



Número: **0866040-84.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **SEGURO, SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|--|
| REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO (AUTOR) | LUCIANO DA SILVA MENEZES (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|-----------|--------------------|--|----------------------------|
| 25327 699 | 15/10/2019 16:57 | Petição Inicial | Petição Inicial |
| 25327 707 | 15/10/2019 16:57 | PETIÇÃO INICIAL | Outros Documentos |
| 25327 710 | 15/10/2019 16:57 | RG CPF | Documento de Identificação |
| 25327 713 | 15/10/2019 16:57 | PROCURAÇÃO | Procuração |
| 25327 726 | 15/10/2019 16:57 | BOLETIN DE OCORRENCIA | Documento de Comprovação |
| 25327 728 | 15/10/2019 16:57 | CERTIDÃO DO BOMBEIRO | Documento de Comprovação |
| 25327 735 | 15/10/2019 16:57 | LAUDO MÉDICO | Documento de Comprovação |
| 25327 743 | 15/10/2019 16:57 | PEDIDO DE SEGURO DPVAT | Documento de Comprovação |
| 25327 747 | 15/10/2019 16:57 | PRONTUARIO MÉDICO 01 | Documento de Comprovação |
| 25327 899 | 15/10/2019 16:57 | PRONTUARIO MÉDICO 02 | Documento de Comprovação |
| 25327 900 | 15/10/2019 16:57 | PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS | Documento de Comprovação |
| 25327 903 | 15/10/2019 16:57 | PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE DOCUEMNTOS | Documento de Comprovação |
| 25327 920 | 15/10/2019 16:57 | CONTRATO DE HONORARIOS | Documento de Comprovação |
| 27716 614 | 29/01/2020 11:09 | Despacho | Despacho |

PETIÇÃO INICIAL EM ANEXO:



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 15/10/2019 16:53:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101516531529800000024495142>
Número do documento: 19101516531529800000024495142

Num. 25327699 - Pág. 1



Direito Médico e
Previdenciário

Luciano Silva Menezes - OAB/PB 25.228


Luciano Menezes
ADVOGADO

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE
DIREITO DA ____^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO
PESSOA/PB.**

RESOLUÇÃO 03/2013 DO TJ/PB – PERICÍA JUDICIAL PELA SEGURADORA

REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO, brasileiro, casado, vigilante, CPF/MF: 884.562.504-49, RG nº 1.607.314 2^a Via SSP/PB, sem endereço eletrônico, residente e domiciliado na Rua: Hilton Guedes Pereira, nº 186, Cristo Redentor, João Pessoa-PB, Cep: 58.071-630, por seus procuradores infra-assinado, conforme procuração anexa, com escritório na Rua Cônego Nicodemos Neves, nº 60, – Bairro dos Estados, CEP 58071-630, João Pessoa - PB, endereço que indica para onde deverão receber quaisquer correspondências e/ou notificações para os fins do art. 77, V, do CPC, vem a presença de Vossa Excelência, propor

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

Em face da **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de Direito Privado, CNPJ

(83) 98873-3522 / (83) 99172-6199 ☎
lucianosilvamenezes.adv@gmail.com ✉



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 15/10/2019 16:53:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101516531631100000024495150>
Número do documento: 19101516531631100000024495150

Num. 25327707 - Pág. 1



Direito Médico e
Previdenciário

Luciano Silva Menezes - OAB/PB 25.228


Luciano Menezes
ADVOGADO

09.248.608/0001-04, com sede na Rua Da Assembleia, nº 100, Andar 26, Bairro Centro, CEP 20.011-904, Rio de Janeiro/RJ, Telefone (21)3861-4600 pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

I – PRELIMINARMENTE

DO DIREITO AO BENEFÍCIO DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

A Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu art. 5º, LXXIV, garante aos brasileiros e estrangeiros residentes no país a assistência jurídica integral e gratuita.

Nobre Julgador, vem o demandante informar que é pobre na forma da lei e não tem como arcar com as despesas e custas processuais sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família, tudo conforme declaração de hipossuficiência em anexo.

Assim sendo, diante da situação, o requerente, vem requerer a concessão da Justiça Gratuita para todos os efeitos, nos conformes da Lei nº 1.060/50 e o art. 98 do CPC.

DO INTERESSE DE AGIR – Via administrativa inadequada – Irregularidades no pagamento leva ao ajuizamento para cobrança de diferença.

A lei que rege o Seguro Obrigatório não exige que o procedimento a ser adotado pelo Beneficiário do Seguro Obrigatório se dê primeiramente pela via administrativa, mesmo porque, caso houvesse essa exigência, seria incostitucional, ferindo o art. 5º, XXXV, da CF.

Como veremos adiante nos fatos, esta evidenciado o interesse processual da parte autora, o qual decorre da necessidade de acesso ao Judiciário para obtenção da prestação jurisdicional que lhe assegure o pagamento da cobertura securitária.

(83) 98873-3522 / (83) 99172-6199 ☎
lucianosilvamenezes.adv@gmail.com ✉



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 15/10/2019 16:53:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101516531631100000024495150>
Número do documento: 19101516531631100000024495150

Num. 25327707 - Pág. 2



A parte demandante não está condicionada a qualquer óbice de cunho administrativo para o exercício de seu direito, bastando apenas que estejam preenchidas as condições da ação para ingressar em Juízo e, assim, receber a tutela jurisdicional. Desta forma o demandante não está obrigado a ingressar ou esgotar as vias administrativas para então ingressar com pedido via judicial. Mas para afastar qualquer dúvida quanto à inadequação da via administrativa no seguro DPVAT, a parte autora, logo expõe abaixo, os seus motivos pelos quais é OBRIGADO A INGRESSAR COM A PRESENTE DEMANDA:

II - DOS FATOS

1. O demandante conforme consta no registro de ocorrência policial (DOC. ANEXO) sofreu um acidente de trânsito (motocicleta) na data de 21/07/2018 as 21:45h e decorrente deste evento restou ao demandante sequelas corporais de caráter permanente.

2. Posteriormente ao fato, o requerente foi socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma da Capital, onde foi submetido a exames de Raio X que foi diagnosticado com **FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO (CID 10 S42.3)**, conforme laudo médico expedido pelo Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta Capital, (DOC. ANEXO).

3. Ademais, necessitou o segurado, em virtude da fratura sofrida, passar por um procedimento cirúrgico onde houve colocação de placa e parafusos de aço, conforme se demonstra por documentos e exame de raio x, (DOC. ANEXO).

4. Em decorrência das lesões sofridas e dos fatos acima expostos, restou ao requerente com acentuadas limitações físicas como

(83) 98873-3522 / (83) 99172-6199 ☎
lucianosilvamenezes.adv@gmail.com ✉





levantar o ombro e braço, levantar peso que antes podia, além de sentir constantemente fortes dores, além da reduzida da força do membro afetado, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia está prejudicada. As tarefas tornaram-se verdadeiramente tormentosas de serem desempenhadas.

5. O autor é vigilante e devido a gravidade da lesão teve a capacidade laborativa reduzida permanentemente, não podendo mais levantar pesos que antes não podia, sendo prejudicando para sempre na sua carreira profissional.

6. Diante de tal fato, o requerente vindo a tomar conhecimento do seu direito que lhe é devido, vem perante a esse juízo, esperando ser devidamente e completamente indenizado de forma justa, em conformidade ao art. 3º, inciso II, da Lei nº 6.194/74.

7. Portanto, possuindo direito assegurado em Lei, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização junto à SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT responsável pelo pagamento do seguro a vítimas envolvidas com acidente de veículos terrestre.

8. Preenchido os requisitos para o recebimento da indenização, o autor encaminhou seu pedido. Juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são constumeliramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (DPVAT/INVALIDEZ), o requerente teve seu pedido através do sinistro nº **3190346549**.

9. Certo do recebimento da indenização em conformidade com a sua gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré, tamanha fora a surpresa desta quando informado do pagamento da indenização, não por sua confirmação, o que seria inevitável, mas pelo montante pago pela demandada. A lei 11.945/09,





incluiu uma tabela na lei do DPVAT que prevê um pagamento de 70% para perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores, no qual se encaixa o demandante

10. Apesar de todos os documentos médicos apresentados pelo requerente de sua gravidade, a parte ré pagou um valor inferior, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pelo autor e com a invalidez permanente que este adquiriu. Ou seja, após análise do pedido feito administrativamente, o requerente recebeu o valor de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinqüenta centavos). Onde o valor a ser percebido seria de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais).

11. Tal entendimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento, não é condizente com a previsão legal e com a seriedade da lesão sofrida, levam ao entendimento de que fora grave a perda funcional do membro afetado, porém, a parte ré realiza avaliação imparcial e unilateral, sem proporcionar ao segurado aquilo que realmente lhe é devido.

12. Desta forma, resta claro que fora buscado através de procedimento administrativo solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, não havendo outra forma do demandante alçar o seu direito a não ser com a intervenção judicial, através do pagamento do valor do seguro que o autor tem direito e a condenação da ré ao pagamento deste.

Importante frisar que na tabela do seguro DPVAT, a porcentagem correspondente à perda anatômica ou funcional de um dos membros superiores, corresponde a 70% do capital segurado, o que totaliza a importância de 9.450,00(nove mil e quatrocentos e cinquenta reais).

11. No mais, Excelência, o autor tem passado grandes dificuldades para conseguir alcançar seu pleito securitário, assim sendo, procura o manto protetor do Judiciário para ter seu pleito abraçado de forma correta e justa, já que administrativamente não conseguiu pleitear o seu direito.

(83) 98873-3522 / (83) 99172-6199 ☎
lucianosilvamenezes.adv@gmail.com ✉





III – DO DIREITO

Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação com fundamento nos termos da lei nº. 6.194/74, prevendo está a indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

O Seguro DPVAT cumpre importante função social, dando um mínimo de amparo às vítimas de acidente de trânsito.

A Lei 8.441/92 ampliou a indenização estabelecida na Lei 6.194/74, tornando mais compatível com o fim ao que se destina a regulamentação do seguro DPVAT.

A Seguradora líder é a atual responsável pela administração do Seguro DPVAT, isso em todo o Brasil, garantindo que as vítimas de acidente de transito de via terrestre tenha o acesso aos benefícios do seguro.

O pagamento da indenização do seguro DPVAT é feito em conta corrente ou poupança da própria vítima no prazo de 30 (trinta) dias após a apresentação da documentação necessária.

O valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de morte e de até R\$ 13.500,00 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas.

O prazo para solicitar a indenização por morte é de até 3 (três) anos contados da data do óbito. Para as despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo prescricional se inicia a parti da data do acidente. No caso de uma indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 (três) anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela Vítima.

Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários anualmente através do pagamento do seguro obrigatório na época do pagamento do licenciamento dos veículos e 50% (cinquenta por cento) dessa arrecadação é destinado ao pagamento das indenizações das vítimas de acidente de transito.

(83) 98873-3522 / (83) 99172-6199 ☎
lucianosilvamenezes.adv@gmail.com ✉





Direito Médico e
Previdenciário

Luciano Silva Menezes - OAB/PB 25.228



Luciano Menezes
ADVOGADO

Sendo assim Nobre Julgador, fazem jus ao recebimento de indenização coberto pelo seguro DPVAT, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadre nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.

Cite-se o art. 3º do referido diploma legal in verbis:

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

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

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

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia o demandante:

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT - ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO - SEQUELA - DANO DEFINITIVO PARCIAL INCOMPLETO - MEMBOR SUPERIOR ESQUERDO - GRADUAÇÃO MÉDIA DA INCAPACIDADE PERMANENTE 50% (CINQUENTA POR CENTO) - OBSERVÂNCIA DA TABELA ANEXO DA LEI Nº 6.194/1974 - QUANTUM ESTIPULADO NA SENTENÇA

(83) 98873-3522 / (83) 99172-6199 ☎
lucianosilvamenezes.adv@gmail.com ✉



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 15/10/2019 16:53:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101516531631100000024495150>
Número do documento: 19101516531631100000024495150

Num. 25327707 - Pág. 7



CORRETAMENTE - MANUTENÇÃO DA SENTENÇA - ART. 932, IV, A DO CPC/15 - DESPROVIMENTO DA APELAÇÃO. - A Súmula nº 474 do Superior Tribunal de Justiça respalda que: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

(TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00005218020168151071, - Não possui -, Relator CARLOS EDUARDO LEITE LISBOA, j. em 08-08-2019)

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o demandante com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

SÚMULA 474

" A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. "

Para tanto, conforme tabela abaixo, faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de perícia médica a ser designada por Vossa Excelência.

ANEXO
(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).
(Produção de efeitos)
(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

| Danos Corporais Totais | | Repercussão na Inteira do Patrimônio Físico | Percentual da Perda |
|--|--|---|------------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior ou de um membro inferior | | | |
| Perda completa da visão em ambas os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral | | | |
| Lesões neurológicas que resultem em: (a) dano cognitivo irreversível; (b) perda de memória; (c) impedimento do senso de tempo; (d) espacial e/ou da livre deslocamento corporal; (e) perda completa do controle esféricentral; (f) comprometimento de função vital ou automórica | | | 100 |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervical, traqueobronquiais, pulmonares e peritoneais que resultem em comprometimento funcional não compensáveis de ordem automórica, respiratória, cardiorrespiratória, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | | | |
| Danos Corporais Segmentares (Parciais) | | Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores | Percentuais das Perdas |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos | | | 70 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores | | | 50 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés | | | 25 |
| Perda completa da mobilidade de um ombro, cotovelo, punhos ou dedo polegar | | | |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | | | 10 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | | | |
| Danos Corporais Segmentares (Parciais) | | Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais | Percentuais das Perdas |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (ruídeza completa) ou da visão de um olho | | | 50 |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral | | | 25 |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do bacôlo | | | 10 |

Ante o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte

(83) 98873-3522 / (83) 99172-6199 ☎
lucianosilvamenezes.adv@gmail.com ✉





ré ao pagamento de complementação de indenização do seguro DPVAT à parte autora, montante este a ser quantificado através da avaliação dos documentos médicos juntados aos autos e realização de eventual perícia médica. Ainda, tendo o valor corrigido de acordo com o IGP-M a contar da data do sinistro.

**PROVA DOCUMENTAL DEVIDAMENTE JUNTADA –
DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR E BOLETIM DE
OCORRÊNCIA – NEXO DE CAUSALIDADE DEVIDAMENTE
DEMONSTRADO**

O fato foi devidamente comprovado pela parte autora, de acordo com o art. 5º da Lei 6.194/74, § 1, a), que diz que:

“O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente”...

Mediante a entrega dos seguintes documentos:

“registro da ocorrência no órgão policial competente”.

Os documentos anexados nesta exordial solicitados pela seguradora e apresentados pelo autor, provando de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente (**FRATURA DE EXTREMIDADE PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO, – CID 10 S72. 2**), deixando com sequelas, com tudo, fazendo jus a parte autora ao recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

Dessa forma, comprova o acidente de trânsito, restando o demandante com lesões que lhe causarem invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente

(83) 98873-3522 / (83) 99172-6199 ☎
lucianosilvamenezes.adv@gmail.com ✉





Direito Médico e
Previdenciário

Luciano Silva Menezes - OAB/PB 25.228



Luciano Menezes
ADVOGADO

ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

SÚMULA 474

“ A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. ”

É dever da Seguradora Requerida, cumprir com o determinado pelo art. 373 do CPC, que diz que ao réu incumbe o ônus da prova, quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor.

No presente caso, tem-se em tela um ato ilícito pelo descumprimento de obrigação contratual por parte da Ré, o que se enquadra no Código Civil nos seguintes termos:

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Ou seja, pela omissão voluntária do réu, que reflete diretamente num prejuízo ao Autor tem-se configurado um ato ilícito.

No mesmo sentido, o Código Civil dispõe:

Art. 389. Não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogado.

(83) 98873-3522 / (83) 99172-6199 ☎
lucianosilvamenezes.adv@gmail.com ✉



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 15/10/2019 16:53:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101516531631100000024495150>
Número do documento: 19101516531631100000024495150

Num. 25327707 - Pág. 10



Direito Médico e
Previdenciário

Luciano Silva Menezes - OAB/PB 25.228


Luciano Menezes
ADVOGADO

Portanto, trata-se de necessária indenização proporcional ao dano sofrido pelo autor, conforme precedentes sobre o tema:

DPVAT. Ação de cobrança. Boletim de Ocorrência que revela a dinâmica do acidente. Carro desgovernado que atinge o braço do Autor. Acidente coberto pelo seguro obrigatório. Sentença confirmada. Recurso desprovido. (TJ-SP 10172507820168260451 SP 1017250-78.2016.8.26.0451, Relator: Pedro Baccarat, 36ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 04/05/2018)

DPVAT. Seguro obrigatório. Acidente automobilístico. Sequelas residuais permanentes. Obrigatoriedade do pagamento do DPVAT às vítimas de acidentes. De acordo com entendimento do Superior Tribunal de Justiça, a indenização do seguro, em caso de invalidade parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. Incidência da correção monetária desde o evento danoso, nos termos da súmula 580 do STJ. Provimento parcial do recurso. (TJ-RJ – APL: 01481217420148190001 RIO DE JANEIRO CAPITAL 44 VARA CIVEL, Relator: FERDINALDO DO NASCIMENTO, DÉCIMA NONA CÂMARA CIVEL, Data da Publicação: 11/05/2018)

Trata-se da necessária aplicação da lei, uma vez que demonstrado o compromisso firmado pelo contrato e a ocorrência do descumprimento, outra solução não resta se não o imediato pagamento do débito, conforme amplamente protegido pelos tribunais.

(83) 98873-3522 / (83) 99172-6199 ☎
lucianosilvamenezes.adv@gmail.com ✉



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 15/10/2019 16:53:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101516531631100000024495150>
Número do documento: 19101516531631100000024495150

Num. 25327707 - Pág. 11



**Da Desnecessidade de Perícia – Em Caso de Necessidade Que Seja
Deferida de acordo com a Resolução 03/2013 do Tribunal de Justiça da
Paraíba**

Ilustre Magistrado, conforme prontuários médicos acostados o demandante esta com membro sequelado, assim sendo, não há necessidade de perícia médica para atestar o que já foi consolidado pelo prontuário médico.

Ante o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento do seguro DPVAT à parte autora, montante este a ser quantificado através da avaliação dos documentos médicos juntados aos autos e realização de eventual perícia médica. Ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

No mais, caso entenda necessária alguma perícia que esta seja feita LIMINARMENTE por perito judicial tendo em vista a resolução 03/2013 do Tribunal de Justiça da Paraíba.

IV – DOS REQUERIMENTOS FINAIS

Diante do exposto, vem o autor requerer a PROCEDÊNCIA da presente demanda:

- a) Nos termos da Lei 1060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, **os benefícios da assistência judiciária gratuita;**

- b) Conforme previsão no Art. 319 VII do Código de Processo Civil, a parte autora desde já manifesta que não possui interesse na realização de audiência de conciliação;

(83) 98873-3522 / (83) 99172-6199 ☎
lucianosilvamenezes.adv@gmail.com ✉





Direito Médico e
Previdenciário

Luciano Silva Menezes - OAB/PB 25.228


Luciano Menezes
ADVOGADO

- c) Que seja a Ré devidamente citada por AR, na pessoa de seu representante legal para, querendo, contestar a presente ação no prazo estipulado, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;
- d) Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que em conjunto com os documentos carreados aos autos, se quantifique o real valor devido ao autor a título de indenização DPVAT;
- e) Condenar a demandada ao pagamento de complementação de indenização referente ao seguro DPVAT, com atualização monetária desde o evento danoso, no valor de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinqüenta centavos);
- f) Que se declare devida à parte autora o **pagamento da complementação** de indenização correspondente ao seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, no valor de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinqüenta reais), menos o valor pago administrativamente, qual seja, R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e cessenta e dois reais e cinqüenta centavos) totalizando assim, ao final, a importância de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinqüenta centavos);
- g) Que seja a demandada condenada ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios no patamar de 20% sobre o valor da parte autora receber;
- h) Requer ainda a produção de todos os meios de provar admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual;

(83) 98873-3522 / (83) 99172-6199 ☎
lucianosilvamenezes.adv@gmail.com ✉



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 15/10/2019 16:53:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101516531631100000024495150>
Número do documento: 19101516531631100000024495150

Num. 25327707 - Pág. 13



Direito Médico e
Previdenciário

Luciano Silva Menezes - OAB/PB 25.228


Luciano Menezes
ADVOGADO

- i) Requer, por fim que todas as intimações seja em nome do Dr. Luciano da Silva Menezes (OAB/PB 25.228), sob pena de nulidade.

Dar-se a causa o valor de R\$ R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinqüenta centavos);

Nestes Termos,

Pede e Espera Deferimento

João Pessoa/PB, 15 de outubro de 2019.

LUCIANO DA SILVA MENEZES
Advogado
OAB/PB 25.228

DOCUMENTOS DIVERSOS

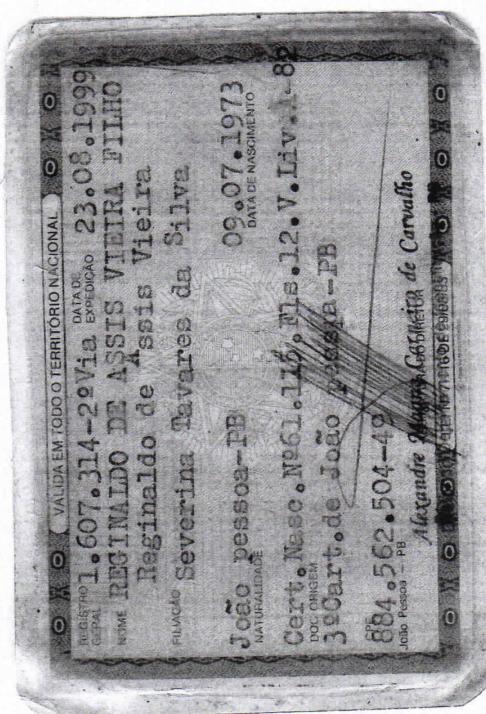
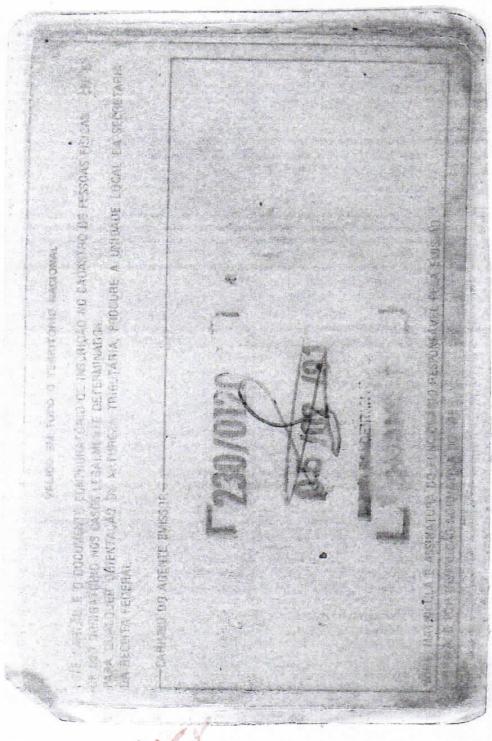
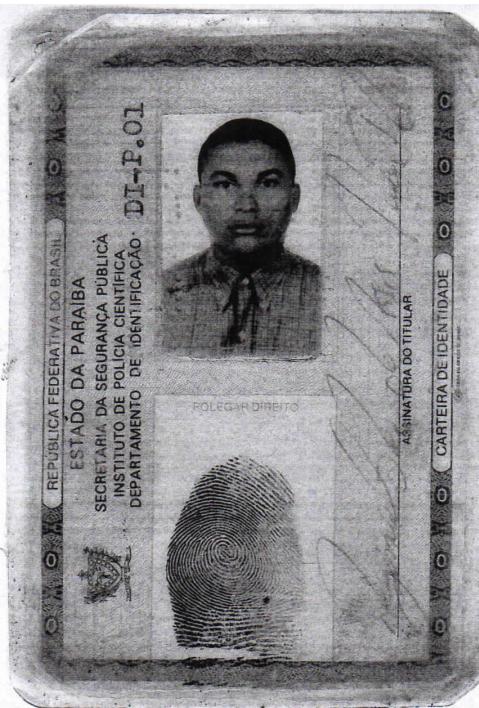
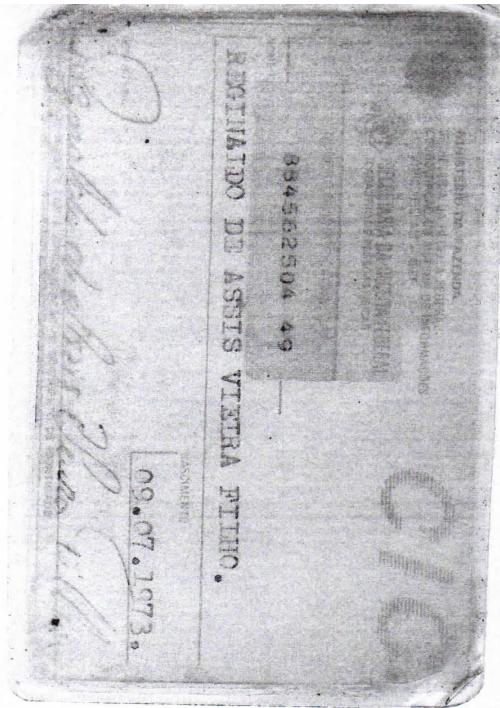
- Procuração, Documentos Pessoais
- Ficha de Atendimento do Paciente
- Boletim de Ocorrência
- Laudos Médicos
- Conta bancária

(83) 98873-3522 / (83) 99172-6199 ☎
lucianosilvamenezes.adv@gmail.com ✉



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 15/10/2019 16:53:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101516531631100000024495150>
Número do documento: 19101516531631100000024495150

Num. 25327707 - Pág. 14



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 15/10/2019 16:53:18
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101516531714600000024495153
Número do documento: 19101516531714600000024495153

Num. 25327710 - Pág. 1

PROCURAÇÃO COM PODERES GERAIS E ESPECIAIS

OUTORGANTE: Reginaldo DE OSSIS FILHO
(nacionalidade) Brasileiro, (estado civil) CASADO
(profissão) VIGILANTE, portador do RG nº 1607314, SSP/PB
inscrito no CPF nº 884 562 504-49, residente e domiciliado (a) na HILTON
Buenes Pereira, nº 186 Bairro CASTRO REDENTOR
CEP 58071630, na cidade de João Pessoa - PB
Endereço eletrônico: Não Possui

OUTORGADO: Luciano da Silva Menezes, divorciado, inscrito na OAB/PB sob o nº 25.228, contato: (83) 98873-3522 com endereço eletrônico: lucianosilvamenezes.adv@gmail.com; com escritório profissional situado na Rua Cônego Nicodemos Neves, nº 60 – Bairro dos Estados, CEP 58030-050, João Pessoa - PB, onde deverão receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

PODERES: Pelo presente instrumento de mandato, nomeia e constitui seus bastantes procuradores supracitados, aos quais confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, inclusive com a cláusula "ad judicia et extra judicia", a fim de que possam defender os interesses e direitos do (a) outorgante, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, Repartição Pública, Autarquia (em especial junto ao INSS) ou Entidade Paraestatal, Instituição Financeira Pública ou Privada, propondo ação competente em que o (a) outorgante seja parte interessada, podendo requerer documentos e benefícios, receber citação e intimações, fazer notificações judiciais e extrajudiciais, retirar documentos, laudos e prontuários médicos no HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA e retirar documentos, laudos e prontuários médicos no Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity (Ort trauma Mangabeira) em João Pessoa, reclamar, requerer justiça gratuita, conciliar, desistir, renunciar direitos, transigir, recorrer, levantar alvarás junto à Caixa Econômica Federal e/ou Banco do Brasil ou qualquer instituição financeira, receber e dar quitação, firmar compromissos, prestar declarações, enfim, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato.

Requer que as comunicações dos atos processuais sejam feitas em nome dos advogados acima transcritos, sob pena de nulidade.

João Pessoa , 09 / 07 /2019 .Local e data
Reginaldo de Ossis Filho. Assinatura do Outorgante





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

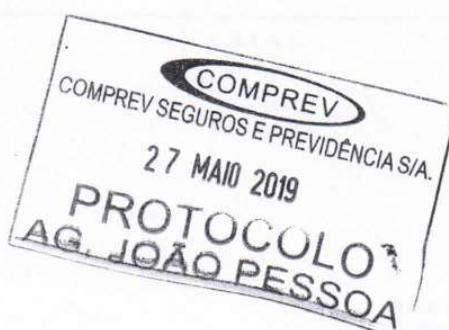


DADOS DO ACIDENTE

| | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| Nº BOAT 0513 - 2018 | Responsável pelo Levantamento do Acidente: DANILO MANOEL DA SILVA CAMPELO | | | | Posto/Graduação: Cabo/PM | | |
| Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. General Aurélio de Lyra Tavares | | Hora 21:45 | Bairro Alto do Mateus | | Município: João Pessoa | UF PB | |
| Data da Ocorrência 21/07/2018 | Dia da Semana Sábado | C/S Vítima (QT) Com/03 | Tipo de Acidente Capotamento | Tipo de pavimento Asfalto | | Condições da Pista Seca | |
| Condições do Tempo Bom | Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 veículo | | | Controle do tráfego Pista Dupla | | | |
| CONDUTOR 01 | | | | | | | |
| Nome Francisco das Chagas Nunes Correia | | Sexo Masculino | Nascimento | | RG | | |
| Endereço Rua Marta Pacheco, 502, Oitizeiro, João Pessoa, PB – Tel.(083) | | | | | | | |
| 1ª Habilitação | Categoria | Registro CNH N.º | U.F. | Ex.méd./Dia | Data Vencimento | Usava cinto | Usava Capacete |
| Exame de Embriaguez Alcoólica Não | | Destino do Condutor Socorrido para o Hospital de Trauma | | | | | |
| VEÍCULO 01 | | | | | | | |
| Marca/Modelo Fiat Pálio | Espécie Automóvel | Placa MNJ 7764 | Categoria Particular | Município João Pessoa | U.F. PB | | |
| Nome do Proprietário Geraldo Fernandes de Lima | | | | | | | |
| Seguradora DPVAT | Bilhete Nº 012030345042 | Renavan Nº 0078295747-1 | | | Data da Emissão 31/07/2015 | | |
| Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado | | | | | | | |
| VERSÃO DO CONDUTOR 01 | | | | | | | |
| <p>Versão prejudicada, pois até a presente data o condutor não compareceu para prestar os devidos esclarecimentos.</p> | | | | | | | |

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Conformidade com o Original
 EM: 25/09/2018

[Signature]
ASSINATURA



| CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0513 - 2018 | | | | |
|--|---|--------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| VÍTIMA 01 | | | | |
| Nome Francisco das Chagas Nunes Correia | | Sexo Masculino | Nascimento | Viajava no Veículo N° 01 |
| Endereço Rua Marta Pacheco, 502, Oitizeiro, João Pessoa, PB | | | | |
| Condição da Vítima Condutor | Conduzida Para Hospital de Trauma | Usava Cinto | Usava Capacete Sim | - |
| VÍTIMA 02 | | | | |
| Nome Alexandre Soares da Silva | | Sexo Masculino | Nascimento 10/11/1964 | Viajava no Veículo N° 01 |
| Endereço | | | | |
| Condição da Vítima Passageiro | Conduzida Para Hospital de Trauma | Usava Cinto | Usava Capacete Sim | - |
| VÍTIMA 03 | | | | |
| Nome Reginaldo de Assis Vieira Filho | | Sexo Masculino | Nascimento | Viajava no Veículo N° 01 |
| Endereço Rua Hilton Guedes Pereira, 186, Cristo | | | | |
| Condição da Vítima Passageiro | Conduzida Para Hospital de Trauma | Usava Cinto | Usava Capacete Sim | - |
| CONSTATADO | | | | |
| <p>Constatado quando do levantamento que: o C1 perdeu o controle do veículo, ultrapassou a guia do meio fio, atingiu a barreira e capotou.</p> <p>Não foi possível coletar melhores dados dos ocupantes do V1 pois os mesmos recebiam atendimento médico.</p> <p>Não havia marcas de frenagem.</p> <p>Os dados das vítimas foram fornecidos pela recepção do Hospital de Trauma.</p> | | | | |
| <p>João Pessoa – PB, 16 de Junho de 2018.</p> <p>BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO Copia de Conformidade com o Original EM: <u>2510912018</u> Assinatura: </p> <p>Danilo Manoel Da Silva Campelo – Cabo PM Responsável pelo Levantamento</p> | | | | |





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



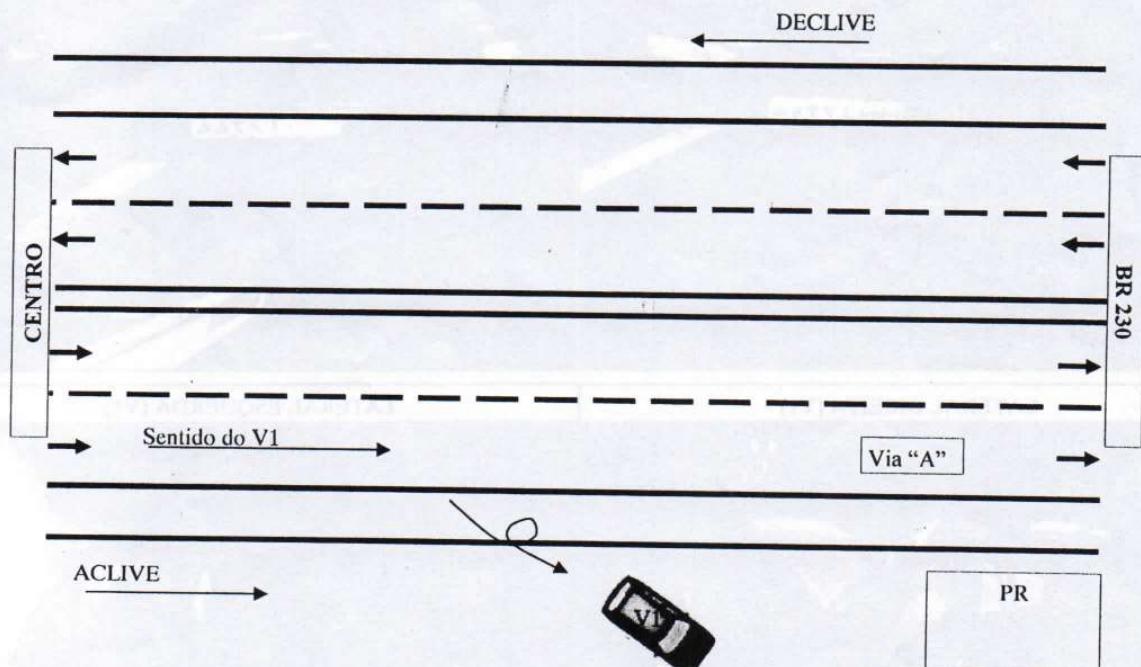
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0513/ 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Gal. Aurélio de Lyra Tavares 10,00metros

PR (Ponto de Referência) Pousada Bandeirantes
PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Diantero Esquerdo 02.50 e Traseiro Esquerdo 00.90 metros para (PA)
V2 (Veículo 02)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 25/09/2018

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDIENCE ESCALA

AVARIAS



V1

Danilo Manoel da Silva Campelo CB PM
Responsável pelo Levantamento





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0513/ 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original

EM: 25/10/2018

2

Danilo Manoel da Silva Campelo CB PM
Responsável pelo Levantamento



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 15/10/2019 16:53:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101516531941200000024495169>

Número do documento: 19101516531941200000024495169

Num. 25327726 - Pág. 4



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0513 - 2018

DANOS NO V1

| | | | |
|------------------------------------|---------------------------|--|----------------------------|
| Marca/Modelo: Fiat Pálio | Placa: MNJ 7764 | Responsável pelo Preenchimento: CB Silva | Data: 21/07/2018 |
|------------------------------------|---------------------------|--|----------------------------|

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

| Item | Nome da Peça | Avaliação | | | Nome da Peça | Avaliação | | |
|------|--|-----------|-----|----|--------------|---------------------------------------|-----|----|
| | | Sim | Não | NA | | Sim | Não | NA |
| 01 | Painel corta-fogo | | x | | 12 | Longarina traseira esquerda | | x |
| 02 | Longarina dianteira esquerda | | x | | 13 | Assoalho porta malas ou caçamba | | x |
| 03 | Caixa de roda dianteira esquerda | x | | | 14 | Longarina traseira direita | | x |
| 04 | Estrutura da soleira esquerda | x | | | 15 | Caixa de roda traseira direita | | x |
| 05 | Air Bags frontais | | x | | 16 | Estrutura da coluna traseira direita | | x |
| 06 | Air Bags laterais | | x | | 17 | Estrutura da soleira direita | | x |
| 07 | Estrutura da coluna dianteira esquerda | x | | | 18 | Estrutura da coluna central direita | x | |
| 08 | Estrutura da coluna central esquerda | x | | | 19 | Estrutura da coluna dianteira direita | x | |
| 09 | Estrutura da coluna traseira esquerda | x | | | 20 | Assoalho central direito | | x |
| 10 | Caixa de roda traseira esquerda | | x | | 21 | Caixa de roda dianteira direita | x | |
| 11 | Assoalho central esquerdo | | x | | 22 | Longarina dianteira direita | x | |
| | | | | | | Total Geral (Sim + NA) | 09 | |

Observações:DANO DE GRANDE MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 → DANO DE MÉDIA MONTA

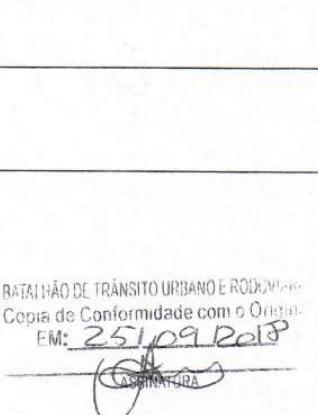
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 → DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 16 de Junho de 2018.

Danilo Manoel Da Silva Campelo – Cabo PM
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original

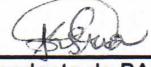
EM: 25/09/2018


Assinatura





VISTO EM: 28/08/18


Comandante do BAPH
Katty Sabrina do N. Silva

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR CEL. QOBM- 521.280 4
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 23 de Agosto de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0344/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 21/07/2018, conforme requerimento nº 0350/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 20h55min o/a Sr.(a) **REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO**, CPF nº 884.562.504-49, vítima de acidente de (capotamento), ocorrido na Acesso Oeste, Alto do Matheus – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-44, tendo como chefe o **CABO BM DENIS LIMA DE SOUZA**, Matrícula 521.611-7. Vítima consciente e orientada, com suspeita de fratura de membro superior e escoriações nos membros inferiores, superiores. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza- CB BM, Mat. 523.518-9**, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JYHARMESON DIEGO A. DE SOUSA

2º TEN - MAT. 527.341-2

Chefe da 3ª Seção

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SA
27 MAIO 2019

PROTÓCOLO
AO: JOÃO PESSOA



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbs@bombeiros.pb.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

DADOS DE NASCIMENTO 09/07/73

NOME DA MÃE SEVERINA TAVARES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.096.141

Nº PRONTUÁRIO 110.007

DATA DO ATENDIMENTO 21/07/18

HORA DO ATENDIMENTO 21:32

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE AUTOMÓVEL

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO D

CID 10 S 42.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de automóvel (capotamento), há menos de 1 hora, trazido pelos Bombeiros, apresentando dores em ombro D com deformidade, edema e hematoma no braço D. Relato de está com aparente embriaguez. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP
RX do ombro D - AP
RX do braço D - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do úmero D aos RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Carlos Alberto e Dr. Sávio Bruno.

ALTA HOSPITALAR: 17/08/18

DATA DA EMISSÃO: 16/10/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MEDICO CUB/HEFT/IML
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

| | | | | |
|------------------------|----------------|--|--------------|---------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima: <i>REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO</i> | | |
| Profissão: | Endereço: | Estado: | Complemento: | CPF: |
| Bairro: | Cidade: | PB | Número: 186 | Rua Milton Guedes Pereira |
| E-mail: | | | | Tel.(DDD): (83) 991090883 |
| <i>NAO Possui</i> | | | | |

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1010**

CONTA: **00037461 9**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não | Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: *João Petrópolis/13, 27/05/19*
Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Reginaldo de Assis Vieira Filho

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____ *COMPREV COMPRAV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A*
Assinatura: *27 MAIO 2019*
2ª | Nome: _____
CPF: _____ *PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA*
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





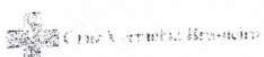
Laudo Médico/Resumo de Alta



| | | | | |
|---|--------------------------|-----------|-----------------------|--------|
| Nome: <i>Reginaldo da C. V. L/C</i> | | Nº de BE: | | |
| Idade: | Sexo: | Clínica: | Enf.: | Leito: |
| Data de admissão: | | Alta: | Tempo de Permanência: | |
| Diagnóstico de Internação: <i>Furto de casa</i> | | | | |
| Diagnóstico Definitivo: <i>-</i> | | | | |
| Diagnóstico Secundário: <i>-</i> | | | | |
| Principais exames: | | | | |
| Cirurgia realizada - data e equipe: <i>Osteotomia a placa bivalvular - 1</i> | | | | |
| Biópsias: | | | | |
| Anatomia patológica: | | | | |
| Infecção: sim() não() Coleta de material: sim () não () | | | | |
| Resultado bacteriologista: | | | | |
| Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia() | | | | |
| Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <i>Atividades e fato dia 19.08.18 D. S. de Alto D. S. de</i> | | | | |
| Orientações Pós Alta | | | | |
| Dieta: | | | | |
| Reposo: | | | | |
| Relativo em casa por, | 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: lavá-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 Htop. | | | | |
| Medicações para casa: | | | | |
| Retorno: | | | | |
| Ao posto de saúde em | para retirada de ponto. | | | |
| Ao ambulatório | em 30 dias para revisão. | | | |
| João Pessoa; <u>17</u> de <u>08</u> de <u>18</u> | <i>Ass. Médico/CRM</i> | | | |
| Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | | |

F(NG).APC.002-2





AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1096141



Identificação do paciente

| | | |
|---|--|---|
| ID 1308705 | Nome REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO | Sexo Masculino |
| Data de nascimento 09/07/1973 | Idade 45 anos 12 dias | Estado civil Religião |
| Mãe SEVERINA TAVARES DA SILVA | | Pai REGINALDO DE ASSIS VIEIRA |
| Escolaridade | | Responsável (Parentesco) CAMILA SINTIA DOS SANTOS GOLZIO - FILHO(A) |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 986873711 | DDD Fixo Fone Fixo |
| Tipo documento NAO INFORMADO | Número documento 1807014 | Nº Cns |
| Local de procedência ALTO DO MATEUS | | UF PB |
| Email | Morada JOAO PESSOA | Bairro CRISTO REDENTOR |

Endereço

| | | | |
|------------------------|---|----------|--|
| CEP 58071630 | Município de residência JOAO PESSOA | UF PB | Logradoiro HILTON GUEDES PEREIRA |
| Número 186 | Complemento | | Bairro CRISTO REDENTOR |

Admissão

| | |
|---|--|
| Data e Hora 21/07/2018 21:32:00 | Número da pulseira 1000059891719 |
|---|--|

Convênio
SUS

Clinica

Origem do paciente
RUA

Detalhe do acidente
ACIDENTE AUTOMOBILE (STOCCO (CAPOTAMENTO))

Indicadores e Transporte

| | | | |
|--|-----------------------|------------------------------|------------|
| Caso policial: Não | Plano de saída Não | Veículo de ambulância Não | Respirador |
| Meio de Transporte: RESGATE - ECU, BERMAS | | Outro transporte | |

Sinais Vitais

| | | | |
|----|------|----|-------------|
| PA | mmHg | P脉 | Temperatura |
| | | | |

Exames complementares

| | | | | | | |
|-------------------|--------|-------|----|--------|-----|-----------------|
| Radiografia | Sangue | Urina | TC | Liquor | ECG | Ultrasonografia |
| Detalhos clínicos | | | | | | |

Pronto atendimento, acidente automobilístico.
Colisão frontal, encarceramento, unidade móvel.
Mário S. Dutra de Souza

Diagnóstico

Atendido por
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

Ass. Dr. Mário S. Dutra de Souza
Especialista em Ortopedia e Traumatologia
COREN-PB EG0787

CID

Tempo
02min 12seg

21/07/2018



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

| | | | |
|---|---|---|--|
| Paciente REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO | BAE 1096141 | Data/Hora Entrada 21/07/2018 21:32:00 | Data Baixa |
| Data de nascimento 09/07/1973 | Idade 45a 13d | Sexo Masculino | CNS Telefone de Contato (83) 986873711 |
| Mãe SEVERINA TAVARES DA SILVA | | | |
| Endereço HILTON GUEDES PEREIRA, 186 | Bairro CRISTO REDENTOR | Município JOAO PESSOA | UF PB |
| Acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO) | Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL | Profissional BRUNO DE LUNA ROMA | Nº Cons. Regional 10075/PB |
| Data/Hora Classificação 21/07/2018 21:32:00 | Data/Hora Prescrição 21/07/2018 22:38:21 | | |

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ MENOS DE 01 HORA, APARENTEMENTE EMBRIAGADO, TRAZIDO PELOS BOMBEIROS. NEGA USO DE CINTO DE SEGURANÇA. AO EXAME APRESENTA DORES EM OMBRO DIREITO, COM DEFORMIDADE E EDEMA.

CONDUTA : INTENAMENTO PARA TTO. CIRURGICO

ORIENTADO POR DR. TIBERIO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, 0.0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

Boletim registrado por: IORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO em 21/07/2018 21:34:12

URATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=342503&pesquisa=S&perform=im...

1/2

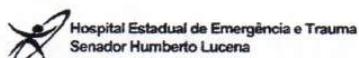
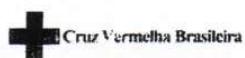
| |
|---|
| HGT 0/6HS |
| FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA |
| INSULINA REGULAR CONFORME HGT |
| SSVV + CCGG |
| SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA, (OBSERVAÇÕES: RISCO CIRURGICO) |
| EXAME LABORATORIAL |
| HEMOGRAMA |
| COAGULOGRAMA COMPLETO |
| UREIA - SORO |
| CREATININA |
| GLICEMIA - GLICOSE EXAME |
| EXAME DE IMAGEM |
| ELETROCARDIOGRAMA |
| Conduta |
| Internar Paciente |


REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

Dr Bruno de Luna Roma
MEDICO
CRM-PB 10075

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)




AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel:

CNES: 6121221

| | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|
| Paciente REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO | BAE 1096141 | Data/Hora Entrada 21/07/2018 21:32:00 | Data Baixa |
| Data de nascimento 09/07/1973 | Idade 45a 13d | Sexo Masculino | Telefone de Contato (63) 986873711 |
| Mãe SEVERINA TAVARES DA SILVA | | | |
| Endereço HILTON GUEDES PEREIRA, 186 | Bairro CRISTO REDENTOR | Município JOAO PESSOA | UF PB |
| Acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO) | Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL | Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL | Nº Cons. Regional 2489/PB |
| Data/Hora Classificação 21/07/2018 21:32:00 | | Data/Hora Prescrição 21/07/2018 21:44:21 | |

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ MENOS DE 01 HORA, APARENTEMENTE EMBRIAGADO, TRAZIDO PELOS BOMBEIROS. NEGA USO DE CINTO DE SEGURANÇA. AO EXAME:

- A: VIAS AEREAIS PERTIVAS, CERVICAL ESTÁVEL
- B: VENTILANDO BEM, TORAX INDOLOR, MV+ EM AHT, SEM RA
- C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, ABDOME INDOLOR, PELVE SEM SINAIS DE INSTABILIDADE
- D: GLASGOW 15, MOVIMENTOS DE EXTREMIDADES PRESERVADAS, PUPILLAS ISOCORICAS
- E: HEMATOMA EM BRAÇO DIREITO, PROVAVEL FRATURA DE UMERO

CONDUTA: SOLICITO RX DE TORAX E RX DE BRAÇO DIREITO. SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE BRAÇO DIREITO

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

CID10

| Código | Descrição |
|--------|------------------------------|
| T14.9 | Traumatismo não especificado |

Conduta

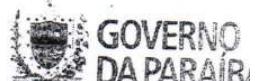
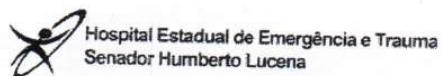
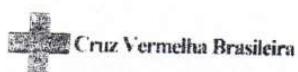
Em observação

REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

31





AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: BRUNO DI
LUNA ROMA
Em: 04/08/2018 13:47:49

| Paciente REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO | Boletim de Atendimento 1096141 | Data/Hora Entrada 21/07/2018 21:32:00 | Data/Hora Saída |
|--|--|---|--------------------------|
| Data de nascimento 09/07/1973 | Idade 45 | Sexo Masculino | CNS |
| Tempo de Internação | | Convênio SUS | Plantão DIURNO |

Evolução médica (BRUNO DE LUNA ROMA - 04/08/2018 13:47:37)

Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#ORTOPEDIA#

HD:FRATURA DIAFISARIA DE UMERO

PACIENTE SEGUE INTERNADO REFERINDO FOR NO BRAÇO DIREITO.
EGB, CONSCIENTE E ORIENTADO

CD:AGUARDA PLACA PHILLUS LONGA, MANTENHO MEDICAÇÃO ORAL,

Seção: HTOP - APARTAMENTO 04 Leito: LEITO 01
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

BRUNO DE LUNA ROMA
MÉDICO
CRM-PB 10075

Número Conselho: 10075



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JACQUES
PAIVA CAVALCANTI
Em: 22/07/2018 11:32:30

| Paciente REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO | Boletim de Atendimento 1096141 | Data/Hora Entrada 21/07/2018 21:32:00 | Data/Hora Saída |
|--|--|---|-----------------------------|
| Data de nascimento 09/07/1973 | Idade 45 | Sexo Masculino | Prontuário 110007 |
| Tempo de Internação | Convênio SUS | | |

Evolução Médica (JACQUES PAIVA CAVALCANTI - 22/07/2018 11:32:17)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

Descrição da Evolução:

FRATURA DE UMERO DIAFISARIO
PACIENTE BEM CLINICAMENTE
TROCO IMOBILIZACAO
AUMENTO ANALGESIA

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0011

Profissional responsável pela informação: JACQUES PAIVA CAVALCANTI

Número Conselho: 7625

Jacques Paiva Cavalcanti
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 7625
CRM-PE 13492



Solicitação para Aquisição de Órtese - Prótese não Padronizados



| | | | |
|-----------|-------------------|----------------|--------|
| PACIENTE: | Reginald de Souza | | IDADE: |
| SETOR: | LEITO: | DATA: 12/10/19 | |
| HORA: | | | |

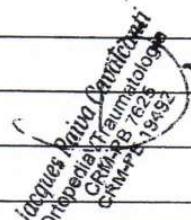
DIAGNÓSTICO:

JUSTIFICATIVA: (assinatura e carimbo do médico solicitante),

Fratura de membro proximal

ESPECIFICAR MATERIAL:

Placa pinos fixaçao



PARECER DO COORDENADOR DO SERVIÇO: (assinatura e carimbo)

APROVAÇÃO DA DIREÇÃO TÉCNICA:

| |
|--|
| |
| |
| |

CIÊNCIA DA DIREÇÃO ADMINISTRATIVA:

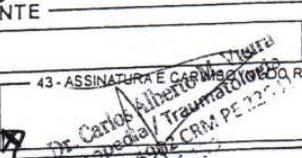
| |
|--|
| |
| |

PREVISÃO DE AQUISIÇÃO, COORDENADOR(A) DO SETOR DE COMPRAS: (assinatura e carimbo)

| |
|--|
| |
| |
| |

1ª via SETOR DE COMPRAS - 2ª via PRONTUÁRIO



| | | | | | |
|---|------------------------|---------------------|---|--|--|
| SUS | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | Folha 1/2 | |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <input type="text" value="H.T.S.P."/> | | | | 2 - CNES <input type="text"/> 4 - CNES <input type="text"/> | |
| Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <input type="text" value="Reginaldo de Assis Vianna Filho"/> 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <input type="text"/> | | | | 6 - N° DO PRONTUÁRIO <input type="text" value="1096141"/> 8 - DATA DE NASCIMENTO <input type="text"/> | |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <input type="text"/> | | | | 9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <input type="text"/> | | | | 11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE <input type="text"/> | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <input type="text"/> | | | | 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <input type="text"/> | |
| | | | | 15 - UF <input type="text"/> | |
| | | | | 16 - CEP <input type="text"/> | |
| 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) <input type="text"/> | | | | | |
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR <input type="text"/> | | | | | 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR <input type="text"/> |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA <input type="text"/> | | | | | 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA <input type="text"/> |
| 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL <input type="text"/> | | | | | 23 - CID 10 PRINCIPAL <input type="text"/> |
| | | | | | 24 - CID 10 SECUNDÁRIO <input type="text"/> |
| | | | | | 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <input type="text"/> |
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <input type="text"/> | | | | | 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <input type="text"/> |
| 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III | | | | | |
| 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> | | | | | 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> |
| 31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> | | | | | 32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> |
| 33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> | | | | | 34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> |
| 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> | | | | | 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> |
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <p style="text-align: center;"><i>Cx. 3,5 Bloqueada PHILLIPS</i></p> <p style="text-align: center;"><i>PLACAS BLOQUEADA 9x12</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Pneufuso cintilal N° 28</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Pneufuso N° 28 — 01</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Bloqueado N° 36 — 01</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Nº 45 — 02</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Nº 50 — 02</i></p> <p style="text-align: center;"><i>B. Brown — Agulha Bloq. Puxo 50 mm</i></p> | | | | | 37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <input type="text"/> |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="text"/> | | | | | 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <input type="text" value="14/08/18"/> |
| 41 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="text"/> | | | | | 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="text"/> |
| | | | | | 43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)  |
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="text"/> | | | | | 45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR <input type="text"/> |
| 46 - DOCUMENTO <input type="text"/> | | | | | 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <input type="text"/> |
| 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="text"/> | | | | | 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <input type="text"/> |



RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | |
|--------------------|--|---------------|------------------|
| NOME: | REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO | BE/PRONTUÁRIO | 1096141 |
| IDADE: | SEXO: <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM | COR: | DATA: 14/08/2018 |
| CLÍNICA /SETOR: | ORTOPEDIA | EMP: | LR: |
| CIRURGIA: | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE ÚMERO DIREITO | | |
| CIRURGIÃO: | DR CARLOS ALBERTO | 1º ASS: | DR. SAVIO |
| 2º ASS: | DR RENNA | 3º ASS: | MR1 DANIEL |
| INSTRUMENTADOR: | | ANESTESISTA: | |
| TIPO DE ANESTESIA: | GERAL | HORÁRIO | INÍCIO: TÉRMINO: |

| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO | CID |
|---|-----|
| FRATURA DIAFISARIA DE ÚMERO DIREITO COMINUIDA | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS | CÓDIGO |
|---|--------|
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE ÚMERO DIREITO | |
| (PHILOS) | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃODESCRIÇÃO:
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃOENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
 ENFERMARIA RESIDÊNCIA TERAPIA INTENSIVA
 ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

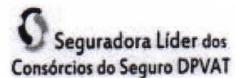
MÉDICO/CRM: _____ DATA: 14/08/2018



| | |
|--------------------|--|
| Posição e Preparo: | ANTIBIOTICO PROFILAXIA PACIENTE EM DH SOB ANESTESIA ASSEPSEIA E ANTISSEPSEIA APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS VIA DE ACESSO DELTOPEITORAL E UMEIRO DISTAL - EM PONTE- DIVULSAO, DISSECÇÃO POR PLANOS CUIDADOS DE HEMOSTASIA Achados: FRATURA DIAFISARIA DE UMEIRO DIREITO COMINUDA REDUGÃO INDIRETA 9X12 FUROS + PARAFUSO CORTICAL E PARAFUSOS BLOQUEADOS SOB ESCOPA FIXAGÃO E ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA ANATOMICA BLOQUEADA PARA UMEIRO LAVAGEM EXAUSTRIVA COM SF 0,9% REVISÃO DE HEMOSTASIA |
| Conduita: | REDUÇÃO INDIRETA 9X12 FUROS + PARAFUSO CORTICAL E PARAFUSOS BLOQUEADOS SOB ESCOPA FIXAGÃO E ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA ANATOMICA BLOQUEADA PARA UMEIRO LAVAGEM EXAUSTRIVA COM SF 0,9% REVISÃO DE HEMOSTASIA |
| Fechamento: | FECHAMENTO POR PLANOS ANATOMICOS CURATIVOS ESTEREIS RX DE CONTROLE Observação: |
| Medico/CRM: | Jogo Pessoa, 14/08/2018 |



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0178077/19

Vítima: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

CPF: 884.562.504-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2018

**REGINALDO DE ASSIS
VIEIRA FILHO**

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO : 884.562.504-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3190346549

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/05/2019
Nome: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO
CPF: 884.562.504-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

RENATO LUNA DIAS



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA *Reginaldo de Assis Veiros Gomes*

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA *88.4562.504-49*

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (_____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRMEM DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRMEM DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRMEM DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. Pode ser pai ou mãe

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA _____

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

Reginaldo de Assis Veiros Gomes

Luciano da Silva Menezes

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. Pode ser pai ou mãe

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRMEM DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRMEM DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. Pode ser pai ou mãe

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

CONTRATANTE: Reginaldo de Assis Guedes
(Nacionalidade) BRASILEIRO (Estado Civil) CIDADANO (Profissão) Advogado, Carteira de Identidade nº 1607314, (Orgão expedidor) SSP/PB, (CPF) nº 884562504-49 residente e domiciliado na Rua HILTON GUEDES PEREIRA, nº 186, bairro CESTO REDENTOR, Cidade, João Pessoa, CEP, _____.

CONTRATADO: Luciano da Silva Menezes, brasileiro, divorciado, Advogado, inscrito na OAB sob o nº 25.228, com escritório profissional situado na Rua Cônego Nicodemos Neves, nº 60, bairro dos Estados, João Pessoa – PB, CEP 58030-050.

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Honorários Advocatícios, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.

DO OBJETO DO CONTRATO

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios.

DAS ATIVIDADES

Cláusula 2ª. As atividades inclusas na prestação de serviço objeto deste instrumento, são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

a) Praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados ou dos Municípios, bem como órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares.

b) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os especificados no Instrumento Procuratório.

DOS ATOS PROCESSUAIS

Cláusula 3ª. Havendo necessidade de contratação de outros profissionais, no decurso do processo, o CONTRATADO elaborará subsistema, indicando escritório de seu conhecimento, restando facultado ao CONTRATANTE aceitá-lo ou não. Aceitando, ficará sob a responsabilidade, única e exclusivamente do CONTRATANTE no que concerne aos honorários e atividades a serem exercidas.



DAS DESPESAS

Cláusula 4º. Todas as despesas efetuadas pelo CONTRATADO, ligadas direta ou indiretamente com o processo, incluindo-se fotocópias, emolumentos, viagens, custas, entre outros, ficarão a cargo do CONTRATANTE.

Cláusula 5º. Todas as despesas serão acompanhadas de recibo, devidamente preparado e assinado pelo CONTRATADO.

DA COBRANÇA

Cláusula 6º. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATICIOS

Cláusula 7º. Fica acordado entre as partes que os honorários a título de prestação de serviços, serão de 30% do valor recebido pelo contratante, a serem pagos ao fim do processo.

Cláusula 8º. Deixando motivadamente, de ter o patrocínio deste causídico, ora contratado, o valor prestado inicialmente na propositura da Ação reverter-se-á em favor do mesmo, sem prejuízo de posteriores cobranças judiciais, em face do CONTRATANTE.

Cláusula 9º. Os honorários de sucumbência pertencem ao CONTRATADO.

Parágrafo único. Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representante legal receberão os honorários na proporção do trabalho realizado.

Cláusula 10º. Havendo acordo entre o CONTRATANTE e a parte contrária, não prejudicará o recebimento dos honorários contratados e da sucumbência, caso em que os horários iniciais e finais serão pagos ao CONTRATADO.

Cláusula 11º. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

DA RESCISÃO

Cláusula 12º. Agindo o CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face do CONTRATADO, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas obrigações.

DO FORO



(página) Página 1 de 1
Cláusula 13º. Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do CONTRATO, as partes elegem o foro da comarca de ~~João Pessoa~~; ~~João Pessoa~~

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

João Pessoa, 15 de Junho de 2019

Reginaldo de Assis Neto Filho

Contratante

Sou Cônjugue de Lucena Filho

Testemunha 1

Felipe da Mota Bandeira

Testemunha 2

Redação





**Poder Judiciário da Paraíba
16ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)0866040-84.2019.8.15.2001

AUTOR: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

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

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

João Pessoa/PB, na data da assinatura eletrônica



Assinado eletronicamente por: FABIO LEANDRO DE ALENCAR CUNHA - 29/01/2020 11:09:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012911095378700000026740310>
Número do documento: 20012911095378700000026740310

Num. 27716614 - Pág. 1