



Número: **0800444-90.2019.8.15.0761**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Gurinhém**

Última distribuição : **24/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MACIEL LIMA DE SOUZA (AUTOR)		GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
24691532	24/09/2019 13:34	Petição Inicial	Petição Inicial
24691537	24/09/2019 13:34	Doc. Médica	Outros Documentos
24691540	24/09/2019 13:34	BO e Negativa Administrativa.	Outros Documentos
24691548	24/09/2019 13:34	Doc. Pessoais e Comp. de Residência-	Documento de Identificação
24691700	24/09/2019 13:34	Procuração	Procuração
24691704	24/09/2019 13:34	Petição Inicial	Outros Documentos
27362987	09/01/2020 13:05	Despacho	Despacho
29033740	12/03/2020 11:05	Expediente	Expediente
29033741	12/03/2020 11:05	Carta	Carta

Petição Inicial em anexo.





PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 DE SAPÉ



PREFEITURA
MUNICIPAL DE SAPÉ
O DOUTOR DA CIDADANIA

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data	ID da Ocorrência	USB USA	Nº Equipe	Plantão Dia Noite	Hora de Saída da Base	Hs	Hora de Chegada no Local	Hs
03/06/19	2462503		63		05:50		06:13	
Paciente / Usuário				Idade	Sexo	♂ Masc ♀ Fem	Telefone	
Mocil Joana de Souza				33				
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Sapé <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Sobrado <input type="checkbox"/> Riachão <input type="checkbox"/> Outro				Bairro		Médico Regulador		
Logradouro				Sobrado		Dr. Felipe		
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três				Resgate PRF <input type="checkbox"/> SMTRANS <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> Outro				
Apoio no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate Bombeiros <input type="checkbox"/> PM				Tropa <input type="checkbox"/> Outro				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evacuação do Local				Tropa <input type="checkbox"/> Outro				

Documento de identificação do paciente:

RG: _____ CPF: _____ CNS: _____

RG - 3264867-557-PB

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO

Motivo:

Última de queda
de moto consciente

TIPO DE AGRAVO

<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Pediátrico
<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Desnhamento / sufocamento	<input type="checkbox"/> Caso clínico
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Quase afogamento / afogamento
<input type="checkbox"/> F.A. B	<input type="checkbox"/> Queda metros
<input type="checkbox"/> F.A.F (P.A.F)	<input type="checkbox"/> Queimaduras
<input type="checkbox"/> Gineco - obstétrico	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Lesões térmicas	

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico

MOTIVO DO TRANSPORTE

☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de maior complexidade ☐ transferência simples ☐ outro

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: _____ Responsável: _____

Exame clínico (principais sintomas / queixas)

Consciente em COE, consciente, corado, com
ritmo cardíaco adequado em ausculta, dor local

☐ angústia ☐ alergia ☐ Ausência de pulso (central) ☐ Cianose ☐ Convulsão ☐ Diarreia ☐ Dificuldade respiratória ☐ dor local

☐ febre ☐ Inconsciência / desmaio ☐ Palidez ☐ Sangramento ☐ Vômito ☐ outros

1. DADOS VITAIS:

P.A. Sistólica 130 DA diastólica 80 Pulso 72 FC: 18 TEMP. 36,4 SPO2 94 Glasgow 15

2. VIA AÉREA

☐ Livre ☐ obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo Estranho ☐ Bronco aspiração ☐ Edema de glote ☐ Obs:

VENTILAÇÃO

☐ Espontânea ☐ Parada respiratória ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular



Mayara de Silva
Coordenadora



1. S (Clonase) () (Vital) () (Condição) () (Normal) () (Palidez) () (Quente) () (Seca) () (Umidade)

EDENIA

() Ausente () Palpitante () Abundante Superfície () Murcha Inferior () Ausente

PERFUSÃO

() Normal () Estancada () 2 seg () Ausente

PULSO

() Regular () Irregular () Fino () Forte () Ausente

ECG

() Normal () Alterado () Não realizado

4. EXAME NEUROLÓGICO

() Agitação () Sonolência () Coma () Convulsão () Ocorenta () Rígida () Músculo

5. EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

() Abortamento () Hemorragia vaginal () Normal () Semelhante () Trabalho de parto () Outros:

6. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

7. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Ansiedade () Capacidade adaptativa intrapsíquica diminuída () Comunicação verbal prejudicada () Condição aguda () Desmolação
prejudicada () Débito cardíaco diminuído () Desobstrução de vias aéreas () Disreflexia autônoma () Dor aguda () Hipertensão
prejudicada () Integridade da pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada () Medo () Intelecto e atividade () Mucosa oral
prejudicada () Padroão respiratório ineficaz () Risco de Perfusão tissular cerebral ineficaz () Perfusão tissular cardíopulmonar ineficaz () Risco de
Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz () Risco de Perfusão tissular renal ineficaz () Termoregulação ineficaz () Troca de gases prejudicada ()
Ventilação espontânea prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume de líquidos excessivos () Náusea () Retenção urinária () Interação
social prejudicada () Incontinência intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Constipação () Outros:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Verificar S.O.U. Meds KGT; Realizar
Protocolo de Trauma completo.

INTERVENÇÕES

Verificado T, P, R, PA; Meds KGT;
Feito protocolo de Trauma completo.

EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS

durante o Trauma, não houve
intercorrências. Após continuidade a observação
o médico do H.S.A. avaliou e realizou Rx. por los membros da equipe do
H.S.A. e em seguida retornamos a base. (continua preenchido às 07:55h)

8. EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS MÉDICAS

9. PROCEDIMENTOS

() Desobstrução vias aéreas () Intubação nasotraqueal () Cálculo Orofaringea () Ventilação mecânica (manual AMBU) () Respirador
() Intubação da esofágica () Drenagem torácica () Massagem cardíaca externa () Desfibrilação cardioversão () Controle de hemorragia
() Curativo () Função venosa () Sonda gástrica () Sonda vesical () Sedação () Imobilização de membros () Colar cervical () Tala / tração
() Outros:

10. MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

Kit de curativos, máscara, Rx (500ml)
a equipe enfermeiros; o pelo 022

ENCAMINHAMENTO

() Liberdade após atendimento () Recusa o atendimento () Óbito na local () Óbito durante o atendimento () Óbito durante o transporte

POSICIONAMENTO DE TRANSPORTE

() Decúbito dorsal () Decúbito lateral () Decúbito ventral () Sentado () Elevação da cabeça (cabeça) () Outros:

RECUBO

Nome: _____
Assinatura: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico: _____
Enfermeiro (a): Re. Fabiana
Téc. de Enfermagem: _____
Condutor: S.

TESTES DA VÍTIMA



MAT: _____
MAT: _____
MAT: _____

53330





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: Hospital Regional Dr. Sá Andrade

ENDEREÇO DA UNIDADE: 237845

CNPJ: 06.054.000/01-31

ENDEREÇO: Rua General Faria, 46 - Centro

MUNICÍPIO: São Paulo

ESTADO: Paraíba

UF: PB

NOME DO PACIENTE: Yvone Maria de Souza SEXO: M IDADE: 33

PROFISSÃO: Enfermeira DOCUMENTO: 00000000000000000000

LAUDATÓRIO: 00000000000000000000 ESTADO: Paraná UF: PR

CÓDIGO DE REGISTRO: 00000000000000000000 CNE: 00000000000000000000

DATA DO NASCIMENTO: 30.08.85 DATA DO ATENDIMENTO: 03.06.19

CP: 00000000000000000000 UF: PR

ENDEREÇO: Yvone Maria de Souza

TEL: 00000000000000000000

DATA DO ATENDIMENTO: 03.06.19

CP: 00000000000000000000 UF: PR

ENDEREÇO: Yvone Maria de Souza

TEL: 00000000000000000000

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

1. - IRACIA: 1 2. - PRESSÃO: 120/80 3. - PULSO: 72 4. - TEMPERATURA: 36,5

5. - FREQUÊNCIA CARDÍACA: 72 6. - FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: 18

7. - SATURADO DE OXIGÊNIO: 98% 8. - PESO: 60 kg

9. - ALTURA: 1,60 m 10. - CIRCUNFERÊNCIA TORÁCICA: 85 cm

11. - CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL: 85 cm 12. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm

13. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm 14. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm

15. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm 16. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm

17. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm 18. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm

19. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm 20. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm

21. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm 22. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm

23. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm 24. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm

25. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm 26. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm

27. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm 28. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm

29. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm 30. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm

31. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm 32. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm

33. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm 34. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm

35. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm 36. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm

37. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm 38. - CIRCUNFERÊNCIA DE COTOVELO: 23 cm

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1. 01 - PLÉGIO

2. 02 - URGÊNCIA

3. 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA.

4. 04 - ACIDENTE NO TRAFEGO PARA O TRABALHO.

5. 05 - ACIDENTE DE TRABALHO.

6. 06 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

7. 07 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

8. 08 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

9. 09 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

10. 10 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

11. 11 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

12. 12 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

13. 13 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

14. 14 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

15. 15 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

16. 16 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

17. 17 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

18. 18 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

19. 19 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

20. 20 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

21. 21 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

22. 22 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

23. 23 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

24. 24 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

25. 25 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

26. 26 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

27. 27 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

28. 28 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

29. 29 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

30. 30 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

31. 31 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

32. 32 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

33. 33 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

34. 34 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

35. 35 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

36. 36 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

37. 37 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

38. 38 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

39. 39 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

40. 40 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

41. 41 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

42. 42 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

43. 43 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

CARÁTER DO ATENDIMENTO

1. 01 - PLÉGIO

2. 02 - URGÊNCIA

3. 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA.

4. 04 - ACIDENTE NO TRAFEGO PARA O TRABALHO.

5. 05 - ACIDENTE DE TRABALHO.

6. 06 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

7. 07 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

8. 08 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

9. 09 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

10. 10 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

11. 11 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

12. 12 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

13. 13 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

14. 14 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

15. 15 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

16. 16 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

17. 17 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

18. 18 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

19. 19 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

20. 20 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

21. 21 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

22. 22 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

23. 23 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

24. 24 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

25. 25 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

26. 26 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

27. 27 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

28. 28 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

29. 29 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

30. 30 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

31. 31 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

32. 32 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

33. 33 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

34. 34 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

35. 35 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

36. 36 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

37. 37 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

38. 38 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

CID-10

Paciente idoso, estradeiro
na área vermelha trazido
pelo SAMU, após sofrer queda de moto
e mesmo apresentando-se consciente
e orientado, foi avaliado pelo médico
e encaminhado para sala
de sutura.

Márcia H. F. da Silva
COREN/PE 13428-ENF





CERTIDÃO

Nº. 1292/2019

Atendendo solicitação de MACIEL LIMA DE SOUZA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº234701 pertencentes ao paciente que foi atendido dia 03/06/2019 às 12H32min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 2º metatarso direito. Medicado e imobilizado.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

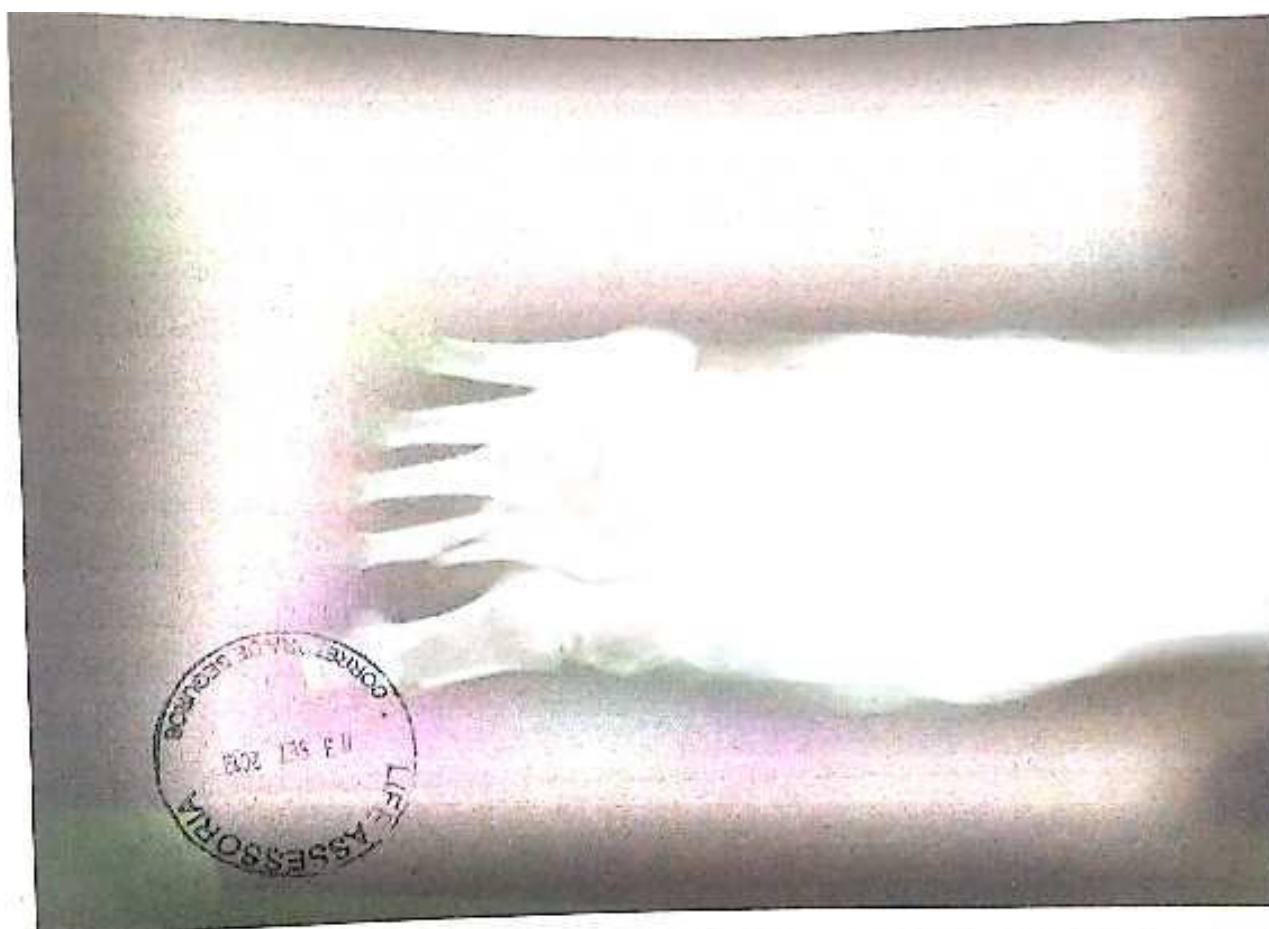
João Pessoa, 08 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica Intensivista
CRM 3883
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Clinica: ORTOPEDICA

Procedencia: HOSPITAL SA ANDRADE

() Case Policial

Queixa Principal
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM
PE E ESCORIAÇÕES, NEGA VÔMITO E DESMAIO.

Historia - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

Queda de anaf. tri- tbb cl das e coler. - @
Afergr: @

diagnostic

Conduta - *Ky*

prescricao

Horario da medicacao

cricao
significativo.

CD: Talo + Air + Retas + *in situ*

Dr. Tibrica Medeiros
Clínica Traumatologia
Rua C. B. e C. 111
Fone: 333.3333

Scanned by CamScanner



(Regulado por
Tábua CDI)



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente: Henrique Luis de Sá

Data: 05/05/19

End.: _____

Cidade: Sapé

Bairro: _____

Unidade de origem: _____

Motivo de Encaminhamento

Tratando-se de quadro de asma, paciente conhecido, com sintomas
na última semana, após uso de corticóides, encaminhado para avaliação e
tratamento. Paciente na 2ª avaliação.

Medicamento Administrado

Referenciado para: Dr. C. L. de Sá

Contra referência

Motivo: _____

Contra referência para: _____





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
HOSPITAL REGIONAL DR. SÁ ANDRADE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o Sr^o. MACIEL LIMA DE SOUZA, residente no Conj. Mangueira, - Centro - Gurinhém- PB, Nascido em 30/08/1985 o qual deu entrada neste serviço de saúde(Hospital Regional Dr. Sá Andrade em Sapé - PB) na data de 03/06/2019, vítima de acidente de moto, o qual foi atendido pela equipe médica deste serviço de saúde, realizado Rx. Sendo encaminhado para outra unidade.(Hospital de Trauma - João Pessoa)

Esta declaração é verdade e dou fé.

Sapé-PB, 12 de Julho de 2019

Atenciosamente,

Maira Massa da Cunha
Mat. 2121612
Coordenadora de Enfermagem

MAIRA MASSA DA CUNHA
Coordenadora

Scanned by CamScanner



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE *Mauro Lima de Souza* 4 - Nº DO PROFISSIONÁRIO _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO _____ 7 - SEXO ☐ Masculino ☐ Feminino

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ 9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 12 - CDD - RGZ MUNICÍPIO _____ 13 - UF _____ 14 - CEP _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL *Fractura* 17 - QTD. _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 20 - QTD. _____

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 23 - QTD. _____

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 26 - QTD. _____

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 29 - QTD. _____

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 32 - QTD. _____

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESENVOLVIMENTO DO DIAGNÓSTICO _____ 34 - CID-10 PRINCIPAL _____ 35 - CID-10 SECUNDÁRIO _____ 36 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

37 - OBSERVAÇÕES *Necessário para tratamento programado do D.*

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE *Luciano Netto* 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO *23/09/19* 40 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) *Dr. Tibirica Medeiros*
Ortopedia-Traumatologia
Cirurgia do Membro Superior
CRM-PA 7296 CREMER-18474

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 43 - CDD - CDDO EMISSOR _____ 44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

45 - DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF _____ 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) _____ 49 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DO EXECUTANTE

50 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 51 - CNES _____





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19029159B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Scanned by CamScanner





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19029159B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 03/06/2019 Hora: 05:40 Município: SOBRADO/PB
BR: 230 KM: 72,9 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: KELLY, 1301443

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Dupla
Estrutura Viária: Reta
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Sol

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Não
Canteiro Central: Sim
Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE



NARRATIVA

No dia 03 de Junho de 2019, por volta das 05h40min, no km 72,9 da rodovia BR-230, em Sobrado-PB, ocorreu um acidente, do tipo TOMBAMENTO, com uma vítima com lesões leves. O veículo envolvido foi uma motocicleta Honda/Pop 110i de placa OGD3642, doravante chamado de V1. O condutor sofreu lesões leves ao cair no solo. Com base na análise dos vestígios e verificação de fragmentos na via, constatou-se que V1 trafegava na faixa de trânsito direita no sentido de tráfego de Campina Grande-PB para João Pessoa-PB, quando, perdeu o equilíbrio ao colidir com o tachão do centro do leito carroçável. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a velocidade incompatível. Observações: 1 - Velocidade regulamentar no local é de 40 km/h. 2 - A via estava com a sinalização. 3 - A condição climática era de sol no momento do acidente. 4 - Foram prestados os primeiros socorros ao condutor ferido pelo SAMU. 5 - Não havia sinais ou indícios de ingestão de bebidas alcoólicas.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

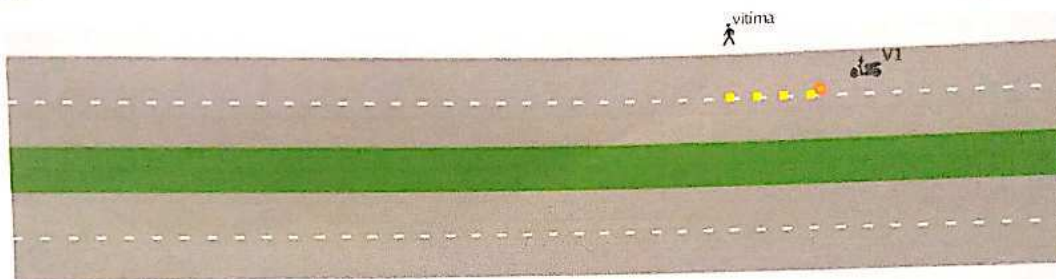


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19029159B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local desfeito



JOÃO PESSOA-PB



PIATINA GRANDE-PB

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículo
1	Tombamento	V1
2	Queda de ocupante de veículo	V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
1	V1			
2	V1			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - OGD3642 - MOTOCICLETA

V1 - Informações



Documento assinado eletronicamente por KELLY, matrícula 1301443, Policial Rodoviária Federal, em 04/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19029159B01 e o número de controle 345633763D31AA76A347F17A.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

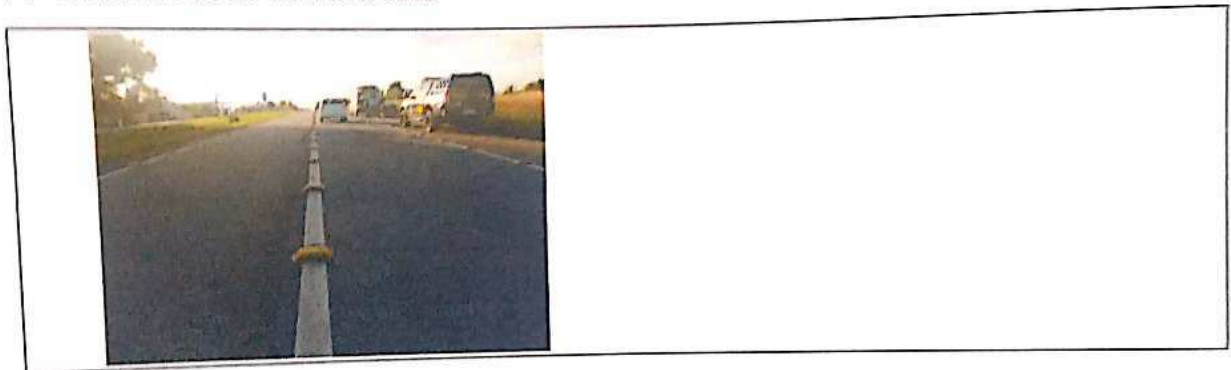


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19029159B01

Placa: OGD3642 Marca/modelo: HONDA/POP 110I
Ano fabricação: 2019 Chassi: 9C2JB0100KR104496
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Mudando de faixa

Renavam: 01181439636
Tipo de veículo: Motocicleta
Cor: Branca

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Scanned by CamScanner





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19029159B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/POP 110I

Placa: OGD3642

Nº BOAT: 19029159B01

Nome do Agente: KELLY

Matrícula do Agente: 1301443

Data: 03/06/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)				

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



Scanned by CamScanner





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19029159B01



V1 - Proprietário

Nome: MACIEL LIMA DE SOUZA

Email:

Endereço: RUA PROJETADA, GURINHEM-PB

CPF/CNPJ: 067.264.304-93

Telefone: 833285-1312

V1C - CONDUTOR DE V1 - MACIEL LIMA DE SOUZA

V1C - Informações

Nome: MACIEL LIMA DE SOUZA

CPF: 067.264.304-93

Sexo: Masculino

Usava capacete: Sim

Informações complementares: Etilômetro de número de série 113286, número do teste: 02655.

Data de Nascimento: 31/08/1985

Estado civil: Solteiro(a)

Estado físico: Lesões Leves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB

UF: PB

Observações CNH: A

Primeira habilitação: 17/12/2012

Vencimento da habilitação: 25/09/2022

Nº Registro: 05669341579

Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA PROJETADA II, 26, CENTRO, GURINHEM-PB

Telefone: 8332851312

Email:



Scanned by CamScanner



12/09/2019

Email – DPVAT MARIA – Outlook

Novo Andamento processo: 3190512941

Life Sistema <mensagemiro@alifese seguros.com.br>

Ter, 17/09/2019 09:05

Para: mariadp vat123@hotmail.com <mariadp vat123@hotmail.com>

Cc: atendimentopb@alifese seguros.com.br <atendimentopb@alifese seguros.com.br>

ANDAMENTO DO PROCESSO

(Aviso automático do sistema, não responda este email)

DADOS DO PROCESSO

Número do Sinistro: 3190512941

Natureza do Processo: 2-INVALIDEZ

Vítima: MACIEL LIMA DE SOUZA

DADOS DO ANDAMENTO

Status: Atendimento LIFE

Processo Negado / Cancelado em 2019-09-17 - Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Link para acesso ao sistema: www.lifesistema.com.br

Atenciosamente,

Scanned by CamScanner



SINISTRO 3190512941 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MACIEL LIMA DE SOUZA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO MACIEL LIMA DE SOUZA

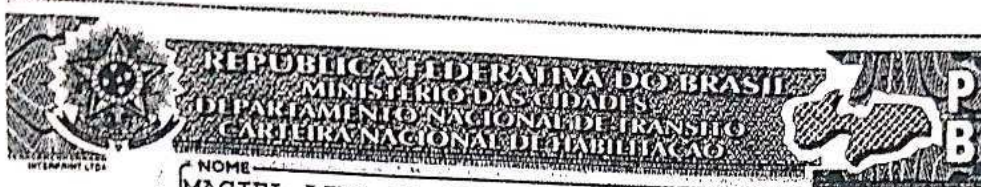
CPF/CNPJ: 06726430493

Posição em 17-09-2019 09:04:38

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Scanned by CamScanner





NOME
MACIEL LIMA DE SOUZA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3264867 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
067.264.304-93 31/08/1985

FILIAÇÃO
SEVERINO RODRIGUES DE
SOUZA
VILMA MARIA LIMA DE
SOUZA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05669341579

VALIDADE
25/09/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/12/2012

OBSERVAÇÕES
A ;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
25/09/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

97396180186
PB035433329

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1497863218

PROIBIDO PLASTIFICAR
1497863218

LIFE ASSESSORIA

Scanned by CamScanner



KELLY NATALLY BARBOSA DA SILVA
RUA PROJETADA, S/N - VL NOVA
GURINHÉM/PB CEP: 58358000 (AG: 113)



Ligação: MONOFÁSICO

Cls/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA

Roteiro: 14 - 53 - 155 - 700

Medidor: 00008140783

Referência: Jul/2019

Emissão: 23/07/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-090
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est 18.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 028.449.736
Cód. para Déb. Automático: 00014003818

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jul / 2019	23/07/2019	22/08/2019	113.673.104-71 Insc Est

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 21/06/18	Leitura 7477	Data 23/07/19	Leitura 7477	32

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alíq.	ICMS(R\$)	Base Calc	Pis(R\$)	Colins(R\$)
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pis/Colins(R\$)	(1,0845%)	(4,9956%)
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,205120	6,15	0,00	0	0,00	6,15	0,31
0801	Adic. B Amarela			0,11	0,00	0	0,00	0,11	0,00
0810	Subsídio			11,85	0,00	0	0,00	11,85	0,58
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0808	DEBITO COMPENSAÇÃO 08/2018			6,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0908	Devolução Subsídio			10,95	0,00	0	0,00	0,00	0,00

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 24/09/2019 13:34:33

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092413343258300000023899245>

Número do documento: 19092413343258300000023899245

Num. 24691548 - Pág. 2



PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

OUTORGANTE: MARCIEL LÍMIA DE SOUZA,
brasileira(o), SOLTEIRO, SEPUENTE, portador da Cédula de Identidade
nº: 3.264.867, inscrito no CPF nº: 06712641304/98, residente e
domiciliado na Rua RUA PROJATAM, Nº S/N,
Bairro, VILA NOVA, na Cidade de O GORINHÉM /PB.
Cep: 58358-000 Fone: 83 92 85-2332.

OUTORGADO: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO, brasileiro, casado, advogado
inscrito na OAB/PB sob o nº 24.614, ambos com endereço profissional na Rua:
professora Corina Maria Rabelo, nº 28 Bairro José Américo de Almeida, na Cidade de
João Pessoa/PB, 986434993.

PODERES: Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do
Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta
Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante,
defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar,
desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar
compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a
presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os
atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme
e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo
Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei nº 8906, de
04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

CONTRATO: O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária
advocatória remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de **30%**,
calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei nº 1.060/50, declara que é pobre
na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem
comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

João Pessoa/PB, 17 de Setembro de 2019.

Marcia Lima de Souza
Outorgante/Declarante

Scanned by CamScanner





EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA _____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE GURINHEM - PB.

MARCIEL LIMA DE SOUZA, brasileiro, solteiro, servente, portador do RG de nº 3264867, e CPF de nº 067.264.304-93, residente e domiciliado na Rua Projetada nº s/n, no bairro Villa Nova na cidade de Gurinhem/ PB, CEP 58358-000, por intermédio do seu bastante procurador que esta subscreve, com escritório profissional localizado no endereço que consta no preâmbulo desta, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Exª, propor o presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT.

Em face de: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro - RJ, CEP-20.031.201, CNPJ 09.248.608.0001-04 expondo e ao final requerendo o seguinte:

PRELIMINARMENTE

DO DIREITO AO BENEFÍCIO DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

O Requerente declara em sua consciência que não tem condições de arcar com as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu próprio sustento e de sua família.

É de ordem pública o princípio da gratuidade da justiça àqueles que não tem condições de arcar com as custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de sua família nos termos da Lei nº 1.060, de 05 de Fevereiro de 1950, nos seus artigos 2º, parágrafo único; 3º e 4º.

Diante do exposto, o benefício da assistência judiciária gratuita, é garantido constitucionalmente, portanto, o Requerente desde já requer este benefício, uma vez que não tem condições econômico-financeiras de arcar com as custas processuais, sem prejuízo do sustento próprio e de sua família.





INTROITO

DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO OU DE CONCILIAÇÃO

Considerando a necessidade de produção de provas no presente feito, bem como a política atual de acordo zero adotada pela parte Ré, a parte autora vem manifestar, em cumprimento ao **art. 319, inciso VII do NCPC/2015**, que não há interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação, haja vista a iminente ineficácia do procedimento e a necessidade de que **ambas as partes** dispensem a sua realização, conforme previsto no **art. 334, §4º, inciso I, do NCPC/2015**.

DOS FATOS

A autora foi vítima de acidente automobilístico no dia 03/06/2019, quando estava se deslocando no veículo Honda POP 110, de placa OGD 3642, no km 72,9, rodovia BR 230, em Sobrado –PB, quando ocorreu o Tombamento, vindo o autor cair ao solo e sofrido lesões graves como: **FRATURA DO 2º METATARSO DIREITO**, o que sem dúvidas comprometeu o membro, sendo socorrido e encaminhado para o Complexo Hospitalar de Mangabeira em João Pessoa-PB, conforme descrito em prontuário médico, atestado médico e no Boletim de Ocorrência em anexo, da Polícia.

DA NEGATÓRIA NA VIA ADMINISTRATIVA

M.M, Julgador, a parte autora solicitou administrativamente o pagamento do seguro DPVAT, apresentando para tanto todos os documentos pertinentes. Entretanto, para sua surpresa, **TEVE O BENEFÍCIO NEGADO AO ARGUMENTO DE QUE NÃO HOUVE LESÃO A INDENIZAR**.

Ora, Excelência, a autora sofreu diversas lesões físicas, as quais deixaram seqüelas permanentes, fazendo jus, portanto, ao recebimento do seguro ora pleiteado, não devendo prosperar a negativa administrativa.

Nesse sentido Excelência, em decorrência do acidente sofrido pelo autor e da negatória administrativa, esta busca a tutela jurisdicional do Estado com o intuito de receber o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre da seguradora Requerida, uma vez ser esta, integrante do grupo de seguradoras que operam o seguro DPVAT instituído pela Resolução 1/75 do Consórcio Nacional de Seguros Privados (CNPS).

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.





As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda eu os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.

Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz *jus* à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *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.

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação susomencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometem e o registro de ocorrência no órgão policial competente, estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:

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

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.





Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA 340/2006. PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO. 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de 03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

Toda via é indiscutível a especificação da % da perda dentro da tabela da Lei 11.482/2007 , devido a quantificação de perda seja ela parcial ou total, pois quem possui aptidão e capacidade técnica para tal é um médico com especialidade em ortopedia para quantificar a lesão e sua invalidez permanente, devido o autor não possui capacidade econômica para arcar com tais despesas, motivo pelo qual requer a perícia judicial para resguardar direito do autor de acesso à justiça conforme prevê a Constituição Federal de 1988 no artigo 5º, XXXV : "a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;"

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74,





DO REQUERIMENTO:

Pelo Exposto, requer a V.Ex.a., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida a indenizar o promovente ao pagamento da indenização em epígrafe, **fundada no valor Maximo 13.500,00 (treze mil e quinhentos) referente ao DPVAT**, face a invalidez sofrida pelo autor, que veio a comprometer a função do adquirida através de acidente de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

01- que Seja citada a Promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;

02- Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em ato contínuo em conformidade com **o rito especial imposto a lide**, tenha início a instrução e julgamento;

03 - Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos especialmente nas provas documentais, que serão apresentadas independentemente de intimação;

04- Seja intimado o autor para ser inquirido nos autos, e com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativo a data do sinistro;

05- **com fundamento no Art. 246, I do Novo Código de Processo Civil Pátrio, seja a promovida, citada através de AR- (Correios e Telégrafos);**

06- Seja a demandada condenada em 20%, sobre o valor da condenação, referente à honorários advocatícios, e, sejam intimadas as testemunhas arroladas a prestarem depoimento sob as penas da lei;

07- não necessitando que seja oficiado a SEGURADORA LIDER para remeter cópia do processo administrativo, pois seguem e anexo cópias das documentações;

08 – **Não precisando que seja intimada a direção da casa hospitalar onde o autor, ora paciente, foi atendido para disponibilizar prontuário, pois os mesmos já se encontram em anexo;**





09 – **requer a produção de prova pericial**, oficiando MEDICO PERITO desta localidade, visto que tal exame torna-se imprescindível para o julgamento da presente demanda;

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art.2º da Lei n. 1060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei;

Dá-se a presente o valor de **R\$13.500(treze mil e quinhentos reais)**, para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

João Pessoa - PB, em 24 de Setembro de 2019.

Gerson Luciano Santos Netto
-Advogado-
OAB/PB 24.614





QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE:_____.

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA ____/____/____, por volta das _____ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA (), de que forma?

_____.

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO, ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):_____

_____.

4) EXISTEM _____ SEQUELAS _____ RESIDUAIS?:

_____.

5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU, _____ GRAVE?:

_____.

Sem mais, em ____/____/____.

(assinatura – carimbo – CRM)





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Gurinhém

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800444-90.2019.8.15.0761

DESPACHO

Vistos, etc.,

Designo audiência de conciliação para o próximo dia 25/03/2020, às 10:00 horas salientando que, em caso de não obtida a conciliação, a Ré oferecerá contestação no prazo de 15 dias úteis após a data da audiência. Intime-se a parte autora e cite-se e intime-se a parte promovida.

Cumpra-se.

GURINHÉM, 9 de janeiro de 2020.

Glauco Coutinho Marques

Juiz de Direito



AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA PARA O DIA 25/03/2020, ÀS 10H, NO FÓRUM LOCAL. FICA A PARTE AUTORA INTIMADA NA PESSOA DO SEU ADVOGADO.

Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Gurinhém
Rua 13 de Maio, S/N, Centro, GURINHÉM - PB - CEP: 58356-000

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0800444-90.2019.8.15.0761

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro -RJ, CEP-20.031.201

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do Vara Única de Gurinhém, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) por todos os atos do processo acima mencionado e intimado para comparecer neste juízo, no endereço supra, à audiência de conciliação designada para o dia 25/03/2020, às 10h, no Fórum local.

"DESPACHO

Vistos, etc.,

Designo audiência de conciliação para o próximo dia 25/03/2020, às 10:00 horas salientando que, em caso de não obtida a conciliação, a Ré oferecerá contestação no prazo de 15 dias úteis após a data da audiência. Intime-se a parte autora e cite-se e intime-se a parte promovida.

Cumpra-se.

GURINHÉM, 9 de janeiro de 2020.

Glauco Coutinho Marques

Juiz de Direito"

GURINHÉM, em 12 de março de 2020.

SILVANA DE SOUZA FARIAS

Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 24691704