



Número: **0801930-36.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **04/03/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO (AUTOR)		LUCIANO DA SILVA MENEZES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
28781 637	04/03/2020 16:36	Petição Inicial	Petição Inicial
28782 253	04/03/2020 16:36	PETIÇÃO INICIAL	Outros Documentos
28782 260	04/03/2020 16:36	RG E CPF	Documento de Comprovação
28782 264	04/03/2020 16:36	COMPROVANTE DE RESIDENCIA	Documento de Comprovação
28782 268	04/03/2020 16:36	PROCURAÇÃO	Procuração
28782 272	04/03/2020 16:36	BOLETIM POLICIAL	Documento de Comprovação
28782 277	04/03/2020 16:36	OCORRENCIA DO SAMU	Documento de Comprovação
28782 283	04/03/2020 16:36	COMPROVANTE DE PEDIDO DE DPVAT	Documento de Comprovação
28782 285	04/03/2020 16:36	COMPROVANTE DE SINISTRO	Documento de Comprovação
28782 286	04/03/2020 16:36	PEDIDO DE SEGURO DPVAT	Documento de Comprovação
28782 287	04/03/2020 16:36	CERTIDÃO E LAUDO	Documento de Comprovação
28782 288	04/03/2020 16:36	PRONTUARIO MÉDICO E LAUDO	Documento de Comprovação
28782 290	04/03/2020 16:36	COMPROCANTE DE NEGATIVA	Documento de Comprovação
28784 945	05/03/2020 17:42	Despacho	Despacho
30840 982	21/05/2020 16:10	Decisão	Decisão

PETIÇÃO INICIAL EM ANEXO:





Direito Médico e
Previdenciário

Luciano Silva Menezes - OAB/PB 25.228


Luciano Menezes
ADVOGADO

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ(A) DE
DIREITO DA _____VARA REGIONAL DE MANGABEIRA
COMARCA DE JOÃO PESSOA- PARAÍBA.**

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

WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO, brasileiro,
casado, porteiro, CPF/MF: **088.494.074-83**, RG nº 3.404.840 SSDS/PB, sem
endereço eletrônico, residente e domiciliado na Rua: Jose Gomes de Souza, nº 92
, Mangabeira, João Pessoa-PB, Cep: 58.055-420, por seus procuradores infra-
assinado, conforme procuração anexa, com escritório na Rua: Cônego
Nicodemos Neves, nº 60, – Estados, CEP 58033-455, João Pessoa - PB,
endereço que indica para onde deverão receber quaisquer correspondências e/ou
notificações para os fins do art. 77, V, do CPC, vem a presença de Vossa
Excelência, propor

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

Em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS
DO SEGURO DPVAT S/A**, inscrita no CNPJ 09.248.608/0001-04, com sede na
Rua: Da Assembleia, nº 100, Andar 26, Bairro: Centro, CEP 20.011-904, Rio de
Janeiro/RJ, Telefone (21) 3861-4600 pelos motivos de fatos e de direito que passa a
seguir:

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





I – PRELIMINARMENTE

DO DIREITO AO BENEFÍCIO DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

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

Assim sendo, diante da situação, vem requerer a concessão da Justiça Gratuita para todos os efeitos, nos conformes da Lei nº 1.060/50 e seus artigos.

II - DOS FATOS

1. O demandante conforme consta no registro de ocorrência policial (DOC. ANEXO) sofreu um acidente de trânsito (atropelamento por um onibus) na data de 18/10/2019 por volta das 17h 40min, decorrente deste restou ao mesmo sequelas corporais de caráter permanente.

2. Posteriormente ao fato, o requerente foi socorrido para o Complexo hospital de Mangabeira localizado nesta capital, onde foi submetido a exames de Raio X que foi diagnostica com **FALANGE PROXIMAL DO 2º E 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, ONDE FOI SUBMETIDO A UMA CIRURGIA** conforme laudo médico expedido no pelo Hospital conforme laudo e prontuário medico em anexo.

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





4. Nobre Julgador, o autor sente dificuldades e, em decorrência do acidente, perdeu a movimentação do **FALANGE PROXIMAL DO 2º E 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO**, vem tendo fortes dores no membro, não conseguindo mais fazer suas tarefas rotineiras mais simples.

5. Considerável foram os prejuízos e as limitações ocasionadas em razão das fraturas sofridas, prejuízos esses que acompanham o requerente até os dias atuais e que acompanharão por toda a vida.

6. Portanto, possuindo direito assegurado em Lei, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização junto à **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**.

7. Preenchido os requisitos para o recebimento da indenização, o autor encaminhou seu pedido. Juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e exigido pela seguradora e que são costumeiramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (DPVAT/INVALIDEZ), o requerente teve seu pedido autuado através do número do sinistro **3200080117**.

8. Certo do recebimento da indenização em conformidade com as suas gravidades de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré, tamanha **fora a surpresa desta quando negado o pagamento do seguro pela com fundamentação deque apos analises da documentação apresentada não foi constatada sequelas permanentes. (DOC. ANEXO)**

9. Apesar de todos os documentos médicos apresentados pelo requerente de sua gravidade, a parte ré nega ao segurado aquilo que lhe é devido por direito.

10. Conforme se demonstra Excelência, o segurado, por hora autor, juntou ao seu pedido administrativo, certidão de ocorrência policial relatando o acidente de trânsito, ficha de atendimento ambulatorial, documentação médica (laudos e prontuários) com as lesões e as limitações, conta

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





do banco, comprovante de residência e mesmo assim, teve como resposta da ré, uma negativa do pagamento.

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

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

III – DO DIREITO

Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação nos termos da lei nº. 6.194/74, e com base no seu art. 3º desta mesma norma, que estabelece que os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, conforme se vê abaixo:

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:

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



- I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;
- II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;
- III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

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

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT - ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO - SEQUELA - DANO DEFINITIVO PARCIAL INCOMPLETO - MEMBOR SUPERIOR ESQUERDO - GRADUAÇÃO MÉDIA DA INCAPACIDADE PERMANENTE 50% (CINQUENTA POR CENTO) - OBSERVÂNCIA DA TABELA ANEXO DA LEI Nº 6.194/1974 - QUANTUM ESTIPULADO NA SENTENÇA CORRETAMENTE - MANUTENÇÃO DA SENTENÇA - ART. 932, IV, A DO CPC/15 - DESPROVIMENTO DA APELAÇÃO. - A Súmula nº 474 do Superior Tribunal de Justiça respalda que: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

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

O seguro DPVAT, dando comumente conhecido como seguro obrigatório, cumpre importante função social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no Trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.

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





A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre.

A Seguradora Líder é a atual responsável de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT.

O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária.

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. (grifo nosso)

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

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

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

Mediante a entrega dos seguintes documentos:

“registro da ocorrência no órgão policial competente”.

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



Os documentos anexados nesta exordial solicitados pela seguradora e apresentados pelo autor, provando de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele **FALANGE PROXIMAL DO 2º E 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO**), deixando com sequelas, com tudo, fazendo jus a parte autora ao recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

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

SÚMULA 474

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

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

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

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

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



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

No mesmo sentido, o Código Civil dispõe:

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

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

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

DPVAT. Seguro obrigatório. Acidente automobilístico. Sequelas residuais permanentes. Obrigatoriedade do pagamento do DPVAT às vítimas de acidentes. De acordo com entendimento do Superior Tribunal de Justiça, a indenização do seguro, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. Incidência da correção monetária desde o evento danoso, nos termos da súmula 580 do STJ. Provimento parcial do recurso. (TJ-RJ – APL:

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





01481217420148190001 RIO DE JANEIRO
CAPITAL 44 VARA CÍVEL, Relator: FERDINALDO
DO NASCIMENTO, DÉCIMA NONA CÂMARA
CÍVEL, Data da Publicação: 11/05/2018)

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

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

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

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

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

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





IV – DOS REQUERIMENTOS FINAIS

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

- a) Que não seja designado audiência prévia de conciliação ou mediação, nos termos do art. 319 VII, do CPC/2015;
- b) Que seja a Ré devidamente citada por AR, para, querendo, contestar a presente ação no prazo estipulado para o Rito Sumário;
- c) Que seja concedido o benefício da **justiça gratuita** para o demandante por este não ter como arcar com as custas processuais sem prejuízo do seu próprio sustento e de sua família, conforme declaração de pobreza em anexo;
- d) Caso entenda pertinente que o Ilustre Magistrado marque **LIMINARMENTE** perícia médica judicial, que seja à custa da parte ré por se tratar de fato impeditivo do direito, já que a seguradora negou-lhe pela via administrativa o direito do autor, cabendo a esta arcar com o ônus, de acordo com a resolução 03/2013 do TJPB;
- e) Caso seja determinado a perícia, que o perito de o grau da seqüela e se devido essa seqüela ficou com alguma dificuldade permanente na **FALANGE PROXIMAL DO 2º E 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO** ;
- f) Que julgue procedente o pedido contido na inicial para que a demandada pague ao autor o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) devidamente corrigidos do evento danoso e com juros da citação;
- g) Que seja a demandada condenada a pagar os honorários advocatícios no patamar de 20% sobre o valor da causa;
- h) Requer provar o alegado por todos os meios de provas cabíveis, como testemunhal, documental ou quaisquer outras admitidas no direito;
- i) Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais a serem arbitrados por Vossa Excelência;

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





Direito Médico e
Previdenciário

Luciano Silva Menezes - OAB/PB 25.228



Luciano Menezes
ADVOGADO

j) Requer, por fim que todas as intimações seja em nome do ADVOGADO Dr.

Luciano da Silva . Menezes (OAB/PB 25.228), sob pena de nulidade dos atos.

Dar-se a causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes Termos,

Pede e Espera Deferimento

João Pessoa/PB, 04 de março de 2020.

LUCIANO DA SILVA MENEZES

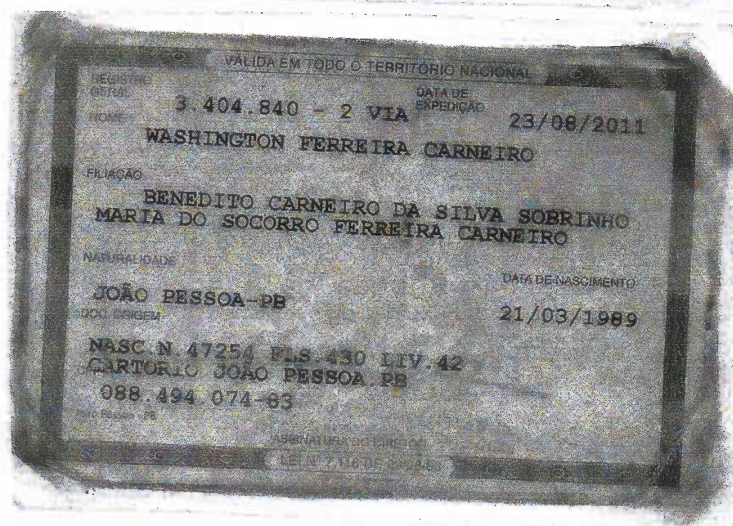
Advogado
OAB/PB 25.228

DOCUMENTOS DIVERSOS

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

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



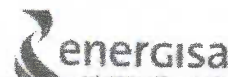


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta.

Recibo para simplificar pagamento da nota fiscalizada no energia elétrica - Nº 038.806.934



ENERGISA PARAIBA - 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

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/321225-5

REFERÊNCIA

FEV/2020

APRESENTAÇÃO

12/02/2020

CONSUMO

238

VENCIMENTO

16/03/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 204,15

Acesse: 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

09.095.183/0001-40

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



Direito Médico e
Previdenciário

Luciano Silva Menezes - OAB/PB 25.228

Luciano Menezes
ADVOGADO

PROCURAÇÃO COM PODERES GERAIS E ESPECIAIS

OUTORGANTE: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO,
(nacionalidade) BRASILEIRO, (estado civil) CASADO,
(profissão) PROTEIMO, portador do RG nº 3.404.840, SSDS/PB,
inscrito no CPF nº 088.499.074-83, residente e domiciliado (a) na PUA:
Quadrado A Lote 04, nº 5/N, Bairro BATIDA 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 ✉





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 Fatima Antonio 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, excepo 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





VISTO EM: 27/11/19

FERNANDA Diniz L. de C. Barros

Nº 20000000027742414

Comandante BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 27 de novembro de 2019.

CERTIDÃO Nº. 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 Burity (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.

NLS Cap Thalita Nazário Chaves
Thalita Nazário Chaves
Chefe da 3ª Seção

Thalita Nazário Chaves
Mat: 525.960-6



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**viva
o trabalho**

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. 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, contatos 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,

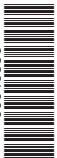
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você


Carta nº 15531687

Pag. 00777/00778 - carta_01 - INVALIDEZ

00040389



RECIBO 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

CPF de: Próprio

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

3200080117

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 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



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: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO 6 - CPF: 088.494.074-83
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA: JOSE GOMES DE SAUS 9 - Número: 92 10 - Complemento:
11 - Bairro: MANAUS 12 - Cidade: JOAO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 9407-6571

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4033 CONTA: 54538 9 AGÊNCIA: CONTA:

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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo 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) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOAO PESSOA - PB 17/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



CERTIDÃO

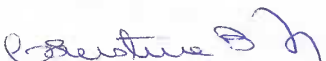
Nº. 0178/2020

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, dato 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 HOSPIÇAL 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
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO Num. de vezes atendido: 1
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 088.494.074-83 Num. Prontuario: 2019.10.002138
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
cedencia: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIRO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Leixa Principal

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

VEIO COM O SAMU

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Anestesiologia Total
de Joelha e Quadril
CRM - 1738



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Washington Pereira 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: ____/____/____

QPD: Rt vlt d. hmo d.

HDA: mas cgl expect fcl
expect d c-3-querrel
cgl

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
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Soluço ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melenas ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposouso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ [] HTF

Cirurgias: _____

[] 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: <u>Washington F. Conceição</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>18/10/19</u>	Cirurgião: <u>Dr. Luciano</u>			1º Assistente: <u>Dr. Raimon</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>fx exp F1 do 2º e 3º DDE</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>TTO Cirurgico p/ diag a ciuma</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) 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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

01. paciente em JH sob anestesia (bloqueio plexo)
02. Alcepra + Anfiprepria + aponição campo estereis

Incisão:

Ø

Achados:

01. fx exp de F. do 2º e 3º QDE
02. fratura Corto Contuso Circular em 2º QDE.

Conduta:

01. Limpeza exaustiva CI 850.9% (5000ml)
02. desbridamento Cirúrgico
03. Redução

Fechamento:

01. Sutura CI nylon 3.0
02. Curativo.

OBS:

01. Tala Luva

Data: 18/10/19

Dr. Luciano Gomes da Piqueiro
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 8329

MÉDICO/CRM

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



Nome: WASHIGTON FERREIRA CARNEIRO				Registro: 2019050113	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: 23 / 10 / 2019			Cirurgião: <i>Luís Filipe Lessa</i>		
1º Assistente: <i>Flávio Loyola</i>			2º Assistente:		
Anestesista: MAYRA			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura de falange proximal do 2º 3º qde</i>					<i>S626</i>
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

DESCRIÇÃO 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:

Dr. Luis Felipe Lessa
Traumatologia / Ortopedia
Cirurgião de Mão / Microcirurgia
CRM-PB 18200 T-OT 13023

MÉDICO/CRM

Data: 23 / 10 / 2019

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		WASHINGTON FENELIA CAVALLO		IDENTIFICADOR Nº		2019102138	
IDADE	SEXO	RAÇA	CLÍNICA	END	LEITO		
DATA DE ADESSÃO		18/10/19		DATA DE ALTA		23/10/19	
DIAGNÓSTICO INICIAL						CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO						S626	
OUTROS DIAGNÓSTICOS							
PRINCIPAIS EXAMES							
PROCEDIMENTO REALIZADO							
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA							
ANATOMIA PATOLÓGICA							
INFECÇÃO F.O.		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA							
CONDIÇÕES DE ALTA		<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO		<input type="checkbox"/> A PEDIDO	
				<input type="checkbox"/> CURADO		<input type="checkbox"/> ÓBITO	

RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Fatura sem risco infeccioso	
(Hb conservada)	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:		
REPOUSO:	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:	Lava-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 dias para retirada de pontos.	
	Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.	

DATA	23/10/19	Dr. Luis Felipe Lessa
		Traumatologia / Ortopedia
		Cirurgia de Mão / Microcirurgia
		CRM - RJ 14320
Este documento destina-se à comprovação de atendimento.		
Para DML INSS EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO		
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		





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, 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





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





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 inexistente 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 inócua.

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



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

