



Número: **0801981-16.2019.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Última distribuição : **29/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO DE FREITAS PEREIRA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
26653695	29/11/2019 11:07	Petição Inicial	Petição Inicial
26654000	29/11/2019 11:07	Petição Inicial	Outros Documentos
26654004	29/11/2019 11:07	Quesitos	Outros Documentos
26654007	29/11/2019 11:07	Procuração	Procuração
26654010	29/11/2019 11:07	Declaração de Hipossuficiência	Outros Documentos
26654015	29/11/2019 11:07	RG - CPF	Documento de Identificação
26654019	29/11/2019 11:07	CTPS	Documento de Identificação
26654022	29/11/2019 11:07	Comprovante de Residência	Outros Documentos
26654023	29/11/2019 11:07	Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
26654025	29/11/2019 11:07	Pagamento de Indenização	Documento de Comprovação
26654031	29/11/2019 11:07	Boletim de Atendimento Médico	Documento de Comprovação
26676596	03/12/2019 08:17	Decisão	Decisão

PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS EM ANEXO.





AO JUÍZO DE DIREITO DA ____ VARA MISTA DA COMARCA DE PRINCESA ISABEL/PB.

JOÃO DE FREITAS PEREIRA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade nº 3320988, SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 058.236.444-26, residente e domiciliado no Sítio Umbuzeiro, s/n, área rural, Manaíra/PB, CEP: 58.955-000, por seu procurador *infra-assinado*, conforme Instrumento de Mandato anexo, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, **com base na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores, nos termos dos artigos 319 e 320 do Código de Processo Civil**, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, sediada à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205, pelos motivos de fato e direito a seguir aduzidos:

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





I – DA CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente, ressalta-se que a parte Autora, temporariamente, não tem condições de arcar com as custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil, por ser pobre da forma da Lei, conforme Declaração e CTPS em anexo.

Assim, desde já REQUER a Vossa Excelência, a compreensão da situação, para que conceda os benefícios da Justiça Gratuita à parte Autora, uma vez que, neste momento, não dispõe de recursos financeiros suficientes para o pagamento de custas e despesas com o processo, além de honorários advocatícios, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

II – DOS FATOS E FUNDAMENTOS JURÍDICOS DO PEDIDO

A parte Autora fora vítima em **acidente de trânsito** causado por veículo automotor em **27/02/2018**, consoante **Boletim de Ocorrência** em anexo, estando o automóvel garantido pelo Seguro Obrigatório DPVAT.

Em consequência do citado evento danoso, a parte Autora sofreu diversas lesões e traumas, conforme demonstrado no **Boletim de Atendimento Hospitalar**, a ensejar o pagamento da indenização instituído pela Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores, que trata do Seguro Obrigatório DPVAT.

Desta forma, a parte Autora formulou perante a Seguradora Ré, pedido de indenização por invalidez permanente, a qual se refere o Seguro Obrigatório DPVAT, quando então recebeu a importância de **R\$ 1.687,50** (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme anexo, **em desconformidade com a citada Lei, como restará comprovado durante a instrução processual através da Prova Pericial**, desde já requerida.

Como é sabido, o DPVAT é o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres criado pela Lei nº 6.194/74, com o fim de amparar as vítimas de acidente de trânsito em todo território nacional, e prevê indenizações em caso de morte, invalidez permanente, total ou parcial, além de despesas de assistência médica e suplementares, cujo valor máximo da indenização prevista no art. 3, inciso II, da Lei nº 6.194/74, está fixado em **até R\$ 13.500,00** (treze mil e quinhentos reais).

No caso, a parte Autora visa obter do Poder Judiciário a condenação do Réu ao pagamento de indenização correspondente a diferença do Seguro Obrigatório DPVAT que lhe foi pago administrativamente, fora dos parâmetros consignados na Lei nº 6.194/74.





Sendo certo, que a indenização ora pleiteada deverá ser paga com base no valor vigente a época da ocorrência, **bastando para tanto à simples demonstração do acidente (Boletim de Ocorrência expedido pela Autoridade Policial) e do respectivo dano (Lesões/Traumas – Boletim de Atendimento Hospitalar e Pagamento PARCIAL de Indenização pelo Réu)**, como preceitua o art. 5º, parágrafo 1º da Lei 6.194/74.

Noutro giro, quanto à **correção monetária é devida desde a data do evento danoso**, como já assentou o Superior Tribunal de Justiça, enquanto que os **juros moratórios** são devidos desde a data da CITAÇÃO do Réu, nos termos da **Súmula nº 426, do Superior Tribunal de Justiça**.

III – DA IMPOSSIBILIDADE DE AUTOCOMPOSIÇÃO – DA NECESSIDADE DE PROVA PERICIAL

No caso, está previsto na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores diferentes lesões e graus de invalidez permanente, classifica em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, assim como inseriu tabela para disciplinar os percentuais das perdas à cobertura securitária, de acordo com a respectiva repercussão da lesão.

Deste modo, faz-se necessária a produção de prova pericial para aferição da **LESÃO** sofrida pela parte Autora e da respectiva **REPERCUSSÃO (GRAU)**, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009.

Diante disso, nas ações dessa natureza a prática tem demonstrado que a designação de audiência preliminar de conciliação objetivando a realização de composição entre as partes tem sido infrutíferas devido à necessidade de produção de prova pericial. E, por essa razão a Seguradora Ré tem se limitado a conciliações em MUTIRÕES realizados em parcerias com os Tribunais de Justiça em todo País, inclusive por esse Egrégio Tribunal, **motivo pelo qual a designação de audiência com essa finalidade restará sem êxito**.

Assim sendo, a parte Autora informa a Vossa Excelência o seu **desinteresse na autocomposição, nos termos do art. 334, § 4º, I e § 5º do CPC**.

IV – DOS PEDIDOS

Diante do exposto, REQUER a Vossa Excelência:

a) Sejam concedidos os benefícios da Justiça Gratuita a parte Autora, nos termos do art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal c/c o artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil;

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





b) Seja determinada a citação do Réu, pelo Correio, nos termos do art. 247 do CPC, para, querendo, conteste a presente ação, sob pena de confissão e revelia, a teor do art. 344 do Código de Processo Civil;

c) Ao final, seja julgada **PROCEDENTE** a ação, para condenar o Réu ao pagamento complementar da indenização devida pelo Seguro Obrigatório DPVAT, apurado através da Perícia Judicial (art. 324, § 1º, II, CPC), acrescido de correção monetária desde a ocorrência do evento danoso e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês a partir da citação, tudo com arrimo na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores e súmula 426 STJ;

d) Requer, ainda, seja o Réu condenado ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios, de modo a assegurar a dignidade do profissional, na forma do art. 85 do Código de Processo Civil.

V – DAS PROVAS (PROVA PERICIAL)

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, a documental, testemunhal e, especialmente **realização de perícia médica para verificação das lesões/traumas sofridos pela parte Autoria e a respectiva repercussão (grau), em decorrência do referido acidente de trânsito, na forma do art. 3º, II, § 1º, I, da Lei nº 6.194/74**, o que desde já fica requerido, devendo os **QUESITOS** em anexo serem respondidos pelo perito nomeado por esse Juízo, sob pena de nulidade, **nos termos do artigo 369 do Código de Processo Civil.**

VI – DO VALOR DA CAUSA

Atribui-se a causa, o valor de R\$1.000,00(mil reais).

**NESTES TERMOS,
PEDE E ESPERA DEFERIMENTO.**

Princesa Isabel/PB, 14 de Novembro 2019.

HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO
OAB/PE 25.252

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





QUESITOS – PERÍCIA

PARTE AUTORA: JOÃO DE FREITAS PEREIRA

Queira o Sr. Perito esclarecer, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009, os seguintes QUESITOS:

1 – Em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve Lesões no Membro Inferior Esquerdo?

2 – Em caso positivo, a Lesão ou as Lesões são Temporárias ou Permanentes?

3 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?

4 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?

5 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?

6 – Independente do quesito exposto no item “1”, em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve algum outro tipo Lesão?

7 – Em caso positivo, qual tipo de Lesão ocorreu?

8 – Em caso de ter havido Lesão, ela é temporária ou permanente?

9 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?

10 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?

11 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOÃO DE FREITAS PEREIRA, brasileiro(a), solteiro(a), agricultor(a), portador da Cédula de Identidade nº 3.320.988 SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 058.236.444-26, residente e domiciliado na Sítio Umbuzeiro, S/N, Zona Rural, Manaíra -PB CEP: 58.995-000 através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 168, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000

PODERES: a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “**ad judicium et extra**”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

Manaira-PB, 11 de fevereiro de 2019.

X João de Freitas Pereira

OUTORGANTE

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmp.advocacia@gmail.com



DECLARAÇÃO



Eu, **JOÃO DE FREITAS PEREIRA**, brasileiro(a), solteiro(a), agricultor(a), portador da Cédula de Identidade nº **3.320.988 SSP/PB**, inscrito no CPF/MF sob o nº **058.236.444-26**, residente e domiciliado na Sitio Umbuzeiro, S/N, Zona Rural, Manaira -PB CEP: 58.995-000 momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

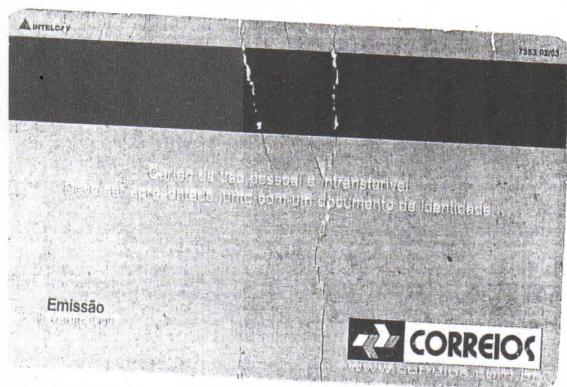
Manaira-PB, 11 de fevereiro de 2019.

João de Freitas Pereira

Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL REGISTRO GERAL: 20988 DATA DE EXPEDIÇÃO: MAI 2005 NOME: JOÃO DE FREITAS PEREIRA FILIAÇÃO: João de Freitas Pereira Carlinda Justino da Silva NATURALIDADE: Curral Velho-PB. DATA DE NASCIMENTO: 05.02.1983 COG. ORIGEM: Cort. N.º 12, Liv. A/04, Cartório de Curral Velho-PB. CPF: [assinatura] João Pessoa - PB ASSINATURA DO DIRETOR LEI N.º 116 DE 29/08/83
  NÃO ALFABETIZADO ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	



Número 10.821 Série 0002592

Série



ASSINATURA DO PORTADOR

Nome João Freitas Pereira
Loc. Nascimento Linda Pr.
Filiação João de Freitas Pereira e Maria
Pereira da Conceição
Doc. Nº 2.923.41.116, me 7.4

Loc. Nasc. M. S. Landa For 09

Loc., Name, J.N., A.M., Est.

Filiação João de Brito Est. 05
 Data 05/02/83

Pendina de poma e marm.

Doc. N^o 2993 45.11.20 no

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N°
Exp em / / Estado
Obs:
Data Emissão 4310518990 DRT Banca 99
Cláudia Antas Florentino Pinto
Assinatura do Funcionário

Enviada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Exp. em / / Estado

Obs.: 17 3 4 5

Data Emissão 4.2/0.5/2000

1

William H. Taylor, Jr.

Assin

Maura D.

1

..

..... Do
..... Es
..... Do
..... Na
.....
..... Doc

0
t
s
z

Num. 26654019 - Pág. 1

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Releia para simplificar pagamento da taxa fiscal/conta de energia elétrica. Nº 017.565.212



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

EDMILSA BALBINO FURTADO
SIT UMBUZEIRO S/N
MANAIRA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1267741-5

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

21/12/2018

CONSUMO

88

VENCIMENTO

02/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 74,76

Acesse: www.energisa.com.br



DESTRUIR AQUI

EDMILSA BALBINO FURTADO

Roteiro: 14-169-473-3625

83690000000-8 74760054000-5 12677412018-5 12000169019-3

VENCIMENTO

02/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 74,76

MATRÍCULA

1267741-2018- 12-0





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MANAÍRA – PB

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento **Verbal** de pessoa interessada que, revendo neste Cartório policial o livro de Registro de ocorrência nº **001/2016** nele encontre o Registro nº **064/2018**, cujo teor passo agora a transcrever na entrega: AOS **03 DIAS DO MÊS DE Julho DO ANO DE 2018** NESTA CIDADE DE **MANAÍRA** ESTADO DA PARAÍBA E NA (O) DELEGACIA DE **Polícia Civil Local**, PRESENTE A AUTORIDADE POLICIAL **Gutenberg José da Costa Marques Cabral**, COMIGO, ESCRIVÃ (O) DE POLÍCIA DO SEU CARGO, NO FINAL ASSINADO (A), E DECLARADO (A), AI, POR VOLTA DAS **09: h 00min** COMPARCEU **JOÃO DE FREITAS PEREIRA**, COM 35 ANOS DE IDADE: NACIONALIDADE: **Brasileira**; NATURAL DE **Curral Velho U.F. PB** FILIAÇÃO **João de Freitas Pereira, e de Carlinda Justino da Silva**, ESTADO CIVIL: **Solteiro** ESCOLARIDADE: **Alfabetizado**, PROFISSÃO/OCUPAÇÃO **Agricultor**, DOC. DE IDENTIDADE: **3320988** ORGÃO EXPEDIDOR: **SSP/PB** DATA DE EXPEDIÇÃO: **04/05/2005** CPF: **058.236.14426**, Residente: **No-Sítio Umbuzeiro Bairro Zona Rural, Cidade: Manaíra UF PB** COM ENDEREÇO PROFISSIONAL: E FEZ O SEGUINTE REGISTRO: O qual fez a seguinte Ocorrência, Que no dia **27/02/2018**, por volta das **18: h 00min** foi vítima de um acidente automobilístico quando trafegava na Garupa de uma Moto **Honda/CG 150 FAN ESI, COR VERMELHA, CHASSI DE Nº 9C2KC1670DR014912, PLACA PGH3363/PE**, ano e modelo **2013**, a referida Moto acima citada encontrasse em nome do senhor **José Junior Cordeiro Alves**, o declarante afirmou aqui nesta delegacia de policia civil local, que o acidente aconteceu quando a moto derrapou em um poço de lama, e o condutor não conseguiu controlar a referida Moto e o declarante acabou caindo e sofrendo varias lesões, depois foi socorrido por populares que passava pelo o local do acidente para o Complexo Hospitalar Governador Tarcisio Burity, que fica localizado no Bairro de Mangabeira em João Pessoa/PB, a onde o declarante foi atendido, e nada mais disse e não lhe foi perguntado, a presente certidão é verdadeira e dou fé. XX

TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL referente ao registro de ocorrência supra que deu origem a presente certidão (Art.229 do CPB) falsidade ideológica – pena: reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos

Obs. Esse documento não substitui o original, é valido somente para obtenção da segunda via na sua repartição de origem onde tem validade por trinta dias.

João de Freitas Pereira

Declarante

[Assinatura]
Severiano Roberto Laurentino
Escrivão de Polícia
AD-HOC
MAT. 132.148-8

Delegacia de Polícia
Civil de Manaíra - PF

Manaíra-PB Em 03 de Julho 2018



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

(1)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma se DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180463276 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO DE FREITAS PEREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MBM SEGURADORA S/A #772

BENEFICIÁRIO JOAO DE FREITAS PEREIRA

CPF/CNPJ: 05823644426

Posição em 08-02-2019 14:31:53

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui (<https://www.seg> entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/02/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
21/12/2018	Exigência Documental	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/gE+o1BLVw0BhEe6E1P5eeA==/LhM2RISrdMapi_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvNnf29yDzoo1BykuYSSFnFk=)
05/10/2018	Exigência Documental	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZKHihxj5ouKexMPGdDkVcg==/IV3VIXT__api_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvNnf29yDzoo1BykuYSSFnFk=)
05/10/2018	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/exVX1vDjPYzt4hQC8eA1kg==/3vBecs3SSE01api_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvNnf29yDzoo1BykuYSSFnFk=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

<https://itunes.apple.com/us/app/seguero-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8><https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>

ACESSIBILIDADE



PF PURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 106794

Atd: Nao Regular

Clinica HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 28/02/2018

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 09:36:45

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS A

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOAO DE FREITAS PEREIRA

Num. Prontuario: 2018.02.004067

CNS: 707408051806571 Sexo: M IDENTIDADE: 3320988 Fone: 998532402

Natural: CURRAL VELHO/PB Data Nasc.: 05/02/1983 Id: 35 ano(s)

End.: SITIO DO CRUZEIRO, OZONA RURAL

Bairro: CENTRO Cidade: PRINCESA ISABEL UF: PB

Mae: CARLINDA JUSTINO DA SILVA

Pai: JOAO DE FREITAS PEREIRA

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: SUBRINO/ JOAO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO ONTEM AS 06/

Vitima de violência por: PROX. DE CASA

[] 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

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

TR: A NO PE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Condução

Prescrição

Horario da medicacao





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João de Freitas Lima Data da Admissão: 28/10/15
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: por limitação funcional entorpecida
HDA: após entorse de tornozelo
limite funcional
Medicações em uso: _____
Interrogatório Sintomatológico:
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudores
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoço: ☐ 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 ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náusea
☐ 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-reposuio ☐ Deformidade:
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos
SN e PSO: ☐ 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: _____

Cirurgias: _____

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

[] 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: *Fratura de molaço lateral*

Conduta: *Intervenção por procedimento*





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Sora de Freitas</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>8/3/11</i>	Cirurgião: <i>Enlaido Faria</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Ficat torácica e</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>fix. e 1 placa e parafusos</i>					
<i>1.2.2</i>					
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.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: Pte nob anestesiada
it na pna e campo

Incisão: Incis. Lat.
Red. fract.

Achados: Fr. c/ placa e parafusos
guarnição e enervação

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Orlando C. Farias Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM 4127
CPF 203.009.674-34

Data: 1. 1

MÉDICO/CRM

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





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO DINIZ

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Atestado de 8703

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Renato de Freitas Pereira</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: <u>35 a</u>	SEXO: <u>masculino</u>	COR:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: <u>28/07/2018</u>		DATA DE ALTA:		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Infecção aguda de cãibra D</u>					CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Infecção aguda de cãibra D em braço distal</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES:					
<u>Exame físico</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
<u>Antibiótico</u>					
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
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 type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPEUTICA, COMPLICAÇÕES)
<u>Portador de síndrome da parotidite aguda, com</u>	
<u>infecção aguda de cãibra D em braço distal.</u>	
<u>Tratado com antibiótico e analgésico.</u>	
<u>Alta com prescrição de antibiótico.</u>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias.
	Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
	Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a 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: <u>Cefalexina + Mexsulid</u>	

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do <u>Dr. Orlando</u> em 30 dias para revisão.

DATA: <u>09/03/2018</u>	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar	
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO	
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO	

Dra. Laiana Barreto
Médica
CRM/RN - 8491





CERTIDÃO

Nº. 0671/2018

Atendendo solicitação de **JOAO DE FREITAS PEREIRA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº106794, e Prontuário de Nº 2018.02.004067 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/02/2018 às 09H36min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido á avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 08/03/2018 com alta médica dia 09/03/2018.

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

João Pessoa, 08 de maio de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
1ª Vara Mista de Princesa Isabel

Rua São Roque, S/N, Centro, PRINCESA ISABEL - PB - CEP: 58755-000 - ()

Processo: 0801981-16.2019.8.15.0311

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: JOAO DE FREITAS PEREIRA

Advogado do(a) AUTOR: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - PE25252

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

DECISÃO

Vistos.

1. Defiro o pedido de justiça gratuita, nos termos do art. 98 do CPC/2015.

2. Informam os autos que o autor requereu pagamento de seguro DPVAT, porém não obteve o pagamento que entende devido, o que torna necessária a realização de perícia médica no autor(a), para melhor elucidação dos fatos.

3. Determino ao cartório que adote as providências necessárias à realização de perícia no(a) autor, inclusive, **intimando-se as partes** para, querendo, indicarem seus quesitos e seu(s) assistente(s) técnico(s) para acompanhar o exame pericial, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, devendo o perito observar o questionário abaixo.

4. Nesta mesma oportunidade, **cite-se a ré** para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 (quinze) dias úteis, **após a juntada do laudo da perícia judicial**, sob pena de revelia, ocasião em que o ente deverá apresentar toda a documentação que interesse ao julgamento da causa.

5. Advirta-se o autor, para comparecer ao local que será realizada a perícia levando consigo todos os exames e receitas médicas que possua e que se relacionem com a doença / enfermidade alegada na inicial.

6. Juntado o laudo judicial, aguarde-se a contestação e intmem-se as partes para se pronunciarem a respeito, apresentando, se for o caso, proposta de acordo para por fim à lide.

7. Em sendo proposto acordo, intime-se a parte adversa para dizer se o aceita, em 05 (cinco) dias úteis.

8. Oportunamente, **solicite-se o pagamento dos honorários periciais**, os quais fixo em R\$ 200,00 (duzentos reais).

Cite-se. Intmem-se. Cumpra-se.

PRINCESA ISABEL/PB, data da assinatura digital.

Maria Eduarda Borges Araújo

Juíza de Direito

(assinado mediante certificado digital)