



Número: **0807442-46.2020.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **04/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO (AUTOR)</b>	<b>JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO) DAYANE NUNES RAMOS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
36261 951	04/11/2020 20:33	<a href="#">Petição Inicial</a>
36261 953	04/11/2020 20:33	<a href="#">13975066</a>
36261 954	04/11/2020 20:33	<a href="#">ATO DECLARATORIO</a>
36261 955	04/11/2020 20:33	<a href="#">B.O</a>
36261 956	04/11/2020 20:33	<a href="#">COMP. RESID. VÍTIMA</a>
36261 957	04/11/2020 20:33	<a href="#">DOC. MEDICA</a>
36261 958	04/11/2020 20:33	<a href="#">PETIÇÃO INICIAL DPVAT - WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO</a>
36261 960	04/11/2020 20:33	<a href="#">PROCURAÇÃO - WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO</a>
36261 961	04/11/2020 20:33	<a href="#">Receita Federal do Brasil 2018</a>
36261 962	04/11/2020 20:33	<a href="#">Receita Federal do Brasil 2019</a>
36261 963	04/11/2020 20:33	<a href="#">Receita Federal do Brasil 2020</a>
36261 965	04/11/2020 20:33	<a href="#">RG E CPF VÍTIMA</a>
36272 674	06/12/2020 09:29	<a href="#">Despacho</a>
37544 098	07/12/2020 13:46	<a href="#">Expediente</a>

Em anexo.



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 04/11/2020 20:33:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110420332203000000034622171>  
Número do documento: 20110420332203000000034622171

Num. 36261951 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190012388 Vítima: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

**Data do Acidente:** 04/10/2018      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO**

Informamos que o pagamento da indenização

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 000000163-1

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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PREFEITURA DE SOUSA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE SOUSA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data <i>04/10/18</i>	ID da Ocorrência	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe <i>02</i>	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base Hs	Hora de Chegada no Local Hs
Paciente / Usuário <i>Washington de Oliveira Pinto</i>				Idade <i>35a</i>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input 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:						
Legradouro <i>L Sinopio Nazaré</i>			Bairro <i>São José</i>	Médico Regulador <i>Dr. Sérgio</i>		
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apóio 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 checked="" type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
<i>HR3</i>				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo) <i>Washington Oliveira Pinto</i> <i>Médico</i> <i>10/10/2018</i>		
Destino (Unidade Hospitalar)						

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: _____														
<b>► CAUSAS EXTERNAS</b> ► Acidente de Trânsito <input checked="" 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: _____  <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: _____															
Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ Responsável: _____  <b>ANTECEDENTES</b> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> AIDS</td> <td><input type="checkbox"/> Doença Mental</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alcoolismo</td> <td><input type="checkbox"/> Doença Renal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> AVC</td> <td><input type="checkbox"/> Drogas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Convulsões</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Doença Cardíaca</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa</td> <td><input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Continuo</td> </tr> </table> Quais? _____		<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença Mental	<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença Renal	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores	<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios	<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Continuo
<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença Mental														
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença Renal														
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Drogas														
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial														
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores														
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios														
<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Continuo														

1 - DADOS VITAIS					
P.A: <i>120x70</i>	FC: <i>70</i>	FR: _____	HGT: _____	SpO2 - S/O2: <i>99%</i>	SpO2 - C/O2: _____

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: *Colisão carro x moto*  
Intervenções: \_\_\_\_\_

Evolução do Enfermeiro:  
*USB foi adionada para atendimento de trauma, vítima de colisão carro x moto, e imunizada-se, sentado, com ventre apertado, relatando dor em fáscia, sem humor de fôlego, realizando protocolo de AP+ e conduzida para HR3.*

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

*Naryanne Nathally S. Lacerda Alexandre  
Enfermeira  
Coren-PB 470.405*

GBF - Cad5 0527

04 JAN. 2019

<b>2 - VIA AÉREA</b>	
<input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstruída parcialmente <input type="checkbox"/> Obstruída totalmente <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de glote <input type="checkbox"/> Bronco-aspiração	
<b>2.1 - VENTILAÇÃO:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Assistida <input type="checkbox"/> Rítmo irregular <input type="checkbox"/> Parada respiratória	
<b>2.2 - EXPANSIBILIDADE:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	
<b>2.3 - ACHADOS:</b>	
<input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Expectorção <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo <input type="checkbox"/> Hálito Etílico	
<b>3 - CIRCULAÇÃO:</b>	
<input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Normal	
<b>3.1 - EDEMAS:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Local: _____	
<b>3.2 - PERFUSÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Retardada (<2seg) <input type="checkbox"/> Ausente	
<b>3.3 - PULSO</b>	
<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Ausente	
<b>3.4 - E.C.G.</b>	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Não realizado	
<b>4 - EXAME NEUROLÓGICO</b>	
ECGL _____	
<b>5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO</b>	
<input type="checkbox"/> Abortamento <input type="checkbox"/> Hemorragia vaginal <input type="checkbox"/> Trabalho de parto <input type="checkbox"/> Normal _____ semanas	

Encontrado:	<input type="checkbox"/> Decúbito Dorsal <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> Ventral <input checked="" type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Deambulando <input type="checkbox"/> Outro: _____												
Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Algo Desorientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Agitado												
<b>PROCEDIMENTOS</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Bomba de Infusão   <input type="checkbox"/> Cânula Orofaringea   <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical   <input type="checkbox"/> Controle de hemorragia   <input type="checkbox"/> Cricotireidostomia   <input type="checkbox"/> Curativo         </td> <td style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> DEA   <input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas   <input type="checkbox"/> Drenagem torácica   <input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão   <input type="checkbox"/> Entubação Orotраqueal   <input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)   <input type="checkbox"/> Imobilização de membros         </td> <td style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> KED Adulto   <input type="checkbox"/> KED Infantil   <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa   <input type="checkbox"/> Orotraqueal   <input checked="" type="checkbox"/> Prancha Longa   <input type="checkbox"/> Punção venosa   <input type="checkbox"/> Sonda gástrica         </td> <td style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Sonda vesical   <input type="checkbox"/> Sedação   <input type="checkbox"/> Talas / Tração   <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)   <input type="checkbox"/> VMI   <input type="checkbox"/> VMNI         </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> Sonda vesical   <input type="checkbox"/> Sedação   <input type="checkbox"/> Talas / Tração   <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)   <input type="checkbox"/> VMI   <input type="checkbox"/> VMNI         </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> Outros: _____         </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão <input type="checkbox"/> Cânula Orofaringea <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Controle de hemorragia <input type="checkbox"/> Cricotireidostomia <input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> DEA <input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas <input type="checkbox"/> Drenagem torácica <input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão <input type="checkbox"/> Entubação Orotраqueal <input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2) <input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> KED Adulto <input type="checkbox"/> KED Infantil <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa <input type="checkbox"/> Orotraqueal <input checked="" type="checkbox"/> Prancha Longa <input type="checkbox"/> Punção venosa <input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Sonda vesical <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Talas / Tração <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática) <input type="checkbox"/> VMI <input type="checkbox"/> VMNI	<input type="checkbox"/> Sonda vesical <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Talas / Tração <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática) <input type="checkbox"/> VMI <input type="checkbox"/> VMNI				<input type="checkbox"/> Outros: _____			
<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão <input type="checkbox"/> Cânula Orofaringea <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Controle de hemorragia <input type="checkbox"/> Cricotireidostomia <input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> DEA <input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas <input type="checkbox"/> Drenagem torácica <input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão <input type="checkbox"/> Entubação Orotраqueal <input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2) <input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> KED Adulto <input type="checkbox"/> KED Infantil <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa <input type="checkbox"/> Orotraqueal <input checked="" type="checkbox"/> Prancha Longa <input type="checkbox"/> Punção venosa <input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Sonda vesical <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Talas / Tração <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática) <input type="checkbox"/> VMI <input type="checkbox"/> VMNI										
<input type="checkbox"/> Sonda vesical <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Talas / Tração <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática) <input type="checkbox"/> VMI <input type="checkbox"/> VMNI													
<input type="checkbox"/> Outros: _____													
Descrição do(s) procedimento(s): _____													

<b>MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)</b>	
<i>Branha rígida, colar cervical (A), estabilizador lateral da caluga, SRL, equipo massagelás, felco (B), mangua (C), dípresa e ampola</i>	

<b>PERTENCES DA VÍTIMA</b>	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Objetos: _____ _____ _____ _____ _____	
Entregues a / Local:	Assinatura com Carimbo do recebedor

<b>IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR:</b> <i>Anderson</i>		<b>MATRÍCULA:</b> _____
TEC. ENFERMAGEM:	<i>Dayane Nathaly S. Lacerda Alexandre</i>	COREN: _____
ENFERMEIRO(A):	<i>Enfermeira</i>	COREN: _____
MÉDICO(A):	<i>Coren: PB 970.405</i>	CRM: _____

*Dr. Adenio Barbosa da Silveira*  
MÉDICO  
CRM: PB 6841

<b>Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente -</b> <input type="checkbox"/> Recusa Remoção <input type="checkbox"/> Recusa Atendimento	
NOME: _____ RG. / CPF: _____	
ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____	

04 JAN. 2019





## ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
3<sup>a</sup> SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
19<sup>a</sup> DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 464 /2018

Livro Nº Fls. \_\_\_\_\_

Ocorrência: Acidente de trânsito.

Data do fato: 04 de outubro de 2018, por volta das 07:00 h.

Local: Próximo a Igreja São José, São José , Sousa/PB.

Data do Registro: 26 de outubro de 2018.

**COMUNICANTE:** WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO, brasileiro, natural de Sousa/PB, casado, com 35 anos de idade, nascido em 25/05/1983, gerente de produção, filho de Alfredo de Lima Pinto e de Maria de Fátima Oliveira Pinto, residente na Rua Princesa Isabel, 49, Estreito, Sousa-PB, RG – 2634224- SSP-PB;

**VÍTIMA:** O mesmo.

**FATO:** afirma o declarante que no dia 04 de outubro de 2018, por volta das 07:00 horas, dirigia na sua Moto Honda Biz 125, cor vermelha, ano 2013/2014, placa OGE 7237-PB, chassi 9C2JC4820ER517766, emplacada em nome de Elayne Kelly Martins Fernandes, quando nas proximidades da Igrejinha São José, São José, Sousa/PB, um veículo não identificado pelo declarante entrou de vez e colidiu com a lateral da moto do declarante, causando danos materiais na moto em pequena monta e a pancada atingiu seu joelho direito; Afirma o declarante que vai realizar cirurgia nos ligamentos do joelho devido a pancada; Afirma o declarante que no dia foi levado pelo SAMU para o Hospital Regional de Sousa/PB; Afirma o declarante que não tinha bebido e é habilitado. Do que para constar lavrei este termo, indo por todos assinados.

Sousa/PB, 26 de outubro de 2018.

**AUTORIDADE:** Dr. Francisco Moreira de Abrantes.

**DECLARANTE:** Washington de Oliveira Pto

**ESCRIVÃO:**

*[Assinatura]*  
Vitor Henrique Gaudêncio  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA  
MAT. N° 106.444-2

04 JAN. 2019



RAIMUNDO DE PAIVA GADELHA NETO  
RUA PRINCESA ISABEL, 48 / 1 AND - ESTREITO  
SOUZA / PB CEP 58600000 (AG. 17\*)

Emissão: 09/09/2018 Referência Ago / 2018

Classe/Suécia: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOPOLICO Pr200, Km26, Centro Rosário - Rio Pecatu/PB - CEP 58971-890  
Rotero 1 - 177-20-4190 N° medidor: 0000889173

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.085.173/0001-40 End. Eel: 16-015-023-0

Note Fiscal: Contrato Energia Elétrica N° 01491-474  
Cód. para DBL Automática: 00000029637

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	07/08/2018	04/09/2018	366.123.464-91 Int. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/2963-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo	Dias			
Data	Leritura	Data	Leritura	Quantid	Tarifaz	Valor Base Calc.	Alm. Cons(%)	Base Calc.	Pto(R\$)	Correção(R\$)
<b>Detalhamento</b>										
0801	Consumo em kWh	263.000	0.739080	194,39	194,39	27	52,48	194,39	2,11	9,71
0801	Adic. B. Vermelha			10,65	10,65	27	5,20	10,65	0,21	0,99
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>										
0807	CONTRIBUÇÃO ILUM.PÚBLICA	18,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 07/2018	1,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 07/2018	4,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018	2,89	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCF Código de Classificação do item TOTAIS 241,00 214,03 57,79 214,03 1,92 10,89

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO  
320 14/08/2018 TOTAL A PAGAR  
R\$ 241,00

#### Histórico de Consumo (kWh)

71 | 140 | 172 | 775 | 375 | 408 | 212 | 548 | 402 | 249 | 221 | 265  
Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18

0382.83cf.cb38.b626.f3df,38a.0.9b04.712c.

Indicadores de Qualidade 8/2018-Souza		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (M)
DIC/MENSAL	0,00	NOMINAL
DIC/TRIMESTRAL	12,30	220
DIC/ANUAL	24,60	
FIC/MENSAL	3,48	CONTRATADA
FIC/TRIMESTRAL	8,97	LIMITE INFERIOR
FIC/ANUAL	13,85	LIMITE SUPERIOR
DIG	12,44	
DIGR	0,00	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Bônus por dia de Energia salvo	46,00	19,20%
Comprado Energia	14,00	5,83%
Entrega de energia	1,00	0,42%
Imposto de renda	0,00	0,00%
Imposto de renda + Energia	0,00	0,00%
Outros Bônus/Pre	0,00	0,00%
Total	241,00	100,00

**ATENÇÃO**  
- REAVISO DE VENCIMENTO: Informamos que em caso de retenção permanece(-) em atraso as faturas acima mencionadas.  
- Caso tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) em atraso a menos de 10 dias, desconsiderar essa mensagem.  
Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.

Faturas em atraso  
Out/17 3077,97  
May/17 1861,29

04 JAN. 2019



**SUS**  
SECRETARIA DE SAÚDE

ESTADO DA PARAÍBA

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 800097838



MATERIAIS - MEDICAMENTOS - OUTROS

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS		CARÁTER DO ATENDIMENTO	
NOME: HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES ENDERECO: RUA - JOSE FACUNDO DE LIRA - SIN - GATO PRETO CEP: 58.800-005 MUNICÍPIO: SOUSA		<input type="checkbox"/> ELETIVO <input type="checkbox"/> URGÊNCIA <input type="checkbox"/> ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVICO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> OUTROS TIPOS DE LESÕES OU ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS	
DADOS DO PACIENTE		PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO	
NOME: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO SEXO: M DN: IDADE: 25/05/1983 - 35 ANOS MÃE: MARIA DE FÁTIMA PINTO NATURALIDADE: SOUSA - PB CNS: 7000917293200 ENDERECO: RUA - PRINCESA ISABEL - 53 - ESTREITO COMPLEMENTO: MUNICÍPIO: SOUSA CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 251620 DATA: 04/01/2019 07:40:38 CLASSIFICAÇÃO NÃO INFORMADO ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)		PRONT.: 00634422 RAÇA / COR: PARD OCUPAÇÃO: SISPRENATAL DOCUMENTO: CONTATO: CID: 10 MEDICAGÃO <input type="checkbox"/> PRESCRITA <input type="checkbox"/> APLICADA ENCAMINHAMENTO <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> INTERNACAO <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> OUTROS	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)		ASSINATURA DO PROFISSIONAL ASSISTENTE(S) - CARIMBO (Assinatura de Dayane Ramos)	
CNS CRM: 4027		CBO CRM	
ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL Ass. do Revisor Técnico - Carimbo		OU POLEGAR DIREITO Assinatura do Revisor Clínico - Carimbo	

04 JAN. 2019



PACIENTE: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

Nº.: 81110

REQUISITANTE: DIEGO S. SANTIAGO

DATA: 04/10/2018

Há discreta horizontalização de algumas fibras distais ao nível da fossa intercondilar.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais integros.

Discreto sinal linear hiperintenso em T2 no corpo e corno posterior do menisco lateral, estendendo-se à superfície meniscal inferior sugerindo lesão.

Sinal globular irregular do corno posterior do menisco medial, atingindo as superfícies meniscais, associado a pequena imagem tubuliforme de aspecto cístico, multilobulada, com finas septações internas, medindo 1,2 x 0,4 cm, sugerindo pequeno cisto parameniscal junto à sua raiz posterior e recesso menisco-capsular posterior.

Estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

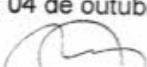
#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Condropatia tibial lateral e patelar.
- Pequeno cisto poplíteo.
- Pequeno derrame articular.
- Lesão de ambos os meniscos, notando-se pequeno cisto parameniscal junto à raiz posterior do recesso menisco-capsular posterior do menisco medial.
- Lesão parcial extensa do ligamento cruzado anterior. Correlacionar com dados clínicos e testes propedêuticos específicos.



Dra. Mariana Coelho  
Médica Radiologista  
CRM/RJ: 938335

SOUSA-PB, 04 de outubro de 2018

  
Dr(a). MARCELLI CARTAXO NEVES  
Medico(a) Radiologista  
CRM Nº 6089

04 JAN. 2019

As informações contidas nesse resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

 Centro de Imagem José Neves Moreira Ltda, ME - R. Djalma Gomes de Sá 08 - Praça do Bom Jesus - 1º Andar - Centro - Sousa PB  
CEP 58.800-150 - Fone: 83 3522.1278 - [pericles.neves@uol.com.br](mailto:pericles.neves@uol.com.br) - CNPJ 18.451.213/0001-03  
Dra. Marcelli Cartaxo Neves Berto - CRM - 6089 PB

Fone: 83 3522.1900



PACIENTE: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

Nº: 81110

REQUISITANTE: DIEGO S. SANTIAGO

DATA: 04/10/2018

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

#### TÉCNICA:

Exame realizado em equipamento de ressonância magnética com sequências, ponderações e planos específicos para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

#### RELATÓRIO:

Leve heterogeneidade de sinal do revestimento condral do platô tibial lateral com focos de edema condral e discretas fissuras condrais superficiais.

Ilhota de osso compacto no fêmur.

Patela centrada em relação ao sulco troclear, apresentando difusa heterogeneidade de sinal de seu revestimento condral por focos de edema condral ao redor de seu vértice e faceta medial.

Pequeno cisto popliteo

Pequeno derrame articular

Tendões patelar e quadricipital de morfologia e intensidade de sinal dentro da normalidade.

Perda de definição das fibras da banda ântero-medial do ligamento cruzado anterior, com afilamento irregular da porção remanescente das fibras da banda póstero-lateral sugerindo lesão parcial extensa de sua origem femoral.

04 JAN. 2019

#### Obs.:

As informações contidas nesse resultado, repreendem a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo. A base de hallmarks fisiológicos e evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais ampla.

Centro de Imagem Jose Neves Moreira - Rua São João, 100 - Centro - Rio Claro - SP - CEP: 13200-000 - Fone: (16) 3222-2222 - E-mail: centrodeimagem@bol.com.br





PACIENTE: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

Nº.: 81110

REQUISITANTE: DIEGO S. SANTIAGO

DATA: 04/10/2018

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

### TÉCNICA:

Exame realizado em equipamento de ressonância magnética com sequências, ponderações e planos específicos para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

### RELATÓRIO:

Leve heterogeneidade de sinal do revestimento condral do platô tibial lateral com focos de edema condral e discretas fissuras condrais superficiais.

Ilhota de osso compacto no fêmur.

Patela centrada em relação ao sulco troclear, apresentando difusa heterogeneidade de sinal de seu revestimento condral por focos de edema condral ao redor de seu vértice e faceta medial.

Pequeno cisto popliteo.

Pequeno derrame articular.

Tendões patelar e quadricipital de morfologia e intensidade de sinal dentro da normalidade.

Perda de definição das fibras da banda ântero-medial do ligamento cruzado anterior, com afilamento irregular da porção remanescente das fibras da banda póstero-lateral sugerindo lesão parcial extensa de sua origem femoral.

04 JAN. 2019

#### Obs.:

As informações contidas nesse resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais ampla.



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 04/11/2020 20:33:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110420332568600000034622677>  
Número do documento: 20110420332568600000034622677

Num. 36261957 - Pág. 4

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

**WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO**, brasileiro, solteiro, gerente de produção, inscrito no RG nº 2634224 e CPF nº 056.009.924-08, com endereço na Rua Princesa Isabel, nº 49, Estreito, Sousa, Paraíba, CEP: CEP 58800778, 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](mailto:josebritoadvogados@hotmail.com) e Dr. Felipe Eduardo Farias de Sousa, inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251, endereço eletrônico [fariasdesousaadv@gmail.com](mailto:fariasdesousaadv@gmail.com) sob pena de nulidade, a teor do art. 236, § 1º, do CPC, esperando deferimento.

---

### **Escrítorio:**

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 inócuas 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 **04 de outubro de 2018**, o autor foi vítima de grave acidente de trânsito, ocasião que sofreu **TRAUMA NOS DOIS JOELHOS E ESCORIAÇÕES PELO CORPO**.

Em virtude das lesões sofridas pelo autor, conforme relatado acima, culminou com a sua debilidade permanente, apresentando assim, dores insuportáveis, dificuldades para sustentar o peso de seu corpo, tudo conforme comprova o Boletim de Ocorrência nº 464/2018 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 dos dois joelhos**) seja indenizada no percentual de **50% da tabela**, ou seja, **R\$ 6.750,00 (seis mil, setecentos e cinquenta reais)**.

---

### **Escrítorio:**

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



O autor sofre com as sequelas permanentes provenientes do acidente, sentindo fortes dores na região de ambos joelhos 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 12,50% do valor da tabela**, ou seja, de natureza leve, contrariando a lei em vigência, conforme documento comprobatório.

No caso em tela, há de se pagar o percentual de 50%, perfazendo a indenização de **R\$ 6.750,00 (seis mil, setecentos e cinquenta 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 50%, perfazendo a **indenização R\$ 6.750,00 (seis mil, setecentos 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 3190012388**, pagando, todavia, valor inferior ao devido, apenas **R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, contrariando desta

---

**Escritório:**

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



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 04/11/2020 20:33:26

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110420332626200000034622678>

Número do documento: 20110420332626200000034622678

forma, o previsto na Lei nº. 6194/74 com as atualizações da lei nº 11945/09.

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 membro inferior (perna esquerda) com outros traumas**, o valor da indenização deve ser de 50%, perfazendo a indenização de R\$ 6.750,00 (seis mil, setecentos e cinquenta reais), a ser paga de acordo com o real grau de invalidez de que é portadora a vitima, devendo o grau ser aferido por ocasião da perícia médica.

No caso dos autos, a seguradora ré pagou apenas R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), restando ainda ser pago a diferença de R\$ 5.062,50 (cinco mil, sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

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\$ R\$ 5.062,50 (cinco mil, sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

---

**Escrítorio:**

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\$ 5.062,50 (cinco mil, sessenta e dois reais e cinquenta centavos), 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\$ 5.062,50 (cinco mil, sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

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 nosocomio?
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:** Washington de Oliveira Pinto, brasileiro, solteiro, agricultor, RG: 2634224, CPF 056.009.924-08, residente e domiciliado na Rua Príncipe Irineu, 49, Centro, Sousa PB

**OUTORGADOS:** FELIPE EDUARDO FARIA 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

Washington de Oliveira Pinto

OUTORGANTE



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**DECLARANTE:** Washington de Oliveira Pinto, brancleiro, seteiro, agricultor, RG 2634224, CPF 056.009.924-08, residente e domiciliado na Rua Princesa Isabel, 49, Extreito, Serra - PB

DECLARO com base na Lei nº 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.

Washington de Oliveira Pinto  
**DECLARANTE**



# Situação das Declarações IRPF 2018

**Prezado Contribuinte (CPF 056.009.924-08),**

**WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO**

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

Em Brasília - DF

04/11/2020

17:58

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 2019

**Prezado Contribuinte (CPF 056.009.924-08),**

**WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO**

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

Em Brasília - DF

04/11/2020

17:58

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 056.009.924-08),**

**WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO**

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

Em Brasília - DF

04/11/2020

17:57

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





04 JAN. 2019



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 04/11/2020 20:33:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110420332945200000034622685>  
Número do documento: 20110420332945200000034622685

Num. 36261965 - Pág. 1



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

**Processo:** 0807442-46.2020.8.15.0371

**Assunto** [Acidente de Trânsito]

**Parte autora** WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

**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](mailto: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.



Assinado eletronicamente por: VINICIUS SILVA COELHO - 06/12/2020 09:29:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120609295506900000034632443>  
Número do documento: 20120609295506900000034632443

Num. 36272674 - Pág. 1

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 intimem-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, deprecação 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	20110420332203000000034622171
13975066	Documento de Comprovação	20110420332325100000034622173
ATO DECLARATORIO	Documento de Comprovação	20110420332383900000034622174
B.O	Documento de Comprovação	20110420332442100000034622675
COMP. RESID. VÍTIMA	Documento de Comprovação	20110420332500300000034622676
DOC. MEDICA	Documento de Comprovação	20110420332568600000034622677



Assinado eletronicamente por: VINICIUS SILVA COELHO - 06/12/2020 09:29:55  
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120609295506900000034632443](https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120609295506900000034632443)  
Número do documento: 20120609295506900000034632443

Num. 36272674 - Pág. 2

PETIÇÃO INICIAL DPVAT - WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO	Documento de Comprovação	20110420332626200000034622678
PROCURAÇÃO - WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO	Documento de Comprovação	20110420332685400000034622680
Receita Federal do Brasil 2018	Documento de Comprovação	20110420332757700000034622681
Receita Federal do Brasil 2019	Documento de Comprovação	20110420332828800000034622682
Receita Federal do Brasil 2020	Documento de Comprovação	20110420332886400000034622683
RG E CPF VÍTIMA	Documento de Comprovação	20110420332945200000034622685



Assinado eletronicamente por: VINICIUS SILVA COELHO - 06/12/2020 09:29:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120609295506900000034632443>  
Número do documento: 20120609295506900000034632443

Num. 36272674 - Pág. 3



ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE SOUSA  
7<sup>a</sup> VARA

0807442-46.2020.8.15.0371

AUTOR: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIA 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, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar contestação, sob pena de revelia sobre a parte disponível da pretensão (art. 344 do CPC), conforme despacho com força de mandado de CITAÇÃO/INTIMAÇÃO, ID [36272674](#).

Sousa(PB), 7 de dezembro de 2020

ANA CLAUDIA RODRIGUES SOARES ABRANTES

assinatura eletrônicas



Assinado eletronicamente por: ANA CLAUDIA RODRIGUES SOARES ABRANTES - 07/12/2020 13:46:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120713461025600000035819949>  
Número do documento: 20120713461025600000035819949

Num. 37544098 - Pág. 1