



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
25327699	15/10/2019 16:57	Petição Inicial	Petição Inicial
25327707	15/10/2019 16:57	PETIÇÃO INICIAL	Outros Documentos
25327710	15/10/2019 16:57	RG CPF	Documento de Identificação
25327713	15/10/2019 16:57	PROCURAÇÃO	Procuração
25327726	15/10/2019 16:57	BOLETIM DE OCORRENCIA	Documento de Comprovação
25327728	15/10/2019 16:57	CERTIDÃO DO BOMBEIRO	Documento de Comprovação
25327735	15/10/2019 16:57	LAUDO MÉDICO	Documento de Comprovação
25327743	15/10/2019 16:57	PEDIDO DE SEGURO DPVAT	Documento de Comprovação
25327747	15/10/2019 16:57	PRONTUARIO MÉDICO 01	Documento de Comprovação
25327899	15/10/2019 16:57	PRONTUARIO MÉDICO 02	Documento de Comprovação
25327900	15/10/2019 16:57	PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS	Documento de Comprovação
25327903	15/10/2019 16:57	PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS	Documento de Comprovação
25327920	15/10/2019 16:57	CONTRATO DE HONORARIOS	Documento de Comprovação
27716614	29/01/2020 11:09	Despacho	Despacho

PETIÇÃO INICIAL EM ANEXO:





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 – PERICIA JUDICIAL PELA SEGURADORA

REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO, brasileiro,
casado, vigilante, CPF/MF: 884.562.504-49, RG nº 1.607.314 2ª 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 ✉





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 inconstitucional, ferindo o art. 5º, XXXV, da CF.

Como veremos adiante nos fatos, está 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 ✉





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 diagnostica 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 cirurgico 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 física 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 costumeiramente 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 preve um pagamento de 70% para perda anatomica 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 cinquenta centavos). Onde o valor a ser percebido seria de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais).

11. Tal entedimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento, não é condizente com a previsão legal e com a seriedade da lesão sofrida, levando ao entedimento 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 anatomica 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 trânsito 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 partir 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 trânsito.

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



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 ✉





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 Integra 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 e de um membro inferior		
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral		
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental; alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle estintivo; (d) comprometimento de função vital ou autonômica		
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicas, abdominais, pélvicas ou retro-pelvianas cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, 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 dos ombros, cotovelos, punhos ou dedos polegares		10
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo		10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos da mão		10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé		10
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez 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 baco		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 EXTREMINADE 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 ✉





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 ✉



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 invalidez 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 ✉





**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 ✉





- 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 cinquenta 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 cinquenta reais), menos o valor pago administrativamente, qual seja, R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos) totalizando assim, ao final, a importância de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta 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 ✉





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 cinquenta centavos);

Nestes Termos,

Pede e Espera Deferimento

João Pessoa/PB, 15 de outubro de 2019.

LUCIANO DA SILVA MENEZES

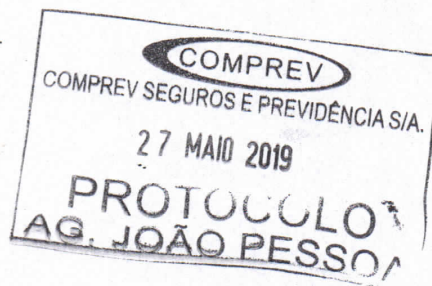
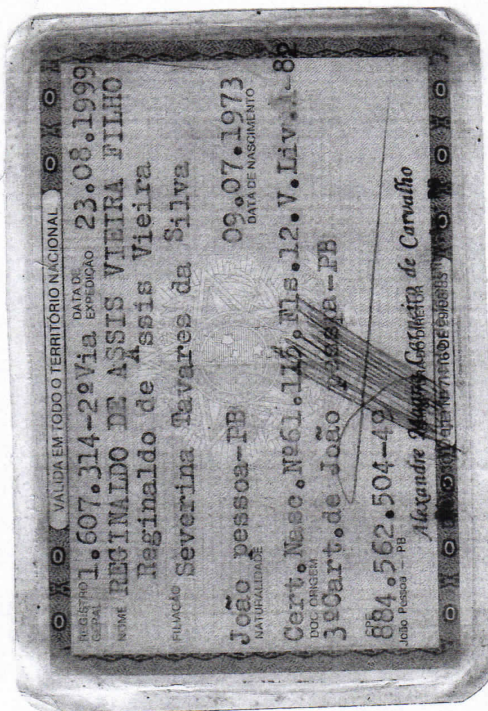
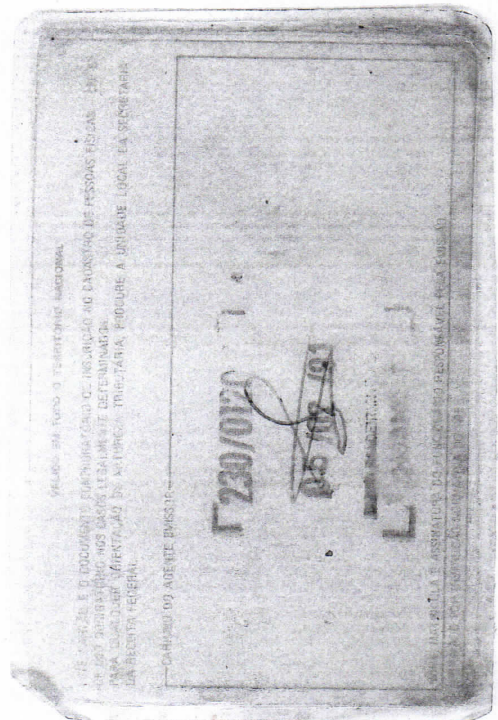
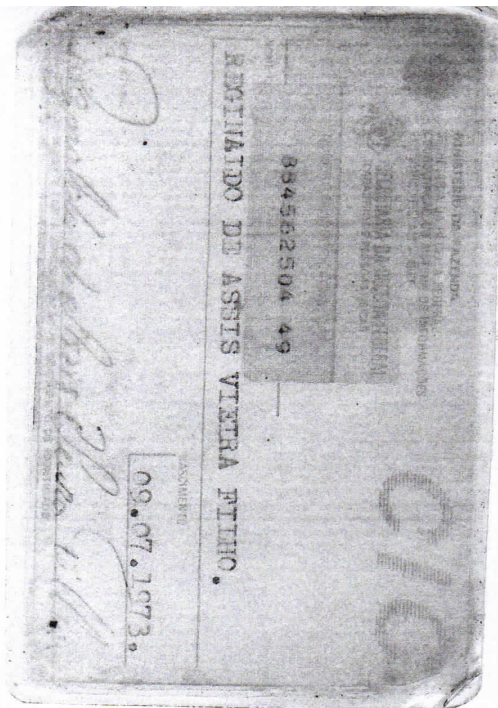
Advogado
OAB/PB 25.228

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 ✉





PROCURAÇÃO COM PODERES GERAIS E ESPECIAIS

OUTORGANTE: REGINALDO DE ASSIS FILHO
(nacionalidade) BRASILEIRO, (estado civil) CASADO
(profissão) VIGILANTE, portador do RG nº 1607314, SSP/PB,
inscrito no CPF nº 884562504.99, residente e domiciliado (a) na MILTON
BUENES PEREIRA, nº 186, Bairro CRISTO 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 Nicodemus 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 judicium et extra judicium", 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 EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA e retirar documentos, laudos e prontuários médicos no Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity (Ortotrauma 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 Assis Filho
Assinatura do Outorgante





POLÍCIA 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
Data da Ocorrência 21/07/2018	Dia da Semana Sábado	C/S Vítima (QT) Com/03
Condições do Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 veículo	Condições da Pista Seca
Tipo de Acidente Capotamento		Tipo de pavimento Asfalto
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.
Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Destino do Condutor Socorrido para o Hospital de Trauma	
1ª Habilitação			
Categoria			
Registro CNH N.º			
U.F.			
Ex.méd./Dia			
Data Vencimento			
Usava cinto			
Usava Capacete			

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 N.º 012030345042	Renavan N.º 0078295747-1	Data da Emissão 31/07/2015		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Versão prejudicada, pois até a presente data o condutor não compareceu para prestar os devidos esclarecimentos.

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

ASSINATURA



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0513 - 2018

VÍTIMA 01

Nome Francisco das Chagas Nunes Correia	Sexo Masculino	Nascimento	Viajava no Veículo Nº 01
---	--------------------------	------------	------------------------------------

Endereço

Rua Marta Pacheco, 502, Oitizeiro, João Pessoa, PB

Condição da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto Sim	Usava Capacete -
---------------------------------------	---	---------------------------	----------------------------

VÍTIMA 02

Nome Alexandre Soares da Silva	Sexo Masculino	Nascimento 10/11/1964	Viajava no Veículo Nº 01
--	--------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Endereço

Condição da Vítima Passageiro	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto Sim	Usava Capacete -
---	---	---------------------------	----------------------------

VÍTIMA 03

Nome Reginaldo de Assis Vieira Filho	Sexo Masculino	Nascimento	Viajava no Veículo Nº 01
--	--------------------------	------------	------------------------------------

Endereço

Rua Hilton Guedes Pereira, 186, Cristo

Condição da Vítima Passageiro	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto Sim	Usava Capacete -
---	---	---------------------------	----------------------------

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: o C1 perdeu o controle do veículo, ultrapassou a guia do meio fio, atingiu a barreira e capotou.

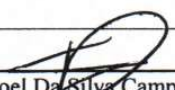
Não foi possível coletar melhores dados dos ocupantes do V1 pois os mesmos recebiam atendimento médico.

Não havia marcas de frenagem.

Os dados das vítimas foram fornecidos pela recepção do Hospital de Trauma.

João Pessoa – PB, 16 de Junho de 2018.

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


Danilo Manoel Da Silva Campelo – Cabo PM
Responsável pelo Levantamento





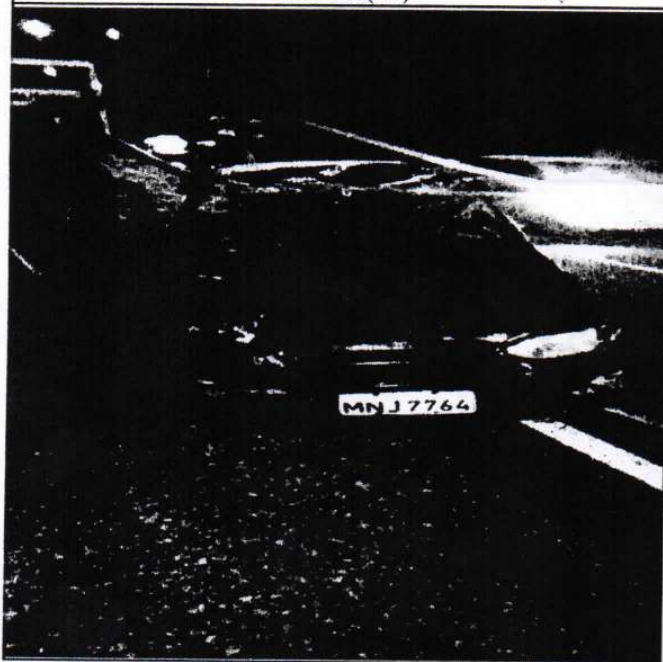
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



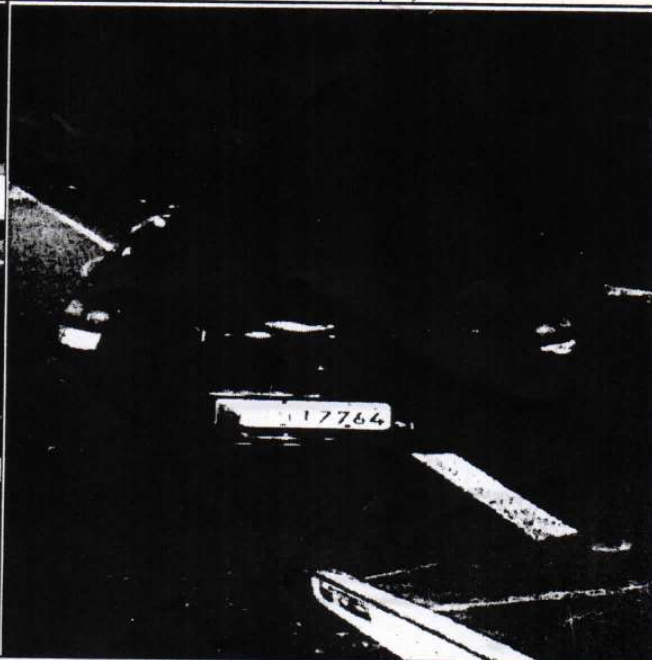
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0513/ 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



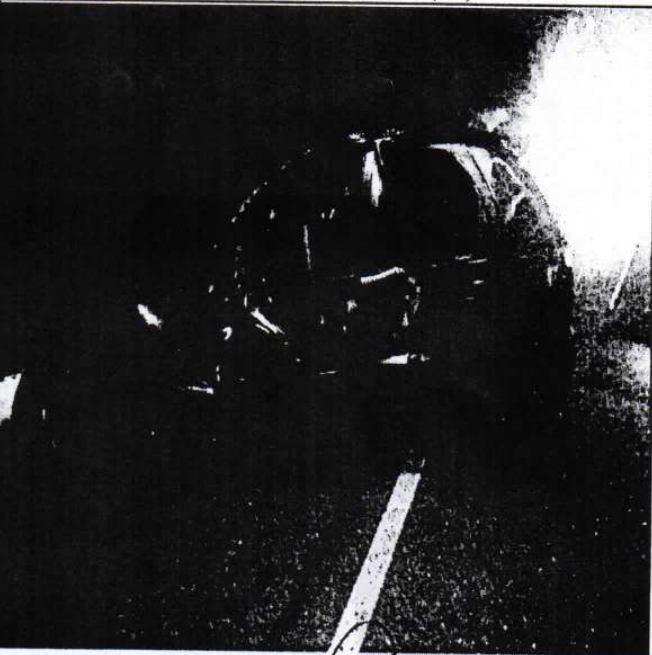
TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



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

EM: 25/10/2018

[Signature]

Danilo Manoel da Silva Campelo CB PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA 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			Item	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

CASIMIRO





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
MÉDICO CUBHEF T-012
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:	
	884562504-49	REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO		884562504-49	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
	RUA MILTON GONDES PEREIRA	186	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
CRISTO REDENTOR	JOÃO PESSOA	PB	
E-mail:	Tel. (DDD):		
NÃO POSSUI	(83) 991090883		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1010 CONTA: 000374619

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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 Pessoa/PB, 27/05/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
27 MAIO 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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





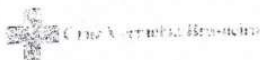
Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <u>Reginaldo de A. V. RLC</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão:		Alta:	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <u>Fratura de crânio D</u>			
Diagnóstico Definitivo:			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames:			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Osteotomia e placa bloqueada - 1</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado (x) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>1st episódio e 2º dia de 15.08.18 por</u> <u>Dr. Sérgio Alberto de S. S. S.</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta:			
Repouso:			
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, _____ dias.			
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 de 01 de 18</u>			
Ass. Médico/CRM			
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





Secretaria de Saúde - Estado da Paraíba
Secretaria de Saúde - 50010-000

GOVERNO
DA PARAÍBA

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	Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) CAMILA SINTIA DOS SANTOS GOLZIO - FILHO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 968873711	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento 1607014	Nº Cns
Local de procedência ALTO DO MATEUS	Tipos BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

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

Admissão

Data e Hora 21/07/2018 21:02:00	Número da pulseira 1000059891719	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente RUA
Classificação do caso		Detalhe do acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não
Modo de transporte RESCATE - BOMBEIRO		Transporte Não

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
----	-------	-------------

Exames complementares

Radiol []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Exame físico: audição normal, visão normal, olfato normal, palpação normal, percussão normal, ausculta normal, reflexos normais, sensibilidade normal.

Diagnóstico

Atendido por
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 15/10/2019 16:53:31

CID
Tempo
02min 12seg

21/07/2018 21



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
Mãe SEVERINA TAVARES DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986873711
Endereço HILTON GUEDES PEREIRA, 186	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVELO	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	Prontuário

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)



HGT 6/6HS

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

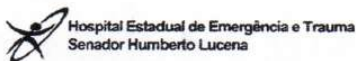
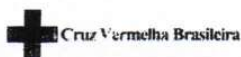
EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

Conduta

Internar Paciente


REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO
Dr Bruno de Luna Roma
MÉDICO
CRM-PB 10075BRUNO 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	CNS
Mãe SEVERINA TAVARES DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986873711
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 AEREAS PERVIAS, 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, PUPILAS ISOCORICAS
 E: HEMATOMA EM BRAÇO DIREITO, PROVAVEL FRATURA DE UMEMO

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 BRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

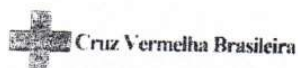
Conduta

Em observação


 REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO


 GILVANDO CARNEIRO LEAL
 (: 2489/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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	Prontuário 110007	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DE LUNA ROMA - 04/08/2018 13:47:37)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA#

HD:FRATURA DIAFISARIA DE UMERU

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

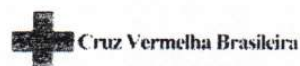
CD:AGUARDA PLACA PHILLUS LONGA, MANTENHO MEDICAÇÃO ORAL,

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

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	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 110007
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (JACQUES PAIVA CAVALCANTI - 22/07/2018 11:32:17)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DE UMERUO 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 19492



Solicitação para Aquisição de Órtese - Prótese não Padronizados



PACIENTE:	Reginaldo de F. ...		IDADE:
SETOR:	LEITO:	DATA: 10/10/19	HORA:

DIAGNÓSTICO:

JUSTIFICATIVA: (assinatura e carimbo do médico solicitante).

Fratura de mero proximal

ESPECIFICAR MATERIAL:

Placa pinos longo

Jaques Brito Cavalcanti
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PA 7626
CON-PA 19492

PARECER DO COORDENADOR DO SERVIÇO: (assinatura e carimbo)

1. AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO TÉCNICA:

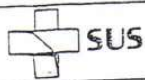
CIÊNCIA DA DIREÇÃO ADMINISTRATIVA:

--

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

1ª via SETOR DE COMPRAS - 2ª via PRONTUÁRIO





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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - SEXO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Cx. 3,5 BLOQUEADA PHILLUS

PLACA BLOQUEADA 9x12

PROFUSO CORTICAL Nº 28

PROFUSO { Nº 28 — 01 Nº 45 — 02

BLOQUEADO { Nº 36 — 01 Nº 50 — 02

B. BROWN — AGULHA BLOQ. P/EXO 50 mm

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)





RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO BE/PRONTUÁRIO 1096141
IDADE: SEXO: ☐ MASC ☐ FEM COR: DATA: 14/08/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO 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 ☒ NÃO
DESCRIÇÃO: BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
X ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: [Assinatura] DATA: 14/08/2018



RELATÓRIO DE CIRURGIA

1000

[illegible]

Médico/CRM:

Conserva Armada
MÉDICO
CRM 17134

João Pessoa,

14/08/2018





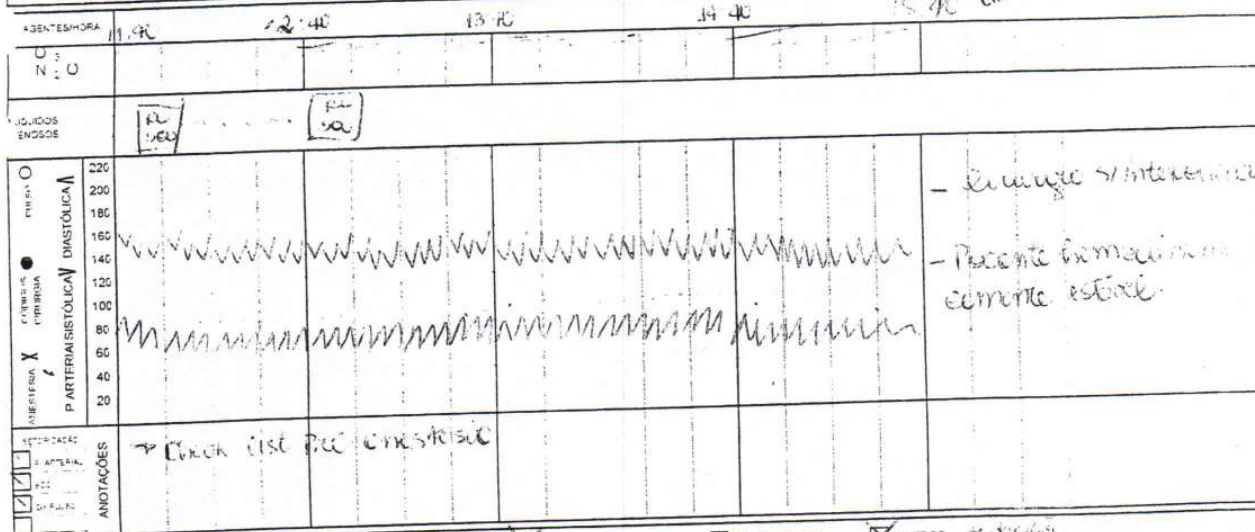
FICHA DE ANESTESIA

HEE TSHI

DATA: 14/08/18


PRONTUÁRIO: 1096141

PACIENTE: Reginaldo de Assis Vieira Filho	SEXO: M	COR:	IDADE: 46		
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO: 80/36	RESPIRAÇÃO: 12	TEMPERATURA	PESO: 60 kg	GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO				
EXAMES COMPLEMENTARES: VPM					
AP. RESPIRATÓRIO: ND		AP. CIRCULATÓRIO: ND			
AP. DIGESTIVO: ND		ESTADO MENTAL: alerta/estável		DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO					ESTADO FÍSICO (ASA): II
DOSE HORA					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fúrcula de crânio (D)					
CIRURGIA REALIZADA: Hb crânio					
CIRURGIÃO: Dr. Carlos		AUXILIARES: Dr. João			
INÍCIO DA ANESTESIA: 11:40		TÉRMINO DA ANESTESIA: 15:40		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CHL		VALORES RS	
ANESTESISTA: Dr. Rensson		CPF: 000.000.000-00		CRM-PB	



<input checked="" type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input checked="" type="checkbox"/> BLOQ PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ NERVOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: sedação
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
GLICOSE	1. glicose 50mg	11. Diprione 1mg			
NACI	2. fentila 50mg	12. Midazolam 5mg			
SANGUE	3. Midazolam 5mg 0,5% 20ml	13. Propofol 10mg			
RINGER	4. Midazolam 5mg 0,5% 20ml	14. Midazolam 20mg			
TOTAL	5. Midazolam 5mg 2% 10ml	15.			
DESTINO DO PACIENTE	6. Propofol 20mg	16.			
<input type="checkbox"/> APT* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7. Lidocaina 5mg 100amp	17.			
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8. Fentanyl 0,1mg	18.			
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: UTI	9. Propofol 20mg	19.			
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	10. Diprione 1mg	20.			
Observações: paciente em MSE CI JCS 2G. Anestesia / analgesia com Diprione / fentila. Paciente bem tolerando a anestesia estável com equívoco da 3ª dose de 100mg de Diprione. Paciente bem tolerando a anestesia estável com equívoco da 3ª dose de 100mg de Diprione. Paciente bem tolerando a anestesia estável com equívoco da 3ª dose de 100mg de Diprione.					
ASSINATURA DO ANESTESISTA					
F (NG) ASCIR 026-1					

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

Titular do CPF: 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

REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENATO LUNA DIAS





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Reginaldo De Assis Vieira Filho
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 884562504-49
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/05/2019
IDENTIDADE 1.607.314
ASSINATURA Reginaldo de Assis Vieira Filho

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

CONTRATANTE: REGINALDO DE ASSIS ALHO
(Nacionalidade), BRASILEIRO, (Estado Civil), _____ (Profissão) Autônomo, Carteira de Identidade nº 1607314, (Orgão expedidor), SSP/PB, (CPF) nº 884562504-49 residente e domiciliado na Rua HILTON GUEDES PEREIRA nº 186, bairro CRISTO 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 Nicodemus 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 substabelecimento, 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 4ª. 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 5ª. Todas as despesas serão acompanhadas de recibo, devidamente preparado e assinado pelo CONTRATADO.

DA COBRANÇA

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Cláusula 7ª. 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 8ª. 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 9ª. 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 10ª. Havendo acordo entre o CONTRATANTE e a parte contrária, não prejudicará o recebimento dos honorários contratados e da sucumbência, caso em que os honorários iniciais e finais serão pagos ao CONTRATADO.

Cláusula 11ª. 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 12ª. 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



Cláusula 13ª. Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do CONTRATO, as partes elegem o foro da comarca de ~~(xxx)~~: 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 da Assis Nova Filho

Contratante

Jose Carlos de Lucena Filho

Testemunha 1

Felipe da Silva Santos

Testemunha 2





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

