

## PROCURAÇÃO

### “AD JUDICIA ET EXTRA”

**OUTORGANTE:** WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS, brasileiro, solteiro, inscrito no RG nº 1814457 e CPF nº 981.062.874-91, residente e domiciliado na Rua Maceió, nº 51, Bairro: Grotão, CEP:58078-124.

**OUTORGADO:** DR. ROBERTO PESSOA PEIXOTO DE VASCONCELLOS, brasileiro, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Paraíba, sob o nº. 12.378, com escritório profissional à Rua Dep. Odom Bezerra, nº. 184, Shopping Tambiá, E3, Sala. 356, Centro, CEP: 58.520-000, João Pessoa/Paraíba.

**PODERES:** amplos, com cláusula *ad judicium et extra*, a fim de que, possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública federal, estadual, municipal, distrital ou entidade para estatal, especialmente para ajuizar ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante, e defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, inclusive de pobreza, receber citação, bem como substabelecer a presente, com sem reserva de poderes, se assim lhe convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** O (a)(s) outorgante(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º da Lei 1.060 de 1950.

João Pessoa, 29 de março de 2016.

  
\_\_\_\_\_  
CLIENTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
V-236




*Washington Luiz da Silva Santos*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

1.814.457 -2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/09/2015

NOME WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

FILIAÇÃO JOSÉ DA PENHA DOS SANTOS

ARACID, DA SILVA SANTOS

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DOC ORIGEM

DATA DE NASCIMENTO 30/03/1975

NASC.N.60957 FLS.171V LIV.90-A

CPTORIC 4º JOÃO PESSOA-PB

981.062.874-91

Assinado eletronicamente por: ROBERTO PESSOA PEIXOTO DE VASCONCELLOS

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 01119.01.2016.1.02.202**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01119.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 08 dias do mês de Junho de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigacao, às 11:19 horas, compareceu **WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão EMPERMIABILIZADOR, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 30 de Março de 1975, idade 41, filiação ARACILDA DA SILVA SANTOS e JOSÉ DA PENHA DOS SANTOS, Documento - CPF: 981.062.874-91, residente R. MACEIÓ ,51, GROTÃO, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98605-5395

---

**DADO(S) DO(S) FATO(S)**

---

Ocorrência 1:

Data/Hora do Fato: 11/03/16 16:45

Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC)

Local do Fato: RUA ADMINISTRADOR MANOEL ANGELO DE OLIVEIRA , João Pessoa - PB

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 11/03/2016, POR VOLTA DAS 16:45 HORAS QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/POP 100, VERMELHA, ANO 2015, PLACA QFI2327/PB, CHASSI:9C2HB0210FR474942, REGISTRADA EM NOME DE LUCIANA SILVA F. DE OLIVEIRA, PELA BR 230, KM 25, PRÓXIMO AO SUPERMERCADO AÇAÍ, JOÃO PESSOA/PB, AO PARAR NO ACOSTAMENTO E LIGAR O PISCA ALERTA, TEVE SUA MOTOCICLETA ATINGIDA NA PARTE TRASEIRA POR UMA MOTO DE MARCA HONDA/CB 300, DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, FAZENDO COM QUE O NOTIFICANTE CAÍSSE AO SOLO, E EM DECORRÊNCIA DESSE FATO SOFREU FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, SENDO SOCORRIDO E CONDUZIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NESTA CAPITAL.

Procedimento: 01119.01.2016.1.02.202





# Requerimento de Auxílio Doença

## Comprovante do Requerimento

Requerimento: 172107619  
Benefício Nº: 0137199120  
Data: 21/03/2016

## Dados Do Requerimento

NIT (PIS/PASEP): 12539712128  
Nome: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS  
Endereço: MACEIO  
Bairro/Município/UF/CEP: GROTAO / JOAO PESSOA / PB / 58079774  
Agência: JOAO PESSOA BELA VISTA  
Endereço da Realização da Perícia: RUA BARAO DO TRIUNFO 307  
Bairro/Município/UF/CEP da Perícia: VARADOURO / JOAO PESSOA / PB / 58010400  
Exame médico-pericial agendado para: 11/05/2016 07:20  
CNPJ, CGC ou CEI: 00896853000153  
Data do último dia de trabalho: 11/03/2016

## Termo de Responsabilidade

Confirmo a data do último dia de trabalho informada.

Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas.

Mano do Socorro Souza de Araújo  
Encarregado do Departamento Pessoal  
CPF: 010.075.774-01  
do responsável pela empresa

Data: / /

Assinatura

## Observação

- Quando do comparecimento para a realização da perícia médica apresentar os seguintes documentos:
  - Documento de IDENTIDADE Original;
  - EXAMES ou RELATÓRIOS MÉDICOS, caso possua;
  - Se empregado, exceto doméstico, declaração preenchida pela empresa com a informação do último dia trabalhado, valendo para esse fim, a informação prestada neste formulário de requerimento;
  - Se empregado, ou trabalhador avulso, NOME e DATA DE NASCIMENTO dos dependentes para fins de salário-família, caso informado;
  - Se segurado especial(trabalhador rural) apresentar a documentação que comprove a atividade;
- A agência bancária selecionada poderá sofrer alteração de acordo com as regras para seleção de local de pagamento de benefícios do INSS. A informação do local de pagamento constará na Carta de Concessão do Benefício ou poderá ser obtida no endereço [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br) ou ligando para o número 135 da Central.
- Para que a Previdência Social possa localizá-lo(a), mantenha o seu endereço sempre atualizado, o que pode ser feito, inclusive, por meio da Central 135.

v2.6.0.4 - build-time 20160307-1045

MPS | INSS

Segunda-feira, 21 de Março de 2016





az Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 905887



## Identificação do paciente

|                                  |                                         |                                                  |
|----------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| ID<br>1012303                    | Nome<br>WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS | Sexo<br>Masculino                                |
| Data de nascimento<br>30/03/1975 | Idade<br>40 anos 11 meses 10 dias       | Estado civil<br>CASADO(A)                        |
| Mãe<br>ARASSILDA DA SILVA SANTOS | Religião<br>NAO INFORMADA               | Prontuário                                       |
| Escolaridade<br>NAO INFORMADO    | Pai<br>JOSE DA PENHA DA SILVA           | Responsável (Parentesco)<br>O MESMO - O MESMO(A) |
| DDD Móvel<br>53                  | Fone Móvel<br>987353729                 | DDD Fixo                                         |
| Tipo documento<br>NAO INFORMADO  | Número documento                        | Fone Fixo                                        |
| Local de procedência<br>BR 230   | Nº Cns                                  |                                                  |
| Email                            | Tipo<br>BAIRRO                          | UF<br>PB                                         |
| Naturalidade<br>JOAO PESSOA      | CBO/R                                   |                                                  |

## Endereço

|                 |                                        |                  |                      |
|-----------------|----------------------------------------|------------------|----------------------|
| CEP<br>58078124 | Município de residência<br>JOAO PESSOA | UF<br>PB         | Logradouro<br>MACEIO |
| Número<br>51    | Complemento                            | Bairro<br>GROTÃO |                      |

## Admissão

|                                             |                                                  |                                       |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Data e Hora Prevista<br>11/03/2016 17:42:26 | Número da pulseira<br>1000003602637              | Convênio<br>SUS                       |
| Especialidade<br>CLINICA GERAL              | Clinica<br>CLINICA TRAUMA E GERAL                |                                       |
| Classificação de risco                      | Origem do paciente<br>RUA                        |                                       |
| Caráter de atendimento<br>URGÊNCIA          | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>QUEDA / OUTROS |

## Indicadores e Transporte

|                            |                       |                           |               |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não       | Plano de saúde<br>Não | Veio de ambulância<br>Não | Trauma<br>Não |
| Melo de transporte<br>SAMU | Quem transportou      |                           |               |

## Sinais Vitais

|                          |       |             |
|--------------------------|-------|-------------|
| PA<br>_____ X _____ mmHg | Pulso | Temperatura |
|--------------------------|-------|-------------|

## Exames complementares

|                                            |            |           |        |            |         |                      |
|--------------------------------------------|------------|-----------|--------|------------|---------|----------------------|
| Raio X [ ]                                 | Sangue [ ] | Urina [ ] | TC [ ] | Liquor [ ] | ECG [ ] | Ultrasonografia [ ]  |
| Dados clínicos                             |            |           |        |            |         |                      |
| Diagnóstico                                |            |           |        |            |         | CID                  |
| Atendido por<br>ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA |            |           |        |            |         | Tempo<br>02min 44seg |

Imprimir

310316

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16070616584925800000004247241

1/1







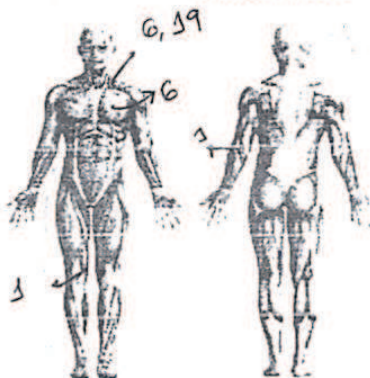


## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS: ☒ Não ☐ Sim: heparina, não sabe os outros  
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☒ Sim: \_\_\_\_\_  
 PATOLOGIA: ☐ Não ☒ Sim: HAS + DM  
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

## LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão              | 19 Fratura Óssea Fechada        |
| 2 Amputação            | 20 Fratura Óssea Aberta         |
| 3 Avulsão              | 21 Hematoma                     |
| 4 Contusão             | 22 Ingurgitamento Nervoso       |
| 5 Crepitação           | 23 Laceração                    |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendínea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Efisema subcutâneo   | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encravado             |
| 11 Equimose            | 29 Otorragia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Queimadura                   |
| 16 F. Corto-Contuso    | 34 Rinorragia                   |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36                              |

OBS.:

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) \_\_\_\_\_ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

## EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias ☐ Lavado peritoneal  
☒ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial  
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| CONDUTAS E PROCEDIMENTOS                  | CÓDIGO | ASSINATURA E CARIMBO |
|-------------------------------------------|--------|----------------------|
| 1 Atenção primária Inicial                |        |                      |
| 2 Desfibrilação 100V + 100V SFO, 90% (E)  |        |                      |
| 3 Desfibrilação 100V + 100V SFO, 90% (E)  |        |                      |
| 4 Desfibrilação 100V + 100V SFO, 90% (E)  |        |                      |
| 5 Desfibrilação 100V + 100V SFO, 90% (E)  |        |                      |
| 6 Desfibrilação 100V + 100V SFO, 90% (E)  |        |                      |
| 7 Desfibrilação 100V + 100V SFO, 90% (E)  |        |                      |
| 8 Desfibrilação 100V + 100V SFO, 90% (E)  |        |                      |
| 9 Desfibrilação 100V + 100V SFO, 90% (E)  |        |                      |
| 10 Desfibrilação 100V + 100V SFO, 90% (E) |        |                      |

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Intensivista às 18:05 do dia 11/03/16  
 Solicito parecer da \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DESTINO DO PACIENTE

DATA \_\_\_\_\_  
 SAÍDA \_\_\_\_\_  
 HORAS: \_\_\_\_\_

☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde) \_\_\_\_\_  
☐ Internado (setor) \_\_\_\_\_  
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência  
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JIML ☐ SVC

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

às 20:50 Paciente sentiu-se mal  
 e foi encaminhado  
 à área Vermelha.

F(NG).CC.001-:





+  
CIVIL  
MATERIA

**AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM**  
**B.E./PRON**

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

PROCEDENCIA: [ ] Doméstico [ ] Ambulância de resgate [ ] Ambulância S.A. [ ] Cidades [ ] [ ]

TIPO DE ACIDENTE: [ ] Motocicleta [ ] Automóvel [ ] Início [ ] Explosão [ ] Arma de fogo [ ] Arma branca [ ] Outros [ ]

LOCAL DA LESÃO: [ ] Membros sup. [ ] Membros inf. [ ] Tronco [ ] Cabeça e pescoço [ ] Outros [ ]

DADOS CLÍNICOS (Sintomas): \_\_\_\_\_

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: 11/05/10

**EXAME FÍSICO**  
PA: \_\_\_\_\_ / mmHg P: \_\_\_\_\_ bpm SpO2: \_\_\_\_\_ Tax: \_\_\_\_\_

**Sistema Neurológico:**  
Nível de Consciência: [ ] Consciente [ ] Inconsciente [ ] Orientado [ ] Desorientado [ ]  
Avaliação das pupilas: [ ] Anisocoria [ ] Isocoria [ ] Miotose [ ] Miosse [ ]

**Sistema Respiratório:**  
[ ] Ventilação invasiva [ ] Ventilação espontânea [ ] Vias aéreas patentes [ ]  
[ ] Traqueostomia [ ] Respiração rápida [ ] Obstrução parcial das vias aéreas [ ]  
[ ] Respiração ruidosa [ ] Suporte ventilatório não invasivo [ ] Obstrução total das vias aéreas [ ]

**Sistema Circulatório:**  
[ ] Pulso ausente [ ] Pulso distal e unido [ ] Perfusionamento satisfatório [ ]  
[ ] Taquicardia [ ] Bradicardia [ ] Perfusionamento comprometido [ ]

**Sistema Digestório:**  
[ ] HDA [ ] Udo de SNG [ ] Ventos [ ] Dor à palpação superficial [ ]  
[ ] HDB [ ] Dor à palpação profunda [ ] Dor à palpação abdominal [ ]

**Sistema Genito-uritário:**  
[ ] Disúria [ ] Hematuria [ ] Oligúria [ ] Polúria [ ] SVD [ ] Outros [ ]  
[ ] Rujidez abdominal [ ] Rujidez estomacal [ ] Dor à palpação profunda [ ]

**HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:**  
[ ] Intussuscepção [ ] Outros [ ]  
[ ] Exatificação [ ] Exatificação [ ] Exatificação [ ]

**USO DE MEDICAÇÃO?** [ ] Sim [ ] Não [ ] Exatificação [ ]

**HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:** \_\_\_\_\_

**IMUNIZADO CONTRA O TETANO?** [ ] Sim [ ] Não [ ]

**OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**  
*Exatificação de urina com cor de sangue e presença de sangue na urina*  
*Exatificação de urina com cor de sangue e presença de sangue na urina*  
*Exatificação de urina com cor de sangue e presença de sangue na urina*

ENFERMEIRO: Wellington S. Andrade  
CONSELHO 224.661

DESTINO: \_\_\_\_\_

COREMI: \_\_\_\_\_

F(NG) ENF.022-1

1000003002637  
BE: 905887  
DT. NASC: 20/03/1975  
RUE: APOSSILDO DE SILVA SANTOS  
END: MOCEL 6  
N. 51 - 9007 50  
JONO PESSOA  
FONE: ( )  
CELULAR: (03) 987553729  
IDONE: 48  
DT. ENTRADA: \_\_\_\_\_





END.: MACET 8  
N. 51 - GROT 80  
JOAO PESSOA  
FONE: ( )  
CELULAR: (63) 987353729  
IDADE: 42  
DT. ENTRADA:

[illegible]



**2 - VIA AÉREA:**

☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

**2.1 - VENTILAÇÃO:**

☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

**2.2 - EXPANSIBILIDADE:**

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

**2.3 - ACHADOS:**

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilico

**3 - CIRCULAÇÃO:**

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

**3.1 - EDEMAS:**

☐ Não ☐ Sim - Local: \_\_\_\_\_

**3.2 - PERFUSÃO**

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

**3.3 - PULSO**

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

**3.4 - E.C.G.**

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

**4 - EXAME NEUROLÓGICO**

ECGL \_\_\_\_\_

**5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO**

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal \_\_\_\_\_ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro: \_\_\_\_\_

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

**PROCEDIMENTOS**

☐ Bomba de Infusão  
☐ Cânula Orofaringea  
☐ Colar cervical  
☐ Controle de hemorragia  
☐ Cricotireoidostomia  
☐ Curativo

☐ DEA  
☐ Desobstrução vias aéreas  
☐ Drenagem torácica  
☐ Desfibrilação / Cardioversão  
☐ Entubação Orotraqueal  
☐ Inalação de Oxigênio (O2)  
☐ Imobilização de membros

☐ KED Adulto  
☐ KED Infantil  
☐ Massagem cardíaca externa  
☐ Orotraqueal  
☐ Prancha Longa  
☐ Punção venosa  
☐ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical  
☐ Sedação  
☐ Talas / Tração  
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)  
☐ VMI  
☐ VMI  
☐ Outros: \_\_\_\_\_

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PERTENCES DA VÍTIMA**

☐ Não  
☐ Sim  
Objetos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entregues a / Local: \_\_\_\_\_

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUCTOR: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

TEC. ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A): \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

MÉDICO(A): \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: \_\_\_\_\_ RG / CPF: \_\_\_\_\_

ASSINATURA (RUBRICA): \_\_\_\_\_ Observação: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_ TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
CENTRO DE IMAGEM

**PACIENTE: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS**  
**RG: 905887 DATA: 11/3/2016 18:22:45**

**LAUDO DE ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL**  
**TÉCNICA FAST**

*Exame realizado em modo bidimensional, com equipamento dinâmico, de varredura convexa, multifrequencial de 3,5 - 7,0 Mhz, visando a pesquisa de líquido livre abdominal, em condições de emergência, sem preparo intestinal adequado.*

**Ausência de líquido livre abdominal.**

  
**Dr. Ricardo Cavalcanti**  
Radiologista CRM 3505







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
CENTRO DE IMAGEM

NOME: WAHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS  
BE: 905887  
DATA: 21/3/2016 12:04  
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 11/03/2016.

RX. TÓRAX AP  
TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.  
SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.  
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

RX. CLAVÍCULA ESQUERDA AP  
FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

*Exames realizados com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.*  
Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

7

DR. CAIO MARIO MEDEIROS  
RADIOLOGISTA CRM 3645





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN HUBERTO LUCENA

### ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Washington Lima portador(a) da identidade RG 1.400.000.000-0, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 10 horas, portador(a) da patologia CID-10 S. 42.0, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 dias, a partir desta data.

João Pessoa,

Dr. Roberto A. B. Correia Lima  
Ortopedista Traumatologista  
Rc 472650004-43 CRM-1225

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA - ARREAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUBERTO LUCENA

Av. Orestes Lisboa, s/n - CEP 58031 - 090 - Conj. Pedro Gondim







## Receituário Médico



Washington Luiz da Silva Santos

uso oral

Fluorol ——— Icalta  
Tomar 03 conf de 12/12 em  
por 7 dias.

Data: 12/10/16

Gleuber M. Novaes Jr.  
CRM: 9440-RN  
CRM: 9220-RB

Médico - CRM

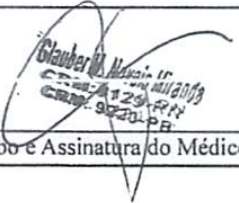
F(NG).CC.002-1



## Requisição de Exames

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº BE - PRONTUÁRIO 905887

|                                                                                                                                                                 |                   |       |                       |          |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------|-----------------------|----------|------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Washington Luiz da Silva</u>                                                                                                               |                   |       | IDADE: <u>50 anos</u> |          | DATA:      |
| SEXO:                                                                                                                                                           | COR:              | PESO: | ALTURA:               | CLÍNICA: | ENF-LEITO: |
| ( ) MASC. ( ) FEM.                                                                                                                                              | ( ) B ( ) P ( ) A |       |                       |          |            |
| DADOS CLÍNICOS:                                                                                                                                                 |                   |       |                       |          |            |
| MATERIAL A EXAMINAR:                                                                                                                                            |                   |       |                       |          |            |
| EXAMES SOLICITADOS: <u>Imunizacoes com 8 vacinas</u>                                                                                                            |                   |       |                       |          |            |
| <div style="text-align: center;"> <br/> Carimbo e Assinatura do Médico </div> |                   |       |                       |          |            |

F(NG).LAB.007-1





HTOP: 321429II.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

*[Handwritten mark]*

### CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Washington Dely da  
Silva Santos

DATA DO ATENDIMENTO: 11/03/16

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ FICHA: \_\_\_\_\_

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Roberto

DIAGNÓSTICO: fx de clavícula

PROCEDIMENTO: TTO conservador +  
acompanhamento Ambulatorial

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO









## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

|                                     |                     |
|-------------------------------------|---------------------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>    |                     |
| Nome Completo: _____                |                     |
| CRM: _____                          | UF: _____ Nº: _____ |
| Endereço Completo e Telefone: _____ |                     |
| Cidade: _____ UF: _____             |                     |

1ª Via retenção da Farmácia ou drogaria  
2ª Via Orientação ao Paciente

Dr. Roberto R. Nóbrega  
MÉDICO  
CRM-PE 23708  
CRM-PB 9989

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Washington L. da S. Santos

Endereço: R. Macaú, 51

Prescrição: uso oral  
@ Codatun — acx  
1 cp 818h, 7 dias

Data 11/03/16

|                                   |                      |
|-----------------------------------|----------------------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b> |                      |
| Nome: _____                       |                      |
| Ident: _____                      | Órgão Emissor: _____ |
| End.: _____                       |                      |
| Cidade: _____ UF: _____           |                      |
| Telefone: _____                   |                      |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b> |  |
| Assinatura do Farmacêutico _____   |  |
| Data _____                         |  |





## Requisição de Exames



REQUISICÃO DE EXAMES

Nº BE - PRONTUÁRIO 905887

NOME DO PACIENTE:

*Washington Luiz da Silva*

IDADE:

DATA:

XO:

COR:

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF-LEITO:

( ) MASC. ( ) FEM.

( ) B ( ) P ( ) A

EXAMES CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

*Imunoglobulinas com 8 meses*

Carimbo e Assinatura do Médico

F(NG).LAB.007-1





## Receituário Médico



Washington Luiz da Silva Santos

uso oral

Flavac ————— I Calca

Tomar 03 conf de 32/32 mg  
por 7 dias.

Data: 12/03/16

Gleuber M. Nogueira Miranda  
CRM: 8430-KN  
CRM: 5220-PB

Médico - CRM

FNG/CC.002-1







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

### CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Washington Luiz da  
Silva Santos

DATA DO ATENDIMENTO: 11/03/16.

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ FICHA: \_\_\_\_\_

MÉDICO (CARIMBO): *Dr. Roberto*

DIAGNÓSTICO: fx do clavícula EM

PROCEDIMENTO: TTO conservador +  
Acompanamento Ambulatorial.

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

[illegible]

CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRAHOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
SENADOR HUMBERTO LUCENAGOVERNO  
DA PARAÍBA**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr. (a) Washington Dely da S. Santos portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, portador(a) da patologia CID-10 \_\_\_\_\_, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 03 (três) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 11/03/16

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

Glauber M. Nogueira  
CRM: 8189-RN  
CRM: 8189-RN

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo \_\_\_\_\_ o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso nesse atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª Via Paciente - 2ª Via Anexa ao Prontuário de Atendimento

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
Av Orestes Lisboa, s/n - CEP: 58.031-090 Conj. Pedro Gondim

CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Washington Dely da S. Santos portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, portador(a) da patologia CID-10 S.98.0 devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 10 (dez) dias, a partir desta data.

João Pessoa, \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

Dr. Roberto A. Correia Lima  
CRM: 8189-RN  
CRM: 8189-RN

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Rua Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 603/147, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1195366, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS** idade 41 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 11/03 2016, na BR 230 km 25, Bairro: Rodovia - João Pessoa - aproximadamente às 17:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 31 de Março de 2016.

*Jefferson da Rocha Augusto*  
Estatístico  
CREST-Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





Secretaria da  
**Segurança e da Defesa Social**  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
Delegacia Geral Da Polícia Civil  
1º Superintendência Regional De Polícia Civil  
Delegacia Especializada De Acidentes De  
Veículos Da Capital



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 08 de Junho de 2016

Washington Luiz da Silva Santos

WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

Noticiante

Rivaldo Marcos de Souza Melo

Agente De Investigacao



Procedimento: 01119.01.2016.1.02.202





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

|                    |                                 |
|--------------------|---------------------------------|
| NOME DO PACIENTE   | Washington Luiz da Silva Santos |
| DATA DE NASCIMENTO | 30/03/75                        |
| NOME DA MÃE        | Aracilda da Silva Santos        |

### DADOS EXTRAÍDOS

|                        |                               |
|------------------------|-------------------------------|
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 905887                        |
| DATA DO ATENDIMENTO    | 11/03/16                      |
| HORA DO ATENDIMENTO    | 17:42                         |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO  | Acidente de moto              |
| DIAGNÓSTICO (S)        | Fratura da clavícula esquerda |
| CID 10                 | S42.0                         |

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, Vítima de queda de moto, com queixa de dor em hemitórax E, clavícula esquerda, dispnéia devido a dor para respirar, MV +, sem enfisema subcutâneo, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado pela Traumatologia.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, clavícula esquerda.  
USG do abdômen total.

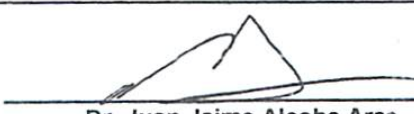
### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura da clavícula E.  
USG: normal.

### TRATAMENTO:

Tratamento conservador da fratura (8 gessado)

|                  |          |
|------------------|----------|
| DATA HOSPITALAR: | 11/03/16 |
| DATA DA EMISSÃO: | 31/05/16 |

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Washington Luiz da Silva Santos  
DATA DE NASCIMENTO 30/03/75  
NOME DA MÃE Aracilda da Silva Santos

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 905887  
DATA DO ATENDIMENTO 11/03/16  
HORA DO ATENDIMENTO 17:42  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura da clavícula esquerda  
CID 10 S42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, Vítima de queda de moto, com queixa de dor em hemitórax E, clavícula esquerda, dispnéia devido a dor para respirar, MV +, sem enfisem subcutâneo, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado por Traumatologia.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Tórax, clavícula esquerda.  
USG do abdômen total.

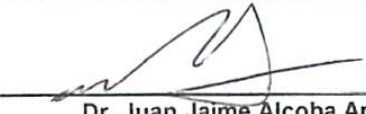
### RESULTADOS DOS EXAMES:

RA fratura da clavícula E.  
USG: normal.

### TRATAMENTO:

Tratamento conservador da fratura (8 gessado)

ALTA HOSPITALAR: 11/03/16  
DATA DA EMISSÃO: 31/05/16

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





# PREVIDENCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

## REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

NOME WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS  
 DATA NASCIMENTO 30/03/1974  
 NACIONALIDADE BRASILEIRO

RUA MACEO  
 Nº

COMPLEMENTO GROTAO  
 BAIRRO GROTAO  
 CEP 58079774  
 ESTADO PB

CIDADE JOAO PESOA  
 ESTADO PB  
 CEP 58079774

SEXO MASC.  
 FEM. DOC. INSCRIÇÃO - (Nº e Sufixo) 031002 UUUBU SSP-PR

ESTADO CIVIL SOLTEIRO  
 CASADO

VIVO  
 DESO/DIV

A PREVIDENCIA SOCIAL ? SIM NÃO

ASSINATURA

NOME DO PROCURADOR OU CURADOR

ENDEREÇO

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

EMPRESA COMTERMICA COMERCIAL TERMICA LTDA  
 Nº CNPJ 08560898000164

RUA/AV. RUA DAS ORQUIDEAS  
 Nº 207

COMPLEMENTO CAMBOINHA  
 BAIRRO CAMBOINHA  
 CEP 58103762

CIDADE CABELO  
 ESTADO PB  
 CEP 58103762

ÚLTIMO DIA DE TRABALHO DO SEGURADO 09/03/2016  
 CID S.42.0

AFASTADO POR DOENÇA ACIDENTE DO TRABALHO ACIDENTE DE TRAJETO

PRENOME DOS FILHOS  
 DATA NASC.  
 PRENOME DOS FILHOS  
 DATA NASC.

LOCALIDADE CABELO  
 DATA 22/03/2016

COMTERMICA LTDA.  
 ASSINATURA DO SEGURADO  
 Newton Mousinho  
 GERENTE  
 RG 2.234.422/CNPJ 038.472.774-30

COMTERMICA-Comércio Térmica Ltda.  
 Rua das Orquideas, nº 207  
 Camboinha-CEP 58310-000  
 Cabedelo-PB

CNPJ 08.560.898/0001-64

- 1 - O requerimento deve ser sem rasuras e preenchido de preferência à máquina.  
 2 - No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento Atestado de Afastamento do Trabalho  
 4 - No mês do afastamento do trabalho a empresa efetuará o pagamento integral do Salário - Família, e o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fracionados.

### INSTRUÇÕES

**PREVIDÊNCIA SOCIAL**

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE**

NOME WASHINGTON LUIZ DA ILVA SANTOS DATA NASCIMENTO 30/03/1975 NACIONALIDADE BRASILEIRO

RUA/AV. RUA MACEIO Nº

COMPLEMENTO BAIRRO GROTAO

CIDADE JOAO PESOA ESTADO PB CEP 58079774

SEXO ☒ MASC. ☐ FEM. DOC. INSCRIÇÃO - (Nº e Série) 651082 00050 SSP PB

ESTADO CIVIL ☒ SOLTEIRO ☐ CASADO TEM OUTRA ATIVIDADE COM VINCULAÇÃO

☐ VIÚVO ☐ DESQ/DIV À PREVIDÊNCIA SOCIAL? ☒ SIM ☐ NÃO

ASSINATURA

NOME DO PROCURADOR OU CURADOR

ENDEREÇO

**ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO**

EMPRESA COMTERMICA COMERCIAL TERMICA LTDA Nº CNPJ 08560898000164

RUA/AV. RUA DAS ORQUIDEAS Nº 207

COMPLEMENTO BAIRRO CAMBOINHA

CIDADE CABEDELO ESTADO PB CEP 58103762

ÚLTIMO DIA DE TRABALHO DO SEGURADO 09/03/2016 CID S.42.0

AFASTADO POR ☒ DOENÇA ☐ ACIDENTE DO TRABALHO ☐ ACIDENTE DE TRAJETO

**DEPENDENTES PARA SALÁRIO FAMÍLIA**

| PRENOME DOS FILHOS | DATA NASC. | PRENOME DOS FILHOS | DATA NASC. |
|--------------------|------------|--------------------|------------|
|                    |            |                    |            |
|                    |            |                    |            |
|                    |            |                    |            |
|                    |            |                    |            |

LOCALIDADE CABEDELO

DATA 22/03/2016

COMTERMICA LTDA.

ASSINATURA DE ROBERTO PESSOA PEIXOTO DE VASCONCELLOS

Newton Moura Filho

GERENTE

RG 2.234.422/CPF 472.774-30

CNPJ 08.560.898/0001-6

COMTERMICA-Comércio Térmica Ltda

Rua das Orquideas, Nº 20

Cambolina-CEP 58310-01

Cabedeiro-PB

**INSTRUÇÕES**

- 1 - O requerimento deve ser sem rasuras e preenchido de preferência à máquina.
- 2 - No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento Atestado de Afastamento do Trabalho
- 4 - No mês do afastamento do trabalho a empresa efetuará o pagamento integral do Salário - Família, e o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fracionados.



## DECISÃO

Vistos, etc.

Trata-se de ação ordinária de cobrança de seguro obrigatório - DPVAT ajuizada em face da SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT, pessoa jurídica de direito privado.

A parte autora requereu distribuição do feito à uma das Varas Cíveis, contudo, a demanda aportou neste juízo.

É o breve relato. **DECIDO.**

Compulsando os autos, observo que este juízo não possui competência para processar e julgar a causa.

As demandas ajuizadas exclusivamente contra pessoas jurídicas de direito privado, não estão no rol da competência das Varas da Fazenda, como se observa no art. 165 da LOJE.

ANTE O EXPOSTO, declaro-me incompetente para processar e julgar a causa e, em consequência, determino a remessa dos autos a uma das Varas Cíveis da Capital.

Intime-se.

Cumpra-se com urgência.







**Poder Judiciário da Paraíba  
16ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0833157-89.2016.8.15.2001

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S/A

**SENTENÇA**

**DPVAT. AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. INEXISTÊNCIA DE PRETENSÃO RESISTIDA. CARÊNCIA DE AÇÃO POR FALTA DE INTERESSE DE AGIR. INDEFERIMENTO DE PLANO. EXTINÇÃO DO PROCESSO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO.**

- Inexistindo pretensão resistida, não há interesse legítimo para o exercício do direito de ação.
- Concluindo-se pela ausência de uma das condições da ação, deve ser extinto o processo, sem resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso VI, do CPC.
- O Poder Judiciário não pode ser transformado em um Posto Avançado de Seguradoras Privadas.

**Vistos etc.**

**WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS** ingressou em Juízo com a presente **AÇÃO DE COBRANÇA** contra **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S/A**, ambos devidamente qualificados, sob os argumentos expostos na inicial.

O promovente, ao longo de toda a exordial, não menciona qualquer pedido realizado na esfera administrativa, acostando aos autos, no ID nº 4313677, documento que chama de “Requerimento”, mas diz respeito a benefício da previdência social em virtude de incapacidade, não a um pedido administrativo realizado diretamente na seguradora.

**É o que importava relatar.**



### **Fundamento e decido:**

Tem se tornado rotineiro o ingresso de ações securitárias sem que se tenha provocado, previamente, uma das seguradoras, fazendo-se do Judiciário posto avançado das seguradoras privadas.

Os argumentos mais utilizados para se admitir essa conduta é o direito de petição e a inafastabilidade do Judiciário previstos no art. 5º da CF e na Súmula 213 do extinto TFR.

Quanto à Súmula 213 do TRF, exaurir significa esgotar todas as vias, mas não quis se dizer que não se dê sequer o primeiro passo.

Consoante o art. 17 do NCPC, o interesse de agir é condição de propositura de toda ação judicial, sendo pressuposto de sua admissibilidade.

Se não houve qualquer pronunciamento prévio da requerida ou de qualquer outra seguradora do Consórcio, não enxergo onde está a lesão ou, pelo menos, a ameaça de direito. Não se pode presumir um ou outro, até mesmo porque a seguradora não tem o dever de pagar a indenização de ofício. Portanto, para que o autor possa alegar que seu direito foi desrespeitado é preciso apresentar o seu pedido administrativamente.

Pois bem. Antes da instauração da fase litigiosa, é viável e devido ao interessado formular diretamente a uma das seguradoras que faça parte do 'Consórcio' a pretensão que deseja ver satisfeita, para, assim, havendo negativa indevida, configurar-se pretensão resistida.

O conflito de interesses se qualifica de maneira a estar apto à apresentação ao Judiciário, a partir do momento em que há pretensão resistida. Do contrário, não haverá interesse de agir. Não se pode admitir que toda e qualquer pretensão possa ser levada, de imediato, ao Poder Judiciário. A prevalecer esse entendimento, poder-se-ia, por exemplo, imaginar situações como a de se pedir, na via judicial, diretamente a concessão de autorização para a condução de veículos, com a respectiva expedição da carteira de habilitação, bem como de porte de arma, ou licenciamento para construir uma edificação, ou ainda a concessão de benefícios previdenciários, sem que houvesse mais a necessidade de se dirigir aos órgãos com atribuição para tanto.

A interpretação do comando constitucional não deve servir a tamanho despropósito. Quando o pleito demanda requerimento para que possa ser praticado, parece razoável a exigência de que se tenha



buscado sem sucesso a via administrativa para que fique caracterizado o interesse de agir, como condição da ação.

Recentemente, apreciando a questão em processo que discutia matéria previdenciária, o Supremo Tribunal Federal deu parcial provimento ao Recurso Extraordinário (RE) 631240, com repercussão geral reconhecida, mantendo o entendimento de que a exigência de prévio requerimento administrativo antes de o segurado recorrer à Justiça para a concessão de benefício previdenciário, não fere a garantia de livre acesso ao Judiciário, previsto no art. 5º, inciso XXXV, da Constituição Federal, pois sem pedido administrativo anterior, não fica caracterizada lesão ou ameaça de direito. Ocorre que o art. 5º, em seu inciso XXXV, fala de lesão ou ameaça a direito. Transcrevo a ementa abaixo:

Ementa: CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO. PREVIDENCIÁRIO. PRÉVIA POSTULAÇÃO ADMINISTRATIVA COMO CONDIÇÃO DE POSTULAÇÃO JUDICIAL RELATIVA A BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO. REPERCUSSÃO GERAL. EXISTÊNCIA. *Está caracterizada a repercussão geral da controvérsia acerca da existência de prévia postulação perante a administração para defesa de direito ligado à concessão ou revisão de benefício previdenciário como condição para busca de tutela jurisdicional de idêntico direito. (RE 631240 RG, Relator(a): Min. JOAQUIM BARBOSA, julgado em 09/12/2010, DJe-072 DIVULG 14-04-2011 PUBLIC 15-04-2011 EMENT VOL-02504-01 PP-00206 )*

No presente caso, da análise dos autos, verifica-se que o autor deixa claro que não tentou receber o seguro diretamente do consórcio/seguradora DPVAT, ou que este tenha resistido ou se omitido quanto ao seu pedido. Também não há, entre os documentos que instruíram a inicial, qualquer indício desta iniciativa. Pelo contrário, verifica-se que a parte autora pretende receber seguro DPVAT, tendo ajuizado diretamente a presente ação judicial, a qual carece de uma de suas condições, tornando-se impossível o seu prosseguimento.

Nessa linha de raciocínio, é forçoso reconhecer, *ex officio*, a causa extintiva do processo, por se tratar de carência do próprio direito de ação, conforme preveem o inciso VI do art. 485 c/c o seu § 3º, do CPC, *in litteris*:

Art. 485. O juiz não resolverá o mérito quando:

...

VI – verificar ausência de legitimidade ou de **interesse processual**;

*omissis*





§ 3º O juiz conhecerá de ofício da matéria constante dos incisos IV, V, VI e IX, em qualquer tempo e grau de jurisdição, enquanto não ocorrer o trânsito em julgado.

**Diante do exposto** e considerando tudo o mais que dos autos consta, **INDEFIRO DE PLANO A INICIAL, para extinguir o processo sem resolução do mérito**, nos termos do art. 485, inciso VI, do CPC, em razão de carência de ação ante a falta de interesse ad causam pela ausência de prévio requerimento administrativo.

**Sem custas**, ante a gratuidade ora deferida **e sem honorários** por não ter se instaurado o contraditório.

**P. R. I.**

**Transitada em julgado, archive-se, independente de nova conclusão.**

JOÃO PESSOA, 1 de novembro de 2016



SEGUE PDF EM ANEXO.



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO 16ª VARA CÍVEL DO  
FÓRUM DE JOÃO PESSOA/PB

Processo nº 0833157.89.2016.8.15.2001

WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS, já devidamente qualificado nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA, Processo nº. 0002115-83.2015.815.2003, movida contra SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, vem muito respeitosamente, através de sua advogada in fine assinada, à presença de Vossa Excelência, não se conformando com a venerada sentença de primeira instância, no prazo legal, interpor

#### RECURSO DE APELAÇÃO

Com as razões em anexo, requerendo seja recebido, autuado e, após atendidas as formalidades de estilo, espera sejam os autos remetidos à Instância Superior para julgamento.

Informam a recorrente que está demandando sob o pálio da Justiça Gratuita, razão pela qual deixa de juntar comprovante de pagamento de custas recursais.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento.

João Pessoa/PB, 29 de Setembro de 2017.

**Roberto Pessoa Peixoto de Vasconcellos**  
**Advogado OAB/PB nº 12.378**







ROBERTO PEIXOTO  
ADVOCACIA

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR DESEMBARGADOR RELATOR DO  
EGRÉGIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

### RAZÕES DE APELAÇÃO

**APELANTE: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS**

**APELADO: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**

**PROCESSO nº 0833157.89.2016.8.15.2001**

**ORIGEM: 16ª VARA CÍVEL DO FÓRUM DE JOÃO PESSOA/PB**

**EGRÉGIA CÂMARA,**

**NOBRES JULGADORES,**

#### 1. TEMPESTIVIDADE DO RECURSO E DO PREPARO

A sentença de mérito fora disponibilizada em 19/09/2017, com ciência no sistema PJE em 20/09/2017. Desta feita, foi o presente **RECURSO DE APELAÇÃO** apresentado tempestivamente, tendo em vista o termo fatal ser dia 11/10/2017.

Informa o recorrente que está demandando sob o pálio da Justiça Gratuita, razão pela qual deixa de juntar comprovante de pagamento de custas recursais.

#### 2- DA MANUTENÇÃO DA JUSTIÇA GRATUITA

Av: Odon Bezerra, 184, Piso E3, Sala 356 e 372, Shopping Tambiá,  
João Pessoa-PB Cep 58.020-500  
advogados@gmail.com (83) 3221-2051



A parte recorrente é pessoa de baixa renda e, desta forma, não possui condições de arcar com as despesas processuais da presente demanda sem o prejuízo de seu sustento e de sua família. Por este motivo, **reitera que sejam mantidos os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA**, com fulcro no artigo 2º, parágrafo único da Lei nº 1.060/50 e artigo 98 e seguintes do CPC, eis que o próprio requerente, em declaração, já postulou tal benefício.

### 3. DAS ALEGAÇÕES DA APELANTE

Em síntese, a recorrente combate a Sentença de Mérito que entendeu em **extinguir o processo sem resolução, nos termos do Artigo 267, inciso VI do CPC, em razão de carência da ação ante a falta de interesse ad causam pela ausência de prévio requerimento administrativo**. Contudo, Data vênua, Nobre Julgadores, entendemos que a Sentença de 1º grau merece ser reformada, de acordo com as razões que se passa a expor.

Senão vejamos:

**“(…) Diante do exposto e considerando tudo o mais que dos autos consta, INDEFIRO DE PLANO A INICIAL, para extinguir o processo sem resolução do mérito, nos termos do art. 485, inciso VI, do CPC, em razão de carência de ação ante a falta de interesse ad causam pela ausência de prévio requerimento administrativo.**

**Sem custas, ante a gratuidade ora deferida e sem honorários por não ter se instaurado o contraditório.(…)”**

Contudo, Data vênua, Nobre Julgadores, entendemos que a Sentença de 1º grau merece ser reformada, de acordo com as razões que se passa a expor. Senão vejamos:

### 4. DA CARÊNCIA DA AÇÃO / DO INTERESSE DE AGIR

Não assiste razão o entendimento do Juiz de primeiro grau sobre a ausência de interesse de agir do autor.



No caso de indenização por seguro obrigatório DPVAT, é desnecessário esgotar primeiro a esfera administrativa para depois ingressar em juízo para pleitear o seu direito. Pois, a parte tem prerrogativa de ajuizar a demanda diretamente perante o Poder Judiciário.

**CONFORME SE COMPROVA DOS DOCUMENTOS ORA EM ANEXO VERIFICA -SE QUE O APELANTE INGRESSOU ADMINISTRATIVAMENTE COM O REQUERIMENTO JUNTO AO SEGURO DPVAT. PORTANTO, NÃO ASSISTE RAZÃO A SENTENÇA PROFERIDA NOS AUTOS QUE INDEFERIU DE PLANO A INICIAL nos seguintes termos.**

**“(…) Fundamento e decido:**

Tem se tornado rotineiro o ingresso de ações securitárias sem que se tenha provocado, previamente, uma das seguradoras, fazendo-se do Judiciário posto avançado das seguradoras privadas.

Os argumentos mais utilizados para se admitir essa conduta é o direito de petição e a inafastabilidade do Judiciário previstos no art. 5º da CF e na Súmula 213 do extinto TFR.

Quanto à Súmula 213 do TRF, exaurir significa esgotar todas as vias, mas não quis se dizer que não se dê sequer o primeiro passo.

Consoante o art. 17 do NCPC, o interesse de agir é condição de propositura de toda ação judicial, sendo pressuposto de sua admissibilidade.

Se não houve qualquer pronunciamento prévio da requerida ou de qualquer outra seguradora do Consórcio, não enxergo onde está a lesão ou, pelo menos, a ameaça de direito. Não se pode presumir um ou outro, até mesmo porque a seguradora não tem o dever de pagar a indenização de ofício. Portanto, para que o autor possa alegar que seu direito foi desrespeitado é preciso apresentar o seu pedido administrativamente.

Pois bem. Antes da instauração da fase litigiosa, é viável e devido ao interessado formular diretamente a uma das seguradoras que faça parte do 'Consórcio' a pretensão que deseja ver satisfeita, para, assim, havendo negativa indevida, configurar-se pretensão resistida.





O conflito de interesses se qualifica de maneira a estar apto à apresentação ao Judiciário, a partir do momento em que há pretensão resistida. Do contrário, não haverá interesse de agir. Não se pode admitir que toda e qualquer pretensão possa ser levada, de imediato, ao Poder Judiciário. A prevalecer esse entendimento, poder-se-ia, por exemplo, imaginar situações como a de se pedir, na via judicial, diretamente a concessão de autorização para a condução de veículos, com a respectiva expedição da carteira de habilitação, bem como de porte de arma, ou licenciamento para construir uma edificação, ou ainda a concessão de benefícios previdenciários, sem que houvesse mais a necessidade de se dirigir aos órgãos com atribuição para tanto.

A interpretação do comando constitucional não deve servir a tamanho despropósito. Quando o pleito demanda requerimento para que possa ser praticado, parece razoável a exigência de que se tenha buscado sem sucesso a via administrativa para que fique caracterizado o interesse de agir, como condição da ação.

Recentemente, apreciando a questão em processo que discutia matéria previdenciária, o Supremo Tribunal Federal deu parcial provimento ao Recurso Extraordinário (RE) 631240, com repercussão geral reconhecida, mantendo o entendimento de que a exigência de prévio requerimento administrativo antes de o segurado recorrer à Justiça para a concessão de benefício previdenciário, não fere a garantia de livre acesso ao Judiciário, previsto no art. 5º, inciso XXXV, da Constituição Federal, pois sem pedido administrativo anterior, não fica caracterizada lesão ou ameaça de direito. Ocorre que o art. 5º, em seu inciso XXXV, fala de lesão ou ameaça a direito. Transcrevo a ementa abaixo:

Ementa: CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO. PREVIDENCIÁRIO. PRÉVIA POSTULAÇÃO ADMINISTRATIVA COMO CONDIÇÃO DE POSTULAÇÃO JUDICIAL RELATIVA A BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO. REPERCUSSÃO GERAL. EXISTÊNCIA. *Está caracterizada a repercussão geral da controvérsia acerca da existência de prévia postulação perante a administração para defesa de direito ligado à concessão ou revisão de benefício previdenciário como condição para busca de tutela jurisdicional de idêntico direito. (RE 631240 RG, Relator(a): Min. JOAQUIM BARBOSA, julgado em 09/12/2010, DJe-072 DIVULG 14-04-2011 PUBLIC 15-04-2011 EMENT VOL-02504-01 PP-00206 )*







No presente caso, da análise dos autos, verifica-se que o autor deixa claro que não tentou receber o seguro diretamente do consórcio/seguradora DPVAT, ou que este tenha resistido ou se omitido quanto ao seu pedido. Também não há, entre os documentos que instruíram a inicial, qualquer indício desta iniciativa. Pelo contrário, verifica-se que a parte autora pretende receber seguro DPVAT, tendo ajuizado diretamente a presente ação judicial, a qual carece de uma de suas condições, tornando-se impossível o seu prosseguimento.

Nessa linha de raciocínio, é forçoso reconhecer, *ex officio*, a causa extintiva do processo, por se tratar de carência do próprio direito de ação, conforme preveem o inciso VI do art. 485 c/c o seu § 3º, do CPC, *in litteris*:

Art. 485. O juiz não resolverá o mérito quando:

(...) VI – verificar ausência de legitimidade ou de **interesse processual**;  
*omissis*

§ 3º O juiz conhecerá de ofício da matéria constante dos incisos IV, V, VI e IX, em qualquer tempo e grau de jurisdição, enquanto não ocorrer o trânsito em julgado.

**Diante do exposto** e considerando tudo o mais que dos autos consta, **INDEFIRO DE PLANO A INICIAL, para extinguir o processo sem resolução do mérito**, nos termos do art. 485, inciso VI, do CPC, em razão de carência de ação ante a falta de interesse ad causam pela ausência de prévio requerimento administrativo.” (grifo nosso).

**NÃO PODEMOS CONCORDAR** com o entendimento do douto juízo, pelas razões a seguir expostas. Ademais, como se verifica dos documentos ora anexo é de pleno conhecimento da seguradora o prévio requerimento administrativo realizado pela apelante. Portanto, **MERECE REFORMA/ANULAÇÃO A SENTENÇA**.

O entendimento do Superior Tribunal de Justiça é firmado no sentido de ser desnecessário o esgotamento das vias administrativas para o ingresso em juízo” (REsp 764560/PR Rel. Min. Arnaldo Esteves Lima – J. 07/03/2006).

RECURSO ESPECIAL. ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL.  
MANDADO DE SEGUANÇA. REAJUSTAMENTO DE BENEFÍCIO.  
DESNECESSIDADE DE ESGOTAMENTO DA VIA ADMINISTRATIVA.



Nos termos dos precedentes jurisprudenciais desta Corte de Justiça, não se faz necessário o esgotamento da via administrativa para se ingressar na via judicial. Recurso desprovido” (REsp 664682/RS – Rel. Min. José Arnaldo da Fonseca – J. 18/10/2005).

Inexiste a condição, para o ingresso na esfera judicial, de se esgotar previamente a via administrativa, ex vi do determinado no artigo 5º, XXXV, da Lei Suprema.

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:  
[...]  
XXXV - a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;

O Professor e Doutor Alexandre de Moraes, na obra “Direito Constitucional, 11ª edição, Editora Atlas: São Paulo, 2002, pág. 103, preleciona que:

*“Inexiste a obrigação de esgotamento da instância administrativa para que a parte possa acessar o Judiciário. A Constituição Federal de 1988, diferentemente da anterior, afastou a necessidade da chamada jurisdição condicionada ou instância administrativa de curso forçado, pois já se decidiu pela inexigibilidade de esaurimento das vias administrativas para obter-se o provimento judicial, uma vez que excluiu a permissão, que a Emenda Constitucional nº 7 à Constituição anterior estabelece, de que a lei condicionasse o ingresso em juízo à exaustão das vias administrativas, verdadeiro obstáculo ao princípio do livre acesso ao Poder Judiciário.”*

Neste sentido já decidiu a jurisprudência pacificada:

RECURSO APELAÇÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO - SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEICULO (DPVAT)- DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (DPVAT) RECEBIMENTO DE CAPITAL SEGURADO - PRELIMINAR. Carência da ação.





ROBERTO PEIXOTO  
ADVOCACIA

**Inocorrência. Não há necessidade do esgotamento da via administrativa para se ingressar com ação judicial pleiteando o valor devido a título de indenização do seguro obrigatório DPVAT.** Preliminar repelida. RECURSO

APELAÇÃO ACIDENTE DE TRÂNSITO - **SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULO (DPVAT)** - DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (DPVAT) RECEBIMENTO DE CAPITAL SEGURADO \_ MÉRITO. 1. Acidente automobilístico ocorrido em 31 de outubro de 1991. Falecimento do filho da autora. Aplicabilidade da Lei nº 6.194/74. 2. Ausência de irregularidade ou ilegalidade na quantificação da indenização baseada no salário-mínimo. Indenização a ser calculada com base nos valores vigentes na época do evento. Precedentes desta Câmara Julgadora e do Colendo Superior Tribunal de Justiça. 3. Correção monetária. Incidência a partir da data do evento danoso, quando a seguradora não cumpriu com sua obrigação. Procedência. Sentença mantida. Recurso de apelação não provido.

(TJ-SP - APL: 00611324920108260506 SP 0061132-49.2010.8.26.0506, Relator: Marcondes D'Angelo, Data de Julgamento: 13/02/2014, 25ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 17/02/2014) (grifos e negritos nossos)

PROCESSUAL CIVIL - APELAÇÃO - **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT - INVALIDEZ - PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR - EXAURIMENTO VIA ADMINISTRATIVA - DESNECESSIDADE - SENTENÇA CASSADA** - PERÍCIA MÉDICA PEDIDA - GRAU DE INVALIDEZ - NECESSIDADE DE APURAÇÃO - PROSSEGUIMENTO DO PROCESSO. - **Não há necessidade de prévio esgotamento da via administrativa, como condição para o beneficiário ingressar em juízo pleiteando o recebimento da indenização relativa ao seguro DPVAT.** - Na ação de cobrança de seguro DPVAT por invalidez, é necessária a prova pericial do grau de invalidez, se não informado no laudo do IML. Sentença cassada. Prosseguimento do processo determinado.

(TJ-MG 100240948530250021 MG 1.0024.09.485302-5/002(1), Relator: MÁRCIA DE PAOLI BALBINO, Data de Julgamento: 04/02/2010, Data de Publicação: 16/03/2010) (grifos e negritos nossos)

Av. Odon Bezerra, 184, Piso E3, Sala 356 e 372, Shopping Tambiá,  
João Pessoa-PB Cep 58.020-500  
advogadoss@gmail.com (83) 3221-2051





ROBERTO PEIXOTO  
ADVOCACIA

RECURSO APELAÇÃO - ACIDENTE DE VEÍCULO - **SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)**- DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OBJETIVO RECEBIMENTO DE CAPITAL SEGURADO - PRELIMINAR. Carência da ação. **Inocorrência. Não há necessidade do exaurimento da via administrativa para se ingressar com ação judicial pleiteando o valor devido a título de indenização do seguro obrigatório (DPVAT).** Preliminar repelida. RECURSO APELAÇÃO AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)- DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES EM VIA TERRESTRE OBJETIVO RECEBIMENTO DE CAPITAL SEGURADO MÉRITO. 1. Acidente automobilístico ocorrido em dezembro de 1991. Falecimento do irmão dos autores. Aplicabilidade da Lei nº 6.194/74. 2. Ausência de irregularidade ou ilegalidade na quantificação da indenização baseada no salário-mínimo. Indenização a ser calculada com base nos valores vigentes na época do evento. Precedentes desta Câmara Julgadora e do Colendo Superior Tribunal de Justiça. 3. Correção monetária. Incidência a partir da data do evento danoso, quando a seguradora não cumpriu com sua obrigação. Procedência. Sentença mantida. Recurso não provido. (TJ-SP - APL: 00361028120118260601 SP 0036102-81.2011.8.26.0601, Relator: Marcondes D'Angelo, Data de Julgamento: 20/06/2013, 25ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 24/06/2013) (negritos nossos)

"Processual Civil. Extinção do Processo. Ausência de pedido administrativo. Nulidade da sentença.

I – O acesso ao Poder Judiciário está garantido, independentemente de pleito na via administrativa. Inteligência do inciso XXXV, artigo 5º, da Constituição Federal.

II – (...)

III – Apelação provida. Sentença anulada, para que outra seja proferida, apreciando o mérito da questão".

Inclusive por ser de conhecimento público que na esfera administrativa o pagamento é inferior ao legalmente previsto, levando os beneficiários a necessidade de interposição de ação judicial, a fim de receber o valor devido, portanto, deve ser afastada por este Tribunal a r. sentença.

Av. Odon Bezerra, 184, Piso E3, Sala 356 e 372, Shopping Tambiá,  
João Pessoa-PB Cep 58.020-500  
advogados@gmail.com (83) 3221-2051





Levantamos de logo o principio da inafastabilidade do judiciário.

Dessa forma, não há falar em ausência de interesse processual, uma vez que o apelante possui o direito de buscar, através dos meios judiciais, a indenização pelos prejuízos que alega ter sofrido, independentemente do exaurimento da via administrativa, pelo que requer A REFORMA/ANULAÇÃO DA SENTENÇA RECORRIDA.

### 3. DOS REQUERIMENTOS FINAIS

Diante do Exposto, pede eu seja reformada a sentença singular para **ANULAR A SENTENÇA** e, via de consequência, determinar o retorno do presente feito a comarca de origem para o seu regular prosseguimento, e ao final julgar pela PROCEDENCIA da demanda, por ser da mais cristalina, imperiosa e lúdima JUSTIÇA!

Requer ainda que as **publicações e/ou notificações** alusivas ao presente feito sejam realizadas EXCLUSIVAMENTE em nome do advogado **DR. ROBERTO PESSOA PEIXOTO DE VASCONCELLOS**, inscrito na **OAB/PB** sob o nº **12.378**, sob pena de nulidade.

Nestes termos,  
Pede e espera deferimento.

João Pessoa/PB, 24 de Setembro de 2017. (A.F)

**Roberto Pessoa Peixoto de Vasconcellos**  
**Advogado OAB/PB 12.378**



JOHN PESSON  
(NP) 34528316359298 Tel: -  
Ins Est: 160745500

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSUMO S/A  
 CNPJ/CPF.....: 09248680/000104  
 Doc. Post.....: 241727595  
 Contrato...: 391228063 - 266. Adm.: 11205709  
 Cartão...: 62267655

Movimento... 12/07/2017 Hora... 13:07:40  
 Caixa... 81952170 Matrícula... 64777400  
 Lançamento... 014 Atendimentos: 00017  
 Modalidade: A Futuro IDiqueta: 1328756000

| DESCRIÇÃO              | QTD.                       | PREÇO(R\$) |
|------------------------|----------------------------|------------|
| SEGURO UPAAT ATE 30    | 1                          | 21,75+     |
| Valor do Portão(R\$) : | 71,75                      |            |
| Peso real (KG) :       | 121                        |            |
| CNPJ/CPF Remet. :      | 90106287491                |            |
| Nome Remetente :       | WASHINGTON LUIZ DA SILVA S |            |
| Cont. Remetente :      | 04708                      |            |
| Endeço Remetente :     | 004 Macaré, 51 - Grutão    |            |
| Cep Remetente :        | 80329-774                  |            |
| Cidade Remetente :     | MACAÉ PESSOA               |            |
| UF Remetente :         | PR                         |            |
| POSTAL REMETENTE RPL   | 1                          | 28,00+     |
| Valor do Portão(R\$) : | 28,00                      |            |
| Cep Destino :          | 20051-205 (RJ)             |            |
| Peso real (KG) :       | 118                        |            |
| DESCRIÇÃO :            | DJ49655807068              |            |

6b) Postado após horário lim post 03. 0h (Depois de Hora)

|                     |       |
|---------------------|-------|
| 1014 (S. ENGINEERS) | 49.75 |
|---------------------|-------|

1980 : 6180 / 50 solicitudes (RS)

Na lista de objeto com valor.

utiliza o serviço adicional de valor declarado.

## A FUTURE

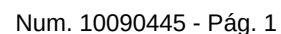
Ratificação e prestação dos serviços: ação  
prática, de acordo com o valor da  
prestação de serviço. Os valores são  
apresentados de acordo com o  
valor da prestação de serviço. O  
valor da prestação de serviço é  
de acordo com o valor da prestação  
de serviço.

Nome \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
 Ass. Responsável \_\_\_\_\_

Obs) Postado após horário (na post ag. DA (Depois de Hora)

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 8538/78

O prazo de entrega poderá sofrer atrasos.



**SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS**

**LIDE**

**COBERTURA SOLICITADA**

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

**IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA**

VÍTIMA WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

DATA DO ACIDENTE 11/03/2017 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 981.062.874-91

**PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS**

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

**DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

**DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS**

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

**DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE**

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

**DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE**

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
  - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
  - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
  - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
  - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
  - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
  - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
  - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO**

Portador da documentação (Nome) WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS  
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Data 18/07/2017 Assinatura Washington Luiz da Silva Santos

**RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO**

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AP Central KAI/PB  
 Atendente Roberta Matrícula 8644 PB  
 Data 18/07/2017 Assinatura Washington Luiz da Silva Santos

889800545





**CERTIDÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS**

Certifico que, após pesquisa no Banco de Dados do Sistema de Identificação Criminal - SICRIM deste Estado, até a presente data, NADA CONSTA a respeito do requerente abaixo qualificado.

NOME: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

IDENTIDADE DE RG DE Nº 1814457

UF/ÓRGÃO EMISSOR PB

FILIAÇÃO: JOSÉ DA PENHA DOS SANTOS

E ARACILDA DA SILVA SANTOS

NASCIDO EM 30/03/1975 NO MUNICÍPIO JOÃO PESSOA - PB

JOÃO PESSOA,

12 de julho de 2017

*Washington Luiz da Silva Santos*  
Requerente

513940

*Rosaura Alves Fabrício*  
Responsável





Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2017

Carta n°: 11448824

A/C: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170422586 ASL-0295400/17  
Vítima: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS  
Data Acidente: 11/03/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2017

Carta n°: 11448823

A/C: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170422586 ASL-0295400/17  
Vítima: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS  
Data Acidente: 11/03/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas
- Laudo do IML - Lesões corporais infor. incorretas
- Declaração do Proprietário do Veículo infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA**

**COMARCA DE JOÃO PESSOA**

**16º VARA CÍVEL**

---

**PROCESSO NÚMERO - 0833157-89.2016.8.15.2001**

**CLASSE:** PROCEDIMENTO COMUM (7)  
**ASSUNTO(S):** [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

**AUTOR: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS**  
Advogado do(a) AUTOR: ROBERTO PESSOA PEIXOTO DE VASCONCELLOS - PB0012378

**RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S/A**  
Advogado do(a) RÉU:

---

**DESPACHO**

Vistos.



Considerando que nas razões da apelação interposta o autor comprovou ter ingressado com pedido administrativo, ainda que após a prolatação da sentença de indeferimento da inicial, procedo à retratação, nos termos do art. 485, § 7º, do CPC.

Sendo assim deve ser dado o devido prosseguimento ao feito.

Trata-se de ação cobrança de seguro DPVAT.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

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

**Juiz(a) de Direito**







**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA**  
**16ª Vara Cível da Capital**

PROCESSO Nº 0833157-89.2016.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM (7)  
[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS  
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S/A

**CARTA DE CITAÇÃO**

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, nos termos do art. 275 e seguintes do CPC, **CITO** Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S/A

Endereço: R DA HORA, 692, ESPINHEIRO, RECIFE - PE - CEP: 52020-010

"Vistos.

Considerando que nas razões da apelação interposta o autor comprovou ter ingressado com pedido administrativo, ainda que após a prolatação da sentença de indeferimento da inicial, procedo à retratação, nos termos do art. 485, § 7º, do CPC.

Sendo assim deve ser dado o devido prosseguimento ao feito.

Trata-se de ação cobrança de seguro DPVAT.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.



A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos".

JOÃO PESSOA-PB, 6 de junho de 2018.

ANANDA SEABRA KUMAMOTO  
Chefe de Cartório

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:**

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

16070617054905000000004247080



## CERTIDÃO

Certifico que o Aviso de Recebimento (AR) foi devolvido nesta data e anexado ao Autos.

JOÃO PESSOA

3 de julho de 2018

MARCIA BARROSO GONDIM COUTINHO



PREENCHER COM LETRA DE FORMA

AR

| DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE                                                  |                   |                                                      |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------|-------------|
| NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE |                   |                                                      |             |
| ENDEREÇO / ADRESSE                                                                     |                   |                                                      |             |
| A. DA VILA, 692, ESPINHEIRO                                                            |                   |                                                      |             |
| CEP / CODE POSTAL                                                                      | CIDADE / LOCALITÉ | UF                                                   | PAÍS / PAYS |
| 52020-010                                                                              | ACEITA            | PE                                                   | BR          |
| DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO (SUJEITO A VERIFICAÇÃO) / DISCRIMINATION                        |                   |                                                      |             |
| 0833153-99.2016.1.15.2001                                                              |                   |                                                      |             |
| ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RECEPTEUR                                       |                   | DATA DE RECEBIMENTO / DATE DE LIVRATON               |             |
| Cibrelia Lopes Freira                                                                  |                   | 15/06/18                                             |             |
| NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RECEPTEUR                                   |                   |                                                      |             |
| Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEBEDOR / ORGAO EXPEDIDOR                           |                   | RUBRICA E MARCA DO EMPREGADO / SIGNATURE DE L'AGENTE |             |
|                                                                                        |                   | MARCOS BARBOSA<br>MAT. 8.507.915-4                   |             |
| ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERSO                     |                   |                                                      |             |

FC0463 / 16

114 x 186 mm

CDD ENCROUZINHADA  
15 JUN 2018

75240203-0

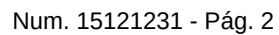
FC0463 / 16

114 x 186 mm





Assinado eletronicamente por: MARCIA BARROSO GONDIM COUTINHO - 03/07/2018 09:17:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18070309174184400000014750493>  
 Número do documento: 18070309174184400000014750493



Certifico que até a presente data não houve manifestação da parte.



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 16ª VARA CÍVEL DE JOÃO PESSOA - PB**

**Processo nº 0833157-89.2016.8.15.2001**

**WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS**, já devidamente qualificado nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT em epígrafe, que move em face do **INSS**, também já devidamente qualificado, vem por intermédio do seu procurador, como a fim de corroborar com a instrução do feito, apresentar Laudo Traumatológico e Registro de Ocorrência que atesta o acidente e o trauma decorrente do mesmo.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

João Pessoa, 09 de agosto de 2018. (SC)

**Roberto Pessoa Peixoto de Vasconcellos**

Advogado OAB/PB n. 12.378





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL  
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

## LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo nº 03.01.05.032018.05434

WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

Órgão requisitante: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital  
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:  
Ilmo(a) Senhor(a).  
Dr(a) Alberto Jorge Diniz e Silva  
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital

RECEBI EM 06/08/2018

Washington Luiz da Silva Santos

981062 874 91

Scanned by CamScanner







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL  
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 125318 Laudo nº: 03.01.05.032018.05434

## LAUDO TRAUMATOLÓGICO

### Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 02/03/2018 Hora do exame: 00:00

Órgão Requisitante: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital. nº da Solicitação: 246/2018 Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz e Silva. Nome: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS, iganos, sexo: Masculino Raça/cor: filho(a) de: José da Penha dos Santos e de: Aracilda da Silva Santos, Estado civil: ignorado. Nacionalidade: Brasileira. Natural de: . Profissão: Vigilante.

HISTÓRICO: O periciando relata que, por volta das 16h45 do dia 11.03.2016, sofreu acidente tipo colisão moto-moto sendo socorrido para Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

DESCRIÇÃO: O periciando apresenta-se para exame deambulando por meios próprios, consciente e orientado no tempo e no espaço. Não apresenta debilidades em articulações. Conduz laudo médico emitido por Dr. Juan Jaime Alcoba Arce, CRM 3323/PB, em 3105.2016, atestando que o periciando deu entrada no referido serviço em 11.03.2018, às 14:42 com fratura de clavícula esquerda, recebendo tratamento conservador da fratura.

#### QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? NÃO.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? NÃO.
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, DEVIDO A FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA.
- 6) Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9) Resultou deformidade permanente? NÃO.
- 10) Provocou aborto? PREJUDICADO.

Dr(a): Rayssa Dantas de Azevedo Almeida  
Perito Oficial Médico-Legal  
Mat:168.223-7 CRM 7058/PB



Requisição de exame Nº246/2018

**Exame requisitado:** TRAUMATOLÓGICO

Autoridade requisitante: **Alberto Jorge Diniz e Silva.**

**Remeter o laudo para Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital - PB**  
**João Pessoa, 28/02/2018**

Ref. Certidão de Registro de Ocorrência 01119.01.2016.1.02.202

**Senhor Gerente,**

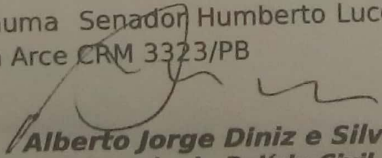
Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatológico a pessoa abaixo mencionada:

Periciando:

**WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS** CPF Nº 981,062,874-91, nacionalidade brasileiro, Estado Civil: União Estável, identidade de gênero masculino, profissão vigilante, filho de José da Penha dos Santos e Aracilda da Silva Santos Natural de João Pessoa/PB, nascido em 30/03/1975 (43 anos de idade), residente e domiciliado na rua: Maceió nº 51 bairro Grotão, tendo como ponto de referência caixa d'água do Grotão - Cidade de João Pessoa /PB telefone para contato: (83) 986055395

**Dados do(s) Fatos:** rua: ADMINISTRADOR MANOEL ANGELO DE OLIVEIRA.

**Histórico:** QUE, No dia 11/03/2016, por volta das 16:45, quando conduzia o veículo tipo motocicleta, marca e modelo: Honda/POP 100 vermelha, ano e modelo: 2015, placa QFI 2327/PB; E que ao conduzir este veículo pela BR 230, KM 25 e ao parar no acostamento e ligar o pisca pisca (alerta), teve a motocicleta atingida na parte traseira por um outro veículo tipo motocicleta/Honda CB 300 de placa não identificada. que devido ao fato o notificante sofreu fraturas na clavícula esquerda, sendo socorrido pelo Samu para o hospital de emergência e trauma Senador Humberto Lucena CID 10 S42,0 assinado pelo médico Dr. Juan Jaime Alcoba Arce CRM 3323/PB

  
**Alberto Jorge Diniz e Silva**  
Delegado de Polícia Civil



**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA**

**COMARCA DE JOÃO PESSOA**

**16º VARA CÍVEL**

---

**PROCESSO NÚMERO - 0833157-89.2016.8.15.2001**

**CLASSE:** PROCEDIMENTO COMUM (7)

**ASSUNTO(S):** [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

**AUTOR: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS**

Advogado do(a) AUTOR: ROBERTO PESSOA PEIXOTO DE VASCONCELLOS - PB0012378

**RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S/A**

Advogado do(a) RÉU:

---

**DESPACHO**

Vistos.

Ante o disposto na certidão de ID nº 15795933, decreto a REVELIA da parte promovida.

Intime-se a parte autora para requerer o que entender de direito no prazo de 10 dias.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

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

**Juiz(a) de Direito**



**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA 16ª VARA CÍVEL  
DE JOÃO PESSOA/PB**

**Processo nº: 0833157-89.2016.8.15.2001**

**WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS**, já devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, que move em face de **INSS**, por intermédio de seu bastante procurador que a esta subscreve, vem perante Vossa Excelência, com todo o respeito que lhe é devido, em atendimento ao Despacho de id. 18613626, expor e requerer o seguinte:

MM Juiz, primeiramente, **DIANTE DA DECRETAÇÃO DA REVELIA DA PROMOVIDA, REQUER O AUTOR A APLICAÇÃO DOS SEUS EFEITOS**, na sequência, e, em cumprimento ao despacho retro vem **REQUERER PERÍCIA MÉDICA**, a fim de ratificar as lesões sofrida em decorrência dos acidentes de transito, indicando especialista para realização de perícia médica, qual seja: **ORTOPEDIA** em virtude de SOFRER com gravíssima lesão na **CLAVÍCULA**.

**Oportunamente, REITERA-SE TODOS OS TERMOS DA EXORDIAL , bem como REQUERER A PRODUÇÃO DE TODAS AS PROVAS EM DIREITO PERMITIDAS, a saber: PROVA PERICIAL, conforme descrito acima, PROVA TESTEMUNHAL e JUNTADA DE NOVOS DOCUMENTOS que comprovam as afirmações feitas acima**, tudo o que for para melhor instrução processual, sob pena de cerceamento do direito de defesa.

Nestes termos

Advoga-se deferimento.

João Pessoa, 01 de abril de 2019. (SC)





**ROBERTO PESSOA PEIXOTO DE VASCONCELLOS**

OAB/PB 12.378



**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA**

**COMARCA DE JOÃO PESSOA**

**16º VARA CÍVEL**

---

**PROCESSO NÚMERO - 0833157-89.2016.8.15.2001**

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

**ASSUNTO(S):** [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

**AUTOR:** WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

Advogado do(a) AUTOR: ROBERTO PESSOA PEIXOTO DE VASCONCELLOS - PB12378

**RÉU:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S/A

---

**DESPACHO**

Vistos.

Intime-se a Dra. Rosana Bezerra Duarte de Paiva, perita cadastrada no Núcleo de Conciliação do TJ, na Rua Sebastião De Azevedo Bastos, 496, Manaíra, CEP 58038-491, nesta capital, para informar, no prazo de 10 (dez) dias, se aceita realizar a perícia médica da parte autora, informando data e local para a realização do exame pericial, bem como que o valor da perícia é de R\$ 200,00 (duzentos reais), devendo ser observado prazo de 60 (sessenta) dias de antecedência para viabilizar as intimações necessárias.

Em caso de concordância, nomeie a profissional para exercer o encargo de perita no presente feito, devendo o promovente ser intimado para tomar conhecimento da data designada, bem como do endereço, e para, querendo, indicar assistente técnico no prazo de 15 dias, nos termos do art. 465, § 1º, CPC.



**Ressalte-se que o não comparecimento injustificado à perícia designada poderá ocasionar a preclusão da prova.**

Fixo o prazo de 30 dias para entrega do laudo.

Com a entrega do laudo, intime-se a Seguradora Líder para depositar o valor dos honorários periciais no prazo de 5 dias, nos termos do convênio com o TJPB, expedindo-se, de logo, alvará em favor da perita, que deve ser intimada para recebimento.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

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

**Juiz(a) de Direito**





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA**  
**16ª Vara Cível da Capital**

PROCESSO Nº 0833157-89.2016.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S/A

**CARTA DE INTIMAÇÃO**

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, nos termos do art. 275 e seguintes do CPC, **INTIMO** Nome: DRA. ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA

"Vistos.

Intime-se a Dra. Rosana Bezerra Duarte de Paiva, perita cadastrada no Núcleo de Conciliação do TJ, na Rua Sebastião De Azevedo Bastos, 496, Manaíra, CEP 58038-491, nesta capital, para informar, no prazo de 10 (dez) dias, se aceita realizar a perícia médica da parte autora, informando data e local para a realização do exame pericial, bem como que o valor da perícia é de R\$ 200,00 (duzentos reais), devendo ser observado prazo de 60 (sessenta) dias de antecedência para viabilizar as intimações necessárias.

Em caso de concordância, nomeie a profissional para exercer o encargo de perita no presente feito, devendo o promovente ser intimado para tomar conhecimento da data designada, bem como do endereço, e para, querendo, indicar assistente técnico no prazo de 15 dias, nos termos do art. 465, § 1º, CPC.

**Ressalte-se que o não comparecimento injustificado à perícia designada poderá ocasionar a preclusão da prova.**

Fixo o prazo de 30 dias para entrega do laudo.





Com a entrega do laudo, intime-se a Seguradora Líder para depositar o valor dos honorários periciais no prazo de 5 dias, nos termos do convênio com o TJPB, expedindo-se, de logo, alvará em favor da perita, que deve ser intimada para recebimento".

JOÃO PESSOA-PB, 20 de junho de 2019.

ANANDA SEABRA KUMAMOTO  
Chefe de Cartório



EM ANEXO



PREENCHER COM LETRA DE FORMA

AR

DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE

D. A. ASSUNTA BORDENA DUMTE DE PAIVA

ENDEREÇO / ADRESSE

Av. Sebastião de A. Santos, 496

CNP / CODE POSTAL

CIDADE / LOCALITÉ

UF

PAÍS / PAYS

58038-691

DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO (SUJEITO A VERIFICAÇÃO) / DISCRIMINATION

NT

0833157-89-2016-8-10-2001

SECURADO / VALEUR DÉCLARÉ

ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RECEPTEUR

DATA DE RECEBIMENTO  
DATE DE LIVRAISON

12/7/19

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RECEPTEUR

Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO  
RECEBEDOR / ORGAO EXPEDIDOR

RUBRICA E MAT. DO EMPREGADO /  
SIGNATURE DE L'AGENT

924900592

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERS

75240203-0

FC0463 / 16

114 x 186 mm

CARIMBO DE ENTREGA  
UNIDADE DE DESTINO  
BUREAU D'ÉDÉSTINATION  
12 JUL 2019  
PB





Correios  
Brasil

AVISO DE  
RECEBIMENTO  
AVIS CN07 **AR**

JU 36780766 7 BR

DATA DE POSTAGEM / DATE DE POSTAGE

UNIDADE DE POSTAGEM / UNIT OF POSTAGE

10 JUL 2019

TENTATIVAS DE ENTREGA / TENTATIVES DE LIVRAISON

h : h : h

RECHERCHER COM LETRA DE FORMA

NOME RAZÃO SOCIAL DO EMITENTE / NOM OU RAISON SOCIALE DE L'EXPÉDITEUR

RECHERCHER COM LETRA DE FORMA

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO / ADRESSE

CIDADE / LOCALITÉ

UF

BRASIL  
BRÉSIL

ENDEREÇO PARA  
DEVOLUÇÃO  
RETOUR

ESTADO DA PARANÁ  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DA CAPITAL  
MARCIA CNEI LACOMARCA DA CAPITAL  
Folha 001 de 001  
Polo 001 de 001  
CEP: 88.013-520  
Logradouro: Rua  
Machado de  
Azevedo

Perita





Zimbra

jpa-vciv16@tjpb.jus.br

---

**OFÍCIO INDICANDO NÃO COMPARECIMENTO A PERÍCIA DO DIA 17/10**

---

**De :** dr rosanaduarte <dr.rosanaduarte@ig.com.br>

Seg, 21 de out de 2019 19:32

**Assunto :** OFÍCIO INDICANDO NÃO COMPARECIMENTO A  
PERÍCIA DO DIA 17/10 1 anexo**Para :** 16A. VARA CÍVEL DA CAPITAL  
<jpa.16varacivel@tjpb.jus.br>, Jpa Vciv16<sup>a</sup> VARA  
CÍVEL COMARCA DE JOÃO PESSOA <jpa-  
vciv16@tjpb.jus.br>EXM<sup>o</sup>. SENHOR JUIZ DE DIREITO DA 16<sup>a</sup> VARA CÍVEL COMARCA DE JOÃO PESSOA

**ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA**, perita médica, vem  
respeitosamente perante Vossa Excelência comunicar que as perícias agendadas para o  
dia 17/10/2019 relativa aos processos listados, deixaram de ser realizadas ante a  
ausência dos autores.

**0065766-32.2014.8.15.2001****0047838-05.2013.8.15.2001****0029439-25.2013.8.15.2001****0063069-38.2014.8.15.2001****0016179-07.2015.8.15.2001****0833157-89.2016.8.15.2001**

Antecipo os agradecimentos pela confiança dispensada e coloco-me à disposição de Vossa Excelência para colaborar com as necessidades deste Juízo, na área médico pericial.

Atenciosamente,

João Pessoa, 21 de Outubro de 2019

**\*\*GENTILEZA ACUSAR RECEBIMENTO\*\***



**OFÍCIO DE NÃO COMPARECIMENTO A PERÍCIA 16ª VARA DA CAPITAL.pdf**  
139 KB

---



Em anexo



Certifico, em cumprimento ao determinado no  
Art. 267, XV da LOJE que este documento  
foi recebido no cartório em 01/11/19  
às 08.48 horas.  
João Pessoa, 01/11/19

**Dra. Rosana Bezerra Duarte de Paiva**  
Perita Médica - Médica do Trabalho

EXMº. SENHOR JUIZ DE DIREITO DA 16ª VARA CÍVEL  
COMARCA DE JOÃO PESSOA

**ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA,**  
perita médica, vem respeitosamente perante Vossa  
Excelência comunicar que as perícias agendadas para o dia  
17/10/2019 relativa aos processos listados, deixaram de ser  
realizadas ante a ausência dos autores.

0065766-32.2014.8.15.2001  
0047838-05.2013.8.15.2001  
0029439-25.2013.8.15.2001  
0063069-38.2014.8.15.2001  
0016179-07.2015.8.15.2001  
— 0833157-89.2016.8.15.2001

Antecipo os agradecimentos pela  
confiança dispensada e coloco-me à disposição de Vossa  
Excelência para colaborar com as necessidades deste Juízo,  
na área médico pericial.

Atenciosamente,

João Pessoa, 21 de Outubro de 2019

  
*Dra. Rosana B. Duarte de Paiva*  
Perita Médica  
CRM - PB 4183 / CREMEPE 19414  
CPF: 587.738.514-34

083 8765-6296  
083 9122-3359

dr.rosanaduarte@ig.com.br



**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA**

**COMARCA DE JOÃO PESSOA**

**16º VARA CÍVEL**

---

**PROCESSO NÚMERO - 0833157-89.2016.8.15.2001**

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

**ASSUNTO(S):** [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

**AUTOR: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS**

Advogado do(a) AUTOR: ROBERTO PESSOA PEIXOTO DE VASCONCELLOS - PB12378

**RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S/A**

---

**DESPACHO**

Vistos.

Em que pese a informação retro, as partes não foram notificadas da perícia.

Sendo assim, intime-se a perita para informar nova data e local para a realização do exame pericial, devendo ser observado prazo de 60 (sessenta) dias de antecedência para viabilizar as intimações necessárias.

Após, devem as partes ser intimadas para tomarem conhecimento da data designada, bem como do endereço, e para, querendo, indicarem assistentes técnicos no prazo de 15 dias, nos termos do art. 465, § 1º, CPC.

**Ressalte-se que o não comparecimento injustificado à perícia designada poderá ocasionar a preclusão da prova.**





Fixo o prazo de 30 dias para entrega do laudo.

Com a entrega, intimem-se as partes para se manifestarem no prazo comum de 15 dias, oportunidade em que deverá a seguradora depositar os honorários periciais.

Após, expeça-se alvará em favor da perita, intimando-a para recebimento, e venham-me os autos conclusos para sentença.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

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

**Juiz(a) de Direito**





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA**  
**16ª Vara Cível da Capital**

PROCESSO Nº 0833157-89.2016.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
[Acidente de Trânsito]

AUTOR: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS  
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S/A

**CARTA DE INTIMAÇÃO**

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, **INTIMO** Nome: DRA. ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA  
Endereço: R ESCRIVÃO SEBASTIÃO AZEVEDO DE BASTOS, 496, APTO 2101, MANAÍRA. JOÃO PESSOA/PB, CEP 58038-491

"Vistos.

Em que pese a informação retro, as partes não foram notificadas da perícia.

Sendo assim, intime-se a perita para informar nova data e local para a realização do exame pericial, devendo ser observado prazo de 60 (sessenta) dias de antecedência para viabilizar as intimações necessárias.

Após, devem as partes ser intimadas para tomarem conhecimento da data designada, bem como do endereço, e para, querendo, indicarem assistentes técnicos no prazo de 15 dias, nos termos do art. 465, § 1º, CPC.

**Ressalte-se que o não comparecimento injustificado à perícia designada poderá ocasionar a preclusão da prova.**

Fixo o prazo de 30 dias para entrega do laudo.

Com a entrega, intimem-se as partes para se manifestarem no prazo comum de 15 dias, oportunidade em que deverá a seguradora depositar os honorários periciais.



Após, expeça-se alvará em favor da perita, intimando-a para recebimento, e venham-me os autos conclusos para sentença".

JOÃO PESSOA-PB, 26 de maio de 2020.

ANANDA SEABRA KUMAMOTO  
Chefe de Cartório



Ofício Dra. Rosana (perita)



# Dra. Rosana Bezerra Duarte de Paiva

## Perita Médica - Médica do Trabalho

EXMº. SENHOR JUIZ DE DIREITO DA 16ª VARA CÍVEL COMARCA DE  
JOÃO PESSOA

**ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA**, perita médica,  
vem respeitosamente perante Vossa Excelência **aceitar** os encargos para  
realizar perícias médicas referentes aos Processos DPVAT listados abaixo:

**0833602-39.2018.8.15.2001 CLAUDEMIR APARECIDO RAMOS**  
**0833157-89.2016.8.15.2001 WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS**  
**0858656-41.2017.8.15.2001 JOAO LUIZ DA SILVA JUNIOR**

Ao tempo em que indica a data e local, conforme especificado  
abaixo. Solicito apresentar-se **portando documento pessoal com foto,**  
**cópia do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico inicial**  
**no dia da perícia.**

**Dia : 05/11/2020**

As : 15:00 h (ordem de chegada)

Rua : Silvio Almeida, 725 Expedicionários ( Ponto Cardio )

Fone : 83-3225.4090

CEP : 58041-020

João Pessoa – PB

João Pessoa (PB), 29 de Julho de 2020.

  
*Dra. Rosana B. Duarte de Paiva*  
Perita Médica  
CRM - PB 4183 / CREMEPE 19414  
CPF: 587.738.514-34

ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA

CRM PB 4183

083 8765-6296  
083 9122-3359

dr.rosanaduarte@ig.com.br





Perícia designada para o dia 05/11/2020, às 15h00, no Ponto Cardio (Rua Silvio de Almeida, 725, Expedicionários, João pessoa/PB, CEP 58041-020), telefone (83) 3225-4090. Mais informações no documento enviado pela perita e juntada aos autos no ID 32781842.





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA**  
**16ª Vara Cível da Capital**

---

PROCESSO Nº 0833157-89.2016.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
[Acidente de Trânsito]

AUTOR: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS  
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S/A

**CARTA DE INTIMAÇÃO**

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, INTIMO Nome: WASHINGTON LUIZ DA SILVA  
Endereço: RUA MACEIÓ, 51, GROTAÃO, JOÃO PESSOA/PB, CEP 58078-124  
, para que tome ciência de que a perícia foi designada para o dia 05/11/2020, às 15h00, no Ponto Cardio (Rua Silvio de Almeida, 725, Expedicionários, João pessoa/PB, CEP 58041-020), telefone (83) 3225-4090, e que deverá comparecer portando documento pessoal com foto, cópia do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico inicial no dia da perícia.

JOÃO PESSOA-PB, 30 de julho de 2020.

**ANANDA SEABRA KUMAMOTO**  
Chefe de Cartório



CERTIFICO A JUNTADA NESTA DATA



|                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|
|  <b>Correios</b>                             |  | <b>AR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <b>AVISO DE RECEBIMENTO</b> |  |
| REMETENTE: Nome ou Razão Social do Remetente:                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                             |  |
| Endereço para Devolução:                                                                                                       |  | ESTADO DA PARAÍSA<br>PODER JUDICIÁRIO<br>1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DA CAPITAL<br>Fórum Dec. Manoel Araújo Porto UF:                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                             |  |
| Cidade:                                                                                                                        |  | João Pessoa, 21 de Junho de 2020.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                             |  |
| CEP:                                                                                                                           |  | 58.038.494                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                             |  |
| DESTINATÁRIO: Nome ou Razão Social do Destinatário do Objeto:                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                             |  |
| DRA. ROSANA BEZERRA D. DE PAIVA<br>RESC. SEBASTIÃO AZEVEDO, BASTOS<br>Nº 496 APTO 201A - MANAIRA<br>Cidade: João Pessoa UF: PB |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                             |  |
| PARA USO EXCLUSIVO DO REMETENTE (OPCIONAL)<br>INT. PROC. 0833457-89.2016.8.15.2004                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                             |  |
| ASSINATURA DO RECEBEDOR                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                             |  |
| NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR: <i>João Pessoa</i>                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                             |  |
| TENTATIVAS DE ENTREGA<br>1ª / /<br>2ª / /<br>3ª / /                                                                            |  | MOTIVOS DA DEVOLUÇÃO<br><input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Recusado<br><input type="checkbox"/> Endereço Insuficiente <input type="checkbox"/> Não Procurado<br><input type="checkbox"/> Não Existe o Número <input type="checkbox"/> Ausente<br><input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Falecido<br><input type="checkbox"/> Outros |  |                             |  |
| ETIQUETA                                                                                                                       |  | RUBRICA E MATRÍCULA DO CARTÃO<br><i>94020614</i><br><i>TEU L. M. COO</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                             |  |
| DATA DE ENTREGA<br>24-7-2020                                                                                                   |  | Nº DOCUMENTO DE IDENTIDADE<br>7258503                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                             |  |

COLE AQUI

COLE AQUI







Em anexo segue laudo da avaliação médica.



**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE**

(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974)

Nome completo: **WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS**

CPF: 981 062 874-91

**Concordância com a realização da avaliação médica**

Declaro que as informações relatadas neste ato pericial são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de verificação do grau de invalidez permanente em razão do processo judicial nº **0833157-89.2016.8.15.2001**, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figuro como autor e que tramita na 16ª Vara Cível ou JEC da Comarca da Capital.

João Pessoa/PB, 05 de Novembro de 2020.

Washington Luiz da Silva Santos  
Assinatura da vítima

**Avaliação Médica**

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim ☐ Não ☐ Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(regiões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Ombro Esquerdo

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Fratura da clavícula esquerda.

Tratamento conservador. Imobilização

tipo. oito gessado. Realizou sessões de fisioterapia.

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ Sim ☒ Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

Rosana B. Duarte de Paiva  
Médica - CRM 11362-PA  
CPF: 597.738.514-24



PROCESSO Nº 0833157-89.2016.8.15.2001

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ disfunções apenas temporárias
- b) ☒ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Deformidade em projeção da clavícula esquerda. ausência de atrofia muscular no membro superior esquerdo.

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- ☐ Sim, em que prazo: Discreta limitação funcional em ombro esquerdo.
- ☒ Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa do item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptíveis a tratamento como sendo gerador(es) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, afirmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total  
(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)
- b) ☒ Parcial  
(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1 ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com relação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatômico

Marque aqui o percentual

|                                   |                                       |                                              |                                    |                              |
|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| 1ª Lesão<br><u>OMBRO ESQUERDO</u> | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input checked="" type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% |
| Intensa                           |                                       |                                              |                                    |                              |
| 2ª Lesão                          | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve            | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% |
| Intensa                           |                                       |                                              |                                    |                              |
| 3ª Lesão                          | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve            | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% |
| Intensa                           |                                       |                                              |                                    |                              |
| 4ª Lesão                          | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve            | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% |
| Intensa                           |                                       |                                              |                                    |                              |

Observação: Havendo acordo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentado:

Nega trauma prévio no ombro esquerdo!

Local e data da realização do exame médico:

João Pessoa /PB, 05 de Novembro de 2020

Assinatura do médico – CRM

Rosana Bezerra Duarte de Paiva CRM-PB 4183

Digitalizada com CamScanner

CERTIFICO A JUNTADA NESTA DATA



**Correios**

**AR** AVISO DE RECEBIMENTO

UNIT JU 49513877 6 BR

**REMITENTE:** Nome ou Renda Social do Remetente:

Endereço para Devolução:

Cidade:

CEP:

DESTINATÁRIO: Nome ou Renda Social do Destinatário:

Objeto:

WASHINGTON LUIZ DA SILVA

RUA MACED, 51 - CRUZEIRO PR

Cidade: JOAO PESSOA

UF: PB

Valor: 38.048,10

PARA USO EXCLUSIVO DO RECEPTOR:

ASSINATURA DO RECEBEDOR:

INT. PROE-0833457-89 20468.15 2004

HOMER LEGITIMADO RECEBEDOR:

MARIA GORETE

TENTATIVAS DE ENTREGA

1. / / h
2. / / h
3. / / h

ETIQUETA

MOTIVOS DA DEVOLUÇÃO

|                                                  |                                          |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Indivíduo-se          | <input type="checkbox"/> 5 Recusado      |
| <input type="checkbox"/> 2 Endereço Insuficiente | <input type="checkbox"/> 6 Não Procurado |
| <input type="checkbox"/> 3 Não Existe o Número   | <input type="checkbox"/> 7 Ausente       |
| <input type="checkbox"/> 4 Desconhecido          | <input type="checkbox"/> 8 Falecido      |
| <input type="checkbox"/> 9 Outros                |                                          |

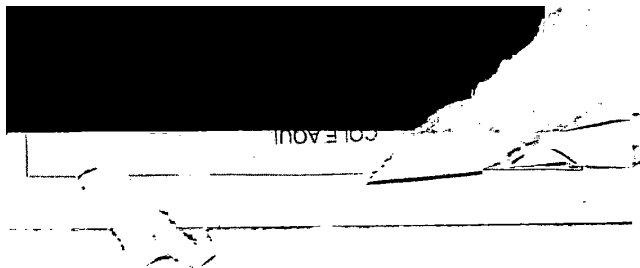
CARIMBO  
UNIDADE DE ENTREGA.

21 AGO 2020

Unidade de Entrega do Cartão

26/08/2020







intimem-se as partes para se manifestarem SOBRE O LAUDO PERICIAL id 36386108 no prazo comum de 15 dias, oportunidade em que deverá a seguradora depositar os honorários periciais.



Em anexo





ROBERTO PEIXOTO  
ADVOCACIA

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 16ª VARA CÍVEL DA  
CAPITAL – PB.

PROCESSO nº: 0833157-89.2016.8.15.2001

WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS, já devidamente qualificado nos autos da ação em epígrafe, onde litiga contra o SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., também já devidamente qualificado, vem por intermédio do seu procurador abaixo assinado para apresentar MANIFESTAÇÃO AO LAUDO PERICIAL:

## 1. DA PERÍCIA MÉDICA

### - DO LAUDO PERICIAL

Assim respondeu o perito:

**PROCESSO Nº 0833157-89.2016.8.15.2001**

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) ☐ disfunções apenas temporárias

b) ☒ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total  
(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) ☒ Parcial  
(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1 ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com relação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatômico Marque aqui o percentual

1ª Lesão OMARCA ESQUERDA ☐ 10% Residual ☒ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75%

Intensa

Av: Odon Bezerra, 184, Piso E3, Sala 356 e 372, Shopping Tambiá,  
João Pessoa-PB Cep 58.020-500  
advogadoss@gmail.com (83) 3221-2051





**PORÉM NÃO PODEMOS CONCORDAR IN TOTUM  
COM A PERÍCIA ACIMA!!!!**

Presentes encontram-se os pressupostos objetivos: qualidade de beneficiário, a caracterização da invalidez permanente por acidente de trânsito, ficando evidente o nexo de causalidade.

O autor após o acidente ficou com severas limitações e comprometimento de sua cognição.

No caso dos autos, **a perícia realizada, que culminou no laudo médico, concluiu pela existência de disfunções de apenas 25% relativo ao dano, e isso é um ABSURDO!!!**

No dia 11/03/2016, por volta das 16:45 h, o requerente conduzia uma moto de marca HONDA/POP 100, cor vermelha, ano/modelo 2015, de placa QFI2327/PB, chassi 9C2HB0210FR474942, registrada no nome de Luciana Silva F. de Oliveira. O autor vinha pela Br 230, KM 25 próximo ao supermercado Açai, João pessoa-PB, ao parar no acostamento e ligar o pisca alerta, teve sua motocicleta atingida na parte traseira por uma moto de marca HondaCB300, de placa não identificada, o autor caiu ao solo, e que em decorrência do fato veio a sofrer fratura na clavícula esquerda, sendo socorrido pelo resgate do SAMU e conduzido ao Trauma Senador Humberto Lucena onde se submeteu a procedimentos médicos.(Vide boletim de ocorrência).

O sinistro ocorreu por um inevitável atropelamento na rua referida, onde o causador evadiu-se do local, vindo o Autor a perder o controle e cair ao solo, tendo como gravidade maior a lesão um **TRAUMA NA CLAVÍCULA**, bem como várias escoriações e lacerações pelo corpo. Sendo resgatado (primeiros socorros) pelo SAMU e encaminhado ao Trauma Senador Humberto Lucena. No laudo médico relata-se que o autor “apresentava DOR NA CLAVÍCULA GERANDO DIFICULDADE PARA RESPIRAR,(Vide certidão do SAMU e laudo Anexos) grifo nosso.

O autor foi levado para o Trauma Senador Humberto Lucena onde passou por procedimentos médicos, o autor ficou INTERNADO. Foi identificado no autor fratura na clavícula





pelo médico traumatologista Dr. Juan Jaime Alcoba Arce(CRM 3323) onde foi afastado das suas atividades laborativas. (laudo médico em anexo)

Em decorrência do acidente, o promovente teve e tem sérios que impossibilitam sua vida cotidiana, bem como de prover seu próprio sustento e de sua família, o que dificulta até os dias atuais. Provocando uma seqüela imensurável. Como se comprova nos documentos anexos, o autor teve além de despesas com a sua saúde, despesas com seu transporte que é de serventia importantíssima para o mesmo e de sua família, tendo em vista que é utilizado para o uso nas atividades essenciais do dia a dia, bem como para se locomover para o trabalho.

Conforme acima suscitado, a parte autora tem direito ao recebimento da devida indenização pelas lesões sofrida em decorrência do acidentes de trânsito.

Ainda, tendo o acidente ocorrido em 11/03/2016 deve-se aplicar o novo valor indenizatório fixado pelo art. 3º, II, da Lei n. 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945 de 2009, passa a ter o valor para invalidez permanente. Vejamos a tabela em anexo:

| Danos Corporais Totais<br>Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico                                                                                                                                                                                                                                                 | Percentual<br>da Perda    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                                                                                                  | 100                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                                                                                           |                           |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                                                                                            |                           |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                  |                           |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital |                           |
| Danos Corporais Segmentares (Parciais)<br>Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores                                                                                                                                                                                                                   | Percentuais<br>das Perdas |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                             | 70                        |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                  | 50                        |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                 | 50                        |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo Polegar                                                                                                                                                                                                                                      | 25                        |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |





|                                                                                                        |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da Mão                   | 10                     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                 |                        |
| Danos Corporais Segmentares (Parciais)<br>Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais         | Percentuais das Perdas |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho | 50                     |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                        | 25                     |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                            | 10                     |

Por sua vez, o art. 3º, II da Lei nº 6.194/74 não exige que a invalidez seja total, mas apenas permanente, sendo que o grau da incapacidade, nas circunstâncias, não interfere no valor da indenização.

Por sua vez, o art. 5º e §§ 1º, 'b', e 2º, com a alteração da Lei nº 8.441/92, prevê:

*“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.”*

Aplicando-se a tabela encravada na Lei, Vislumbra-se, portanto, que o valor a ser deferido deverá estabelecer indenização sobre o percentual de 100%, do valor total da indenização.

O art. 3º, "b", da Lei 6.194/74, estabelece a indenização referente ao seguro obrigatório de veículos automotores nos casos de invalidez permanente correspondente até 40 (quarenta) vezes o valor do salário mínimo vigente. Ocorre que a Lei 6.194/74, sofreu modificação através da lei n.º 11.482/07, que criou uma tabela que passou a fixar a quantificar os casos de debilidades permanentes.

**Aplicando-se a tabela encravada na Lei, Vislumbra-se, portanto, que o valor a ser deferido deverá estabelecer indenização sobre o percentual de 100%, do valor total da indenização, ou seja, R\$ 13.500,00, em virtude de lesões neurológicas, como é o presente caso.**

A lesão em seu caráter permanente é evidente, e o valor arbitrado não poderá em maneira alguma ser menor do que o teto máximo R\$ 13.500,00.







ROBERTO PEIXOTO  
ADVOCACIA

Assim, reiteramos a procedência da demanda nos termos requeridos.

Nestes Termos,  
Pede deferimento.

João Pessoa, 29 de novembro de 2020. (n)

**ROBERTO PESSOA PEIXOTO DE VASCONCELLOS**

OAB: 12.378/PB

RP

Av: Odon Bezerra, 184, Piso E3, Sala 356 e 372, Shopping Tambiá,  
João Pessoa-PB Cep 58.020-500  
advogadoss@gmail.com (83) 3221-2051



Devolução



EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA 16ª VARA  
DA CAPITAL DO ESTADO DA PARAÍBA.

**Processo n.º: 0833157-89.2016.8.15.2001**

**ROSTAND INÁCIO DOS SANTOS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito no CPF 039.576.214-61, RG 6110776 SSP/PE, OAB/PE 22.718 e OAB/PB 18.125-A, com escritório sito à Rua da Hora, 692, Espinheiro, Recife-PE, CEP 52020-010, vem respeitosamente a presença de V. Exa., expor e requerer o que segue:

O presente Advogado recebeu intimação emitida por este Juízo dirigida à **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT**.

No entanto, este advogado atua como patrono, prestador de serviços advocatícios, de diversas Seguradoras e não possui poderes específicos outorgados para receber citação em nome da Seguradora, como determina o art. 105 do CPC.

Ante a ausência de poderes, vem este advogado requerer que a intimação para Contrarrazões ao Agravo seja enviada diretamente para **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT**, com endereço na **Rua da Assembleia, 100 - 17º andar, Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904**, sob pena de nulidade/invalidade das mesmas.

Ademais, passa este Advogado a devolver a citação recebida para que sejam tomadas as providências necessárias por este MM. Juízo.



Nestes termos,  
Pede Deferimento.  
João Pessoa, 01 de dezembro.

**Rostand Inácio dos Santos**  
**OAB/PE 22.718 - OAB/PB 18.125-A**



Successfully created

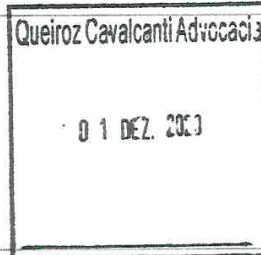


Poder Judiciário da Paraíba  
16ª Vara Cível da Capital  
Comarca de JOÃO PESSOA



Processo nº 0833157-89.2016.8.15.2001

**DESTINATÁRIO(A): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S/A**  
**R DA HORA, 692, ESPINHEIRO, RECIFE - PE - CEP: 52020-010**

**REMETENTE:**

UNIDADE JUDICIÁRIA: 16ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

Processo nº 0833157-89.2016.8.15.2001

AUTOR: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S/A

**CARTA DE INTIMAÇÃO**

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 16ª Vara Cível da Capital, fica Vossa Senhoria devidamente INTIMADA do seguinte despacho "intimem-se as partes para se manifestarem sobre o Laudo Pericial Id 36386108, no prazo comum de 15 dias, oportunidade em que deverá a seguradora depositar os honorários periciais".

JOÃO PESSOA, 18 de novembro de 2020

De ordem, ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

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

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ E DOCUMENTOS DO PROCESSO ACIMA MENCIONADO ACESSE O LINK:  
<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

[https://pje.tjpb.jus.br/pje/Painel/painel\\_usuario/documentoHTML.seam?idBin=35119993&idProcessoDoc=36794744](https://pje.tjpb.jus.br/pje/Painel/painel_usuario/documentoHTML.seam?idBin=35119993&idProcessoDoc=36794744)

1/2



Assinado eletronicamente por: ROSTAND INÁCIO DOS SANTOS - 01/12/2020 16:13:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120116133367300000035619440>

Número do documento: 20120116133367300000035619440



Assinado eletronicamente por: **MARCIA BARROSO GONDIM  
COUTINHO**

**18/11/2020 13:15:16**

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: **36794744**



20111813151553800000035119993

imprimir



Assinado eletronicamente por: **ROSTAND INÁCIO DOS SANTOS** - 01/12/2020 16:13:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120116133367300000035619440>

Número do documento: 20120116133367300000035619440