



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
26653 695	29/11/2019 11:07	Petição Inicial	Petição Inicial
26654 000	29/11/2019 11:07	Petição Inicial	Outros Documentos
26654 004	29/11/2019 11:07	Quesitos	Outros Documentos
26654 007	29/11/2019 11:07	Procuração	Procuração
26654 010	29/11/2019 11:07	Declaração de Hipossuficiência	Outros Documentos
26654 015	29/11/2019 11:07	RG - CPF	Documento de Identificação
26654 019	29/11/2019 11:07	CTPS	Documento de Identificação
26654 022	29/11/2019 11:07	Comprovante de Residência	Outros Documentos
26654 023	29/11/2019 11:07	Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
26654 025	29/11/2019 11:07	Pagamento de Indenização	Documento de Comprovação
26654 031	29/11/2019 11:07	Boletim de Atendimento Médico	Documento de Comprovação
26676 596	03/12/2019 08:17	Decisão	Decisão

PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS EM ANEXO.



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 29/11/2019 11:05:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112911052124300000025737207>
Número do documento: 19112911052124300000025737207

Num. 26653695 - Pág. 1



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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO - 29/11/2019 11:05:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112911052136800000025737212>
Número do documento: 19112911052136800000025737212

Num. 26654000 - Pág. 1



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.

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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 29/11/2019 11:05:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112911052136800000025737212>
Número do documento: 19112911052136800000025737212

Num. 26654000 - Pág. 2



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

Dante 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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 29/11/2019 11:05:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112911052136800000025737212>
Número do documento: 19112911052136800000025737212

Num. 26654000 - Pág. 3



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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 29/11/2019 11:05:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112911052136800000025737212>
Número do documento: 19112911052136800000025737212

Num. 26654000 - Pág. 4



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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 29/11/2019 11:05:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112911052153200000025737216>
Número do documento: 19112911052153200000025737216

Num. 26654004 - Pág. 1



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 judicia 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.

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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO - 29/11/2019 11:05:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112911052163300000025737219>
Número do documento: 19112911052163300000025737219

Num. 26654007 - Pág. 1

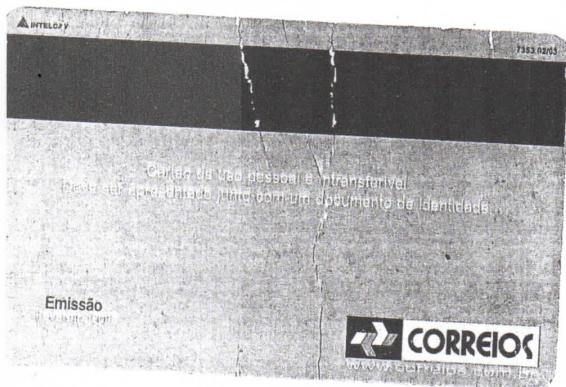
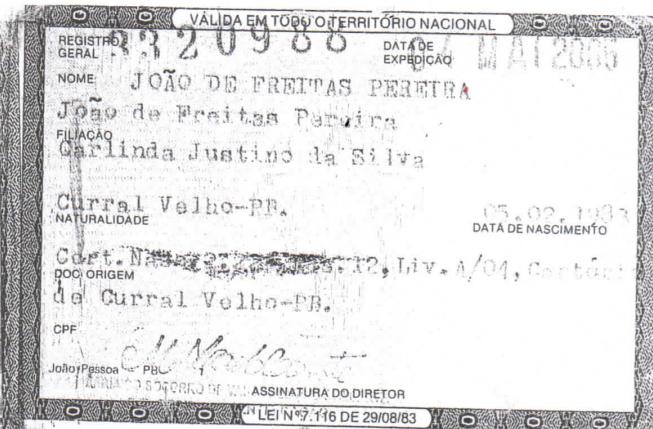
DECLARAÇÃO

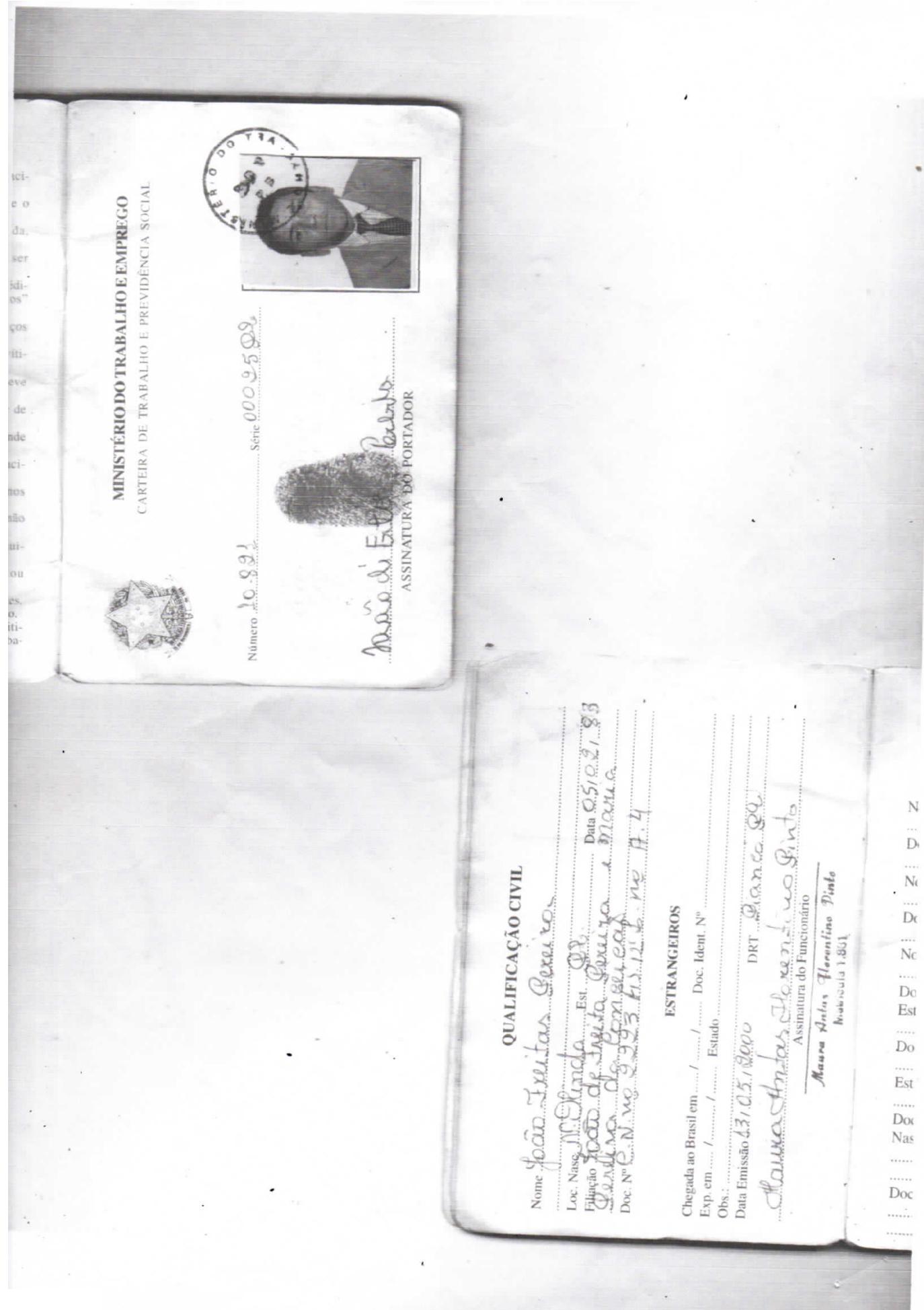
Eu, **JOÃO DE FREITAS PEREIRA**, brasileiro(a), solteiro(a), agricultor(a), portador da Cédula de Identidade nº **3.320.988** SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº **058.236.444-26**, residente e domiciliado na Sítio Umbuzeiro, S/N, Zona Rural, Manaíra -PB CEP: 58.995-000 momento não posso arcar com as 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







Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 29/11/2019 11:05:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112911052200400000025737531>
Número do documento: 19112911052200400000025737531

Num. 26654019 - Pág. 1

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Requer para simples pagamento da nota fiscal contábil de energia elétrica - Nº 017.565.212



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

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



EDMILSA BALBINO FURTADO

Roteiro: 14-169-473-3625

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



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
02/01/2019	R\$ 74,76	1267741-2018-12-0



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 29/11/2019 11:05:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112911052216500000025737534>
Número do documento: 19112911052216500000025737534

Num. 26654022 - Pág. 1



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 POLICIA 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 polícia 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 **Tarsicio Burity**, que fica localizado no Bairro de Mangabeira em **João Pessoa/PB**, a onde o declarante foi atendido, e nada mas disse e não lhe foi perguntado, a presente certidão é verdadeira e dou fé. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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 G. G. Burity

Declarante

[Assinatura]
Geveriano Reinaldo Lourençino
Escrivão de Polícia
AD-HOC
MAT.: 132.148-8

Delegacia de Polícia
Civil de Manaíra - PP

Manaíra-PB Em 03 de Julho 2018





(1)



Buscar no site

A
COMPANHIA SEGURO
DPVAT PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento) CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICAS SALA DE
IMPRENSA TRABALHE
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==/LhM2RI5RdNapi_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/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)

(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)



ACESSIBILIDADE



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 29/11/2019 11:05:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112911052242000000025737537>

Número do documento: 19112911052242000000025737537

Num. 26654025 - Pág. 1

PF: MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 106794 Atd: Nao Regul:
C: 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 Recepctionista: 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,0ZONA RURAL
Bairro: CENTRO Cidade: PRINCESA ISABEL UF :PB
Mae: CARLINDA JUSTINO DA SILVA Pai: JOAO DE FREITAS PEREIRA
Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
Ocupação: AGRICULTOR
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: SUBRINO/ JOAO
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RESIDENCIA

Asporte 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
Glicemias: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
Queixa Principal Observacao
TR: 'A NO PE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico: *Apertio maléolo lateral* Conduta

Prescricao: *O Internado hospital* Horario da medicacao





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João de Freitas Data da Admissão: 28/02/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/1
QPD: fora de missas funerárias em temporada
HDA: após entregar de 10 a 15
nunca fui fumador
Medicações em uso: 00

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudores [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____
Pele:
Cabeca e PESCOÇO: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectorção [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Soluço [] 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-reposo [] Deformidade [] 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: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ V _____

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: O fato é de molécula lateral (E)

Conduita: O intérrogio deve proceder

G. magist.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Ismael de Freitas</u>				Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP: _____ LR: _____
Data: <u>8/3/11</u>	Cirurgião: <u>Enio Luiz de Freitas</u>	1º Assistente: _____	2º Assistente: _____	3º Assistente: _____
Anestesista: _____	Tipo Anestesia: _____		Instrumentador: _____	Horário: I: _____ T: _____
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				
<u>Fract. toracogástrica</u>				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				
<u>Fix. e/coloca de placa</u>				
<u>Fluxo</u>				
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	
Biópsia de Congelação:			1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	
Descreva:				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:				
1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) 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:

Pele sob anestesia.

Intervenção & Compro.

Incisão:

Incisão lâctea.

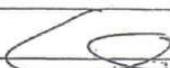
Red. lâct.

Achados:

Foto clínica e prece.
júlio

Grafite & cunhado.

Conduta:


A
CPF 202.009.674-24
CRM 1127
Ortopedista Traumatologista
Chamado C. Farthes Filho

Fechamento:

OBS:

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO - 29/11/2019 11:05:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112911052262000000025737543>
Número do documento: 19112911052262000000025737543

Num. 26654031 - Pág. 5



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME: <i>Guilherme de Fábio Pereira</i>	PRONTUÁRIO Nº:				
IDADE: 348 an	SEXO: Mas	COR:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:

DATA DE ADMISSÃO: <i>25/07/2018</i>	DATA DE ALTA:	TEMPO DE PERMANÊNCIA
-------------------------------------	---------------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fratura exposta de cídio D</i>	CID:
--	------

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <i>Fratura exposta de cídio D em braço distal</i>	
---	--

OUTROS DIAGNÓSTICOS:	
----------------------	--

PRINCIPAIS EXAMES:	<i>Ultrass - exame físico</i>
--------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTO REALIZADO:	<i>Tratamento cirúrgico</i>
-------------------------	-----------------------------

TERAPÉUTICA 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:	
--------------------------	--

CONDICOES DE ALTA:	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
--------------------	-----------	----------	----------	--------	-------

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES):
<i>Fratura exposta de cídio D tratada cirurgicamente. Sessão após perna nítida. Pode permanecer em casa.</i>

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: 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: *Cefalosporina + Maxilid*

RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do *Dr. Orlando* em 30 dias para revisão.

Dra. Laiana Barreto
Médica
CRM/RN-8491

CRM/MDICO/CRM

29/03/2018

DATA

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO

TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





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 Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº106794, é 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, data 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 intimem-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. Intimem-se. Cumpra-se.

PRINCESA ISABEL/PB, data da assinatura digital.

Maria Eduarda Borges Araújo

Juíza de Direito

(assinado mediante certificado digital)