



1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

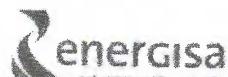
0

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta.

Retorne para simples pagamento na nota fiscalizada da energia elétrica - Nº 038.806.934



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. 16.015.623-0

## DADOS DO CLIENTE

JOSE ALVES DA SILVA FILHO  
RUA JOSE GOMES DE SOUZA 92  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/321225-5

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

FEV/2020

12/02/2020

238

16/03/2020

R\$ 204,15

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 08512.087175 9 81960000020415

Pagador: JOSE ALVES DA SILVA FILHO CNPJ/CPF: 148.043.364-00

RUA JOSE GOMES DE SOUZA 92 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008512087	000321225202002	16/03/2020	R\$ 204,15	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 04/03/2020 16:34:06  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030416340237400000027742401>  
Número do documento: 20030416340237400000027742401

Num. 28782264 - Pág. 1



## PROCURAÇÃO COM PODERES GERAIS E ESPECIAIS

**OUTORGANTE:** WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO  
 (nacionalidade) BRASILEIRO, (estado civil) casado,  
 (profissão) POLITICO, portador do RG nº 3.404.840,  
SSD/SI/PB, inscrito no CPF nº 088.494.074-83, residente e domiciliado (a) na Rua:  
Quadra A lote 04 nº 511, Bairro Bairro das Indústrias  
 CEP \_\_\_\_\_, na cidade de João Pessoa - PB, endereço  
 eletrônico: SEM ENDEREÇO ELETRÔNICO OBS: \_\_\_\_\_

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

**PODERES:** Pelo presente instrumento de mandato, nomeia e constitui seus bastantes procuradores supracitados, aos quais confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, inclusive com a cláusula “*ad judicia et extra judicia*”, a fim de que possam defender os interesses e direitos do (a) outorgante, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, Repartição Pública, Autarquia (em especial ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena para requerer e receber PRONTUÁRIO MÉDICO e requerer benefícios e documentos junto ao INSS), Entidade Paraestatal, Instituição Financeira Pública ou Privada, propondo ação competente em que o (a) outorgante seja parte interessada, receber citação e intimações, fazer notificações judiciais e extrajudiciais, retirar documentos e prontuários médicos, reclamar, requerer justiça gratuita, conciliar, desistir, renunciar direitos, transigir, recorrer, levantar alvarás junto à Caixa Econômica Federal e/ou Banco do Brasil ou qualquer instituição financeira, receber e dar quitação, firmar compromissos, prestar declarações, enfim, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato.

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

### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

As partes outorgantes declaram, nos termos da Lei nº 1.060/50 (Lei da Assistência Judiciária Gratuita), que é pobre na forma da legislação de regência e que, por isso, não tem condições de arcar com as custas processuais sem comprometer o sustento próprio e de sua família.

João Pessoa - PB, 27/11/2019.  
 Local e data

Washington Ferreira Carneiro  
 Assinatura do Outorgante

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



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01796.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01796.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:54 horas do dia 17 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu Washington Ferreira Carneiro, CPF nº 088.494.074-83, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Maria do Socorro Ferreira Carneiro e Benito Carneiro da Silva Sobrinho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/03/1989 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Gomes de Sousa, Nº 92, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Escola Maria de Fátima Antônio Maior, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98668-2485.

#### Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Cruz das Armas, Em Frente Ao Bem Mais Supermercado., João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas;  
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/10/19 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

#### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 18/10/2019 por volta das 17:00 horas, na Av. Cruz das Armas; João Pessoa-PB, o declarante foi vítima de atropelamento pelo ônibus da empresa transnacional prefixo 0863 linha Esplanada 102, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelos Bombeiros para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde, conforme Certidão nº 0178/2020, foi diagnosticado FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 2º e 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

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

João Pessoa/PB, 17 de fevereiro de 2020.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO  
Noticiante

Procedimento Policial: 01796.01.2020.1.00.401

1/1





VISTO EM: 27/11/19  
FERNANDA Diniz L. de C. Barros  
Nº 164 QOBM  
Comendante 525.BAPH  
Matrícula: 525.953-7

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 27 de novembro de 2019.

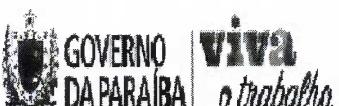
**CERTIDÃO N°. 0260/2019**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 18/10/2019, solicitado pelo(a) interessado(a), consta que foi socorrido por volta das 17h40min O Sr. WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO, CPF nº 088.494.074-83, vítima de Colisão Ônibus x Carro. Ocorrido na Avenida Cruz Das Armas, Cruz das armas, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-39, tendo como chefe o SGT BM WALLISSON CARDOSO GUEDES, Matrícula 525.953-3. Vítima consciente e orientada com corte contuso na mão esquerda, uma possível fratura de metacarpo e dedo anelar esquerdo. Após os procedimentos de imobilização a referida guarnição o transportou na viatura acima citada para o complexo Hospitalar de Mangabeira Tarcísio de Miranda Buriti (Trauminha).

Para constar, eu Valdeci Silva dos Santos - SD BM, Mat. 526.040-0, auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

NL Cap Thalita Nazário Chaves  
Chefe da 3ª Seção

Thalita Nazário Chaves  
Mat: 525.960-6



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba – Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar  
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3218-7979 - E-mail: baphbm@gmail.com





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200080117**      **Vítima: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO**

Data do Acidente: 18/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a). WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15531687



Zan 00777/00778 - carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 04/03/2020 16:34:20  
<http://pjeb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030416341791300000027742420>  
Número do documento: 20030416341791300000027742420

Núm. 28782283 - Pág. 1

## RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0064791/20

Vítima: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO

CPF: 088.494.074-83

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/10/2019

Titular do CPF: WASHINGTON FERREIRA  
CARNEIRO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

**WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO : 088.494.074-83**

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

3200080557

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/02/2020  
Nome: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO  
CPF: 088.494.074-83

WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03



NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 04/03/2020 16:34:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030416342420900000027742422>

Número do documento: 20030416342420900000027742422

Num. 28782285 - Pág. 1



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima: **088.494.074-83** 4 - Nome completo da vítima: **WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: <b>WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO</b>	6 - CPF: <b>088.494.074-83</b>
7 - Profissão: <b>MOTORISTA</b>	8 - Endereço: <b>RUA: José Gomes de Souza</b>
11 - Bairro: <b>MANGA</b>	12 - Cidade: <b>JOÃO PESSOA</b>
15 - E-mail:	13 - Estado: <b>PB</b> 14 - CEP: <b>58300000</b>
	16 - Tel.(DDD): <b>(83) 9407-6571</b>

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:  
 19 - Profissão do Representante Legal:

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

### 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

### 21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1033** CONTA: **54538** **g**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima  Sim teve filhos?  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim teve irmãos?  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim pais/avós vivos?  Não

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

34 	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  _____  36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  _____  37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)  	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha 39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha
--------	---	--

40 - Local e Data, **João Pessoa - PB 17/10/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





## CERTIDÃO

Nº. 0178/2020

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity certifica a constatação de Ficha Atendimento Nº271609 e Prontuário nº 2019.10.2138 pertencentes ao paciente **WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO** que foi atendido dia 18/10/2019 às 18h17min, vítima de atropelamento por ônibus, apresentando trauma em Mao esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de falange proximal do 2º e 3º quirodáctilo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 18/10/2019 e 23/10/2019. Alta médica dia 23/10/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 31 de janeiro de 2020

\_\_\_\_\_  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 271609 Atd: Nao Regul  
Data: 18/10/2019  
Hora: 18:17:23  
Repcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO

Num. Prontuario: 2019.10.002138

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 088.494.074-83

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3404840 Fone: 993505237

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/03/1989 Id: 30 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 0

Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA DO SOCORRO FERREIRA CARNEIRO Pai: BENEDITO CARNEIRO DA SILVA SOBRINHO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO

Tel/Doc. Responsavel: 993505237 / IDENTIDADE: 3404840

Residencia: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIRO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave
FC:	TP:	[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao
Peso:	Altura:	[ ] Hemorragia [ ] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[ ] Diarreia [ ] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[ ] Regular [ ] Chocado
Sexta Principal		[ ] Vomito

Observacao

RESUMO DE ATROPELAMENTO POR ONIBUS. APRESENTA TRAUMA CONTUSO EM MAO ESQUERDA

VEIO COM O SAMU

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Prescricao | Horario da medicacao

Dipirona 200cc a 1000ml  
WPCA 250mg 1 vez ao dia

Dr. Jose Gutemberg C. de Lima  
Especialista Artroplastia Total  
de Joelheira e Quadril  
CRM - 1738





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Washington Ferreira Carneiro Data da Admissão: 18/10/19  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: Rua Vital de França s/n

HDA: mais qd expectativa  
expectativa = 23 = quando  
qd

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### **Interrogatório Sintomatológico:**

**Geral:** [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ]Prurido [ ]Sudorese [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoco:** [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise [ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume

**AGU:** [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

**SN e PSQ:** [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_ [ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_  HTFCirurgias: \_\_\_\_\_ 

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ mmHg  
FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Conduta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Washington F. Correiro				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: 18/10/19	Cirurgião: Dr. Luciano	1º Assistente: Dr. Rauan			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I: T:			
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					
fx exp Fr do 2º e 3º DDE					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
O lesteve					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					
TTO Cirúrgico pt diag a clivada					
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( ) Sim 2 ( ) Não	Descreva:			
Biópsia de Congelação:	1 ( ) Sim 2 ( ) Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 04/03/2020 16:34:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030416343155800000027742825>  
Número do documento: 20030416343155800000027742825

Num. 28782288 - Pág. 4

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

01. paciente em ORH sob anestesia (bloqueio p/ax)
02. Assepsia + Asepsia + aposição Caudaplastia estéril

### Incisão:

Ø

### Achados:

01. fx exp de Fr. do 2º e 3º QDE
02. frêos Corpo confuso circunar em 2ºQDE.

### Conduta:

01. Limpeza exaurina cl 5% (500ml)
02. Desbridamento Cirúrgico
03. Reduções

### Fechamento:

01. Sutura cl nylon 3.0
02. Curativo.

### OBS:

01. Tafa luna

Data: 18/10/19

Dr. Luciano Soares da Piedade  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-PB 03220

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangaíra II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 04/03/2020 16:34:32

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030416343155800000027742825>

Número do documento: 20030416343155800000027742825

Num. 28782288 - Pág. 5



Nome: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO				Registro: 2019050113	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: Ortopedía	EMP:	LR:
Data: 23 / 10 / 2019			Cirurgião: Luís Filipe Lessa		
1º Assistente: Flávio Loyola			2º Assistente:		
Anestesista: MAYRA			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO CID					
<i>Fratura de falange proximal do 2º 3º qde</i> S626					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO CID					
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) CÓDIGO					
<i>Redução + gesso</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa – PB

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA



**Posição e Preparo:**

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

**Incisão:**

Redução de fratura + gesso luva em garrafa

**Achados:****Conduta:****Fechamento:****OBS:**

Data: \_23/\_10/\_2019\_

D. Luis Felipe Lessa  
Traumatologista / Ortopedista  
Cirurgião de Mão / Microcirurgião  
CRM-PB 10.206 T20173223

MÉDICO/CRM



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		URASINETOU FERNEZA CAVERNO		PRONTUÁRIO N°	2019102138
IDADE	SEXO	CLINICA		SEXO	LENTO
DATA DE ADMISSÃO		18/10/19	DATA DE ALTA	23/10/19	
DIAGNÓSTICO INICIAL					
Fractura os - multíplos ossos - CID S626					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
(Fr 2/3º grau)					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO					
Fratura seu desvio rotacionar (Hb cavernoso)					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATHOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)					
Fora cura em gesso e manta					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA:					
REPOSO:	Relativo em casa por 30 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.				
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA : Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA:					
RETORNO	Ao posto de saúde em 30 para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.				
23/10/19.			Dr. Luis Felipe Lessa Traumatologia / Ortopedia Cirurgia da Mão / Microcirurgia CRM-PB 00114320		
DATA					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento ao paciente na rede pública					
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Março de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200080117**      **Vítima: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO**

**Data do Acidente: 18/10/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01855/01856 - carta\_05 - INVALIDEZ



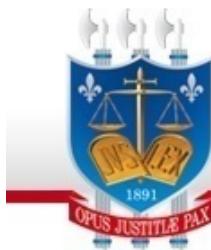
00040928

Carta nº 15569516



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 04/03/2020 16:34:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030416343223500000027742827>  
Número do documento: 20030416343223500000027742827

Num. 28782290 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO  
**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA**

**PJe**  
PROCESSO JUDICIAL  
ELETRÔNICO

---

**1ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA**

**Processo número - 0801930-36.2020.8.15.2003**

**CLASSE:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

**ASSUNTO(S):** [SEGURO]

**AUTOR:** WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO

Advogado do(a) AUTOR: LUCIANO DA SILVA MENEZES - PB25228

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

---

**DESPACHO**

Analisando-se os autos, observa-se que a parte autora requereu a gratuidade judiciária, entretanto, na inicial, aponta sua profissão como sendo de **porteiro**, sem que se tenha maiores informações de sua situação financeira.

Sendo assim, considerando, também, a natureza da demanda, intime-se a parte autora para, em quinze (15) dias, emendar a inicial, juntando a guia de custas, consoante §3º, do art. 1º, da PORTARIA CONJUNTA - TJPB/CORREGEDORIA-GERAL Nº 02/2018, de 28.11.2018, publicada no DJE de 29.11.2018.

No mesmo prazo acima assinalado, deve a parte autora juntar aos autos documentos que demonstrem a hipossuficiência alegada, a exemplo de contracheque e/ou Declaração de Imposto de Renda, sob pena de indeferimento do pedido.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]  
**Juíza de Direito**



Assinado eletronicamente por: CLAUDIA EVANGELINA CHIANCA FERREIRA DE FRANCA - 05/03/2020 17:42:27  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030517384437900000027745079>  
Número do documento: 20030517384437900000027745079

Num. 28784945 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO  
**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA**

**PJe**  
PROCESSO JUDICIAL  
ELETRÔNICO

---

**1ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA**

**PROCESSO NÚMERO -**

**CLASSE:**

**ASSUNTO(S):** [Seguro]

**AUTOR: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO**

Nome: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO

Endereço: R JOSÉ GOMES DE SOUZA, 92, MANGABEIRA, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58055-420

Advogado do(a) AUTOR: LUCIANO DA SILVA MENEZES - PB25228

**REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

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

Endereço: Da Assembleia, 100, Andar 26, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904

---

## **DECISÃO**

Compulsando-se os autos, observa-se que a parte promovente requereu a gratuidade judiciária. Afirmou exercer a função de porteiro.

O art. 99, § 3º, do CPC, estabelece a presunção de insuficiência quando alegada apenas em favor de pessoa natural.

Com efeito, tal presunção é aceita quando inexiste prova que afaste a alegação de hipossuficiência financeira.

Assim, **DEFIRO O PEDIDO DE JUSTIÇA GRATUITA.**

Prossiga-se o feito.

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

Em que pese entendimento anterior, na interpretação do texto legal, deve ser observado que a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. A formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destacamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em análise, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócuas.

A experiência prática demonstra que as seguradoras não vêm realizando acordos em



Assinado eletronicamente por: CLAUDIA EVANGELINA CHIANCA FERREIRA DE FRANCA - 21/05/2020 16:10:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052116104579000000029609596>

Num. 30840982 - Pág. 1

Número do documento: 20052116104579000000029609596

demandas congêneres, até mesmo quando se antecipa a produção da prova pericial, o que torna sem sentido a designação de audiência prévia de conciliação.

Assim, em razão da repetida informação, em audiências designadas em processos similares, de que as seguradoras não realizam mais acordos em audiência, independentemente do resultado da perícia ou de qualquer outro elemento, perdeu o objeto a designação prévia, sem que o processo esteja maduro para julgamento. Desta forma, ante a constatação fática da predisposição em não conciliar por parte das seguradoras, prudente que seja formado o contraditório, em obediência ao princípio da economia processual e, somente então, seja designada audiência, ocasião em que a perícia será realizada previamente, estando o processo apto a ser julgado.

Dessa forma, cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344, do CPC.

Servirá esse despacho como mandado.

Cumpra-se.

P. I. Cumpra-se.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]  
**Juíza de Direito**

