



Número: **0809412-41.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/02/2020**

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

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS (AUTOR)</b>	<b>JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
28221 344	12/02/2020 14:03	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
28221 654	12/02/2020 14:03	<a href="#">PAGAMENTO PARCIAL</a>	Outros Documentos
28221 656	12/02/2020 14:03	<a href="#">DOCUMENTOS YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS</a>	Outros Documentos
28221 659	12/02/2020 14:03	<a href="#">PETIÇÃO INICIAL YURI GABRIEL</a>	Outros Documentos
28221 662	12/02/2020 14:03	<a href="#">DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO</a>	Documento de Identificação
28221 663	12/02/2020 14:03	<a href="#">COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA</a>	Outros Documentos
28223 338	12/02/2020 14:29	<a href="#">PROCURAÇÃO</a>	Outros Documentos
28223 340	12/02/2020 14:29	<a href="#">PROCURAÇÃO</a>	Procuração
28266 352	13/02/2020 18:04	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
28816 853	05/03/2020 13:50	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

SEGUE INICIAL E DEMAIS DOCUMENTOS.



Assinado eletronicamente por: JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN - 12/02/2020 14:03:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021214030803400000027218324>  
Número do documento: 20021214030803400000027218324

Num. 28221344 - Pág. 1

## SINISTRO 3180377600 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE**

**INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

**CPF/CNPJ:** 08436065417

**Posição em 12-02-2020 10:45:27**

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

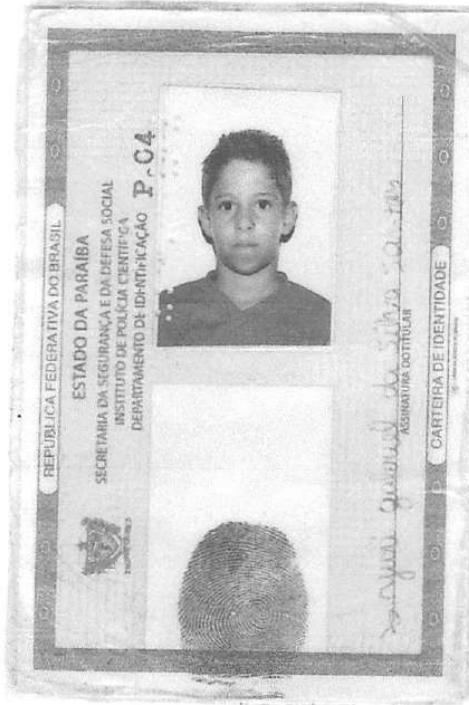
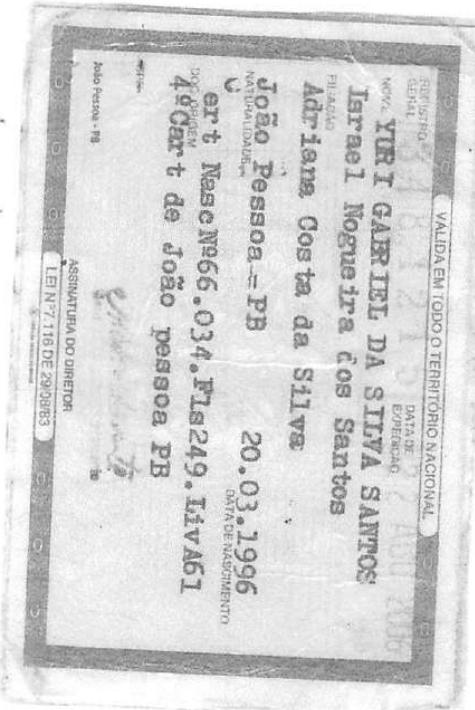
Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/09/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





Assinado eletronicamente por: JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN - 12/02/2020 14:03:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021214031109200000027218686>  
 Número do documento: 20021214031109200000027218686

Num. 28221656 - Pág. 1

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

Nº 013928838643

**DETAN - PB**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA P.R.T. 2017000438927 EXERCÍCIO

CÓD. RENAVAM 0110759305-8 NOME

LACRE 00044574169

ADRIANA COSTA DA SILVA

CPF / CNPJ 05591364713 PLACA QFV1626/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KD1000HR005029

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC MARCA / MODELO HONDA/NXR 160 BROS

COMBUSTIVEL GASOLINA ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2017

CAP / POT / CIL 2 P/162 /CI CATEGORIA PARTIC VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000

COTA ÚNICA FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 1<sup>a</sup> VENC / COTAS 00/00/0000

I P V A \* \* \* \* \* 0 2<sup>a</sup>  
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 06/11/2017

SEGURADA A.F BV FINANCEIRA S.A.

OBSERVAÇÕES

LOCAL JOAO PESSOA-PB

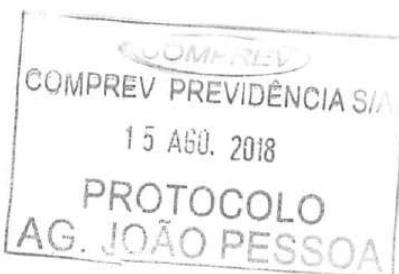
DATA 20/12/2017

41955

909670

*Assinatura de Vieira da Silva*

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT																																																							
PB Nº 013928838643 BILHETE DE SEGURO DPVAT																																																							
<p><b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> SAC DPVAT 0800 022 1204</b></p>																																																							
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">EXERCÍCIO</td> <td colspan="2">DATA EMISSÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2017</td> <td colspan="2">20/12/2017</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CPF / CNPJ</td> <td colspan="2">PLACA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">05591364713</td> <td colspan="2">OFV1626/PB</td> </tr> <tr> <td colspan="2">RENAVAM</td> <td colspan="2">MARCA / MODELO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">07593058</td> <td colspan="2">HONDA/NXR 160 BROS</td> </tr> <tr> <td>FAB.</td> <td>CAT. TAB.</td> <td colspan="2">Nº CHASSI</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>9</td> <td colspan="2">9C2KD1000HR005029</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b> <table border="1"> <tr> <td>DENATRAN (R\$) *****</td> <td>CUSTO DO SEGURO (R\$) *****</td> </tr> <tr> <td>IOP (R\$)</td> <td>TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)</td> </tr> <tr> <td>SEGURADO</td> <td>PAGO</td> </tr> <tr> <td>PAGAMENTO</td> <td>DATA DE QUITAÇÃO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PARCELADO</td> <td>06/11/2017</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b>          CNPJ 09.248.808/0001-04       </td> </tr> <tr> <td colspan="4">09670-0948126-20171220</td> </tr> </table>		EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO		2017		20/12/2017		CPF / CNPJ		PLACA		05591364713		OFV1626/PB		RENAVAM		MARCA / MODELO		07593058		HONDA/NXR 160 BROS		FAB.	CAT. TAB.	Nº CHASSI		16	9	9C2KD1000HR005029		<b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b> <table border="1"> <tr> <td>DENATRAN (R\$) *****</td> <td>CUSTO DO SEGURO (R\$) *****</td> </tr> <tr> <td>IOP (R\$)</td> <td>TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)</td> </tr> <tr> <td>SEGURADO</td> <td>PAGO</td> </tr> <tr> <td>PAGAMENTO</td> <td>DATA DE QUITAÇÃO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PARCELADO</td> <td>06/11/2017</td> </tr> </table>				DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****	IOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)	SEGURADO	PAGO	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO	<input type="checkbox"/> PARCELADO	06/11/2017	<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> CNPJ 09.248.808/0001-04				09670-0948126-20171220			
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO																																																					
2017		20/12/2017																																																					
CPF / CNPJ		PLACA																																																					
05591364713		OFV1626/PB																																																					
RENAVAM		MARCA / MODELO																																																					
07593058		HONDA/NXR 160 BROS																																																					
FAB.	CAT. TAB.	Nº CHASSI																																																					
16	9	9C2KD1000HR005029																																																					
<b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b> <table border="1"> <tr> <td>DENATRAN (R\$) *****</td> <td>CUSTO DO SEGURO (R\$) *****</td> </tr> <tr> <td>IOP (R\$)</td> <td>TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)</td> </tr> <tr> <td>SEGURADO</td> <td>PAGO</td> </tr> <tr> <td>PAGAMENTO</td> <td>DATA DE QUITAÇÃO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PARCELADO</td> <td>06/11/2017</td> </tr> </table>				DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****	IOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)	SEGURADO	PAGO	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO	<input type="checkbox"/> PARCELADO	06/11/2017																																										
DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****																																																						
IOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)																																																						
SEGURADO	PAGO																																																						
PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO																																																						
<input type="checkbox"/> PARCELADO	06/11/2017																																																						
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> CNPJ 09.248.808/0001-04																																																							
09670-0948126-20171220																																																							





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



TCPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 708/003, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1668126, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS idade 21 anos, vítima de Acidente de Trânsito (**Colisão carro x moto**) no dia 16/04/2017, na Rua Irani Almeida de Menezes, Bairro: Funcionários I - João Pessoa - aproximadamente às 20:06 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 03 de Agosto de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto

Estatístico

CRE/5ª Região: 10171



**SAMU 192 JP**

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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



Assinado eletronicamente por: JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN - 12/02/2020 14:03:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021214031109200000027218686>  
Número do documento: 20021214031109200000027218686

Num. 28221656 - Pág. 3

ESTAMPA

LEIAVÍA

12/02/2020  
14:03:12



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01960.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01960.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:19 horas do dia 24 de outubro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Yuri Gabriel da Silva Santos**, CPF nº 084.360.654-17, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Soldador, filho(a) de Adriana Costa da Silva e Israel Nogueira dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/03/1996 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rita Carneiro Diniz, Nº 417, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência Próx. Veleiros do Sul, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98742-4028.

#### Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Irani Almeida de Menezes, Na Principal do Antigo Casarão, João Pessoa/PB, bairro Funcionários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/04/17 20:06h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

#### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/NXR 160 BROS, PRETA, 2016/2017, PLACA QFV1626/PB, CHASSI 9C2KD1000HR005029, registrada em nome de ADRIANA COSTA DA SILVA, quando ao desviar de um buraco na via foi atingido no guidon esquerdo por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 11.07.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 24 de outubro de 2017.

FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigacao

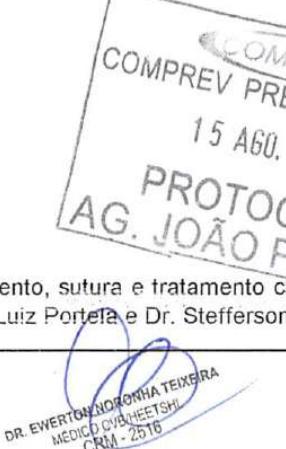
YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS  
Noticiante



Procedimento Policial: 01960.01.2017.1.00.420

1/1



	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIREÇÃO TÉCNICA	
<b>LAUDO MÉDICO</b>		
<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>		
<b>NOME DO PACIENTE</b>	YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS	
<b>DADOS DE NASCIMENTO</b>	20/03/96	
<b>NOME DA MÃE</b>	ADRIANA COSTA DA SILVA	
<b>DADOS EXTRAÍDOS</b>		
<b>BOLETIM DE ENTRADA N.º</b>	994.331	
<b>Nº PRONTUÁRIO</b>	101.522	
<b>DATA DO ATENDIMENTO</b>	16/04/17	
<b>HORA DO ATENDIMENTO</b>	21:25	
<b>MOTIVO DO ATENDIMENTO</b>	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
<b>DIAGNÓSTICO (S)</b>	FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR D + FRATURA DA PATELA D	
<b>CID 10</b>	S 72.3 + S 82.0	
<b>AVALIAÇÃO INICIAL:</b>		
Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão carro x moto), há cerca de 5hs, apresentando dor em membro inferior D e ferimento transfixante em lábio inferior. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.		
<b>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</b>		
RX da coxa D - AP e P RX do joelho D - AP e P		
<b>TRATAMENTO:</b>		
Fratura da diáfise do femur D + fratura da patela D aos RX. Realizado internamento, sutura e tratamento cirúrgico das fraturas no 1º tempo pelo Dr. Heisemberg Almeida e no 2º tempo pelo Dr. Luiz Portela e Dr. Stefferson Diniz.		
<b>ALTA HOSPITALAR:</b>	25/04/17	
<b>DATA DA EMISSÃO:</b>	11/07/17	
 <b>Dr. Ewerton Noronha Teixeira</b> CRM: 2516/PB		

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





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

Boletim de Atendimento: 994331



Identificação do paciente				
ID 863400	Nome YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 20/03/1996	Idade 21 anos 27 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe ADRIANA COSTA DA SILVA				Pai ISRAEL NOGUEIRA DOS SANTOS
Escolaridade				Responsável (Parentesco) ISRAEL NOGUEIRA DOS SANTOS - PAI
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987424026	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3481215	Nº Crns 898001230846680		
Local de procedência ERNANI SATIRO		Type BAIRRO	UF PB	
Email NAO INFORMADO	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58080040	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Coronel Antônio Correia Brasil	
Número 28	Complemento	Bairro Ernani Sátiro		
Admissão				
Data e Hora 16/04/2017 21:25:47	Número da pulseira 1000005978532	Convenio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA	X mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos <i>reconstituição lítio mg 1704 TED Dfz NS/1</i>				<i>ECOM COMPREV PREVIDÊNCIA S. 15 AGU. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</i>
Diagnóstico <i>6x</i>				Tempo 29seg
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO				

Imprimir

16/04/2017 21:23



7/04/17 - 1:20

#BMPH

Paciente vítima de acidente metacônditico bi  
lateralizado com trauma e disfunção. No momento  
em BEG, eupneico, normocorrado, afibril ao tegu-  
ro exame físico nota-se FCC transfixante em lâbio  
inferior, abertura bucal satisfatória, ausência de  
disfagia ocular e ausência de traços sugestivos  
de fratura nos tecidos da face.

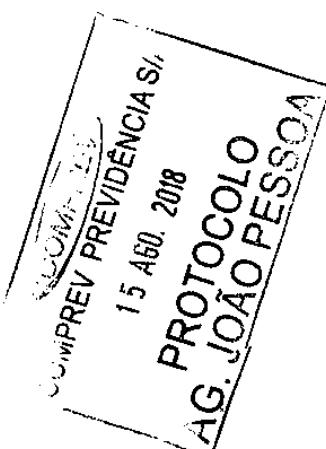
(II): 1- Exame físico

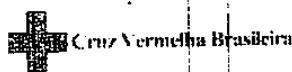
2- Sutura do FCC transfixante em lábio inferior realizada  
no bloco cirúrgico (paciente em regimento) em  
procedimento pela Ortopedia).

3- Orientações

4- Alta BMP / As orientações das demais especialidades

Dr. Rui Medeiros, Msc  
Cirurgião Bucal/Facial  
Implantodontista  
CROPE 0226 | CROFB 5518





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



VERDE, 1 -  
CNES: 2778696 - Tel.:

Paciente <b>YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS</b>	BAE 994331	Data/Hora Entrada 16/04/2017 21:25:47	Data Baixa
Data de nascimento 20/03/1996	Idade 21	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987424028
Mãe <b>ADRIANA COSTA DA SILVA</b>			Prontuário
Endereço Coronel Antônio Correia Brasil, 28	Bairro Ernani Sátiro	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FLAVIO PESSOA RIBEIRO	Nº Cons. Regional 6453/PB
Data/Hora Classificação 16/04/2017 21:25:47		Data/Hora Prescrição 16/04/2017 21:33:28	

### Anamnese

P / VITIMA DE COLISAO CARROXMOTO. REFERE DOR EM MID, NEGA VOMITOS OU DESMAIOS, NEGA USO DE BEBIDAS ALCOOLICA OU  
C / AS AC EXAME: ABD INOCENTE CD: ORTOPEDIA

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

### CID10

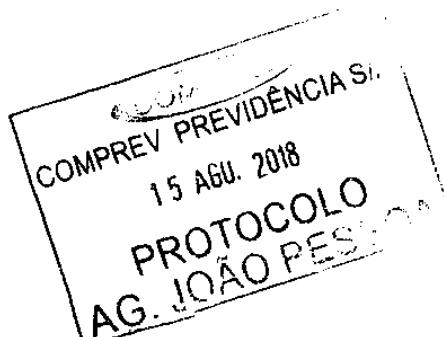
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

### Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Flávio P. Ribeiro  
Urologia Uro-Onctologia  
Uroendoscopia Endoparacostopia  
FLAVIO PESSOA RIBEIRO  
(6453/PB)

YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS





Assinado eletronicamente por: JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN - 12/02/2020 14:03:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002121403110920000027218686>  
Número do documento: 2002121403110920000027218686

Num. 28221656 - Pág. 11

Cruz Vermelha  
Brasileira

## AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

## B.E./PRONTUÁRIO

15000005970532 BE.. 994331  
TURI BRBRIEL DA SILVA SANTOS  
DT. NASC.: 20/03/1995  
MRE: ADRIANA COSTA DA SILVA

END.: Coronel Antônio Correia Brasil

N. 28 - Erroni 5 Ltiro

JORO PESSOA

FONE: (83) 987424028

CELULAR: (83) 987424028

IDADE: 21

DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

PROCEDÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambulância de resgate	<input type="checkbox"/> Ambulância SAMU	<input type="checkbox"/> Polícia		
TIPO DE ACIDENTE:	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Atropelamento	
	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Incêndio	<input type="checkbox"/> Explosão	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Outros: _____
TIPO DE LESÃO:	<input type="checkbox"/> Fratura fechada	<input type="checkbox"/> Ferimento aberto	<input type="checkbox"/> Escorregamento	<input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Queimadura	
LOCAL DA LESÃO:	<input type="checkbox"/> Membros sup.					<input type="checkbox"/> Membros inf.
DADOS CLÍNICOS (sintomas)						
DATA DE INÍCIO DOS SITOMAS: / /						
EXAME FÍSICO	PA: _____ / mmHg	P: _____ bpm	SpO <sub>2</sub> : _____	Tax: _____		
Sistema Neurológico:						
Nível de Consciência:	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado		
Avaliação das pupilas:	Simetria: <input type="checkbox"/> Isocônicas Tamanho: <input type="checkbox"/> Midriase					
	<input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> Miose					
Sistema Respiratório:	<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea	<input type="checkbox"/> Vias aéreas perfeitas			
	<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/> Respiração rápida	<input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas			
	<input type="checkbox"/> Respiração ruidosa	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo	<input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatório:	<input type="checkbox"/> Pulso ausente	<input type="checkbox"/> Pele fria e úmida	<input type="checkbox"/> Perfusion tissueular satisfatória			
	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Perfusion tissueular comprometida			
	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Outros: _____				
Sistema Digestório:	<input type="checkbox"/> HDA	<input type="checkbox"/> Uso de SNG	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial		
	<input type="checkbox"/> HDB		<input type="checkbox"/> Corpo estreñido	<input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda		
	Outros:		<input type="checkbox"/> Rigidez abdominal	<input type="checkbox"/> Distensão abdominal		
Sistema Genito-urinário:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Oliguria	<input type="checkbox"/> Polidrinia	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Outros: _____
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:	<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cirurgias					
<input type="checkbox"/> Internações <input type="checkbox"/> Outros: _____	Especificificar: _____					
USO DE MEDICAÇÃO?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Especificificar: _____			
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:						
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:	16/04/17 Paciente deu entrada neste ato vítima de acidente de moto no momento convém e ouviu bdd, encaminhado ao CDa					
DESTINO:						
ENFERMEIRO: <i>[Assinatura]</i> COREM: _____ P(NG)ENF-022-1						

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
15 AGO. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Ortopedia

16/04/17 23:46

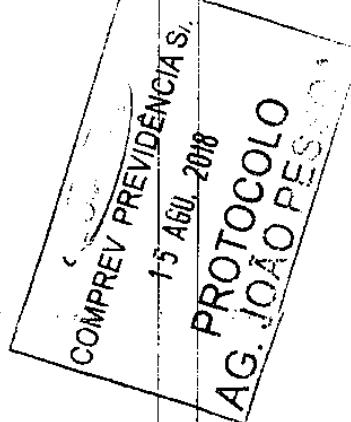
Acidente Mão

trancreme o

Nº : 90011111111111  
Referência  
Referência

CO: AG. Braga  
PT TTE

Roberto Pires de Almeida  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 7118 - TEOT 13401



Cópia digital - 03/05/18

Liberado da cirurgia gerada  
aos cuidados da Dr. e  
ORTOPEDIA.

Possui se for necessário  
reavaliar.

JOSÉ HELMAN PALITO:  
033.00.003430-0  
CRM 3430



## RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSUL

Nome: Yuri Gabriel da Silva Santos BE/Prontuário: 994.331  
 Idade: 21 Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 17/04/17  
 Clínica/Setor: BMF EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Reconstrução de lábio inferior  
 Cirurgião: Rui Medeiros 1º Assistente: Renato Santos  
 2º Assistente: Bruno Araújo 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
<u>Frinco craniofacial em lábio inferior</u>		<u>S07.5</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Reconstrução do lábio inferior</u>	

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 15 ABR. 2018

PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( Sim)  Não. Descrição:

Biópsia de Congelação: ( Sim)  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria ( Terapia Intensa) ( Residência) ( Óbito durante Ato Cirúrgico)

Médico/CRM:

Dr. Rui Medeiros, Msc  
 Odontologia - Cirurgia Facial  
 CRM-RJ 1518

João Pessoa, 17/04/17



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

S  
A  
RECSHIL

Nome: Juan galvao de souza sotero BE/Prontuário:  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 26/09/17  
 Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: Dra. Heinenberg 1º Assistente: M.R.S ENCA  
 2º Assistente: M.R.S PEGO LIMA 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
<u>Fratura Diáfise de Femur</u>		
<u>Fratura Poteado</u>		

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>01 Troca Transequestrada de Femur</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim ( )Não. Descrição: \_\_\_\_\_

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

15 AGO. 2018

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( )Enfermaria ( )Terapia Intensa ( )Residência ( )Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: 1111

João Pessoa, 16/09/17

F(NG).ASCIR.009-1





## **Nota de Sala Cirúrgica**

二〇一〇

1

HEFTEN

FIO ALGODÃO C/A N° 1  
FIO ALGODÃO C/A N° 2  
COMPREV PREVIDÊNCIA

PROTOCOL

34-1898







## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HECTSHL

## DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

- Ponto de incisão em Decúbito Dorsal Solteiro flexo  
- Cervicofacial + Cervicoflexo  
- Exploração do Longo e curto

## Incisão:

## Achados:

Fratura Patelar ( ) + Fratura Distal  
Femur ( ).

## Conduta:

① Placa em L 10 x 15mm e g. 5 mm  
fratura da fratura do molar para  
laterais após polvorosa bloco suportar de  
Patela e frangos sem posterior aço  
superior ao solo suportar de Patela.

## Fechamento:

② Curativos estériles

## Observação:

COMPREV PREVIDÊNCIA S.I.

15 AGO. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa

16/09/17

## Médico/CRM:

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

- 1- Paciente em DDT sob anestesia
- 2- Fisiologia
- 3- Anestesia local
- 4- Técnica da cirurgia

## Incisão:

- 5- Exposição dos campos operatórios
- 6- Sutura de FCC transfixando em fibro interno
- 7- Curativo
- 8- A VIPA

## Achados:

## Conduta:

## Fechamento:

COMPREV PREVIDÊNCIAS,  
15 AGO. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## Observação:

## Médico/CRM:

Dr. Rui Meldeiros, Msc  
Cirurgia Dto. Maxilo-Facial  
CRM-PB 1515

Dr. Rui Meldeiros, Msc  
Cirurgia Maxilo-Facial  
CRM-PB 1515 - CRM-PB 5512

João Pessoa, 17/04/17

F(NG).ASCIR.009-1



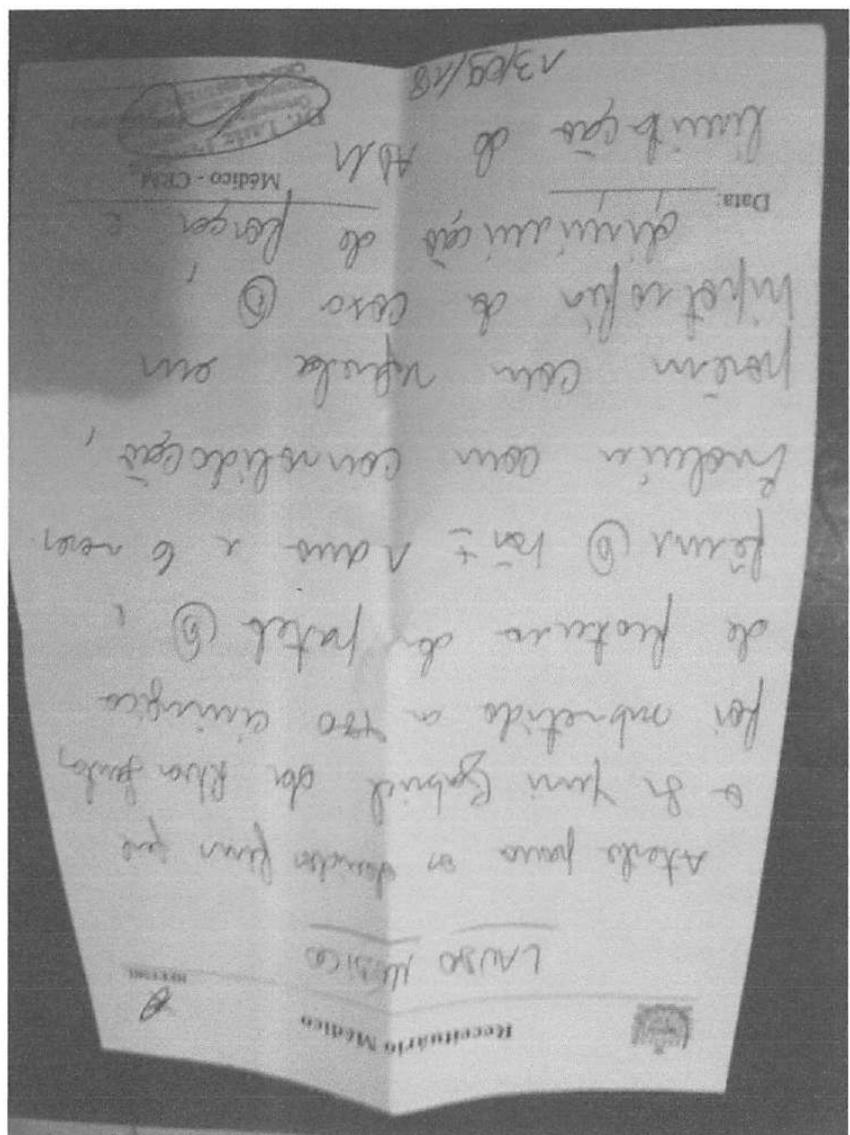
CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: JULIA GABRIEL DA JUNIOR						Registro:
Idade: 22	Sexo: M	Cor:	Clinica: UNEP	Enf: 17	Leito: 05	
Data de admissão: 16/06/17	Data da alta: 25/06/17					
Diagnóstico inicial: DIAPIB TEPUR (D)						
Diagnóstico final: DIAPIB PATRIA (D)						
Outros diagnósticos:						
Principais exames: RENDOGRAFIA						
Cirurgia realizada - data e equipe: MAMMOGRAMA CIRURGICO 06/06/17 DA DR. STEPHENSON DO FEMUR DIREITO E DA PERNAS DA PATRIA (D)						
Terapêutica medicamentosa: DR. LUIZ PATRIA / DR. STEPHENSON						
Anatomia patológica:						
Infecção: sim ( ) não ( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )						
Resultado bacteriológica:						
Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( )						
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <del>FERIDA CERRADA - ELIMINADA</del> <del>ESTAM SANGUE</del>						
Orientações Pós Alta						
Dieta:						
Reposo:						
relativo em casa por, 30 dias.	60 dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em,	dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve,	dias e com maior em,					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.						
Medicações para casa:	ITOP					
Retorno:						
Ao posto de saúde em	para retirada de pontos					
Ao ambulatório	em 30 dias para revisão pe Dr. STEPHENSON					
João Pessoa: 25 de 06 de 17	Dr. Caio Henrique Vieira Ortopedia e Ortopedia Ass. Médico / CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.						





Excelentíssimo(a) Senhor(a) Doutor(a)  
Juiz(a) de Direito da Vara Cível da Comarca da Capital (PB)

**Processo nº**

**YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS**, brasileiro, solteiro, Soldador, portador da Cédula de Identidade nº 3.481.215 SSP/PB e CPF nº 084.360.654-17, residente e domiciliado na Rua Rita Carneiro Diniz, 417, Geisel, nesta Capital, CEP 58075-419, vem, por intermédio de sua procuradora *in fine* subscrita, regularmente constituída através de instrumento procuratório, com escritório profissional na Av. João Machado, 849, sala 409, Centro, nesta Capital, diante desse D. Juízo, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA C/C REPARAÇÃO DE DANOS MATERIAIS – SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT** (consoante Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92)

em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 09.248.608/0001-04, podendo ser citada na Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-203, expondo e requerendo ao final o seguinte:

**I - REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE GRATUIDADE PROCESSUAL**

O Promovente à luz do que dispõe o art. 4º da lei nº 1.060/50, vem à presença de V. Exa., requerer os benefícios da gratuidade judiciária, em razão de carência, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas nem despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família.

**“A parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar à custa do processo e os honorários de advogados, sem prejuízo próprio ou de sua família.”**

Av. João Machado nº 849 – sala 409 – Centro  
CEP 58013-520 – João Pessoa – Paraíba  
Telefax (83) 3241.2485



## II – DA DESNECESSIDADE DE AUDIÊNCIA CONCILIATÓRIA

Em consonância com o Art. 319, IV, do Novo Código de Processo Civil Brasileiro, vem à parte Autora manifestar expressamente sua opção pela não realização de audiência de conciliação, tendo em vista a essencialidade da prova pericial para que se possa chegar a qualquer composição na presente lide. Caso seja designado perito para confecção de laudo conclusivo no ato, não há qualquer oposição por parte do Promovente.

## III - DA SINOPSE FÁTICA

Em virtude acidente de trânsito ocorrido na data de 16 de abril de 2017, por volta das 20h06min, conforme se extrai do Boletim de Ocorrência Policial em anexo.

O Promovente foi socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, tendo sofrido **FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO + FRATURA DA PATELA DIREITA**, conforme pode ser verificado em Laudo Médico hospitalar, tendo sido submetido a procedimentos cirúrgicos.

O Requerente faz jus ao recebimento do Seguro Obrigatório (DPVAT), segundo o que preceitua a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92, pelo fato de ter sido vítima de acidente automobilístico.

O Promovente, na qualidade de beneficiário, recebeu administrativamente da Ré o valor de R\$ 2.362,50 (dois mil, trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), quando o correto, Exa., seria ter sido indenizado no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme estabelecido pelo próprio Seguro DPVAT, uma vez que o acidente resultou ao Promovente **COMPLETA INVALIDEZ DE MEMBRO INFERIOR DIREITO (DEBILIDADE DE MARCHA DIREITA + PERDA DA FORÇA MUSCULAR + RIGIDEZ ARTICULAR)**.

## IV - ALICERCE JURÍDICO

### IV.i - DA LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM

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

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

Av. João Machado nº 849 – sala 409 – Centro  
CEP 58013-520 – João Pessoa – Paraíba  
Telefax (83) 3241.2485



dentre elas, a **LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

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

**“APELAÇÃO CÍVEL - COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) - LEGITIMIDADE - SEGURADORA** - Qualquer seguradora autorizada a operar com o DPVAT é parte legítima para responder ação que vise o recebimento de seguro obrigatório de veículo, porquanto a lei faculta ao beneficiário acionar aquela que melhor lhe aprovou, conforme Resolução 6186, do Conselho Nacional de Seguros Privados.”<sup>1</sup>

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

## V – DO QUANTO INDENIZATÓRIO

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

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (DPVAT) é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a teor da regra esculpida no art. 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se sequem, por pessoa vitimada.  
- R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte  
- R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais) – no caso de Invalidez Permanente.” (grifo nosso)

Neste norte, em idêntica situação, decidiu o **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**, na pessoa do festejado **Ministro Carlos Alberto Menezes**, ao estabelecer, nos casos de morte, o valor de 40 salários mínimos como indenização:

<sup>1</sup> TAMG - AP 0350628-9 - Uberlândia – 1º C. Civ. - Rel. Juiz Silas Vieira - J. 18.12.2001



**“CIVIL. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). VALOR QUANTIFICADO EM SALÁRIOS MÍNIMOS. INDENIZAÇÃO LEGAL. CRITÉRIO. VALIDADE - LEI N° 6.194/74.**

I. O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor, (DPVAT) é de quarenta salários mínimos, assim fixados consoante critério legal específico, não se confundindo com índice de reajuste e, destarte, não havendo incompatibilidade entre a norma especial da Lei nº 6.194/74 e aquelas que vedam o uso do salário mínimo como parâmetro de correção monetária.

II. Recurso especial não conhecido. (Data da Decisão: 22/08/2001).” (destaque nosso)

Também, o Ministro Aldir Passarinho Junior, nos autos REsp 296675, publicado em 23 de setembro de 2002:

**“CIVIL. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT), VALOR QUANTIFICADO EM SALÁRIOS MINIMOS. INDENIZAÇÃO LEGAL. CRITÉRIO. VALIDADE. LEI N°. 6.194/74. RECIBO. QUITAÇÃO. SALDO**

**REMANESCENTE.** I. O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade Civil de veículo automotor (DPVAT) é de quarenta salários mínimos, assim fixado consoante critério legal específico, não se confundindo com índice de reajuste e destarte, não havendo incompatibilidade entre a norma especial da Lei n.º 6.194/74 e aquelas que vedam o uso do salário mínimo como parâmetro de correção monetária. Precedente da 2ª Seção do STJ.

II. O recibo dado pelo beneficiário do seguro em relação à indenização paga a menor não o inibe de reivindicar, em juízo, a diferença em relação ao montante que lhe cabe de conformidade com a lei que rege a espécie.

III. Recurso Especial conhecido e provido.” (grifo nosso)

Incontroverso, também, o valor que deverá ser pago a título de indenização no importe de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).**

## VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

EX POSITIS, requer a Vossa Excelência que se digne:

Determinar a CITAÇÃO da empresa Demandada, na pessoa de seu representante legal, para, querendo, contestar o feito, sob pena de

Av. João Machado nº 849 – sala 409 – Centro  
CEP 58013-520 – João Pessoa – Paraíba  
Telefax (83) 3241.2485



revelia e confissão, no endereço supramencionado, por intermédio de via postal com carta com aviso de recebimento nos estritos termos do art. 18, incs. I e II, da Lei 9.099/95;

Condenar a empresa Promovida ao pagamento da COMPLEMENTAÇÃO do seguro DPVAT, no valor de **R\$ 11.137,50 (Onze mil, cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**; corrigidos monetariamente, desde a data de pagamento administrativo, acrescidos com juros de 1% ao mês a partir da data da citação;

Determinar a não realização da audiência de conciliação, ou que a mesma seja agendada com perícia no mesmo ato, já que para conclusão da demanda esse Juízo precisará de perícia médica;

Requerendo também seja nomeado perito do Juízo que ateste as lesões sofridas, devendo a parte Ré ser intimada para pagamento dos honorários periciais, nos termos do Convênio 15/2014, firmado entre o TJPB e a Seguradora.

Requer ainda, seja concedido os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser o Autor pobre na forma da Lei, nos termos da Lei nº 1.060/50, não tendo condições de arcar com custas processuais, sem prejuízo de seu sustento e de sua família;

Protesta e requer, por fim, provar o alegado por todos os meios em, direito admitidos, depoimento pessoal, oitiva de testemunhas, perícias, juntada de novos documentos, entre outros;

Requer, também, a condenação em custas judiciais e honorários advocatícios advindos desta, estes a razão habitual de 20%, sobre o "totum" corrigido.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 11.137,50 (Onze mil, cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**.

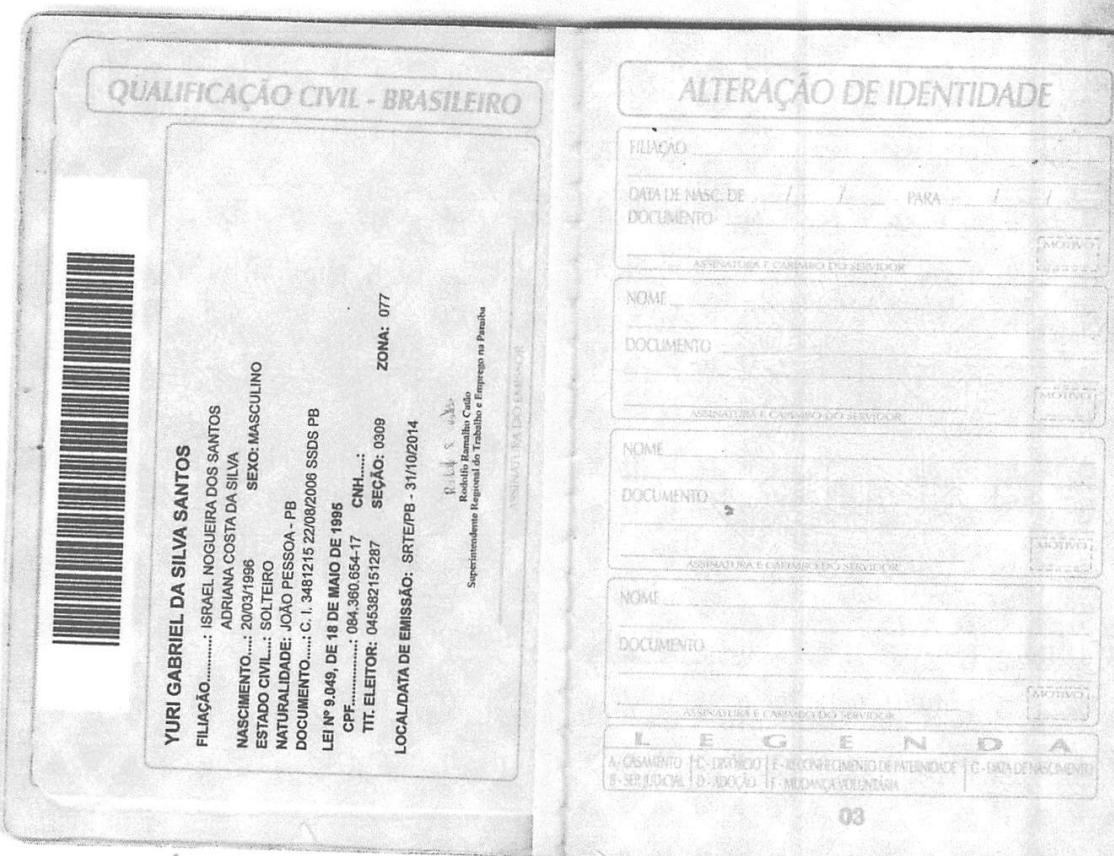
Nestes termos,  
Pede e espera DEFERIMENTO.

João Pessoa, 12 de Fevereiro de 2020.

**JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN**  
OAB/PB 22.039

Av. João Machado nº 849 – sala 409 – Centro  
CEP 58013-520 – João Pessoa – Paraíba  
Telefax (83) 3241.2485







Assinado eletronicamente por: JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN - 12/02/2020 14:03:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021214031006700000027218692>  
Número do documento: 20021214031006700000027218692

Num. 28221662 - Pág. 2

## BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.  
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: Nº 038.008.647



ENERGISA PARAÍBA - 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

ISRAEL NOGUEIRA DOS SANTOS  
RUA RITA CARNEIRO DINIZ 417  
JOAO PESSOA

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1187298-3

REFERÊNCIA  
**JAN/2020**

APRESENTAÇÃO  
**28/01/2020**

CONSUMO  
**389**

VENCIMENTO  
**16/02/2020**

TOTAL A PAGAR  
**R\$ 353,07**

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

PAGAR PREFERENCIALMENTE NO

**00190.00009 03150.244006 08328.896173 6 81670000035307**

Pagador: ISRAEL NOGUEIRA DOS SANTOS CNPJ/CPF: 021.296.544-10

RUA RITA CARNEIRO DINIZ 417 - GEISEL - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008328896	001187298202001	16/02/2020	R\$ 353,07	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário:



Assinado eletronicamente por: JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN - 12/02/2020 14:03:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021214031062100000027218693>  
Número do documento: 20021214031062100000027218693

Num. 28221663 - Pág. 1

SEGUE PROCURAÇÃO.



Assinado eletronicamente por: JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN - 12/02/2020 14:29:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021214294356700000027220367>  
Número do documento: 20021214294356700000027220367

Num. 28223338 - Pág. 1

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS, brasileiro, solteiro, Soldador, portador da Cédula de Identidade nº 3.481.215 SSP/PB e CPF nº 084.360.654-17, residente e domiciliado na Rua Rita Carneiro Diniz, 417, Geisel, nesta Capital, CEP 58075-419.

**OUTORGADO:** JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN, brasileira, casada, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, seção Paraíba sob o nº 22039, com endereço profissional à Av. João Machado, 849, sala 409, Centro, nesta Capital, Telefone (83) 3241.2485.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo como minha bastante procuradora a outorgada acima qualificada, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo a outorgada poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** do outorgante acima qualificado, o que tudo será tido como bom, firme e valioso.

João Pessoa, 22 de outubro de 2019.

*Yuri Gabriel da Silva Santos*  
**YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS**  
Outorgante





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**9ª Vara Cível da Comarca da Capital**  
Av. João Machado, s/n, Jaguaribe, João Pessoa/PB - 4º ANDAR  
CEP: 58.013-520 / Tel.: (83)-3208-2479 - Telejudiciário: (83) 3621-1581

0809412-41.2020.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro o pedido de gratuidade da justiça, com fundamento na alegação de insuficiência de recursos para pagar as despesas processuais/custas, constante da petição inicial, nos termos do que dispõem os arts. 98 e 99, § 3º, do CPC/2015.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. A experiência prática demonstra que as instituições financeiras não realizam acordos em demandas congêneres, razão pela qual deixo de designar audiência prévia de conciliação, sem prejuízo das tentativas conciliatórias que devem ser realizadas no decorrer da lide.



Assinado eletronicamente por: ADRIANA BARRETO LOSSIO DE SOUZA - 13/02/2020 18:04:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021318042563400000027260269>  
Número do documento: 20021318042563400000027260269

Num. 28266352 - Pág. 1

Assim, cite-se a parte demandada para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

Contestada a ação, intime-se a parte demandante para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresentar réplica à contestação.

Por fim, considerando que no caso em apreço é necessária a realização de prova pericial, NOMEIO como perito a médico Dr. TIAGO MARTINS FORMIGA, com endereço na Avenida Antônio de Lira, 588, apt. 204, Tambaú, João Pessoa – PB.

Como honorários periciais fixo o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), conforme termos do Convênio nº 015/2014, firmado entre a Seguradora Líder e o TJ/PB.

Intime-se a seguradora para efetuar o pagamento dos honorários arbitrados.

Intime(m)-se a(s) parte(s) a respeito da nomeação realizada, intimando-as também para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentarem quesitos e assistentes técnicos, se assim desejarem.

Valendo-se este despacho como carta de intimação, intime-se o perito nomeado para, no prazo de 10 (dez) dias, dizer se aceita o encargo, bem como para informar a este Juízo, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, data, horário e lugar para a realização da perícia.

Fica desde já determinada a intimação das partes e de seus advogados para comparecerem no dia, hora e local indicados pelo expert para a realização da perícia. Intime-se o Autor pessoalmente e por meio de advogado, advertindo-os que a ausência na perícia poderá ensejar na ocorrência de preclusão e, consequentemente, no julgamento do feito com as provas que constam nos autos.

Sendo o caso, encaminhem-se ao perito cópia dos documentos necessários.

De logo, determino o prazo de 15 (quinze) dias, a contar da realização da perícia, para entrega do parecer técnico.

Cumpra-se na íntegra.

João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.



**Adriana Barreto Lossio de Souza**

Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: ADRIANA BARRETO LOSSIO DE SOUZA - 13/02/2020 18:04:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021318042563400000027260269>  
Número do documento: 20021318042563400000027260269

Num. 28266352 - Pág. 3



**Poder Judiciário da Paraíba**  
**9ª Vara Cível da Comarca da Capital**  
Av. João Machado, s/n, Jaguaribe, João Pessoa/PB - 4º ANDAR  
CEP: 58.013-520 / Tel.: (83)-3208-2479 - Telejudiciário: (83) 3621-1581

0809412-41.2020.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro o pedido de gratuidade da justiça, com fundamento na alegação de insuficiência de recursos para pagar as despesas processuais/custas, constante da petição inicial, nos termos do que dispõem os arts. 98 e 99, § 3º, do CPC/2015.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. A experiência prática demonstra que as instituições financeiras não realizam acordos em demandas congêneres, razão pela qual deixo de designar audiência prévia de conciliação, sem prejuízo das tentativas conciliatórias que devem ser realizadas no decorrer da lide.



Assinado eletronicamente por: ADRIANA BARRETO LOSSIO DE SOUZA - 13/02/2020 18:04:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021318042563400000027260269>  
Número do documento: 20021318042563400000027260269

Num. 28816853 - Pág. 1

Assim, cite-se a parte demandada para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

Contestada a ação, intime-se a parte demandante para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresentar réplica à contestação.

Por fim, considerando que no caso em apreço é necessária a realização de prova pericial, NOMEIO como perito a médico Dr. TIAGO MARTINS FORMIGA, com endereço na Avenida Antônio de Lira, 588, apt. 204, Tambaú, João Pessoa – PB.

Como honorários periciais fixo o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), conforme termos do Convênio nº 015/2014, firmado entre a Seguradora Líder e o TJ/PB.

Intime-se a seguradora para efetuar o pagamento dos honorários arbitrados.

Intime(m)-se a(s) parte(s) a respeito da nomeação realizada, intimando-as também para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentarem quesitos e assistentes técnicos, se assim desejarem.

Valendo-se este despacho como carta de intimação, intime-se o perito nomeado para, no prazo de 10 (dez) dias, dizer se aceita o encargo, bem como para informar a este Juízo, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, data, horário e lugar para a realização da perícia.

Fica desde já determinada a intimação das partes e de seus advogados para comparecerem no dia, hora e local indicados pelo expert para a realização da perícia. Intime-se o Autor pessoalmente e por meio de advogado, advertindo-os que a ausência na perícia poderá ensejar na ocorrência de preclusão e, consequentemente, no julgamento do feito com as provas que constam nos autos.

Sendo o caso, encaminhem-se ao perito cópia dos documentos necessários.

De logo, determino o prazo de 15 (quinze) dias, a contar da realização da perícia, para entrega do parecer técnico.

Cumpra-se na íntegra.

João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.



**Adriana Barreto Lossio de Souza**

Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: ADRIANA BARRETO LOSSIO DE SOUZA - 13/02/2020 18:04:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021318042563400000027260269>  
Número do documento: 20021318042563400000027260269

Num. 28816853 - Pág. 3