



Número: **0800890-22.2018.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
COSME BARREIRO DE OLIVEIRA (AUTOR)		THALITA PIMENTEL DE SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
16023 296	17/08/2018 18:02	<a href="#">Petição Inicial e QUESITOS</a>	Petição Inicial
16023 480	17/08/2018 18:02	<a href="#">Procuração e docs-otimizado 1</a>	Outros Documentos
16023 492	17/08/2018 18:02	<a href="#">docs-otimizado 2</a>	Outros Documentos
16023 494	17/08/2018 18:02	<a href="#">docs-otimizado 3</a>	Outros Documentos
16023 498	17/08/2018 18:02	<a href="#">carta de indeferimento</a>	Outros Documentos
16035 226	20/08/2018 16:32	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
20466 498	10/04/2019 17:17	<a href="#">Documento de Comprovação</a>	Documento de Comprovação
20466 516	10/04/2019 17:17	<a href="#">AR - PROC. 0800890-22.2018 - 0800409-59.2018 - 0800419-06.2018</a>	Aviso de Recebimento
21816 082	06/06/2019 16:44	<a href="#">Certidão de Decurso de prazo</a>	Certidão de Decurso de prazo
21928 649	19/06/2019 09:30	<a href="#">Decisão</a>	Decisão
24045 771	02/09/2019 15:27	<a href="#">Ato Ordinatório</a>	Ato Ordinatório
24045 780	02/09/2019 15:28	<a href="#">Ato Ordinatório</a>	Ato Ordinatório
26121 952	11/11/2019 18:18	<a href="#">Ato Ordinatório</a>	Ato Ordinatório
26121 963	11/11/2019 18:20	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
27283 380	30/12/2019 22:33	<a href="#">Laudo Pericial</a>	Laudo Pericial
27283 381	30/12/2019 22:33	<a href="#">LAUDO DE EXAME PERICIAL-0800890-22.2018</a>	Laudo Pericial
27505 159	16/01/2020 16:34	<a href="#">Ato Ordinatório</a>	Ato Ordinatório
27505 180	16/01/2020 16:38	<a href="#">Expediente</a>	Expediente

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_ª VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE PRINCESA ISABEL - PARAIBA

-

**COSME BARREIRO DE OLIVEIRA**, brasileiro, agricultor, casado, portador do documento RG de nº 92775 SSP/PB e CPF de nº 910.215.374-20, com endereço na Rua Luiz de Souza Primo, s/nº, Casa, no município de Manaíra/PB, CEP 58.995-000, Estado da Paraíba, por seu advogado *in fine* assinado, vem, respeitosamente, perante Vossa Excelência, com fulcro na Lei nº. 6.194/74 com as alterações trazidas pela Lei nº. 11.482/07 c/c o art. 319 do NCPC/2015, propor a presente **AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)** em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, Pessoa Jurídica de Direito Privado, inscrita sob o CNPJ de nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado na pessoa de seu responsável, com endereço na RUA SENADOR DANTAS Nº 74, 5ºANDAR - CENTRO RIO DE JANEIRO - RJ, CEP. 20031205- Fone: (021) 3861-4600 - FAX: 2240-9073, com endereço eletrônico [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), devendo ser regularmente citada para responder aos fundamentos fáticos e jurídicos expostos a seguir:

**PRELIMINARMENTE:**

-

**DA GRATUIDADE PROCESSUAL:**

O promovente em face da impossibilidade de arcar com custas e gastos processuais vem requerer a **CONCESSÃO DE JUSTIÇA GRATUITA.**



Determina a lei nº 1.060/50, que fará jus ao referido benefício àquele que não possuir condições financeiras suficientes para arcar com os gastos inerentes ao processo sem causar prejuízos ao seu sustento e da sua família.

Os custos e as demais despesas processuais latentes ao processo não podem ser suportados pelo promovente, sem, contudo, causar-lhe prejuízos e dificuldades na sua manutenção e sobrevivência.

A lei nº 1.060/50 é considerada medida especial, criada com o derradeiro fim de possibilitar que todos possam ter acesso efetivo ao Poder Judiciário, efetivando o comando constitucional descrito no artigo no artigo 5º, XXXV da Carta Magna.

Outrossim, tal ato normativo condiciona a concessão do respectivo benefício a simples Declaração subscrita pelo próprio beneficiário da impossibilidade de suportar o acúmulo das despesas processuais com aquelas despendidas em seu sustento.

Por isso, requer o autor, que seja concedido o pedido de **JUSTIÇA GRATUITA**, uma vez que carece de recursos que possibilitem cumular os gastos processuais com o seu sustento, como declarado no documento em anexo.

### **DOS FATOS**

-

Consoante comprova a inclusa documentação, a parte Autora foi vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 14/02/2015, o que lhe causou, **ANATÔMICA E/OU FUNCIONAL COMPLETA DE UM DOS MEMBROS SUPERIORES, ACARRETANDO-LHE SEQUELAS PERMANENTES (Politraumatismo em membros superiores)**, como demonstra a documentação médica em anexo.

Autora postulou administrativamente o recebimento do seguro DPVAT, sinistro registrado sob o nº 31602526870. Em 16 de maio de 2016, foi gerado número do sinistro por parte da seguradora Líder, obtendo COMO RESPOSTA A NEGATIVA DA SEGURADORA, conforme carta de indeferimento em anexo, devendo ser pago à parte autora o direito de **R\$ 9.450,00 (NOVE MIL QUATROCENTOS E CINQUENTA REAIS)**.



-

Consubstanciado a isso e pela análise das provas, não dúvida quanto ao fato, bem como suas consequências e o nexo causal que as une, pois esta documentalmente provada a lesão sofrida e a sua extensão. Outrossim, **o pagamento administrativo vale confissão tácita dos fatos e do direito** do requerente face ao Seguro, relevante assim o **nexo causal do conflito**.

## **DO DIREITO**

-

### **DA POSSIBILIDADE DO PEDIDO DA DIFERENÇA PAGA PELO SEGURO DPVAT**

-

A questão vertente exige a exegese da norma constante dos artigos 3º e 5º da Lei 6.194/74, com as atualizações da Lei 11.945/09, pelo qual se depreende de modo inequívoco, havendo INVALIDEZ PERMANENTE, o valor da indenização deve ser de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a ser paga de acordo com o real grau de invalidez da vítima, que deverá ser através de perícia médica, que ora requer a parte autora.

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

*II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - em caso de morte ou **invalidez permanente**; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007).*

*(...)*

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

*§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes documentos:*

*a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte;*

*b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatorio ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.*

*§ 2º Os documentos referidos no § 1º serão entregues à Sociedade Seguradora, mediante recibo, que os especificará.*



*§ 3º Não se concluindo na certidão de óbito o nexo de causa e efeito entre a morte e o acidente, será acrescentada a certidão de auto de necropsia, fornecida diretamente pelo instituto médico legal, independentemente de requisição ou autorização da autoridade policial ou da jurisdição do acidente.*

*§ 4º Havendo dúvida quanto ao nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, poderá ser acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar relatório de internamento ou tratamento, se houver, fornecido pela rede hospitalar e previdenciária, mediante pedido verbal ou escrito, pelos interessados, em formulário próprio da entidade fornecedora (...)*

Dessa forma, **restando comprovado o acidente de trânsito e as sequelas oriundas deste, faz jus a parte autora** ao recebimento do SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ, NO VALOR DE ATÉ R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

-

#### **DA INEXISTÊNCIA DE PREVISÃO LEGAL PARA A APRESENTAÇÃO DE LAUDO DO IML COM A PETIÇÃO INICIAL – INSTRUÇÃO PROBATÓRIA**

-

A fim de garantir o princípio da celeridade processual, vale-nos ressaltar, de antemão, que a Lei 6.194/74 NÃO atribuiu ao laudo do Instituto Médico Legal (IML) o caráter de documento indispensável à propositura da ação de cobrança do seguro DPVAT nos casos de invalidez. Segundo o normatizado em seu art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante **simples prova do acidente e dano decorrente**, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

A toda prova, tal verificação pode ser feita por perícia médica a ser realizada na fase de instrução. Na verdade, os documentos indispensáveis de que trata o art. 320 CPC devem ser entendidos apenas como aqueles necessários para a ação possa validamente ser proposta, sob o aspecto formal, não se confundindo com a atividade probatória, voltada a prova dos fatos alegados, que é atinente ao aspecto material.

#### **DA LEGITIMIDADE PASSIVA QUE PERMEIA A EMPRESA-RÉ:**

-



Conforme determina a lei nº 6.194/74 com as suas modificações dadas pela nova Lei nº. 11.482/07, o pagamento do DPVAT poderá ser efetuado junto a quaisquer umas das seguradoras que façam parte do Consórcio das Seguradoras, coordenada pela FENASEG, instituída pela Resolução 1/75 do CNPS.

Desse modo tem-se que a promovida figura neste rol de empresas, e assim possui legitimidade para figurar no rol de devedoras. Outro não é o entendimento exarado por nossos Tribunais, *in verbis*:

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE AUTOMÓVEIS – DPVAT – As seguradoras privadas, integrantes do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e revigorado pela Lei nº 8.441/92, são responsáveis não só pelas indenizações por morte e invalidez permanente, como pelas despesas médico-hospitalares em caso de ferimento das vítimas, não estando desobrigadas de indenização nesses casos por efeito dos artigos 7º e 27 das Leis nºs. 7.604/87 e 8.212/91, respectivamente.**

*A destinação à seguridade social por efeito dessas leis, parte dos prêmios dos seguros obrigatórios, tem em vista apenas o custeio da assistência médico-hospitalar em estabelecimentos mantidos ou conveniados com a previdência social, dispensada esta, assim, do ônus de cobrar-se de tais despesas caso a caso das seguradoras, cobertos que são seus dispêndios da espécie com a aludida participação de uma parcela dos prêmios.*

*Direito do segurado ou seu sub-rogado de cobrar-se de tais gastos de qualquer das seguradoras integrantes do consórcio. Falta de impugnação específica dos custos de cada atendimento, torna-os presumidamente corretos (CPC, art. 302) Apelo desprovido. (TJSC – AC 47.951 – 4º C. Civil – Rel. Des. João José Schaefer – DJSC 05.04.95) IN: CD-Ron júris síntese. – Destaque nosso -*

Ademais, veja-se o seguinte julgado:

**EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA. FINALIDADE DO VEÍCULO. IRRELEVÂNCIA. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso trona-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ-MA em 06/07/01) – Destaque nosso –**

Ocorre que, as seguradoras exploradoras do seguro DPVAT, embora a existência de todo o amplo acervo de determinações constantes em lei, tendem a dificultar o pagamento e o resgate dos referidos valores, ao passo que o direito líquido e certo dos segurados encontram barreiras mantidas pela ampla estrutura e logística que envolvem tais empresas.



Pois bem, Excelência, a Promovente junta a presente demanda, toda a documentação exigida pela nossa legislação processual e demais documentos que comprovam a ocorrência do sinistro e sua posição legítima na relação, entretanto adstrito a facilidade que dispõe a lei procura a parte ré dificultar o pagamento e o adimplemento do seu dever de órgão segurador.

Assim, a liquidação do dito Seguro Obrigatório nas vias administrativas, referente ao exercício do acidente, tendem a ser procrastinado através do uso de invólucros e regras que afastam o sentido garantidor e célere presente na *legis*, restando o Poder Judiciário como único meio para a reivindicação e o adimplemento dos ditos valores possam efetivamente serem realizados.

Por tudo isso, vem o promovente, a este Douto Juízo a fim de ver adimplido o seu pleito, demonstrando ser pessoa legítima a figurar na relação que aqui se inicia, além de igualmente comprovar ser a parte ré, legítima devedora, de modo que todos os elementos que vislumbram a quitação do Seguro DPVAT, restaram todos comprovados restando assim o seu adimplemento como medida que se mostra legítima e extremamente necessária.

-

### **DOS PEDIDOS**

-

**EX POSITIS**, requer a total procedência da presente ação para condenar a empresa demandada no pagamento de **de R\$ 9.450,00 (NOVE MIL QUATROCENTOS E CINQUENTA REAIS)** à título de Seguro Obrigatório-DPVAT, compreendendo o teto legalmente estabelecido, haja vista não serem proporcionais à invalidez resultante do sinistro.

Requer também, caso julgue necessário, a designação da perícia médica para a fim de investigar a existência da invalidez permanente, bem como, a gravidade da lesão sofrida pela autora em cotejo com a tabela constante no anexo incluído pela Lei nº. 11.945/2009.

Que seja apresentado por parte da Seguradora demandada, cópia integral do processo administrativo na íntegra, sob pena de cominação de multa diária.



E, ainda, a aplicação de juros e correção monetária, a partir do evento danoso, ou seja, **14/02/2015**, bem como, a condenação da demandada no pagamento dos honorários advocatícios na ordem de 20% (vinte por cento) sobre o valor da esperada condenação.

### **REQUERIMENTOS FINAIS**

A parte autora requer que lhe sejam concedidos os benefícios da gratuidade da justiça, diante da sua manifesta insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais, os honorários advocatícios e periciais sem prejuízo do próprio sustento ou de sua família, motivo pelo qual tais despesas merecem ser dispensadas nos termos do art. 98 e seguintes do NCPC (Lei nº. 13.105/2015) e da Lei nº. 1.060/50.

Por mera liberalidade, o autor opta pela realização da audiência de conciliação ou de mediação, não se opondo à composição amigável da presente lide, nos termos do art. 319, inc. "VII" do NCPC, requerendo desde já a citação da empresa ré para comparecer na data e hora designadas e, não havendo auto composição, apresente sua contestação no prazo legalmente determinado sob pena das medidas judiciais cabíveis.

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, e necessários, notadamente, através de novos documentos, além do depoimento pessoal das partes, perícia técnica e outros mais que vierem a surgir e que, desde já, ficam requeridos.

**Dá-se à causa de R\$ 9.450,00 (NOVE MIL QUATROCENTOS E CINQUENTA REAIS).**

-

-





Nestes Termos,

Pede deferimento.

PATOS – PB, 25 de junho de 2018

THALITA PIMENTEL DE SOUSA

OAB/PB 23.687

**QUESITOS DA PARTE AUTORA:**

A parte autora sofreu algum(s) tipo(s) de fratura?

Em caso positivo, queira informar se desta(s) gerou debilidade permanente?

Apresenta limitação dos movimentos do(s) membro(s) fratura(s)?

Apresenta limitação funcional do(s) membros afetado(s)?

Sofreu debilidade permanente? Sofreu deformidade permanente?

A parte autora sofreu incapacidade para o trabalho?

Queira o i. *expert* acrescentar o que entender devido.



## PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

### OUTORGANTE(S):

Nome: Corne Barroso de Oliveira,  
Identidade: 92475. SSP/PB, CPF: 910.215.374-20,  
endereço: Rua Luiz de Souza Primo, s/nº,  
Casa, município Maracá PB, CEP: 58.935-000,  
Tel: (83) 9 9934-6952; (83) 9 9938-6214

### OUTORGADO(S):

OUTORGADOS: THALITA PIMENTEL DE SOUSA, brasileira, inscrita na OAB/PB sob o número 23.687, com endereço profissional na Av. Bossuet Wanderley, 916, Patos-PB. (83) 9 9651-8077 e DEJAIR QUEIROZ DE ARAÚJO, brasileiro, acadêmico de Direito, CPF: 041.095.504-32, com escritório localizado na Rua Titico Gomes, 405, Belo Horizonte, Patos/PB;

### PODERES:

A quem confere(m) amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad iudicia", para representá-lo (la) e defender os interesses e Direitos do (a) OUTORGANTE (s) nas Ações e Processos em seus nomes, notadamente, na presente ação até sentença, onde se apresentar como autores, réus, assistentes, em qualquer instância judicial e ou nas extrajudiciais, podendo variar ações, recorrer, requerer e habilitar-se em seu nome e por conta, tomar vistas em outros processos, transferir, modificar e/ou extinguir direitos, desistir, transigir, efetuar e assinar acordos e cessões de crédito, renunciar, ajuizar ações, representá-lo (la) em audiência de conciliação e julgamento, dar e receber alvarás como se presente fosse, nos termos do art. 477 e 488, do CPC, bem como, praticar todos os atos inerentes ao bom desempenho do presente mandato, podendo, ainda, praticar todos os atos "ad negotia" de interesse do OUTORGANTE(s), agindo para tanto em conjunto ou separadamente, podendo substabelecer os poderes que lhes foram outorgados especialmente, na pessoa de outro profissional, com ou sem reservas, tudo com o fim de levar a bom termo seus interesses, em especial para representar o outorgante no requerimento do seguro DPVAT. E dando tudo por bom, firme e valioso firma a presente procuração.

### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA:

Declaram para fins de Direito, sob as penas da Lei nº. 1.060/50, que não possui condições de arcar com as custas processuais, sem comprometer o próprio sustento e de sua família.

### AUTORIZAÇÃO:

Custas e despesas processuais ficam à cargo do(a) Outorgante. Válido como contrato entre as partes. Fica estipulado os honorários contratuais em 30% sob todos os valores líquidos recebidos em caso de sucesso na demanda. Os documentos foram apresentados digitalizados e não em originais, não tendo responsabilidade o outorgado sobre os documentos do outorgante.

Maracá (PB), 02 de Julho de 2018.

Corne Barroso de Oliveira  
OUTORGANTE





## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Cosme Baxiro de Oliveira,  
DECLARO, nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

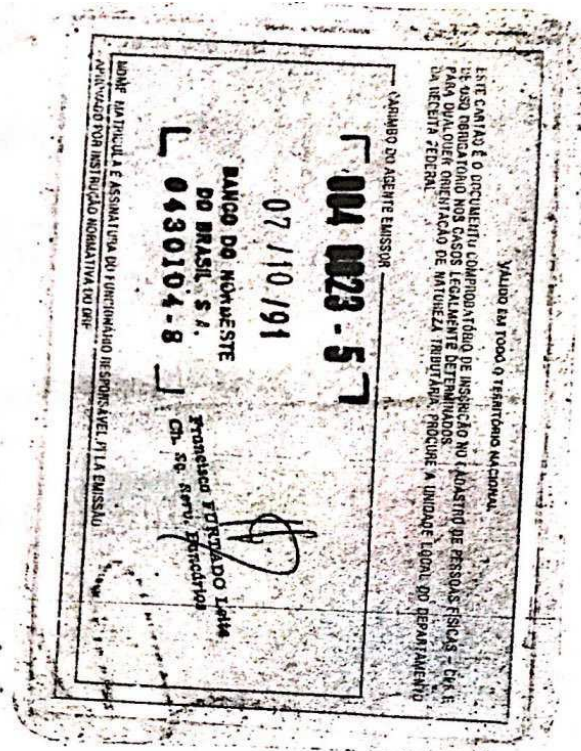
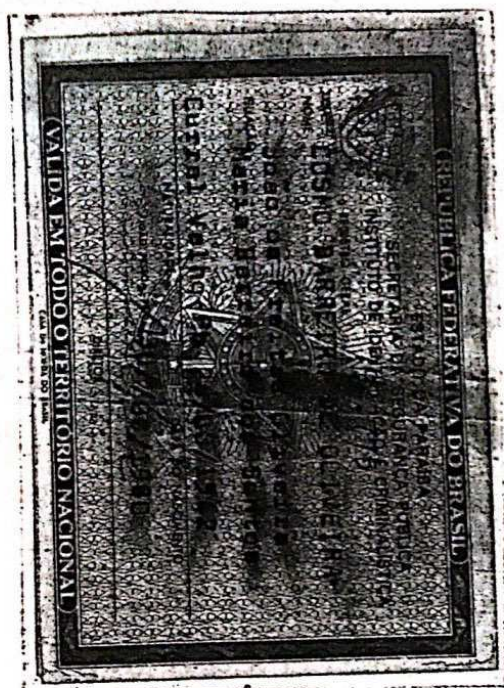
Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Roraima, 02 de julho de 2018.

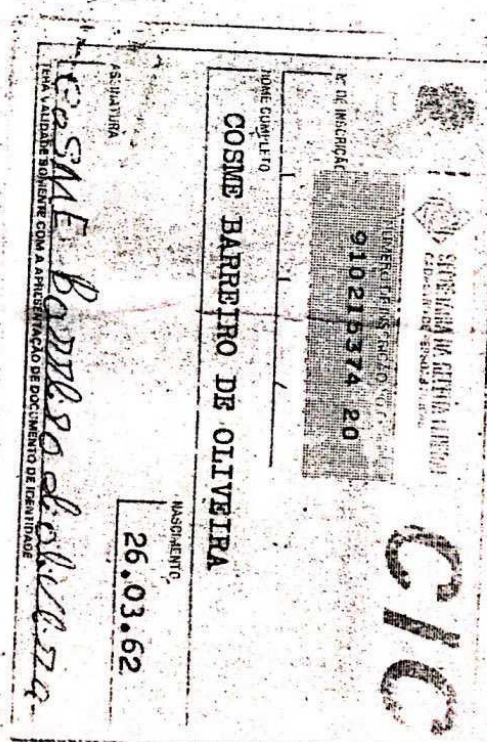
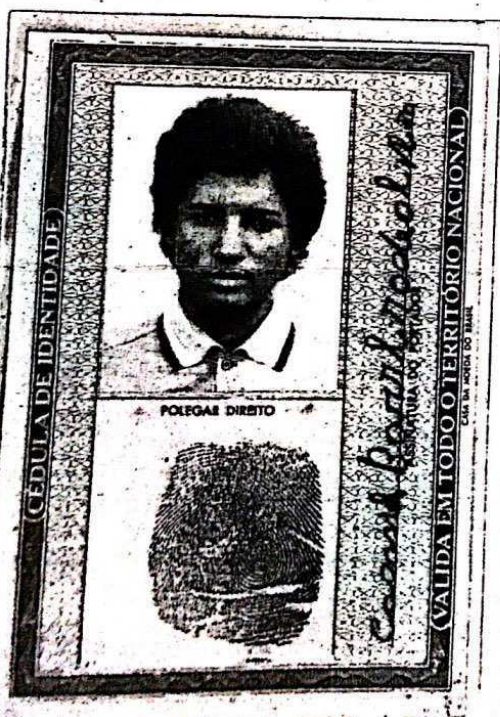
Cosmo Baxiro de Oliveira







**Assessoria**  
**SEGURO DPVAT**  
FONE: (83) 3421-8003  
**Dejair Queiroz**  
ACADÊMICO DE DIREITO



Scanned with CamScanner



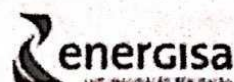


# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via do conta.

Bolero para simplificar pagamento da nota fiscal contra de energia elétrica Nº 001.272.143



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.995.193 / 0001-40 Ins. Est. 16.815.823-0

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DO CARMO DE FREITAS  
RUA LUIZ DE SOUZA PRIMO S/N CASA  
MANAIRA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1523903-1

## REFERÊNCIA

NOV/2017

## APRESENTAÇÃO

28/11/2017

## CONSUMO

24

## VENCIMENTO

05/12/2017

## TOTAL A PAGAR

R\$ 17,58

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



ESTIQUETE AQUI

MARIA DO CARMO DE FREITAS

Rotelero: 16-169-450-6185

83630000000-4 17580054000-7 15239032017-3 11000169019-4

## VENCIMENTO

05/12/2017

## TOTAL A PAGAR

R\$ 17,58

## MATRÍCULA

1523903-2017-11-0





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
16ª AISP DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



### CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Livro de Registro de Ocorrências desta Delegacia, nº **002/2015**, encontrei uma **Ocorrência Policial Nº 481/2015**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos 09 dias do mês de **SETEMBRO** do ano de **DOIS MIL E QUINZE**, nesta cidade de Princesa Isabel/PB, no Cartório desta Delegacia, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Dr. **Darcinaura Alves de Assis**, Delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado. Ai por volta das 09h00min compareceu **COSMO BARREIRO DE OLIVEIRA**, brasileiro, casado, agricultor, nascido aos 26.03.1962, com 53 anos de idade, filho de João de Freitas Oliveira e de Maria Barreiro dos Santos, RG Nº 792.775 – SSP/PB, residente na Rua Luiz de Sousa Primo, s/n, centro, Manaíra/PB, a fim de prestar a seguinte ocorrência: **QUE no dia de 14 (quatorze) de fevereiro do corrente ano, encontrava-se trafegando na garupa de uma motocicleta, conduzida por LEANDRO ALVES DE FREITAS, quando nas proximidades do Sítio Catolé, rodovia que liga a cidade de Manaíra a Santana de Mangueira, o condutor perdeu o controle da moto em uma curva e veio a cair no chão; QUE o noticiante encontrava-se na garupa da motocicleta de PLACA MOI 9004/PB, chassi 9C2JC30708R249660, cor PRETA, MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN, em nome de Cirlândia Viturino da Silva; QUE fora socorrido pelo Samu e levado para o HRPI, mas que devido aos ferimentos fora levado para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB. O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).**

Notificante: *Cosmo Barreiro de Oliveira*

*[Assinatura]* 160.004-4



Scanned with CamScanner





## DENATRAN

—VIA—  
QDD:RENNAN 17-11-70 1400000 6553475600000

001190320145 000000000000 201

CIRLANDIA V. TURINO DA SITTA

08098618447

PLACA ANT/01 CHASSI  
NOVO 90311030708R2456600

ESPICIE DE	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC	GASOLINA

MAHCA / MODELO	2000	2000
HONDA / CG 125 FAN	2000	2000

CA-1/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 p/124 /CJ	PARTEC	PIRELLA

COA UNICA	VENO: COA UNICA
IPVA - PAGD - EM	28/04/2014

А	*****	0	3
---	-------	---	---

PRÊMIO INDICADO (R\$)	10,00
*****	
SEGURO	
TP A.G.O	28/04/2015

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

MANA TIPAPB LOCAL

[illegible]

**BILHETE DE SEGURO PRIVAT**

[illegible]

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dprivatsegurodatransito.com.br](http://www.dprivatsegurodatransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DE PALESTRAS

2014 28/04/20

08098618447  
MOT9004/P

00119032015 HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB -	Lot/Date	No. CHASSI
2008	9C20530708R249	660

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

[illegible]

SEGURO E A G O

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

**SEGURADORA LIDER - DPVAT**

GNPJ 05.248.608/0001-04  
www.negociadoralder.com.br

30851-1422414220140428

Número do documento: 18081718005368400000015620067



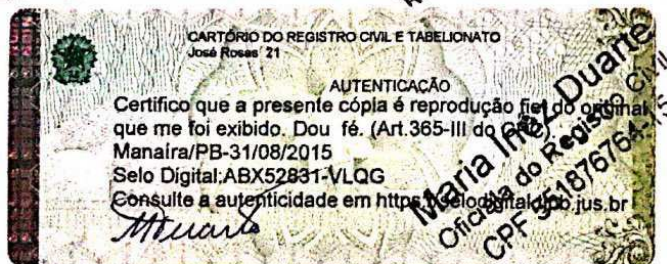
## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CIRLANDIA VITURINO DA SILVA ALVES,  
RG nº 3432321, data de expedição 08/08/2006  
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 080.986.184-47, com  
domicílio na cidade de MANAIRA, no Estado de  
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
PROFESSORA MARIA VILMA ROSA SIMÃO, nº 177,  
complemento MANAIRA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima ROSMO BARREIRO DE OLIVEIRA, cujo o condutor era  
LEANDRO ALVES DE FREITAS.

Veículo: LANCIA C6 125 FAN  
Modelo: 2008  
Ano: 2008  
Placa: MDI 9004  
Chassi: 9C2 JE3070 RE249660  
Data do Acidente: 13/02/2015  
Local e Data: \_\_\_\_\_

Cirlandia Viturino da Silva Alves  
Assinatura do Declarante  
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Leandro Alves de Freitas  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)  
(Sem reconhecimento de firma)





# DECLARAÇÃO

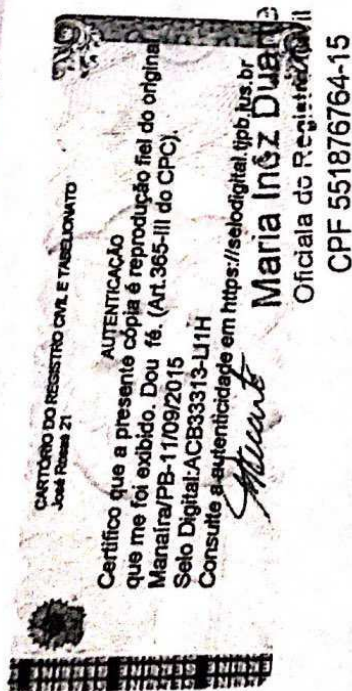
Declaro para os devidos fins, que a ficha original do (a)  
paciente **COSMO BARREIRO DE OLIVEIRA**, portador (a) do  
RG de Nº **7.927.75 SDS-PB**, encontra-se em nossos arquivos.

Ficha de Atendimento Ambulatorial, Mês: **FEVEREIRO/2015**.

Princesa Isabel – PB, 04/09/2015.

**RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO**  
**DIRETOR GERAL**  
**MAT. 152.713-4**

ALAMÊDA DAS ACÁCIAS, Nº 1444 –  
ALTO DO CASCAVEL - PRINCESA ISABEL - PB



**HOSPITAL - REGIONAL** ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
**Dep. José Pereira Lima**  
**PRINCESA ISABEL-PB** FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

COD.UNID. 2512309 CNPJ: 08.778.266/0039-33  
 NOME: HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL  
 ENDEREÇO: ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 ALTO CASCAVEL  
 CIDADE: PRINCESA ISABEL ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: COSMO BARREIRO DE OLIVEIRA  
 Mãe: MARIA BARREIRO DOS SANTOS  
 Nascimento: 26/03/1962 Idade: 52 Cor: PARDA Sexo: M  
 Profissão: AGRICULTOR(A)  
 Endereço: RUA PROFESSORA MARIA VIMA COSMO SIMAO Num.:  
 Bairro: MATADOURO Fone: (83)9960-3073  
 Cidade: MANAIRA - PB - 58995-000 - 2509008  
 CNS: 706-3037-9211-6775 Identidade: 792775 SSP PB  
 CPF: Reg. Nasc.:  
 Data / Hora: 14/02/2015 16:35:18 Recepcionista: MARLENE  
 Ficha Número: 34418 23035

**MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS**

*Do Dr. José Pereira Lima*  
*Do Dr. José Pereira Lima*  
*Do Dr. José Pereira Lima*

**CARACTER DO ATENDIMENTO**

☐ 01 - ELETIVO  
☐ 02 - URGÊNCIA  
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA  
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO  
☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

**DIAGNÓSTICO**

*Politraumático*

CID-10

**MEDICAÇÃO**

☒ 1. PRESCRITA  
☒ 2. APLICADA

**ENCAMINHAMENTO**

☐ OBSERVAÇÃO  
☐ OUTRO HOSPITAL  
☐ RESIDÊNCIA  
☐ ÓBITO  
☐ INTERNAR  
☐ OUTROS

**SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO**

1-	0	3	0	1	0	6	0	0	6	1
2-										
3-										

Ass. dos Serviços Especializados - carimbos  
 Dr. José Pereira Lima  
 Médico / Cfm / Cns

JOSE BATISTA DA SILVA - 2045 - 705-0018-2255-9355  
 ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSAVEL

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo  
 ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - g

**ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)**

*história de acidente de trânsito*  
*com lesões múltiplas*  
*na cabeça, tórax, abdome e membros*  
*inferiores.*  
*em situação de emergência*  
*em 12/18.*

**EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)**

*coerente.*

**CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO "CAMPOS BAIXOS"**  
 Rua Cel. Marcondes, 225 - CENTRO - CEP: 58995-000 - Fone: (83) 3441-7124  
 PRINCESA ISABEL - PB

Autenticado a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.  
 Princesa Isabel - PB 09/09/2015 09:53:43  
 Maria Rodrigues dos Santos - Substituto  
 [2015-004431] END: 03 1 94 PAR: 2015 0 23 FEF: 03 0 05  
 SELO DIGITAL: AC028917-1272  
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Cartão que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC)

Manairá/PB-11/08/2015  
 Selo Digital: ACB33312-X453  
 Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Oficial do Registro Civil  
 Maria Inez Duarte





PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAIRA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192  
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USB15



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA <u>14.08.15</u>	OCORRÊNCIA Nº <u>056</u>	PACIENTE / USUÁRIO <u>Rosmo Barreiros</u>	IDADE <u>52 anos</u>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA <u>Rua das Lachorras</u>		Bairro <u>Zona Rural</u>	MÉDICO REGULADOR <u>Dr. Wellington</u>	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HTCG RESPONSÁVEL: Dr. José de Sousa Filho FUNÇÃO: Neurocirurgião

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☒ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMP

☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

DADOS VITAIS

VAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☐ <30irpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >

PA: 180 x 90 FC: 62 TEMP: \_\_\_\_\_ °C - GLICEMIA: \_\_\_\_\_ mg/dl - E. Com a: \_\_\_\_\_ SpO2s/O2: 94%

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☒ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☒ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

INTERVENÇÕES

Imobilização, Curativos

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente do sexo masculino 52 anos, consciente, orientado, faz uso de bebida alcoólica, com corte contuso no MSD, e suspeita de TCE. Contato encaminhado para HTCG, para avaliação do quadro.

CARTÃO DO REGISTRO CIVIL E TABELAMENTO  
José Elias 21

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC)  
Manairá/PB-11/09/2015  
Selo Digital: ACB33310-WFAN  
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tpb.jus.br/

Maria Inez Duarte  
Oficial do Registro Civil

CPF: 551876764-15



**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

**EXAME NEUROLÓGICO**

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

**EXAME GINECO-OBSTÉTRICO**

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL \_\_\_\_\_ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS**

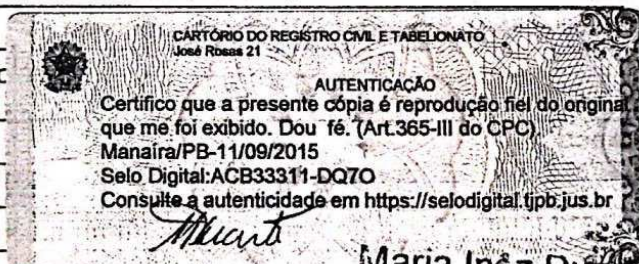
**DIAGNÓSTICOS**

**PROCEDIMENTOS**

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA  
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA  
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☒ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ CURATIVO  
☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL  
☐ TALAS/TRACÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

**TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)**

**EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICO)**



**ENCAMINHAMENTO**

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE  
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

**POSIÇÃO DE TRANSPORTE**

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVACÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

**RECUSA**

NOME: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE**

MÉDICO: Thalita Wytanney CRM: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A): Simone Alexia COREN: 394233 MAT.: \_\_\_\_\_

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: Eveline COREN: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_

CONDUTOR: Geovânio MAT.: \_\_\_\_\_

Scanned with CamScanner





Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

### ACESSIBILIDADE



A A A

(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-

### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Teclado.aspx)

Documentos Despesas Médicas

(/Pages/Documentacao-

Despesas-Medicinas.aspx)

Documentos Invalidez

Permanente

(/Pages/Documentacao-

Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte

(/Pages/Documentacao-

Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis

(/Pages/Dicas-Indispensaveis-

Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

### SINISTRO 3160252687 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA COSME BARREIRO DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO MBM SEGURADORA S/A #772

BENEFICIÁRIO COSME BARREIRO DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 91021537420

Posição em 04-12-2017 16:08:39

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

### PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.  
(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

### ASSINE NOSSA NEWSLETTE

Nome





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2016

Carta nº: 10091080

A/C: COSME BARREIRO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160252687 ASL-0851433/16  
Vítima: COSME BARREIRO DE OLIVEIRA  
Data Acidente: 14/02/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00369/00370 - carta\_04





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**2ª Vara Mista de Princesa Isabel**

**DESPACHO**

Vistos etc,

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800890-22.2018.8.15.031

Defiro o pedido de Justiça Gratuita, visto que preenchidos nos autos os requisitos formais exigidos pelo art. 98 do NCPC.

Em que pese a matéria discutida nos presentes autos admitir a autocomposição, verifica-se que a parte promovida, em demandas dessa natureza, só propõe eventual acordo após a realização de perícia judicial, de modo que se afigura desnecessária, desaconselhável e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional a designação de audiência inicial de conciliação, quando já se anuncia infrutífera sua realização. Nada impede, por sua vez, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como fase preliminar de eventual audiência de instrução (art. 359, NCPC), motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo para a *ratio* conciliadora da novel codificação (art. 3, §3, c/c art. 159, V, do NCPC).

**Cite-se** a parte promovida para, querendo, oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias.

Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (NCPC, art. 344).

INTIMEM-SE E CUMPRA-SE.

Princesa Isabel/PB, 20 de agosto de 2017.

**Maria Eduarda Borges Araújo**



**Juiz de Direito**





ar



PREENCHER COM LETRA DE FORMA

AR

DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE

A. Siqueira, R. da Costa, s. da Costa - 21.11

ENDEREÇO / ADRESSE

Rua: Siqueira, R. da Costa, s. da Costa - 21.11

CEP / CODE POSTAL

20031-203

CIDADE / LOCALITÉ

Rio de Janeiro

UF

PAIS / PAYS

BR

DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO (SUJEITO À VERIFICAÇÃO) / DISCRIMINATION

Rece. 0200390-22.003.3.15.0800.409-89-

2013.0800.409-06.2013.

ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RÉCEPTEUR

DATA DE RECEBIMENTO / DATE DE LIVRATION

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RÉCEPTEUR

Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEBEDOR / ORGAO EXPEDIDOR

RUBRICA E MAT. DO EXPEDIENTE / SIGNATURE DE L'EXPEDIENTE

Assinado eletronicamente por: OLIVIA CLEY FERREIRA DE SOUSA - 10/04/2019 17:17:54

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERS

CARIMBO DE ENTREGA UNIDADE DE DESTINO BUREAU DE DESTINATION

BRASILIA - DF 12 MAR 2019





( CÓDIGO DE BARRAS OU N.º DE REGISTRO DO OBJETO )

AVIS CN07

DATE DE POSTAGEM / DATE DE DÉPÔT

6106 2019

UNIDADE DE POSTAGEM / BUREAU DE DÉPÔT

22

TENTATIVAS DE ENTREGA / TENTATIVAS DE LIVRAISON

FÓRUM 210419

ADV. ANTONIO NÓMINANDO DINIZ

Comandante d.ª Francisca Isabel - PB.  
Rua: São Roque - S/Nº Madriol h

**PREENCHER COM LETRA DE FORMA**

**NOME OU RAZÃO SOCIAL DO REMETENTE / NOM OU RAISON SOCIALE DE L'EXPÉDITEUR**

COMARCA DE PRINCESA ISABEL

CARTÓRIO DA 2ª VARA

**Fórum Antonio Nominando Dintz**

**Rua São Roque, s/nº - Bairro Maia**

CEP: 58.755-000

~~Princesa Isabel - PB~~

CIDADE / LOCALIDADE

WF

BRASIL  
BRÉSIL

ENDEREÇO PARA  
DEVOLUÇÃO  
RETOUR

Assinado eletronicamente por: OLIVIA CLEY FERREIRA DE SOUSA - 10/04/2019 17:17:54

<http://pje.tipb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041017173896900000019908834>

Número do documento: 19041017173896900000019908834

Num. 20466516 - Pág. 2

## CERTIDÃO

Certifico que **decorreu** o prazo legal sem manifestação da parte promovida.

PRINCESA ISABEL

6 de junho de 2019

OLIVIA CLEY FERREIRA DE SOUSA





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**2ª Vara Mista de Princesa Isabel**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800890-22.2018.8.15.0311

**DECISÃO**

Vistos etc.,

Tendo em vista a regular citação da parte ré, sem que tenha havido a competente defesa no prazo legal, decreto sua revelia, consoante termos do art. 344 do CPC.

1. Tendo em vista a imprescindibilidade da realização de perícia para o deslinde da controvérsia, **NOMEIO**, desde já, a Dra. **ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA**, médica previamente cadastrada perante o TJPB, cujos dados estão disponíveis na escrivania, para a realização do exame, independentemente de compromisso.

2. Arbitro os honorários periciais em R\$ 200,00 (duzentos reais).

3. Comunique-se o(a) perito(a) acerca da sua nomeação, por e-mail, requisitando desde já, data e horário para realização de perícia no Fórum de Princesa Isabel/PB. Com a informação intime-se a parte autora para, no dia e hora indicados, comparecer a esta unidade judicial para fins de realização da perícia médica.

4. Cientifique-se o perito, informando-lhe de que deverá responder aos quesitos contidos nos autos, além dos seguintes quesitos do Juízo: a) Há lesão ou fratura nos membros superiores que causem debilidade no autor? b) As lesões comprometem as funções dos referidos membros? c) Qual o grau de debilidade provocada pelas lesões identificadas? d) As lesões porventura identificadas são compatíveis com sequelas decorrentes de acidentes como o narrado nos autos?

5. Intimem-se as partes, cientificando a parte acionada de que deverá arcar com os honorários periciais, a serem pagos em até 10 (dez) dias após a realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça.

6. As partes poderão indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso, no prazo legal.

7. Após a apresentação do laudo pericial, adotem-se as providências necessárias ao pagamento do perito e intemem-se as partes para se manifestar no prazo de 05 (cinco) dias sobre o laudo e, em seguida, venham os autos conclusos.

Cumpra-se com os expedientes necessários.

Princesa Isabel, data e assinatura eletrônicas.

Juíza de Direito em

Substituição





Certifico que fica agendado o **dia 04/12/2019, às 10h30**, no Tribunal de Júri da Comarca de Princesa Isabel-PB, para realização da perícia médica a ser realizada com a Dra. Rosana Bezerra de Paiva, perita do TJPB, motivo pelo qual **INTIMO** desde já as partes para comparecimento, devendo inclusive a parte autora levar consigo todos os exames e laudos que possuir em relação a presente ação.

Certifico finalmente que desde já, **INTIMO o(s) promovido(s)** para pagamento antecipado das despesas dos honorários no valor de R\$ 200,00, conforme convênio firmado com o TJPB, no prazo de 15 (quinze) dias.



Certifico que fica agendado o **dia 04/12/2019, às 10h30**, no Tribunal de Júri da Comarca de Princesa Isabel-PB, para realização da perícia médica a ser realizada com a Dra. Rosana Bezerra de Paiva, perita do TJPB, motivo pelo qual **INTIMO** desde já as partes para comparecimento, devendo inclusive a parte autora levar consigo todos os exames e laudos que possuir em relação a presente ação.

Certifico finalmente que desde já, **INTIMO o(s) promovido(s)** para pagamento antecipado das despesas dos honorários no valor de R\$ 200,00, conforme convênio firmado com o TJPB, no prazo de 15 (quinze) dias.







**PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
ESTADO DA PARAÍBA**

---

**1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Rua São Roque, S/N, Centro, PRINCESA ISABEL - PB - CEP: 58755-000

**ATO ORDINATÓRIO (ART. 349, CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAIS - CGJPB)**

**Nº DO PROCESSO: 0800890-22.2018.8.15.0311**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: COSME BARREIRO DE OLIVEIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

De acordo com as prescrições do art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, e nos termos das Resoluções do Tribunal Pleno ns. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 e 30/2019, **INTIMO** as partes, por seus advogados, quanto a conclusão do procedimento de redistribuição dos presentes autos, prazo de 05 (cinco) dias, para os fins previstos nos arts. 3º e 4º, conforme o caso, dos referidos normativos legais.

PRINCESA ISABEL, 11 de novembro de 2019.

LINDINALVA XAVIER DOS SANTOS  
Técnico Judiciário





**PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
ESTADO DA PARAÍBA**

---

**1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Rua São Roque, S/N, Centro, PRINCESA ISABEL - PB - CEP: 58755-000

**ATO ORDINATÓRIO (ART. 349, CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAIS - CGJPB)**

**Nº DO PROCESSO: 0800890-22.2018.8.15.0311**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: COSME BARREIRO DE OLIVEIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

De acordo com as prescrições do art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, e nos termos das Resoluções do Tribunal Pleno ns. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 e 30/2019, **INTIMO** as partes, por seus advogados, quanto a conclusão do procedimento de redistribuição dos presentes autos, prazo de 05 (cinco) dias, para os fins previstos nos arts. 3º e 4º, conforme o caso, dos referidos normativos legais.

PRINCESA ISABEL, 11 de novembro de 2019.

LINDINALVA XAVIER DOS SANTOS  
Técnico Judiciário



EM ANEXO LAUDO PERICIAL





**ESTADO DA PARAÍBA**

**PODER JUDICIÁRIO**

**1ª VARA MISTA DE PRINCESA IZABEL**

**LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL**

**PROCESSO: 0800890-22.2018.8.15.0311**

**AÇÃO: PROCEDIMENTO COMUM**

**AUTOR(A): COSME BARREIRO DE OLIVEIRA**

**PROMOVIDO: DPVAT**

**ESPECIALIDADE: PERÍCIA MÉDICA E ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

**Avaliação Médica**

**I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?**

Sim

☒

Não

☐

Prejudicado

☐

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

**II) Descrever o quadro clínico atual informando:**

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);

Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Cirurgia do Jovem  
CRM-PB 8087 / CRM-PE 24411  
TPO 14830



**Resp. : CRÂNIO**

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

**Resp. :** Paciente, com história de acidente automobilístico no dia 14/02/2015, na cidade de Manaíra-PB, foi diagnosticado com trauma cranioencefálico. Foi encaminhado para a cidade de Campina Grande-PB devido ao rebaixamento do nível de consciência. Permaneceu por um período de 2 dias em ambiente hospitalar.

**III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?**

☐ Sim ☒ Não

**Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):**

**Resp.:** Não se aplica.

**IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:**

a) ☐ disfunções apenas temporárias

b) ☒ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

**Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.**

**Resp.:**

**Exame neurológico:**

**Apresenta perda de memória retrógrada de forma residual, cefaleia diária, alterações cognitivas residuais, apresenta ainda déficit de atenção de residual. Distúrbios do sono, com necessidade de indutores do sono.**

**V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?**

☐ Sim, em que prazo:  
☒ Não



Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

b) ☒ Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1 ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

b.2 ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO ☒ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

2ª Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa



**Observação:** Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

**Local e data da realização do exame médico:**

**Princesa Isabel – PB , 04 de DEZEMBRO de 2019**

**Tiago Martins Formiga**

**CRM 8085/ PB /Médico Perito**

Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411  
TEOT 14830

Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411  
TEOT 14830



Certifico que em cumprimento a decisão ID 21928649, tendo em vista a juntada do Laudo pericial, procedo a intimação das partes para se manifestarem sobre o laudo no prazo de 05 dias, bem como a intimação da promovida para depositar os honorários periciais..



Certifico que em cumprimento a decisão ID 21928649, tendo em vista a juntada do Laudo pericial, procedo a intimação das partes para se manifestarem sobre o laudo no prazo de 05 dias, bem como a intimação da promovida para depositar os honorários periciais..