



Número: **0800800-21.2019.8.15.0071**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Areia**

Última distribuição : **30/12/2019**

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

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IURY MATIAS DA SILVA (AUTOR)	INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
27279 677	30/12/2019 14:38	Petição Inicial	Petição Inicial
27279 680	30/12/2019 14:38	Doc. Médica 1	Outros Documentos
27279 682	30/12/2019 14:38	BO e Comp. de Pag. Administrativo	Outros Documentos
27279 684	30/12/2019 14:38	Doc. Pessoais e Comp. de Residência	Documento de Identificação
27279 686	30/12/2019 14:38	Procuração	Procuração
27279 688	30/12/2019 14:38	Petição Inicial	Outros Documentos
27279 689	30/12/2019 14:38	Doc. Médica 2	Outros Documentos
29271 966	21/03/2020 11:12	Despacho	Despacho
29486 800	28/03/2020 15:42	Expediente	Expediente

Petição Inicial em anexo.



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 30/12/2019 14:37:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123014370530400000026330301>
Número do documento: 19123014370530400000026330301

Num. 27279677 - Pág. 1

LAUDO PARA SOLICITACAO DE AUTORIZACAO		Sistemas Ministro Sadee Sadee	
Identificação do Estabelecimento de Saúde		3 - Nome do Estabelecimento Executante	
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Identificação do Estabelecimento de Saúde		3 - Nome do Estabelecimento Executante	
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Iury Mattas da Silva		5 - Nome do Profissional	
702308176876613		7 - CEP do SUS	
1804595		8 - Data de Nascimento	
Iury Mattas da Silva		9 - Sexo	
14/09/2001		10 - Nome da Mãe ou Responsável	
SANDRA MATTAS DOS SANTOS		11 - Telefone do Contato	
SANTO FAZENDA RACHADO , 0 , ZONA RURAL		12 - Endereço (rua, número)	
Areia		13 - Município/De Residência	
58397000		14 - Código Município	
250110		15 - UF	
PB		16 - CEP	
Justificativa da Internação		17 - Principais Sintomas e Sintomas Clínicos	
do dia, medo de os sons da natureza		18 - Condicões que justificam a internação	
dormir deitei, deit, dormir e dormir		19 - Printscreen resultados de provas diagnósticas resultados de exames realizados	
Giovanni Cesar Alde F		20 - Nome do profissional solicitante/assistente	
01/01/2019		21 - Data da solicitação	
Cirurgia TET 6030		22 - N° documento/CNS/CPF do profissional responsável	
203634486590007		23 - CID 10 causas associadas	
Giovanni Cesar Alde F		24 - Acidente de trabalho tipo C	
01/01/2019		25 - Causa	
Cirurgia TET 6030		26 - Clínica	
203634486590007		27 - Autor da Internação	
Giovanni Cesar Alde F		28 - Documento	
02		29 - CNP/CPF	
Giovanni Cesar Alde F		30 - Nome do profissional solicitante/assistente	
01/01/2019		31 - Data da solicitação	
Cirurgia TET 6030		32 - N° documento/CNS/CPF do profissional responsável	
Giovanni Cesar Alde F		33 - Acidente de Trânsito	
01/01/2019		34 - Acidente de trabalho tipo C	
Cirurgia TET 6030		35 - Acidente de trabalho	
Giovanni Cesar Alde F		36 - CNPJ da Seguradora	
01/01/2019		37 - N° do Bilhete	
Cirurgia TET 6030		38 - SEFTE	
Giovanni Cesar Alde F		39 - CNPJ da Empresa	
01/01/2019		40 - CNPJ da Empresa	
Cirurgia TET 6030		41 - CBO	
Giovanni Cesar Alde F		42 - Vinculo com a profissão	
01/01/2019		43 - Nome do profissional autorizado	
Cirurgia TET 6030		44 - Cpf - Orgão emissor	
Giovanni Cesar Alde F		45 - Documento	
01/01/2019		46 - N° de Autorização de Profissional-Autorizador	
Cirurgia TET 6030		47 - Data da Autorização	
Giovanni Cesar Alde F		48 - Assinatura e Cartão (nº do Registro do Conselho)	

Data da Internação: 01/01/2019 Hora: 09:12:11



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 30/12/2019 14:37:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123014371793900000026330304>
 Número do documento: 19123014371793900000026330304

Num. 27279680 - Pág. 1



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Juri matias do silva Idade: 17 anos
Convênio: SUS Data: 21/01/2018
Procedimento: FTO cirúrgico de fratura de tíbia

Cirurgião: Dr Bruno Auxiliar: Anestesista: Dr Tamara.
Início: 10:40 Término: 11:50 Anestesia Regui + sedação

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(*Critérios para altas da SRPA*)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		



Assinatura do anestesista





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente <i>Jury Matias da Silva</i>	Nº Prontuário
Data da Operação <i>21/01/19</i>	Enf. Leito
Operador <i>Dr. Bruno Tavares</i>	1º Auxiliar <i>DR Muray (m2)</i>
2º Auxiliar <i>DR Euler (m1)</i>	3º Auxiliar Instrumentador <i>Norma.</i>
Anestesia	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>Fx ossos da perna (E)</i>
Tipo de Operação	<i>Orteossintese</i>
Diagnóstico Pós-Operatório	<i>O mesmo</i>
Relatório Imediato da Patologia	<i>φ</i>
Exame Radiológico no Ato	<i>Não</i>
Acidente Durante a Operação	<i>Não</i>

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Paciente em DDH. SOB anestesia.
- 2) Assochia + Antisseptico + Campos Estériles.
- 3) Incisão em face Antero-lateral da perna (E) + Dissecção paralelos. + Hemostasia.
- 4) Reversão crural de fundo.
- 5) Orteossintese cl placa DCP MNG 10 furos + 8 parafusos.
- 6) Envoltório Externo cl SF 0.9.
- 7) Fechamento par plano cl Nylon 2-0 x 3-0.
- 8) Curativo.

Dr. Yury
em 21/01/19

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOME	<i>Yuri Matias da Silva</i>	GOVERNO DA PARAÍBA	SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes
IDADE	17	LEITO:	3
H. D.	12 dias/4 MIE	HORA	
FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS			
PROCEDÊNCIA:			
<p>DRENO: <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Pleural E <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante Débito _____</p> <p>Perfusão: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente</p> <p>Edeema, Regiões: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cefálico</p>			
<p>MOTIVO INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> DVM <input type="checkbox"/> IRPA <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> I. Renal <input type="checkbox"/> Coma Neurol. <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> PNIM</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Outros:</p> <p>ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Cirurgia</p> <p>CD: <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> TEP passivo <input type="checkbox"/> TEP ativo <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> O2</p> <p>CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE</p> <p>HDA: <i>Choque, com B6 R com Beta Rosada On. MIE de corda, em VCO, com cintaxil. Ante q. edematosa</i></p> <p><input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> Decanulação <input type="checkbox"/> Cinesioterapia <input type="checkbox"/> MRP</p> <p><input type="checkbox"/> Treino de Marcha <input type="checkbox"/> Orientações <input type="checkbox"/> Treino equilíbrio <input type="checkbox"/> Transferências <input type="checkbox"/> Sedestação</p> <p><input type="checkbox"/> Ortoplastismo <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Estimulação sensorial <input type="checkbox"/> Treino Musc.. Pré decanulação</p> <p><input type="checkbox"/> Posicionamento: <input type="checkbox"/> Outros:</p> <p>Observações:</p>			
SV:	FC bpm	FR	ipm PA: <input type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo
ESTADO GERAL:	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Gravíssimo
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Acordado	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Típoroso <input type="checkbox"/> Comatoso Glasgow
Tônus:	<input type="checkbox"/> Hipo	<input checked="" type="checkbox"/> Hiper	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hiper <input type="checkbox"/> Normal
Reflexos:	<input type="checkbox"/> Aumentos	<input type="checkbox"/> Diminuídos	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Força Muscular (Grau): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Bloqueios Articulares (Reções)			
SESTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR			
<p><input type="checkbox"/> Espneico <input type="checkbox"/> Sem alterações</p> <p>SUporte VENTILATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TQT/Sem TQT <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VMI</p> <p>O2 SUPLEMENTAR: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> CEN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Másc. Simples <input type="checkbox"/> Másc./Sistema de Venturi <input type="checkbox"/> %</p> <p><input type="checkbox"/> Másc. Reinaltação parc. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinaltação <input type="checkbox"/> Másc. de Reservatório. Fluxo <input type="checkbox"/> l/min</p> <p>DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> Irrigens supraclaviculares <input type="checkbox"/> Irrigens intercostais <input type="checkbox"/> Irrigens subcostais</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de music. acessória Insp./Exp. <input type="checkbox"/> Ciarose <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> 1/4+</p> <p>OBSTRUÇÃO DE VAS: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>PADRÃO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diafragmático <input type="checkbox"/> Mistº <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superficial</p>			
<p>EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica</p> <p>Auscult Pulmonar: <i>WADourinhos</i> <input type="checkbox"/> Ralo X Torax:</p> <p>TOSSE: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Degrade <input type="checkbox"/> Expectorada <input type="checkbox"/> Ineficaz</p> <p>SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, QUANTIDADE: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande.</p> <p>COMPOSIÇÃO: <input type="checkbox"/> Hialina <input type="checkbox"/> Mucóide <input type="checkbox"/> Mucopurulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sanguinolenta</p> <p>COR SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Incolor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Marrom <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Vermelha</p>			
<p>DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO:</p> <p><i>Ex diafráxis MLE</i></p> <p>Campina Grande,</p> <p><i>Yuri Costa e Silva</i> FISIOTERAPEUTA CRÉDITO: 28518/F • P. Regida</p> <p><i>Yuri Costa e Silva</i> Fisioterapeuta CREFITO</p> <p><i>03/01/2019</i></p>			

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:	Juri Matias da Silva IN - 14.09.2001			
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO
	sala - 05	sus	17 anos	1804571
CIRURGIA	Intervenção de fratura		CIRURGÃO	Dra. Breno + Dr. Wyrus
de tibia			+ M.R. Guillerme	
ANESTESIA	Dra. Tâmara Norma		ANESTESIA	raqui + sedação
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM	
	22/02/19	10:40	11:50	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	01	Bolsa Colostoma	Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.	01	Calel. p/ Oxyg.	Catgut cromado Sertix
01	Diazepam amp.	06	Catet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut cromado Sertix
	Dimorphone		Compressa Grande	Catgut cromado Sertix
	Dolantina amp.		Compressa Pequena	Catgut Simples
	Efrane ml		Colonoide	Catgut Simples Sertix
	Fenegam amp.		Dreno	Catgut Simples Sertix
01	Fentanil		Dreno Kerr nº	Catgut Simples Sertix
	Inova ml	01	Dreno Penrose nº	Cera p/ osso
	Ketalar ml		Dreno Pezzer nº	Ethibond
81	Mecamylam % ml		Equipo de Macrogolas	Ethibond
	Nalidicina pesada		Equipo de Macrogolas	Ethibond
	Pavulon amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.	Q5	Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix
	Protóxido l/m	Q5	Espasador Largo cm	Fio de Algodão Sutupak
	Quelicin ml	Q5	Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak
	Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades	Fila cardíaca
	Thionembutal ml		H ₂ O ml	Mononylon 2-0
	Tracrium amp.		Intracath Adulto	Mononylon 3-0
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Intracath Infantil	Prolene Serfix
01	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Serfix
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Serfix
	Dipirona amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Serfix
	Flaxidol amp.	10	Luvas 7.0	Vicryl Serfix
	Fliebocortid amp.	01	Luvas 7.5	Vicryl Serfix
	Geramicina amp.	01	Luvas 8.0	Vicryl Serfix
	Glicose amp.		Luvas 8.5	Oxigênio l/m
	Glucos de Cálcio amp.		Poliflix	
	Haemacel ml.	Q5	PVPI Degemente ml	
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd. SOROS
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico	SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.	81	Saco coletor 1/4 luxo	SG Gelado fr 500 ml
	Medrotinazol.	81	Seringa desc. 10 ml	SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml	SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml	SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda	OFPI mesa ..
	Stuplanon amp.		Sonda folley	Qtd. ORTESE E PRÓTESE
02	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica	Caixa 4,5 da Bw implants
01	Ondansetrona 2mg		Sonda Uretral nº	1 placa larga de 10 furos,
01	dexametasona		Sterydrem ml	8 para fuses
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Torneirinha	(Norma)
	Aguilha desc. 25 x 7		Vaselina ml	
	Aguilha desc. 28 x 28		Geicon 18	
01	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	Latese	EQUIPAMENTOS
01	Aguilha p/ raque nº 25			<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar
01	Alcool de Enfermagem	701.		<input type="checkbox"/> Serra () Eletrocautério
	Álcool Iodado ml			<input type="checkbox"/> Desfibrilador () Oxícapiógrafo
	Ataduras de Crepon			<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal FLXO () Cardiomonitor
	Ataduras de Gessada			<input type="checkbox"/> Fonte de Luz () Perfurador Elétrico
	Azul metílico amp.			
	Benzina ml			

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Vania Silva Santos

TÉC. DE ENFERMAGEM

COREN-PB 1277967

Adriana elcária

MOD 066

MERCIA A DIPIRONA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME Iury Motos da Silva		IDADE 17a	SEXO M
DATA 21/01/19	PRESSÃO ARTERIAL 130x70	PULSO 120bpm	RESPIRAÇÃO Eupneica	TEMPERATURA	PESO
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA
	URINA				OUTROS
AP. RESPIRATÓRIO NON				ASMA	BRONQUIOS
AP. CIRCULATÓRIO NON				ELETROCARDIOGRAMA Ritmo sinusel	
AP. DIGESTIVO fum >8h		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO NON	
ESTADO MENTAL CO TÉ	ATARAXICOS	CORTICOIDES	AEROGIA DIPIRONA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ESTADO FÍSICO AII	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES Moga - No houve					
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA		APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	O ²				INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____
Líquidos	[AL] — [AL] — [AL] — [AL]			Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
VP. ARTERIAL PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO	ECG	260	RS — RS — RS — RS	MANUTENÇÃO 1) midazolam, s.c 5mg 2) Fentanil, s.c 100 mcg 3) Bupivacaína 0,5% lúpulo, 47,5mg 4) morfina 2T 100 mcg 5) dexametasona 10mg 6) ondansetron 3 mg 7) ceftriaxona 2g ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____	
		240		DESPERTAR: Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
		220		Com cânula: Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: Cânula grande	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	monitorizado, venículo prévia com bom feito, paciente surdo, otossíntese dorsolumbar, punção subaracnóidea L3-L4 com aquela tipo que é de 25g único mediana, reflexo de Chlávico, infuso i.v. de Alt grande.				
POSIÇÃO	0 → 2 → 1				
AGENTES	Auma retoxol				
TÉCNICA	Roquianestesia				
OPERAÇÃO					
CIRURGIÕES	Dr Bruno + Dr Yuri + Dr Euler				
ANESTESISTAS	Tâmara Vale				
OBSERVAÇÕES					
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.				PERDA SANGUÍNEA	

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA N° 000282/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000282/19 registrada em 21/11/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e um dias do mês de novembro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 11:43 horas, compareceu o Sr. IURY MATIAS DA SILVA, com 18 anos de idade, filho de ANTONIO DA SILVA e SANDRA MATIAS DOS SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Completo, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade N° 4.777.022, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 12404176404, residindo à rua SÍTIO RIACHÃO, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de AREIA - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 05h00min do dia 01.01.2019, estava se deslocando para a sua residência, trafegando pela Rua Cônego Rui Vieira, no centro da cidade de Remígio/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125 TITAN KS, ano/modelo 2003/2003, cor azul, chassi n° 9C2JC30103R182331, de placa MMP-0523/PB, licenciada em nome de Marivaldo Toscano de Oliveira, quando foi surpreendido por um animal (cachorro) que passou na frente da moto, tendo efetuado uma manobra brusca na tentativa de evitar o atropelamento e acabou esquerdo, causando-lhe fratura, sendo socorrido por populares e encaminhado para o hospital de Emergência e Trauma Que, informa ainda o comunicante que os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se sem chuva e a visibilidade do local era pouca, devido o horário do fato, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 21 de Novembro de 2019

Iury Matias da Silva

IURY MATIAS DA SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

Mat. 090.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666988

Vítima: IURY MATIAS DA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IURY MATIAS DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: IURY MATIAS DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001668

Conta: 0000060062-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

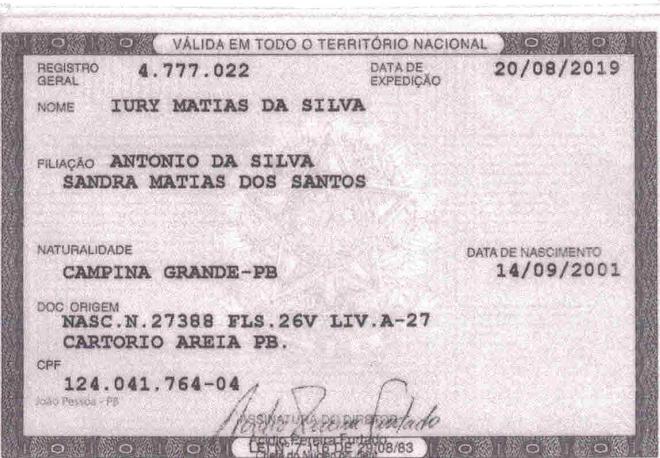
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01637/01638 - carta_15R - INVALIDEZ
00036819





Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 30/12/2019 14:37:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123014371290500000026330308>
Número do documento: 19123014371290500000026330308

Num. 27279684 - Pág. 1

Endereço da Unidade Consumidora:
MARIVARDO TOSCANO DE OLIVEIRA
 SIT RIACHAO, S/N - 58397000 - CEP: 58397000
 ÁREA RURAL
 AREIA (AG: 71)

Classe/Subcls.:RUR MTC B2-000/RURAL-IRRIGANTE
 Roteiro: 002 - 0072 - 173 - 0500
 Nº do Medidor: 00008029398
 MATRÍCULA: 0001432292-2019-11-4
 DOM. ENT.:

LIGAÇÃO: TRIFASICO
 DOM. BANC.: 00001 00293 0000000010137
 CNPJ/CPF: 016.103.414-49

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
 CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica
 Nº.: 033.855.893

Atendimento ao Cliente ENERGISA
 Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta.

0800 083 0196 ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

SEGUNDA VIA

Emissão: 06/11/2019

Identificador para Débito Automático: 0001432292-9

CONTA REFERENTE A

APRESENTAÇÃO

DATA PREVISTA DA PROXIMA LEITURA

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

Novembro/2019

11/11/2019

05/12/2019

5/1432292-9

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa s/ Tributos	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS(R\$)	Aliq. ICMS	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS/COFINS (R\$)	PIS (R\$) (0,8397%)	COFINS(R\$) (3,8679%)
0601	Consumo em kWh	100,000	0,414510	0,434980	43,49	0,00	0	0,00	43,49	0,36	1,68
0601	Adic. B. Amarela				1,26	0,00	0	0,00	1,26	0,01	0,05
0601	Adic. B. Vermelha				0,76	0,00	0	0,00	0,76	0,01	0,03
0610	Subsídio				13,73	0,00	0	0,00	13,73	0,11	0,53
<u>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</u>											
0906	Devolução Subsídio				-13,09	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Total:											
46,15 0,00 0,00 59,24 0,49 2,29											

CCI: Código de Classificação do Item

Total: 46,15 0,00 0,00 59,24 0,49 2,29

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVICO DISTRIBUICAO	15,84	34,32
COMPRA DE ENERGIA	22,81	49,43
SERVICO DE TRANSMISSAO	2,35	5,09
ENCARGOS SETORIAIS	2,37	5,14
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	2,78	6,02
OUTROS SERVICOS	0,00	0,00
TOTAL	46,15	100,00

- Valor Encargo Uso Sist. Distr. (Ref 09/2019): R\$ 22,07

VENCIMENTO

19/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 46,15

Reservado ao Fisco

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

RECIBO DO PAGADOR

NOTA FISCAL/CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Nº FATURA
33855893

MATRÍCULA
1432292-2019-11-4

VENCIMENTO
19/11/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 46,15

FATURA A SER QUITADA ATRAVÉS DE DÉBITO AUTOMÁTICO
CONSIDERAR ESTA NOTA FISCAL QUITADA SOMENTE APÓS O EFETIVO DÉBITO
NO BANCO 0001

CANAL DE CONTATO	FATURAS EM ATRASO	ATENÇÃO
VENCIMENTO	VALOR (R\$)	
Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.		Isento ICMS - Imóvel desocupado com acesso ao medidor

Consumo dos últimos doze meses										
MÊS	PONTA		FORA DE PONTA		PONTA		FORA DE PONTA		RESERVADO	
	CONSUMO FATURADO	DEM.MEDIDA	CONSUMO FATURADO	DEM.MEDIDA	ERE	DRE	ERE	DRE	CONSUMO	ERE
OUT	0		0							
SET	0		0							
AGO	0		0							
JUL	0		0							
JUN	0		0							
MAI	0		0							
ABR	0		0							
MAR	0		0							
FEV	0		0							
JAN	0		0							
DEZ	0		0							
NOV	0		0							

Estrutura do consumo																																																						
Periodo de Leitura: 07/10/2019 a 05/11/2019 Dias: 29 Demanda Contratada Ponta: Fora Ponta:																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">Dados da leitura</th><th colspan="5">Dados do consumo</th></tr> <tr> <th>UN. Posto</th><th>Atual</th><th>Anterior</th><th>K</th><th>Perdas(%)</th><th>Fat. Pot.</th><th>Aj. Fator Pot.</th><th>Medido</th><th>Faturado</th><th></th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>KWH Ponta</td><td>639</td><td>639</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>100</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>RSV Ponta</td><td>15711</td><td>15711</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>											Dados da leitura						Dados do consumo					UN. Posto	Atual	Anterior	K	Perdas(%)	Fat. Pot.	Aj. Fator Pot.	Medido	Faturado			KWH Ponta	639	639	1	0	0	0	0	100			RSV Ponta	15711	15711	1	0	0	0	0	0		
Dados da leitura						Dados do consumo																																																
UN. Posto	Atual	Anterior	K	Perdas(%)	Fat. Pot.	Aj. Fator Pot.	Medido	Faturado																																														
KWH Ponta	639	639	1	0	0	0	0	100																																														
RSV Ponta	15711	15711	1	0	0	0	0	0																																														
Referência: 09/2019																																																						
Tensão Contratada: 380 Límite Adequado: 350 a 399																																																						

 **Receba sua fatura por e-mail.**

Mais comodidade para o seu dia a dia.



Cadastre-se em nossos canais:

 Agências de Atendimento

 0800 083 0196  www.energisa.com.br

Indicadores de Qualidade

LÍMITES DA ANEEL	APURADO
DIC MENSAL	11,74
DIC TRIMESTRAL	23,48
DIC ANUAL	46,96
FIC MENSAL	7,67
FIC TRIMESTRAL	15,34
FIC ANUAL	30,69
DMIC	6,49
DICRI	16,60

Conjunto: Esperança

Referência: 09/2019

Tensão Contratada: 380

Límite Adequado: 350 a 399

DIC: n.º de horas que o cliente ficou sem energia.
 FIC: n.º de vezes que o cliente ficou sem energia.
 DMIC: duração, em horas, de maior interrupção de energia no período.
 DICRI: Duração da interrupção individual ocorrida em dia crítico.
 Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões nesta unidade consumidora implicarão direito à compensação. É direito do consumidor solicitar, a qualquer tempo, a apuração dos Indicadores de qualidade.

Você pode pagar sua fatura de energia nos seguintes lugares:

Locais para pagamento das contas de energia - Grupo A
 Qualquer agência bancária utilizando a ficha de compensação.

Locais para pagamentos das contas de energia - Grupo B
 Bancos: (Débito Automático); BANCO DO BRASIL / BANCOOB - SICOOB / BRADESCO / CAIXA ECONÔMICA FEDERAL / ITAÚ / SANTANDER / SICREDI
 Agentes credenciados
 BANCO DO BRASIL (CORRESPONDENTES BANCÁRIOS - PAGPÁCIL - BANCO POSTAL) / BNB / BRADESCO (CORRESPONDENTES BANCÁRIOS) / BRINKS E-PAGO / BANCOOB - SICOOB / CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, CASAS LOTTÉRICAS E CAIXA AQUITI / SICREDI / TRIBANCO
 Autoatendimento e internet
 BANCO DO BRASIL / BRADESCO / BANCOOB - SICOOB / BNB / CAIXA ECONÔMICA FEDERAL / ITAÚ / SANTANDER / SICREDI

CALL CENTER
0800 083 0196 24hs
ligação gratuita

Internet: www.energisa.com.br
 Deficiente Auditivo: **0800 086 1234**
 e-fax: **0800 086 1234**
 Ouvidoria Energisa: **0800 083 8585** (horário comercial) - Necessário ter o número do protocolo de atendimento

ARPB - Agência de Regulação do Estado da Paraíba
0800 727 0167 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis)
ANEEL (Agência Nacional de Energia Elétrica)
167 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis)
 Informações sobre condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e impostos encontram-se à disposição para consulta em nossas agências.

FIQUE ATENTO!
 Pagando sua conta em dia, você evita cobrança de multa de 2%, atualização monetária com base na variação do IGP-M, juros de 1% ao mês, corte no fornecimento de energia e demais transtornos.
 O pagamento dessa fatura não quita débitos anteriores. Somente haverá quitação da fatura paga com cheque após a compensação do mesmo.
 Caso não efetuar o pagamento de sua conta de luz até a data do vencimento, uma vez vencida, você estará sujeito à inclusão de seu nome nos órgãos de proteção ao crédito (SPC, SERASA e SCPC), e também estará sujeito ao protesto do documento junto aos órgãos competentes.





Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 30/12/2019 14:37:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123014371290500000026330308>
Número do documento: 19123014371290500000026330308

Num. 27279684 - Pág. 4

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: Tury Matias do Silva, brasileiro (a),
silveiro, agricultor portador da Cédula de Identidade nº:
4.777.022, inscrito no CPF nº: 124 1047 764 04, residente e domiciliado
na Rua Sítio Riachão, Nº 54, Bairro, zona rural,
na Cidade de Areia PB /PB.

OUTORGADO: INÁCIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob nº 21.472, com endereço profissional na Rua: Av. Dinamerica Alves Correia, 1020 - loja 02, Bairro: Dinamerica, na Cidade de Campina Grande/PB, 3334-1289/99988-5048/98769-2274.

PODERES: Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do Outorgante perante qualquer Entidade, autarquia ou Órgão na esfera Administrativa Estadual, Municipal e Federal ou 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).

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.

Campina Grande/PB, 05 de outubro de 2019

Tury Matias da Silva
Outorgante/Declarante



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA
CIVEL DA COMARCA DE AREIA-PB.**

IURY MATIAS DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG de nº 4777022, e CPF de nº 124.041.764-04, residente e domiciliado na Rua Sítio Riachão nº s/n, Bairro: Zona rural na cidade de Areia/PB, por intermédio do seu bastante procurador que esta subscreve, com escritório profissional localizado no endereço que consta no rodapé desta, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex^a, propor o presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT.

COMPLEMENTO

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-20.031.205, CNPJ 09.248.608.0001-04 expoно e ao final requerendo o seguinte:

AB INITIO, diante da situação financeira em que se encontra o Promovente requesta inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso a Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

É cediço que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, nada basta além do simples pedido, expoно a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial, conforme preceitua a Lei de nº. 1.060, de 05.02.1950 do Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.

DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO OU DE CONCILIACÃO

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

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 –B, Severino Cabral,
Bodocongó, Campina Grande – PB. CEP: 58430-340.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 30/12/2019 14:37:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123014370791500000026330312>
Número do documento: 19123014370791500000026330312

Num. 27279688 - Pág. 1

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 E DOS DIREITOS

No dia **01.01.2019**, o requerente foi vítima de acidente automobilístico, quando estava se deslocando para sua residência, trafegando pela Rua Cônego Rui Vieira, centro da cidade de Remígio/PB, conduzindo a motocicleta Honda/CG 125 TITAN KS, ano/modelo 2003, cor azul, chassi de nº 9C2JC30103R182331, de placa MMP/0523/PB, quando foi surpreendido por um animal (cachorro) que passou abruptamente na frente da moto, tendo efetuado uma manobra brusca na tentativa de evitar o atropelamento e acabou perdendo a direção, vindo cair ao solo e sofrido lesões graves, sendo socorrido por populares e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma em Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, o que ocasionou incapacidade permanente na parte autora, fatos estes, devidamente comprovados no teor do Boletim de Ocorrência da Polícia, Ficha de Internação e Cirurgia, todos em anexos.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes ao Autor, tais como o como **FRATURA DE OSSOS DA Perna ESQUERDA, ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIAS DE OSTEOSSÍTESE (PLACA/PINOS/PARAFUSOS)**, devido ao acidente, o que sem duvidas resultou no comprometendo total do membro, conforme se observa nos laudo médicos acostados aos autos e perícia a ser realizada.

Acontece que a parte autora, buscou seus direitos pela via administrativa, recebendo um valor irrisório de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL, TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora Líder em anexo.

Destarte, o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a redução funcional/invalidez dos membros supra mencionado corresponde ao valor Máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, descrita em lei especial.

O próprio nome do Seguro DPVAT é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

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 anexo, 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 acometeram 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.

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 –B, Severino Cabral,
Bodocongó, Campina Grande – PB. CEP: 58430-340.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048 / 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 30/12/2019 14:37:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123014370791500000026330312>
Número do documento: 19123014370791500000026330312

Num. 27279688 - Pág. 3

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 N° 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

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,

D O R E Q U E R I M E N T O:

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 complementação do pagamento da indenização em epígrafe, **fundada no valor de R\$ 11.137,50 (ONZE MIL, CENTO E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS) 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 inicio 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 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 copia do processo administrativo, pois seguem e anexo copias 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 encontra-se em anexo;

09 – **requer a produção de prova pericial**, oficiando o NUMOL/PERITO a ser nomeado por V. Excelência, 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\$ 11.137,50 (ONZE MIL, CENTO E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

Campina Grande - PB, em 30 de Dezembro de 2019.

**INACIO BRUNO SARMENTO
- Advogado - OAB/PB 21.472**

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 –B, Severino Cabral,
Bodocongó, Campina Grande – PB. CEP: 58430-340.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 30/12/2019 14:37:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123014370791500000026330312>
Número do documento: 19123014370791500000026330312

Num. 27279688 - Pág. 5

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)

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 –B, Severino Cabral,
Bodocongó, Campina Grande – PB. CEP: 58430-340.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

11059

Hospital: de Convenção e Trânsito de São Paulo Código: _____
Procedimento: Intervenção em filos Cód. Procedimento: _____
Paciente: Juci Mato da Silva
Data da Cirurgia: 21/03/19 Nº prontuário: 1804513 Convênio: _____
Cirurgião: Dr. Bruno Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRICA DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4.3 mm)	Nº	24	26	30	30			
	Qtd.	01	04	02	01			
Cód.								
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
Cód.								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
Cód.								

OBS : O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS
Condições de Pagamento: _____
Faturar N.F para: _____
Cód. do consultor: _____ Total: _____
Cód. Instrumentador: _____

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodoro Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

ALÉRGICO A DI
ALUMNA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDE

ALÉRGICO A DIPROTONA Diagnóstico

metodo
FOLHA DE TI
19/01

Maria-Toni-Maria der Schre



14/04/2001



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS +

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Iury Matos da Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 21 04 11

Nº PRONTUÁRIO: 1804595 FICHA:

DIAGNÓSTICO: Fratura de ossos do perna esquerda

PROCEDIMENTO: Tratamento cirúrgico

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Bruno Torres





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Iury Matias da Silva PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 5 82 NO CID. DURANTE O PERÍODO DE 01 / 01 / 17 À 23 / 01 / 19 NECESSITANDO DE 90 (novecento) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 23 / 01 / 19

Ass. do Médico - Nº. do CRM

Dr. Euler Fabrício A. C. S.
M.R. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
FAX-PD 9907

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o Dr., _____ a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Areia**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800800-21.2019.8.15.0071

DESPACHO

Vistos, etc.

I. Defiro os benefícios da gratuidade da justiça à requerente, na forma do art. 98, do NCPC, até que sobrevenha comprovada modificação da situação financeira afirmada.

II. Dispenso a realização da audiência de conciliação prevista no artigo 334 do CPC/2015, valendo-me aqui da regra insculpida no art. 139, II do CPC/2015.

III. Cite(m)-se o(s) promovido(s), por meio de carta com aviso de recebimento, para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 335, III, c/c art. 231, I, ambos do CPC, sob pena de ser(em) considerado(a)(s) revel(éis) e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora, no que couber (CPC, art. 344).

IV. Apresentada resposta na modalidade de contestação, intime(m)-se o(a)(s) Autor(a)(es) para se manifestar(em) no prazo de 15 (quinze) dias.

V. Outrossim, remeta-se cópia da inicial e do BO (ID Num. 27279682 - Pág. 1), acompanhado deste despacho à Delegacia de Policial Civil a fim de apurar eventual prática de crime de trânsito (art. 309, do CTB) por parte do(a) promovente: **IURY MATIAS DA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG de nº 4777022, e CPF de nº 124.041.764-04, residente e domiciliado na Rua Sítio Riachão nº s/n, Bairro: Zona rural na cidade de Areia/PB., bem como de quem cedeu o veículo ao(a) mesmo(a).

CUMPRA-SE.

AREIA, data de validação do sistema..

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: ALESSANDRA VARANDAS PAIVA MADRUGA DE OLIVEIRA LIMA - 21/03/2020 11:12:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003211003025000000028199654>

Número do documento: 2003211003025000000028199654

Num. 29271966 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Areia**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800800-21.2019.8.15.0071

DESPACHO

Vistos, etc.

I. Defiro os benefícios da gratuidade da justiça à requerente, na forma do art. 98, do NCPC, até que sobrevenha comprovada modificação da situação financeira afirmada.

II. Dispenso a realização da audiência de conciliação prevista no artigo 334 do CPC/2015, valendo-me aqui da regra insculpida no art. 139, II do CPC/2015.

III. Cite(m)-se o(s) promovido(s), por meio de carta com aviso de recebimento, para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 335, III, c/c art. 231, I, ambos do CPC, sob pena de ser(em) considerado(a)(s) revel(éis) e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora, no que couber (CPC, art. 344).

IV. Apresentada resposta na modalidade de contestação, intime(m)-se o(a)(s) Autor(a)(es) para se manifestar(em) no prazo de 15 (quinze) dias.

V. Outrossim, remeta-se cópia da inicial e do BO (ID Num. 27279682 - Pág. 1), acompanhado deste despacho à Delegacia de Policial Civil a fim de apurar eventual prática de crime de trânsito (art. 309, do CTB) por parte do(a) promovente: **IURY MATIAS DA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG de nº 4777022, e CPF de nº 124.041.764-04, residente e domiciliado na Rua Sítio Riachão nº s/n, Bairro: Zona rural na cidade de Areia/PB., bem como de quem cedeu o veículo ao(a) mesmo(a).

CUMPRA-SE.

AREIA, data de validação do sistema..

Juiz(a) de Direito

