO TEÓFILO DE SOUSA, devidamente qualificado nos autos em epígrafe, que corre diante deste D. Juízo em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS S/A**, identificada, vem diante de Vossa Excelência, através de seus advogados plenamente constituídos, apresentar:

EMENDA À INICIAL

Nos seguintes termos, em atendimento ao despacho **ID 22227896**:

1 - quanto à descrição das sequelas experimentadas: ao analisarmos os documentos acostados nos autos, identificamos que o autor foi vítima de grave acidente de trânsito onde sofreu corte contuso na região parietal (fratura em crânio), hematoma/ferimento na região periorbital (olho), fratura exposta em joelho esquerdo e laceração de pé esquerdo com comprometimento vascular, o que acarretou a amputação do seu membro inferior esquerdo o que gerou sua debilidade permanente, dificultando sua mobilidade e exercício das atividades cotidianas.

Av. João Machado, 553, 4º andar, sala 404, Plaza Center, Centro, João Pessoa/PB – Fone: (83)  9.8608-3304 / (83) 9.9857-7835, e-mail: fariasdesousaadv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - 26/08/2019 15:11:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082615112177200000023090757>
Número do documento: 19082615112177200000023090757

Num. 23833468 - Pág. 1

2 - quanto à descrição da invalidez apurada pela seguradora e percentual pago: ao vermos a carta da seguradora, identificamos que esta usou como base o dano pessoal de acordo com a tabela de 70% com perda completa de um dos membros inferiores, aplicando a graduação em grau médio de 75% (75% de 70%), indenizando então o autor com 52,50% da tabela DPVAT, que dá o valor de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

3 - quanto aos motivos que levam a crer que os valores pagos pela seguradora não cumprem a tabela de graduação da lei de regência: Excelência, como sabido e reforçado acima, o autor teve corte contuso na região parietal (fratura em crânio), hematoma/ferimento na região periorbital (olho), fratura exposta em joelho esquerdo e laceração de pé esquerdo com comprometimento vascular, o que acarretou a amputação do seu membro inferior esquerdo, ao observarmos a tabela de graduação chegamos ao seguinte percentual: 70% para perda completa de um dos membros inferiores, 100% para lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, o que deve ser analisado pericialmente para relatar seu grau real de invalidez. Sendo assim, o autor possui direito ao recebimento indenizatório de 170% da tabela DPVAT, visto que as sequelas/lesões são de natureza grave. Isso convertido para valores, temos que a tabela rege indenização de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) mais R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), deduzindo-se o valor pago administrativamente (R\$ 7.087,50, sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), chegamos ao valor final devido ao autor na quantia de até R\$ 15.862,50 (quinze mil oitocentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Diante dos fatos narrados acima, se faz imprescindível à designação de perícia médica para a constatação do real/atual grau de invalidez e sequelas permanentes do autor para fins do pagamento de indenização residual correta.

Av. João Machado, 553, 4º andar, sala 404, Plaza Center, Centro, João Pessoa/PB – Fone: (83)



9.8608-3304 / (83) 9.9857-7835, e-mail: fariasdesousaadv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - 26/08/2019 15:11:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082615112177200000023090757>
Número do documento: 19082615112177200000023090757

Num. 23833468 - Pág. 2



Sendo assim, requer a intimação do promovido para apresentar defesa no prazo legal, bem como, proceder com o pagamento da perícia médica.

Por se alterar o valor pretendido da indenização de natureza DPVAT, requer a alteração do valor da causa, que se dá R\$ 15.862,50 (quinze mil oitocentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Sousa, 26 de agosto de 2019.

FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA

OAB/PB 25.251

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA

OAB/PB 21.745-A

Av. João Machado, 553, 4º andar, sala 404, Plaza Center, Centro, João Pessoa/PB – Fone: (83)



9.8608-3304 / (83) 9.9857-7835, e-mail: fariasdesousaadv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - 26/08/2019 15:11:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082615112177200000023090757>
Número do documento: 19082615112177200000023090757

Num. 23833468 - Pág. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180593231 Vítima: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

Data do Acidente: 08/09/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização

abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%
Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =

R\$ 7.087,50

Recebedor: **JUSTINO TEOFILO DE SOUSA**

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 237

Agência: 000001594-6

Conta: 000000491704-9

Tipo: CONTA POUPANCA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAIMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SOUSA - 7ª VARA MISTA

Rua Francisco Vieira da Costa, s/n, Raquel Gadelha, CEP 58800970

e-mail sou-vmis07@tjpb.jus.br; telefone (83)35226602

PROCESSO	0802434-25.2019.8.15.0371 [ACIDENTE DE TRÂNSITO]
AUTOR	JUSTINO TEOFILO DE SOUSA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

1- Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e art. 8º cc. 139, II, ambos do NCPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do NCPC.

2- Cite(m)-se a(s) parte(s) ré(s) para oferecer(em) contestação no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia e de presunção de veracidade das alegações de fato formuladas na petição inicial (NCPC, art. 344).

3- Trata-se de ação de cobrança de seguro DPVAT, sendo imprescindível a realização de perícia, nesse sentido, nomeio como perito do juízo o médico DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO. Fica autorizada a intimação por meio dos canais indicados pelo perito no sítio eletrônico do TJPB (diegosantiago_medicina@hotmail.com; 83-996814345, desde que ele acuse o recebimento. Frustrada a comunicação, notifique-se por carta com AR (Rua José Anacleto, 271, Uiraúna-PB), **sem prejuízo de sua substituição por outro expert pela serventia**, arbitrando seus honorários periciais em R\$ 200,00 (duzentos reais), em face da complexidade da prova e do local de sua realização, a serem custeados pela Seguradora Líder, nos termos do Convênio 015/2014, facultada às partes a indicação de assistente técnico. Intime-se a seguradora açãoada para efetuar o depósito dos honorários em cinco dias, salvo se já efetuado o depósito.

4- Intime-se o perito da nomeação, bem como para designar dia, hora e local para realização da perícia, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, de forma a possibilitar a intimação das partes.



Assinado eletronicamente por: VINICIUS SILVA COELHO - 09/09/2019 12:17:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090817323985000000023456461>
Número do documento: 19090817323985000000023456461

Num. 24222085 - Pág. 1

5- Intimem-se as partes para, querendo, formularem quesitos e indicarem assistentes técnicos, no prazo de 15 (quinze) dias, caso já não tenham feito (art. 465, § 1º, NCPC).

6- Por outro lado, formulo os seguintes quesitos a serem respondidos pelo Perito:

6.1 – O autor é portador de invalidez permanente?

6.2 – Em caso positivo, em que consiste essa invalidez?

6.3 – A invalidez permanente é total ou parcial?

6.4 – Em sendo a invalidez permanente parcial, ela é completa ou incompleta?

6.5 – Sendo a invalidez permanente parcial incompleta as sequelas são de repercussão intensa, média, leve ou residual?

6.6 – Levando-se em consideração a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, qual o grau da invalidez?

7- As perícias serão agendadas em bloco, de acordo com a disponibilidade do perito, podendo, inclusive, serem realizadas excepcionalmente aos sábados, uma vez que constituem dia útil para efeitos legais (art. 216, NCPC) e visam salvaguardar os direitos das partes interessadas (art. 279, § 1º, LOJE).

8- Cumpridas as determinações acima, aguarde-se o agendamento da data para a realização da perícia.

9- Com o agendamento da perícia, intimem-se as partes, informando data, hora e local da produção da referida prova (art. 474, NCPC), devendo ser encaminhados os quesitos das partes e os quesitos usuais do Juízo. O autor, que deverá ser intimado pessoalmente da data designada, deverá apresentar documento de identificação oficial com foto e todos os exames de que dispõe acerca da enfermidade alegada.

10 – Juntado aos autos o laudo pericial, expeça-se alvará em favor do perito e intimem-se as partes para, no prazo comum de 05 (cinco) dias, se manifestarem e requererem o que entenderem de direito.

Cumpra-se. Intimações necessárias.

Sousa-PB, data e assinatura eletrônicas.

VINICIUS SILVA COELHO

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: VINICIUS SILVA COELHO - 09/09/2019 12:17:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909081732398500000023456461>
Número do documento: 1909081732398500000023456461

Num. 24222085 - Pág. 2



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE SOUSA
7^a VARA

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

0802434-25.2019.8.15.0371

AUTOR: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - PB25251

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO

Através do presente expediente, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) intimada(s) de todo o teor do despacho/decisão em anexo.

Sousa(PB), 4 de outubro de 2019

JOAO BATISTA ALVES DE ANDRADE

TEC. JUDICIÁRIO - mat. 4752341

Assinatura eletrônica



Assinado eletronicamente por: JOAO BATISTA ALVES DE ANDRADE - 04/10/2019 07:30:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100407300718600000024207735>
Número do documento: 19100407300718600000024207735

Num. 25020428 - Pág. 1