



Número: **0807444-16.2020.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **04/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 18.225,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA (AUTOR)		JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO) DAYANE NUNES RAMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36262 218	04/11/2020 20:51	Petição Inicial	Petição Inicial
36262 223	04/11/2020 20:51	14156286	Documento de Comprovação
36262 224	04/11/2020 20:51	14337049	Documento de Comprovação
36262 225	04/11/2020 20:51	ATO DECLARATORIO	Documento de Comprovação
36262 227	04/11/2020 20:51	B.O	Documento de Comprovação
36262 228	04/11/2020 20:51	COMP. RESID. VÍTIMA	Documento de Comprovação
36262 232	04/11/2020 20:51	DOC. MEDICA	Documento de Comprovação
36262 233	04/11/2020 20:51	EXAMES - MARIA JOANNY	Documento de Comprovação
36262 234	04/11/2020 20:51	PETIÇÃO INICIAL DPVAT - MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA	Documento de Comprovação
36262 235	04/11/2020 20:51	PROCURAÇÃO- MARIA JOANNY	Documento de Comprovação
36262 236	04/11/2020 20:51	Receita Federal do Brasil 2018	Documento de Comprovação
36262 237	04/11/2020 20:51	Receita Federal do Brasil 2019	Documento de Comprovação
36262 238	04/11/2020 20:51	Receita Federal do Brasil 2020	Documento de Comprovação
36262 240	04/11/2020 20:51	RG E CPF VÍTIMA	Documento de Comprovação
36272 115	06/12/2020 09:28	Despacho	Despacho
37545 084	07/12/2020 13:59	Expediente	Expediente

Em anexo.





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000038124-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000558**

Conta: **0000038124-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 31/12/18	ID da Ocorrência: 040	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 22:29 Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: Maria Joane Abrantes Vieira				Idade: 30	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Telefone:
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro: BR 030			Bairro:		Médico Regulador: Dr. Rodrigo	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): HRS				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): Dr. Danilo Queiroga G. Batista MÉDICO CRM-PB 40.673		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo:	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> SINECO-OBSTÉTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem:
CAUSAS EXTERNAS ▶ Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:			Responsável:
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:			Hospital de Destino: Responsável:
		ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo	
		Quais?	

1 - DADOS VITAIS

PA: 90x60 FC: HGT: SpO2 - S/O2: 97% SpO2 - C/O2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente vítima de queda de moto, encostada em decúbito ventral presa entre galhos, consciente, orientada, apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur (D), afenda SSVU, AVP, imobilização curativa e conduzida ao HRS.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: Queda de moto fêmur (D)

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro: 18h30 acuriosidade p/ queda de moto no local. Paciente consciente orientada em decúbito ventral sob galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, feito imobilização com protocolo de APH e AVP.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: Remover p/ HRS.

GBF - Cód 0527

21 MAR. 2019



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 Etílico

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 ☐ Chelo ☐ 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

<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

SORO fisiológico os equipo manométrico os glicos 20 os
ampolas de dipirona os xeringa 10 ml os PD, ataduras

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não

☐ Sim

Objetos:

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: Ilvete Costa

MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: Ricelle Duarte

COREN: Ricelle Duarte de Brito

ENFERMEIRO(A): M^{te} Betânia S. Santos

COREN: 3.875.75-TE

MÉDICO(A): _____

CRM: _____

M^{te} Betânia S. Santos
Enfermeira
COREN-PB 501342

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

NOME: _____ RG. / CPF: _____

21 MAR. 2019



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 04/11/2020 20:51:02

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110420510213700000034622892>

Número do documento: 20110420510213700000034622892



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO FRANCISCO-PB.

BOLETIM DE OCORRENCIA POLICIAL Nº 021 - 2019.

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 08-03-2019- Às. 09h28min.

COMUNICANTE: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA, brasileira, divorciada, agricultora, natural de São Francisco -PB, com 20 anos de idade, CI/RG nº 3.925.143 SDDS-PB CPF nº 107.962.274-78, filha de José Milton Gonçalves Vieira e de Francisca Abrantes Sarmento Vieira, residente na Rua Dr. Carlos Pires, nº 166, Bairro: São José, Cidade: Sousa-PB. Telefone para Contato: (83) 9-9153-3183.

HISTÓRICO: Afirma que no dia 14 de dezembro de 2018, por volta das 22h00, aproximadamente, seguia na garupa da motocicleta Honda/Pop100, ano/mod.2008/2009, cor preta, placa MOU3685/PB, chassi 9CZHE02109R010864, licenciada em nome de Maria do Socorro Gonçalves Vieira, que na ocasião era conduzida por Mateus Cazé, pela BR 230, quando ao passarem pela curva em frente a Churrascaria o Pelxão, zona rural de Marizópolis, cruzou a pista de rolamento um animal (cachorro), tendo o condutor do veículo desviado o referido animal e logo em seguida cruzou a pista de rolamento outro animal (jumento), tendo colidido no mesmo, ambos caindo ao solo. Afirma a declarante que devido a queda teve corte na região occipital, fratura em fêmur direito, sendo socorrida pelo Samu, para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu cuidados médico. Que não teve despesa hospitalar. Que é conhecedor (a) das sanções civis, penais e administrativas, caso o declara aqui não seja(m) estritamente a verdade.

São Francisco-PB, 08 de março de 2019.

COMUNICANTE: Maria Joanny Abrantes Vieira
COMUNICANTE

Sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor
Dr. Vicente Honório Filho
Delegado de Polícia Civil.

Sebastião de Paula Lima
Escritório de Polícia Civil
Ad-Hoc

21 MAR. 2019



DAMIANA FRANCISCA SARMENTO
RUA DR CARLOS PIRES, 166 - SAO JOSE
SOUSA / PB CEP: 58804-200 (AQ: 177)
Emissão: 05/12/2018 Referência: Dez / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 9/220, Km25 - Centro Renteria - João Pessoa / PB - CEP: 50711-600
Roteiro: 2 - 177 - 40 - 8700 NF medidor: 00000443730

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.085.163/0001-40 Insc. Est. 18.216.823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica V016 516 286
Cód. para Deb. Automática: 00000022772

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Dez / 2018 05/12/2018 07/01/2019 940.879.194-04
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/2277-2

Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.
Reservista, apresente-se na sua Organização Múltiplo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
09/11/18	12015	05/12/18	18094	29
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Valor Base Cálculo	Alíq. Icms(R\$) Base Cálculo PIS(R\$) Colim(R\$)
			Tributação Total (R\$) ICMS(R\$) ICMS	PIS/Colim(R\$) (1,00459%) (4,99657%)
0601	Consumo em kWh	69,000	0,8229610 57,24 25	14,31 67,24 0,82 1,88
0601	Adic. B. Amarela		0,82 0,82 25	0,20 0,82 0,00 2,04

CCI: Código de Classificação do Item	TOTAL	58,06	58,06	14,51	59,08	0,82	2,80
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO						
9	12/12/2018						
	R\$ 58,06						
	Histórico de Consumo (kWh)						

98 | 99 | 100 | 93 | 101 | 92 | 93 | 94 | 105 | 11 | 98 | 77
Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18

RESERVADO AO FISCO

47f8.1c57.01d8.6764.9f72.2a8a.53b1.d12b.

4710.107.014000

Composição de Consumo

Indicadores de Qualidade

10/2018 - Souza

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
------------------	---------	----------------------

DIC MENSAL	8,15	1,87	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	12,30			
DIC ANUAL	24,60			
FIC MENSAL	3,48	1,00	CONTRATADA	202
FIC TRIMESTRAL	8,97		LIMITES INFERIOR	191
FIC ANUAL	13,95	1,87	LIMITES SUPERIOR	
DIC M	3,93			
DIC T	12,22			

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia PE	14,20	24,48
Consumo de Energia	20,28	34,95
Serviço de Transmissão	4,21	7,29
Consumos Sazonais	3,36	5,78
Impostos Juntos e Encargos	18,22	31,55
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	59,06	100,00

Valor do EUC (R\$ 10,20 - R\$) R\$ 25,80

Faturas em atraso

21 MAR. 2019



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 04/11/2020 20:51:03

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110420510344000000034622895

Número do documento: 20110420510344000000034622895

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 31/12/18	ID da Ocorrência: 040	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 22:29 Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: Maria Joane Abromes Vieira				Idade: 30	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Telefone:
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro: BR 030			Bairro:		Médico Regulador: Dr. Rodrigo	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HRS				Dr. Danilo Queiroga G. Batista MÉDICO CRM-PB 40.673 Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo:	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> SINECO-OBSTÉTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem:
CAUSAS EXTERNAS > Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:			Responsável:
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:			Hospital de Destino: Responsável:
		ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo	
		Quais?	

1 - DADOS VITAIS

PA: 90x60 FC: FR: HGT: SpO2 - S/O2: 97% SpO2 - C/O2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente vítima de queda de moto, encostada em decúbito ventral presa entre galhos, consciente, orientada, apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur (D), afenda SSVU, AVP, imobilização curativa e condução ao HRS.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: Queda de moto fêmur (D)

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro: 18h30 acuriosidade p/ queda de moto no local. Paciente consciente orientada em decúbito ventral sob galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, feito imobilização com protocolo de APH e AVP.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: Remover p/ HRS.

GBF - Cód 0527

21 MAR. 2019



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 Etílico

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 ☐ Chelo ☐ 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

<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

SORO fisiológico os equipo manométrico os glicos 20 os
ampolas de dipirona os xeringa 10 ml os PD, ataduras

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☐ Sim

Objetos: _____

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: Ilvete Costa MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: Ricely Duarte COREN: Ricely Duarte de Brito

ENFERMEIRO(A): M^{te} Betânia S. Santos COREN: 3.875.75-TE

MÉDICO(A): _____ CRM: _____

M^{te} Betânia S. Santos
Enfermeira
COREN-PB 501342

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

NOME: _____ RG. / CPF: _____

21 MAR. 2019



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 04/11/2020 20:51:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110420510412400000034622899>

Número do documento: 20110420510412400000034622899

MAT.: 132 067

Nome: M^{re} Jeanny Alvarantes Wilson Bloco: _____ Apt.: _____ Leito: _____
 P. N.: 06/1968 Est. Civil: mt Resp.: F^{ea} Alvarantes L. Wilson
 Rua: Engenheiro Carlos P. de la Cidade: Joazeira Est.: PB
 Médico Assistente: _____ Clínica: _____
 Data da Internação: 15/12/2018 Peso: _____ Temperatura: _____ P. A.: _____

Miss M. M. D.

Apr 1861 to 11 7 Dec 1861

do da Doença Atual: Resposta de um paciente com BH-230
relatando uma reação grave com sintomas
e fratura isolada do Fêmur Direito

Mr. J. B. Lusk

Edwin

Spencer

By *James C*

Onion - 1/2 lb. (10)

Dr. Denis
GRIMPE

522

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO

Dr. Denis Rocha
MÉDICO
CRMJPB 7034 CRMJRN 4226

21 MAR. 2019



MAT.: 132.593

Nome: Mario Janny C. Vieira Bloco: Apt.: Leito:
D.N.: 04 / 06 / 98 Est. Civil: D. Resp.: Feo. Libranes J. Vieira
Rua: Sítio Riacho dos Médicos Cidade: Louro Est.: PB.
Médico Assistente: Dr. Diego Santiago Clínica: Cirúrgico
Data da Internação: 29 / 01 / 2019 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE:

Queixa Principal:

Fistula em g. prox. coxa @.

História da Doença Atual:

Pós op. de fêmur @ 40 dias.
Com boa sam de Anh J. Lk
necrose nroa.

EXAME FÍSICO:

BEG, Glasgow 15
NVE.
necrose nroa = fistula proximal
nm necrose porostoma.

DIAGNÓSTICO:

FRATURA FÊMUR proximal @ - Pós op.
40 dias.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 10832 TEST: 15149

21 MAR. 2019



[Handwritten signature]

Hospital:

Casa de Saúde Bom Jesus Ltda.

Nome do Paciente:

Maria Jeanny Abrantes

Nº Prontuário:

Data Operação:

19/12/2018

Enf.: *0*

Leito:

Cirurgião:

Dr. Diego

1º Auxiliar:

Dr. Diego

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

Dr. Albert

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Foro do osso direito.

Tipo de Operação:

RAFI (tutor intramedular)

Diagnóstico Pré-Operatório:

O mesmo

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

na

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecio Visceras

1. *Pele em seco sob Antone*

2. *ATAAC*

3. *incisão por ao grande trocater com exposição do osso*

4. *Entrada ao canal medular ao nível do grande trocater com punção manual.*

5. *Passagem de fio guia, tentativa de redução a foros fechados onde não foi conseguido fora para punção incisão pl redução sob palpeira e retirada de Casa de Botas*

6. *passagem canal femoral ali fora n° 10 tentado a 11,5, mas não houve progresso*

RELATÓRIO DE CIRURGIA

21 MAR 2019

Gráfica Marques - Sampa/PB 3521.1515 (371 125)



7. Parâmetro de tutor em 10x34
com Bloqueio por (1 prof) e até 2 profs
quais? - pelo escopo =
 8. Entende por planos
 9. Currículo compulsivo
- / prof.

21 MAR. 2019





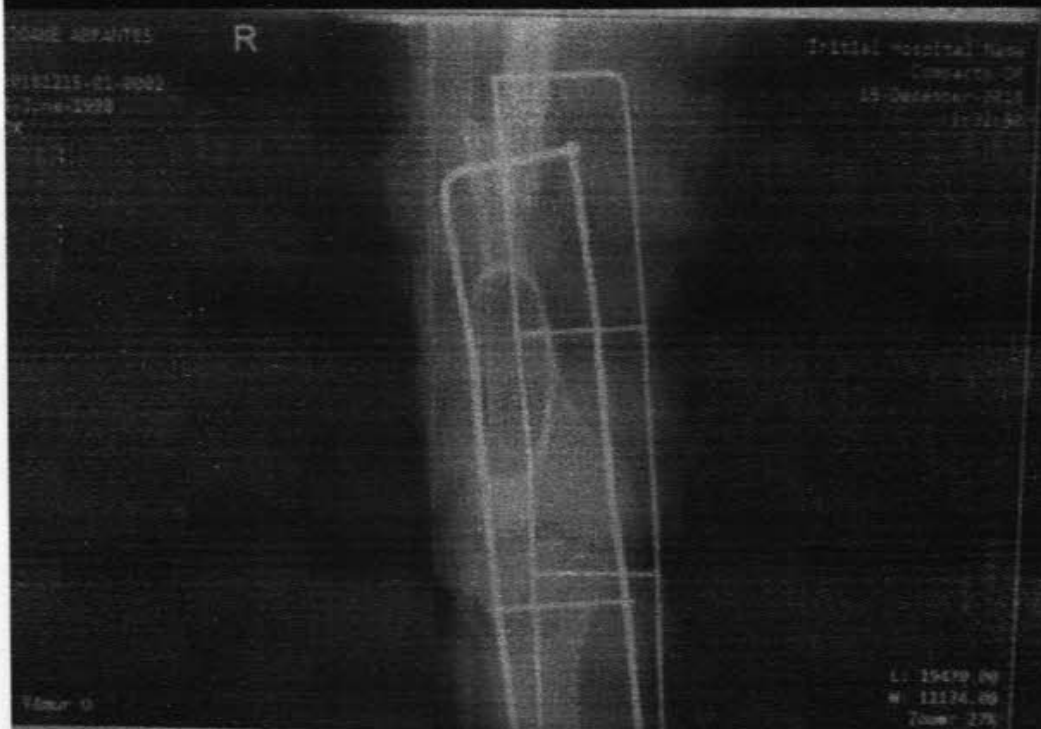
21 MAR. 2019





21 MAR. 2019





21 MAR. 2019





21 MAR. 2019





CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA *mat. fêmea*

Nome: Maria Fanny Albano Vieira
Sexo: feminino Data de Nascimento: 24/06/98
Endereço: R. Carlos Pires de Sá, n.º 166 - São José - Moura
Fone: 98139-1513 Médico: Dr. Tiago
Convênio: Particular Data: 19/12/18

Anamnese: paciente vítima queda de moto
há 5 dias, com traços de A.T.D.
escoriações pelo corpo.

Antecedentes Pessoais e Familiares: nda.

Exame Físico: Pele ativa rose espuica
escoriações pelo tronco, membros e
massas.
por deformidade, cuptação e
enchaimento do nariz, com sinais de
fome.

Exames Complementares: Rx.

Diagnóstico: Frnt de fêmur D Ao 32A2

Tratamento: o Quirurgia com fixação





Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

Nome: DAYANE NUNES RAMOS Idade: 08 Cor: BR Categoria: 08

Leito: 08 Enfermário: 08

Cor:

Idade:

Nome:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

Dado 1000 12 24h

Dado 1 12 06h

Dado 1 12 06h

Dado 1 12 06h

Dado 1 12 06h

Dado 1 12 06h

Dado 1 12 06h

Dado 1 12 06h

Dado 1 12 06h

Dado 1 12 06h

Dado 1 12 06h

Dado 1 12 06h

21 MAR. 2019

Gráfica Bemto Print - Código 1456





CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

SOUSA - PB

EVOLUÇÃO

Nome: _____

DATA	HORA	
19/12		Paciente submetida a 1 ^o e 2 ^o curiagens para drenar o abscesso. Foi feita a colocação de drenos prox e distal. Diste 10x24. Ploq P. 1 e Bloq D. 2.
		Obs: Durante a abertura da cavidade articular proximal (cavidade muito estreita), houve lesão a cortical medial do fêmur, com fratura local (falso trajeto da furra). O que ocorreu por comprometimento no tratamento, o qual de estabilização conseguida neste implante.
		Traga
21/12		7 ^o DP.O
		Paciente evolui sem dor, sem dor importante. Quase nenhuma no local, pois sentida. Ainda importante em todo abd, espinal e pelvis e para: Col observados 24h
		Traga
21.12.18		2 ^o DP.O
		Paciente segue estável e sem dor. Apresentou 1 pico febril em 14h de ontem e não mais, melhora tempo. Sem dor significativa. Fo limpa. Inscreva de quando.

21 MAR 2019

Gratias Merges 2521 1215 Sucesso 150110





HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

Manoel Joany Alves

Idade:

Cor:

Enfermaria:

07

Leito:

03

Categoria:

7060

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

Manoel Joany A. Vianna

1) Vitelo 1000 1000 1000 1000

2) Amoxiclav 400 121012

3) Tetr 200 121012

4) Vibramol 200 121012

5) Nuvatron 8 8154 511

6) Omeprazol 20 121012

7) Conduto 100

8) A.C.C

9) SSV

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10



CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

NOME: Alcides Ramon Ribeiro Vieira LEITO: 10

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES
19/12	1. Dilt Zero, Líquido Ambr 13h.	
	2. 800mg 500ml w 818h.	10 18 06
31/12	3. Dimpina sul w 616h	12 18 24 06
01/11/16	4. Tifal 200mg w 12/12h	12 24
	5. Cefazolin 1g w 818h	14 22 06
	6. Nafedion 20mg w 818h	14 22 06
	7. Clorazep 15mg 1x	16
	8. 800mg	
20/12	1. Dilt Zero	Duro 14-1 1200w
	2. 800mg 500ml w 818h.	14 22 06
17/12	3. Dimpina sul w 616h	12 18 24 06
TAX-3804	4. Tifal 200mg w 12/12h	12 24
	5. Cefazolin 1g w 818h	14 22 06
	6. Nafedion 20mg w 818h	
	7. Clorazep 15mg 1x	12
	8. 800mg	

21 MAR. 2019





Dr. Diego Santiago

CRM-PB 10.932 TEOT: 15.149

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEMBRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Paciente

Maria Joanny A. VIVIRA.

LAUDO MEDICO.

Paciente vítima de acidente motociclistas no dia 14/12/18. Devido tal sofreu múltiplos traumas no corpo, sendo de maior importância em seu membro inferior direito onde ocasionou uma fratura da região diafisária do fêmur direito.

Foi submetida a fechamento cirúrgico da fratura no dia 19/12/18 no qual foi colocado uma haste intramedular bloqueada.

Com 45 (quarenta e cinco) dias aproximadamente teve que se submeter a limpeza cirúrgica devido ao rompimento.

No momento encontra-se em processo de reabilitação pós cirurgia,ambulando com muletas.

Rua Francisco Xavier de Oliveira, 19 - Garrafão - Uiraúna-PB (83) 3534.2197



Devido gravidade do fratura, a cargo e
proximo de reabilitação, declaro que o paciente
deve permanecer afastado de suas atividades
laborais por um período inicial de
180 (cento e oitenta) dias a partir do
dia 14.12.2018

CID: 572.3

298.8

254.4

Diogo S.
Giro.

Dr. Diogo S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 10932 TEOT: 15149

12.4.2019



AO JUÍZO DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOUSA/PB

MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA, brasileira, divorciada, agricultora, inscrita no RG nº 3.925.143 e CPF nº 107.982.274-78, com endereço na Rua Dr. Carlos Pires, nº 166, São José, Sousa, Paraíba, CEP 58804-510, não possui endereço eletrônico, vem, por intermédio de seus advogados infra-assinados, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT
PELO PROCEDIMENTO COMUM (Art. 318 CPC)

Em face de **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, localizada na Avenida Treze de Maio, nº 23, 2º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20031-902, portal <https://www.seguradoralider.com.br/> pelas razões de fato e de direito que passa a expor:

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

Inicialmente, a parte autora solicita a Vossa Excelência se digne a deferir a Gratuidade de Justiça, na forma dos artigos 98 e 99 e seus parágrafos do CPC bem como, da Lei 1060/50, eis que não possui condição financeira para arcar com o ônus da presente demanda, sem que tal dispêndio traga, para si e sua família, prejuízo de subsistência, nos termos da declaração acostada nos autos.

Junta para tanto, a guia de custas do processo, conforme determinação do E. Tribunal de Justiça da Paraíba, para fins de gratuidade processual.

Junta também extrato dos três últimos anos do IRPF.

DAS PUBLICAÇÕES E INTIMAÇÕES

Por fim em cumprimento ao art. 39, I, do CPC, a parte autora requer que todas as intimações referentes a este processo sejam endereçadas a Av. João Machado, 553, sala 404, Centro, João Pessoa/PB, CEP. 58013-520, requerendo, ainda, **que todas as publicações sejam efetuadas exclusivamente em nome dos advogados Dr. Jose Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/RJ sob o nº 57069, endereço eletrônico josebritoadvogados@hotmail.com e Dr. Felipe Eduardo Farias de Sousa, inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251, endereço eletrônico fariasdesousaadv@gmail.com** sob pena de nulidade, a teor do art. 236, § 1º, do CPC, esperando deferimento.

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DA MEDIAÇÃO

Muito embora a parte autora tenha sempre interesse em conciliar, no caso concreto, como a experiência demonstra a seguradora ré jamais conciliou o que sempre tornou inócua as audiências de conciliação previstas no código anterior. Por isso, na forma do parágrafo 5º. Do Artigo 334, do novo CPC, o autor, declara seu **desinteresse** na designação de audiência com a finalidade de conciliação ou mediação.

DOS FATOS

Na data de **14 de dezembro de 2018**, a autora foi vítima de grave acidente de trânsito, ocasião que sofreu **TRAUMA NO FÊMUR E CRÂNIO, ALÉM DE ESCORIAÇÕES PELO CORPO.**

Em virtude das lesões sofridas pelo autor, conforme relatado acima, culminou com a sua debilidade permanente, apresentando assim, dores insuportáveis, perda da mobilidade da perna direita, tudo conforme comprova o Boletim de Ocorrência nº 021/2019 e Boletim de Atendimento Médico e documentação médica hospitalar anexa.

Conforme lesão e debilidade citada acima, a lei vigente rege que tal sequela em tela (**perda anatômica e/ou funcional completa de estrutura crânio- facial + perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores**) seja indenizada no percentual de **170% da tabela**, ou seja, **R\$ 22.950,00 (vinte e dois mil, novecentos e cinquenta reais).**

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



A autora sofre com as sequelas permanentes provenientes do acidente, sentindo fortes dores na região da cabeça e perna direita e outras patologias que serão comprovadas mediante perícia médica.

Ao vermos os documentos presentes nos autos, a seguradora ré levou em consideração de forma arbitrária que a promovente possui direito aos danos corporais previstos em Lei, apenas a 35,00% do valor da tabela, ou seja, de natureza média, contrariando a lei em vigência, conforme documento comprobatório.

No caso em tela, há de se pagar o percentual de 170%, perfazendo a indenização de R\$ 3.375,00 (três mil, trezentos e setenta e cinco reais), deduzindo-se o valor já pago administrativamente, sendo informado através de perícia médica o percentual de diferença a ser seguido e pago.

No caso em tela, há de se indenizar o percentual de 25%, perfazendo a R\$ 22.950,00 (vinte e dois mil, novecentos e cinquenta reais), sendo informado através de perícia médica o percentual de diferença a ser seguido e pago.

Assim, na qualidade de vítima de acidente de trânsito, ciente de sua inequívoca invalidez e munido da documentação necessária, protocolizou o pedido de pagamento do SEGURO DPVAT, tendo a seguradora ré RECONHECIDO O ACIDENTE, ATRAVÉS DO SINISTRO Nº 3190214088, pagando, todavia, valor inferior ao devido, apenas R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais), contrariando desta forma, o previsto na Lei nº. 6194/74 com as atualizações da lei nº 11945/09.

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



Ressalte-se que, após o acidente sofrido, adquiriu **INVALIDEZ DE NATUREZA PERMANENTE**, não lhe restando, dessa forma, alternativa, senão a propositura da presente ação, para o recebimento do seu direito.

DO DIREITO

A questão vertente exige a exegese da norma constante dos art. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74, com as atualizações da Lei 11945/09, pelo qual se depreende de modo inequívoco, que havendo **INVALIDEZ PERMANENTE em estrutura crânio- facial + perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores com outros traumas**, o valor da indenização deve ser de 170%, perfazendo a indenização de R\$ 22.950,00 (vinte e dois mil, novecentos e cinquenta reais), a ser paga de acordo com o real grau de invalidez de que é portadora a vítima, devendo o grau ser aferido por ocasião da perícia médica.

No caso dos autos, a seguradora ré pagou apenas R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais), restando ainda ser pago a diferença de R\$ 18.225,00 (dezoito mil, duzentos e vinte e cinco reais).

Dessa forma, restando comprovado o acidente de trânsito e as sequelas oriundas deste, faz jus a parte autora ao recebimento da indenização **SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ**, no valor de R\$ 22.950,00 (vinte e dois mil, novecentos e cinquenta reais).

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DO PEDIDO

Face ao exposto, requer a Vossa Excelência, seja determinada, desde logo, a citação da seguradora ré, para, se quiser, responder aos termos da presente sob pena de revelia e confissão, pedindo e esperando a inteira **PROCEDÊNCIA DO PEDIDO**, com a consequente condenação da ré ao pagamento de uma indenização que tenha como base as seguintes verbas:

- a) O deferimento do pedido de gratuidade de justiça;
- b) Que todas as publicações na Imprensa Oficial sejam feitas **exclusivamente em nome do Dr. Jose Orisvaldo Brito da Silva, OAB/RJ 57069 e Dr. Felipe Eduardo Farias de Sousa, OAB/PB 25.251**, bem como para fins do art. 39, inciso I do CPC, que sejam remetidas todas as futuras intimações para seu endereço profissional constantes no timbre da presente peça;
- c) **Pagamento do SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ**, no valor de **R\$ 18.225,00 (dezoito mil, duzentos e vinte e cinco reais)**, na forma do artigo 3º, alínea b, da Lei nº 6194/74, com as atualizações da Lei nº 11945/09, **corrigido monetariamente desde a data do acidente, acrescido de juros desde a citação**;
- d) **Honorários advocatícios**, estes arbitrados em até 20% sobre o valor da condenação, custas judiciais, juros e correção monetária onde couber.

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DAS PROVAS

Finalmente, protesta pela produção de provas, especialmente a documentação superveniente e a pericial médica, acostando, para tanto, os quesitos.

DO VALOR DA CAUSA

Dá-se à causa o valor de R\$ 18.225,00 (dezoito mil, duzentos e vinte e cinco reais).

Termos em que,
Pede e espera deferimento.
Sousa, data da assinatura digital.

Felipe Eduardo Farias de Sousa
OAB/PB 25.251

Jose Orisvaldo Brito da Silva
OAB/RJ 57069

Dayane Nunes Ramos
OAB/PB 27.489

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



QUESITOS PARA PERÍCIA MÉDICA

Queira o Ilustre Perito responder o seguinte:

1. Foi o periciado vítima de acidente automobilístico? Em que data?
2. Foi internado? Qual nosocômio?
3. Qual o diagnóstico médico?
4. Necessitou de intervenção cirúrgica? Qual a indicação nosológica?
5. Necessita ainda o periciado de tratamento?
6. São definitivas as sequelas?
7. A lesão é permanente?
8. Ficou com incapacidade permanente? Se positivo indicar o (s) membro (s) e/ou sentido (s) e/ou função(ões) e o percentual, por parte afetada, separadamente, de acordo com a tabela do SEGURO DPVAT, informando, inclusive se o periciado suporta sequelas residuais.
9. Suporta deformidade e debilidade permanente? Esclarecer, de acordo com a tabela do SEGURO DPVAT, percentual, **por parte afetada**, separadamente, inclusive se o periciado suporta sequelas residuais.

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



10. Se a(s) parte(s) atingida(s), compromete parte e/ou todo o movimento e/ou funcionalidade do Membro ou órgão afetado? Caso positivo, qual o percentual a ser atribuído, levando em conta o comprometimento do membro ou órgão afetado?
11. Tendo como base o teto máximo do seguro DPVAT (100%), informar qual o somatório final dos percentuais apurados.
12. Esclareça todo o mais que entender necessário ao bom trabalho a que foi nomeado.
13. No caso de a sequela da qual é portadora a vítima, não fazer parte das sequelas indenizáveis pela tabela do SEGURO DPVAT, qual o percentual de invalidez o expert atribuiria ao periciado, considerando o comprometimento da sequela na vida diária e laborativa da vítima.
14. Se a lesão sofrida pela autora, prejudicou o seu desempenho profissional, a ponto de ter de ser readaptada a nova função?

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

OUTORGANTE: MARTA JOAHNNY ABRANTEI VIEIRA, brasileira,
divorciada, agricultora, RG nº 3.925.143 e CPF nº 107.982-
274-78, residente à Rua Dr. Carlos Pires, nº 166, São José,
Sousa, PB.

OUTORGADOS: FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251 e JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, Advogado inscrita na OAB/PB sob o nº 25.251/A ambos com escritório profissional localizado na Av. João Machado, 553, 4º andar, sala 404, Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58013-520.

PODERES: Para o foro em geral, nos termos do art. 105, e seus incisos do CPC/2015, inclusive, como CLÁUSULA ESPECIAL, CONFERINDO PODERES DE CONFESSAR, TRANSIGIR, DESISTIR, RECEBER ALVARÁ JUDICIAL PERANTE O CARTÓRIO QUE TRAMITA O PROCESSO BEM COMO, LEVANTAMENTO DE VALORES EM INSTITUIÇÕES BANCÁRIAS, DAR QUITAÇÃO A CRÉDITOS EM FAVOR DO (A) OUTORGANTE decorrente da atuação do outorgado, firmar compromisso de inventariante, bem como, de síndico em falência e comissário em concordata, prestar primeiras e últimas declarações em inventário ou arrolamento, acompanhá-los em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, reconhecer a procedência do pedido, retirar alvará em cartório, dar e receber quitação, renunciar no todo ou em parte do direito sobre o qual funda a ação, representando-o (os) perante o Juízo, Instância ou Tribunal, repartições Públicas, Federais e/ou Municipais, na resolução de demandas administrativas, ainda, receber e dar quitação de alvarás em estabelecimentos financeiros e bancários seja eles quais forem separadamente, representar o (a) outorgante em delegacias, procedimentos criminais e administrativos criminais, delegacia do idoso, atuar em representações criminais, atuar em ações de cobrança de seguro obrigatório DPVAT, representar o (a) outorgante em estabelecimentos hospitalares, requerer vistas e cópias de prontuários médico, bem como, substabelecer com ou sem reservas de poderes, receber valores depositados mediante alvará nas instituições bancárias conveniadas com o Tribunal de Justiça da Paraíba, representar o outorgante em ações de cobrança contra instituições de crédito, seguradoras, cobranças de seguro de vida e previdência, representar de forma administrativa nas esferas Estadual e Municipal, acompanhar e praticar atos em processos administrativos, bem como, perante o INSS, realizando-se todo e qualquer ato que seja necessário.

Sousa, 07 DE MAIO DE 2019

Marta Joanny Abrantei Vieira
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE: *Maria Geomiy Abianes Vieira, brasileira, divorciada, agricultora, RG nº 3.925.43 e CPF nº 107.982.274-78, residente à Rua Dr. Carlos Pires, nº 166, São José, Sousa PB.*

DECLARO com base na Lei n.º 7.115 de 29/01/1993 (Lei da Desburocratização) e Lei 1.060/50, que: "Não disponho de condições econômicas suficientes para arcar com custas e despesas processuais, da demanda, sem que venha a causar danos ao sustento próprio e de minha família, não percebo verba suficiente para o custeio antecipado de custas".

DECLARO ainda, ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e penais a que estarei sujeito (a), caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

João Pessoa, 07 DE MAIO DE 2019.

x/Maria Geomiy Abianes Vieira
DECLARANTE



Situação das Declarações IRPF 2018

Prezado Contribuinte (CPF 107.982.274-78),

MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

04/11/2020

18:13

versão 01.20180815

[Voltar](#)



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R



BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)

Situação das Declarações IRPF 2019

Prezado Contribuinte (CPF 107.982.274-78),

MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.



Em Brasília - DF

04/11/2020

18:12

versão 01.20180815

Voltar



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R



Situação das Declarações IRPF 2020

Prezado Contribuinte (CPF 107.982.274-78),

MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

04/11/2020

18:11

versão 01.20180815

[Voltar](#)

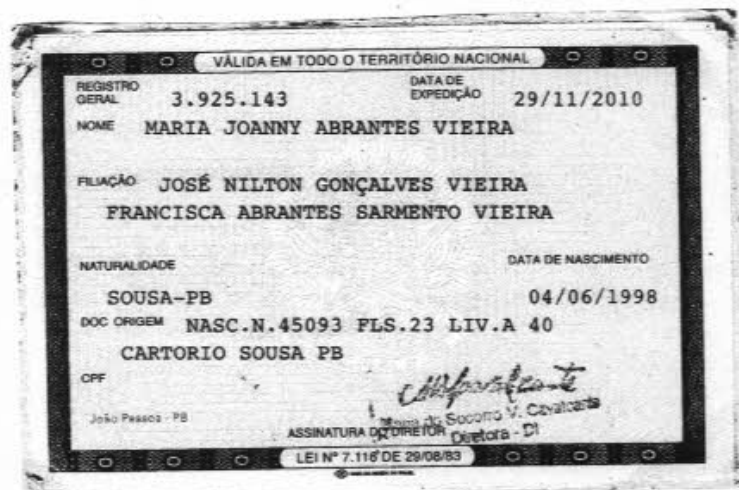


(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R





21 MAR. 2019





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SOUSA - 7ª VARA MISTA

Rua Francisco Vieira da Costa, s/n, Raquel Gadelha, CEP 58800970

sou-vmis07@tjpb.jus.br; (83)355226602

Processo: 0807444-16.2020.8.15.0371

Assunto [Acidente de Trânsito]

Parte autora MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Parte ré SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: Edifício Darke_**, 2 andar, Avenida Treze de Maio 23, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-902

DESPACHO

Considerando que a parte autora é isenta da declaração de imposto de renda, defiro a gratuidade processual.

Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e art. 8º cc. 139, II, ambos do NCPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do NCPC.

Cite(m)-se a(s) parte(s) ré(s) para oferecer(em) contestação no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia e de presunção de veracidade das alegações de fato formuladas na petição inicial (NCPC, art. 344).

E ainda, tratando-se de ação de cobrança de seguro DPVAT, é imprescindível a realização de perícia. Nesse sentido, nomeio a DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO. Fica autorizada a intimação por meio dos canais indicados pelo perito no sítio eletrônico do TJPB (diegosantiago_medicina@hotmail.com; 83-996814345, desde que ele acuse o recebimento. Frustrada a comunicação, notifique-se por carta com AR (Rua José Anacleto, 271, Uiraúna-PB), **sem prejuízo de sua substituição por outro expert pela serventia**, arbitrando seus honorários periciais em R\$ 200,00 (duzentos reais), em face da complexidade da prova e do local de sua realização, a serem custeados pela Seguradora Líder, nos termos do Convênio 015/2014, facultada às partes a indicação de assistente técnico. Intime-se a seguradora acionada para efetuar o depósito dos honorários em cinco dias, salvo se já efetuado o depósito.

No prazo para contestação o réu deverá oferecer seus quesitos e indicar assistente técnico. Quanto ao autor, se os quesitos ainda não tiverem sido apresentados na inicial, intime-se para que, no prazo de cinco dias, apresentem os seus quesitos e indique assistente técnico.



Por outro lado, formulo os seguintes quesitos a serem respondidos pelo Perito:

1 – O autor é portador de invalidez permanente?

2 – Em caso positivo, em que consiste essa invalidez?

3 – A invalidez permanente é total ou parcial?

4 – Em sendo a invalidez permanente parcial, ela é completa ou incompleta?

5 – Sendo a invalidez permanente parcial incompleta as sequelas são de repercussão intensa, média, leve ou residual?

6 – Levando-se em consideração a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, qual o grau da invalidez?

7 – Juntado aos autos o laudo pericial, expeça-se alvará para liberação dos valores do perito e intuem-se as partes para, no prazo sucessivo de 05 (cinco) dias se manifestarem e requererem o que entenderem de direito.

Sousa-PB, data e assinatura eletrônicas.

Juiz de Direito

Código de Normas da CGJPB, art. 108. Fica autorizado o uso do despacho como carta citação/notificação/intimação/precatória/ofício pelos magistrados do primeiro grau de jurisdição, o qual consiste na prolação de ato decisório cujo teor sirva, automaticamente, de instrumento para citação, intimação, notificação, depreciação ou ofício.

Os documentos associados a esse processo podem ser acessados por meio do seguinte endereço eletrônico:

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

Ao acessar o link, o interessado deverá indicar a respectiva chave de acesso no campo “número de documento”, conforme relação que segue abaixo.

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	20110420505924600000034622885
14156286	Documento de Comprovação	20110420510009700000034622890
14337049	Documento de Comprovação	20110420510105700000034622891
ATO DECLARATORIO	Documento de Comprovação	20110420510213700000034622892
B.O	Documento de Comprovação	20110420510282700000034622894
COMP. RESID. VÍTIMA	Documento de Comprovação	20110420510344000000034622895



DOC. MEDICA	Documento de Comprovação	20110420510412400000034622899
EXAMES - MARIA JOANNY	Documento de Comprovação	20110420510490600000034622900
PETIÇÃO INICIAL DPVAT - MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA	Documento de Comprovação	20110420510563100000034622901
PROCURAÇÃO- MARIA JOANNY	Documento de Comprovação	20110420510665600000034622902
Receita Federal do Brasil 2018	Documento de Comprovação	20110420510758400000034622903
Receita Federal do Brasil 2019	Documento de Comprovação	20110420510821200000034622904
Receita Federal do Brasil 2020	Documento de Comprovação	20110420510891500000034622905
RG E CPF VÍTIMA	Documento de Comprovação	20110420510958800000034622907





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE SOUSA
7ª VARA

0807444-16.2020.8.15.0371

AUTOR: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - PB25251, DAYANE NUNES RAMOS - PB27489

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

EXPEDIENTE DE CITAÇÃO

Através do presente expediente, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) CITADO para oferecer(em) contestação no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia e de presunção de veracidade das alegações de fato formuladas na petição inicial (NCPC, art. 344), nos termos do despacho com força de mandado de CITAÇÃO/INTIMAÇÃO, ID retro.

Sousa(PB), 7 de dezembro de 2020

ANA CLAUDIA RODRIGUES SOARES ABRANTES

assinatura eletrônicas



