



Número: **0810010-23.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **31/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO ALVES DE LIMA (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34750035	25/09/2020 10:34	<a href="#">Petição</a>	Petição
34750039	25/09/2020 10:34	<a href="#">2695687_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
34750041	25/09/2020 10:34	<a href="#">2695687_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190400073

Vítima: FRANCISCO ALVES DE LIMA

Data do Acidente: 15/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ALVES DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

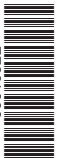
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14502348

Pag. 01843/01844 - carta\_01 - INVALIDEZ

00010922





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 25 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190400073**

**Vítima: FRANCISCO ALVES DE LIMA**

**Data do Acidente: 15/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO ALVES DE LIMA**

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 dos punhos

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: **FRANCISCO ALVES DE LIMA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000036**

Conta: **0000066347-4**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

02J6704/19

CPF da vítima:

067-778-914-98

Nome completo da vítima:

Dionísio Alves de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Dionísio Alves de Lima

CPF:

067-778-914-98

Profissão:

Pintor

Endereço:

Rua Pedro Nolasco de Menezes Filho

Número:

41

Complemento:

AP-303

Bairro:

Gramma

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58064-202

E-mail:

Tel (DDD): 83 98035-473

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0036

CONTA:

66347

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (val nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

João Pessoa 27-06-2019

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:



(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018







**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 06591.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 06591.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:57 horas do dia 14 de junho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Francisco Alves de Lima**, CPF nº 067.778.914-98, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Pintor, filho(a) de Eva Pereira de Lima Sousa e Antonio Alves de Sousa, natural de Diamante/PB, nascido(a) em 23/08/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Pedro Nolasco de Menezes Filho, Nº 71, complemento AP. 102, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Próximo Ao Parque do Sol., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98638-4073.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Ministro José Américo de Almeida, Próximo a Unimed., João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/12/18 00:05h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o declarante no dia 15/12/2018 por volta das 00:05 horas quando transitava, pela Av. Ministro José Américo de Almeida, João Pessoa-PB; com o veículo tipo MOTO TRAXX/JL50Q-S ano e modelo: 2014/2014, de cor preta de placa: OEV9602/PB CHASSI: 951BXKBA1EB007318 pertencente ao Sr. Luiz Pereira de Almeida; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto na sua faixa quando foi abalroado por trás por um veículo não identificado/que evadiu-se do local sem prestar socorro; QUE devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU e conduzido ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1129390, TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO CID 10 T 14.9, laudo médico assinado pelo Dr. Glender Tércio G. G. da trindade e posteriormente transferido para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA TARCÍSIO BURITY, onde foi diagnosticado FRATURA DE ESCAFÓIDE DIREITO, conforme CERTIDÃO nº 0726/2019 assinado pela médica Christine Batista de Brito Lira CRM/PB 3137.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 14 de junho de 2019.

  
CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

  
FRANCISCO ALVES DE LIMA  
Noticiante



Procedimento Policial: 06591.01.2019.1.00.401

1/1





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

02J6704/19

CPF da vítima:

067-778-914-98

Nome completo da vítima:

Eduardo Alves de Lima

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

Nome completo:

Eduardo Alves de Lima

CPF:

067-778-914-98

Profissão:

Pintor

Endereço:

Rua Pedro Nolasco de Menezes Filho

Número:

41

Complemento:

AP-103

Bairro:

Guamambi

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58067-202

E-mail:

Tel (DDD): 83-98035-4073

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**RENDA MENSAL:**☒ RECUSO INFORMAR☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0036

CONTA:

66347

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

João Pessoa PB 27-06-2019

Nome:

CPF:

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:



(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:34:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510343683200000033220578

Número do documento: 20092510343683200000033220578

Num. 34750039 - Pág. 6



FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 190452 Atd: Nao Regulac  
Data: 15/12/2018  
Hora: 17:45:27  
Recepcionista: ANTONIA GADELHA LOUREN  
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: FRANCISCO ALVES DE LIMA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.12.001777

CNS: 700303417987840 Sexo: M IDENTIDADE: 3228479 Fone: 988914712

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/08/1984 Id: 34 ano(s)

End.: RUA JOSE ALVES DE LIMA, 198 CASA

Bairro: TORRE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: EVA PEREIRA DE LIMA SOUSA

Pai: ANTONIO ALVES DE SOUSA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PINTOR DE OBRAS

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FRANCISCO ALVES DE LIMA

Tel/Doc. Responsavel: 988914712 / IDENTIDADE: 3228479

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP DE TRAUMAS

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO SENDO COND

Vitima de violencia por: ONTEM AS 23.50 PROX UNIMEDE

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:



CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

CAUSA DE COLISAO MOTO X CARRO, COM TRAUMA EM  
PUNHO DIREITO - ENCAMINHADO DO HETSHL

Encaminhado do Trauma. Ex ~~de~~ de enfermeiro.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Rx: Ex ~~de~~ de enfermeiro.

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

CD: 10

interno p/ curio eletro



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ALVES DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000066347-4

---

---

Nr. da Autenticação FABAAEAFFB3D7FE5



PAULO VIRGINIO DOS SANTOS  
RUA PEDRO NOLASCO DE MENEZES FILHO, 111 - JARDIM 103 - GRAMAME  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58057222 (AO: 5)

Ligação MONOFÁSICO  
Classe RES MFC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro 18 - 5 - 819 - 5450 Referência: Mai / 2019  
Medidor 0008535987 Emissão: 29/05/2019



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B-220, Km 25 - Cx. Postal - João Pessoa / PB - CEP 58071-000  
CNPJ 09.095.190/0001-40 Insc. Est. 18.010.820-0

Núcleo Fiscal Contador Energético NREDS 743.700  
Cód. para Cód. Automático: 00818175083

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2019	29/05/2019	28/06/2019	219.133.204-00

UC (Unidade Consumidora): 5/1617356-9

Canal de contato

- Constatamos em nossos arquivos pagamento em duplicidade de fatura de energia elétrica. Estamos efetuando a devolução do valor pago a maior, conforme valores exibidos no Demonstrativo abaixo.  
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em [saude.gov.br/vacinasbrasil](http://saude.gov.br/vacinasbrasil)



Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/04/19	3023	29/05/19	3137		84	30
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base	Cap. Adq. (cont.)	Base Calc. Pro(R\$)
						Capex(R\$)
						Capex(R\$)
0001	Consumo em kWh	84.000	0.822050	69.05	69.05	25
0001	Adc. E Amarela	1,17	1,17	26	0,29	1,17
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONTRIB. SERV. ILUM. PÚBLICA	2,81	0,00	0	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 03/2019	0,28	0,00	5	0,00	2,00
0004	JUROS DE MORA 04/2019	0,15	0,00	3	0,00	0,00
0005	MULTA 03/2019	0,49	0,00	0	0,00	0,00
0005	MULTA 04/2019	0,68	0,00	0	0,00	0,00
0009	PAGTO DIFERENÇA (-) 04/2019	-34,01	0,00	0	0,00	0,00
0003	3ª VIA CURATIVO 04/2019	0,00	-0,00	0	0,00	0,00
0009	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019	0,18	0,00	0	0,00	0,00

CC Código de Classificação do item TOTAL 40,79 70,22 17,55 70,22 0,58 0,74

Medida últimos meses (kWh) 35  
VENCIMENTO 05/06/2019  
TOTAL A PAGAR R\$ 40,79

48 1 54 1 19 1 21 1 2 1 4 1 2 1 13 1 3 1 3 1 15 1 41  
Mar/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/20 Fev/20 Mar/20 Abr/20

RESERVADO AO FISCO  
af27.bf83.2854.c4a9.2933.bdef.0455.ec29

Indicadores de Qualidade				Comparação com o Padrão	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (%)
PMENSA	9,18	0,00	NON/VIL	Serviço de Qual. da Energia	17,00
PM TRIMESTRAL	10,00			Consumo de Energia	25,14
PM ANUAL	10,00			Serviço de Transmissão	2,25
PM TRIMESTRAL	10,00			Encargos Setoriais	9,00
PM ANUAL	10,00			Previdência (Previd. e Encargos)	23,83
PM TRIMESTRAL	10,00			Outros Serviços	7,50
PM ANUAL	10,00			Total	74,80

ATENÇÃO: Faturas em atraso

PARAIBA  
Roteiro: 18 - 5 - 819 - 5450  
Métricas: 1617356-2019-05-6  
83690000000-8 40790149000-0 16173562019-7 05600005019-7



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUIZ PEREIRA DE ALMEIDA,  
RG nº 620222, data de expedição 20/03/2004  
Órgão SSP PB, portador do CPF nº 55451721491, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA PEDRO NORASCO DE MENEZES, nº 71,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima FRANCISCO ALVES DE LIMA, cujo o condutor era  
FRANCISCO ALVES DE LIMA.

Veículo: MOTO  
Modelo: TRAXX 150-8  
Ano: 2014  
Placa: 06V9602/08  
Chassi: 951B X K B A I E B 007318  
Data do Acidente: 11/02/2018  
Local e Data: João Pessoa, 14/06/2019



LUIZ PEREIRA DE ALMEIDA  
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



**SOROTÓ**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
Belo Horizonte - Minas Gerais

1º OFÍCIO DE NOTAS  
2º TABELIONATO DE PROTESTOS  
PRAÇA 1311 - 1º ANDAR - CENTRO  
CEP: 30130-010 - JOÃO PESSOA, PB  
FONE: (31) 3241-8800 - FAX: (31) 3241-8280

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de:.....

LUIZ PEREIRA DE ALMEIDA.....

Em test.da verdade, João Pessoa-PB 14/06/2019 12:04:19

Dario dos Santos Lima - Escrevente

[2019-013317]EMUL:R\$ 19,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50

SELO DIGITAL: A1089597-H03B

Confira a autenticidade em <https://colofinal.tinh.ios.br>





**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

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

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

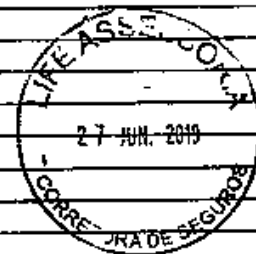
Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: ① Fx fechada de espinha C6

② FCC suscitando em atenuado esp.

Conduta: ① Internar

② T.O.

Dr. Paulo Prata  
Médico de Traumatologia  
CRM 15610

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira, João Pessoa - PB.



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

1. Pac. em DDH sob bloq. pleo bloq. 1/2
2. Anestesia, antimeia, colocação carter estéril

### Incisão:

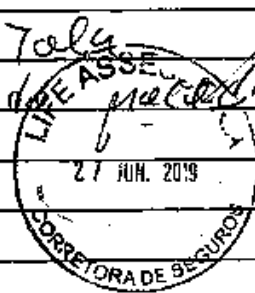
3. Incis. oblíqua sobre pulso sobre perfuração ②
4. Drenos por placas

### Achados:

5. Visualizada pseudotumor de escarificação ②
6. Removida borda de pseudotumor; colocada entendo com estreitamento de rede distal

### Conduta:

7. Fixação cf. fio fusso Herbert. 22 cf. auxílio de escópio
8. Controle cf. escópio
9. fechamento cf. placas
10. Controle + de Pautista + Tala
11. Be perfors ao final de procedimento



### Fechamento:

### OBS:

Data:

26/12/18

Dr. Tiberio Vanomark  
Ortopedia / Cirurgia da Mão  
CRM-PB 8252 / TEOT 14840

MÉDICO/CRM

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





## CERTIDÃO


Nº. 0726/2019

Atendendo solicitação de JULIANA MARIA DIAS DE MORAIS e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº 190452 e Prontuário nº 2018.12.1777 pertencentes ao paciente **FRANCISCO ALVES DE LIMA** requerente que foi atendida dia 15/12/2018 às 17h45min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro superior direito.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de escáfóide direito. Realizado procedimento cirúrgico no dia 26/12/2018, com alta médica no 28/12/2018.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de maio de 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137



FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 190452 Atd: Nao Regulac  
Data: 15/12/2018  
Hora: 17:45:27  
Recepcionista: ANTONIA GADELHA LOUREN  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FRANCISCO ALVES DE LIMA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.12.001777

CNS: 700303417987840 Sexo: M IDENTIDADE: 3228479 Fone: 988914712

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/08/1984 Id: 34 ano(s)

End.: RUA JOSE ALVES DE LIMA, 198 CASA

Bairro: TORRE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: EVA PEREIRA DE LIMA SOUSA

Pai: ANTONIO ALVES DE SOUSA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PINTOR DE OBRAS

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FRANCISCO ALVES DE LIMA

Tel/Doc. Responsavel: 988914712 / IDENTIDADE: 3228479

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP DE TRAUMAS

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO SENDO COND

Vitima de violencia por: ONTEM AS 23.50 PROX UNIMEDE

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:



CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

MA DE COLISAO MOTO X CARRO, COM TRAUMA EM  
PUNHO DIREITO - ENCAMINHADO DO HEETSHL

*Encomendado do Trauma. Fx ~~de~~ de enforç.*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Rx: Fx fechado de superfície.*

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

*10:10*

*interno p/ curio eletro*

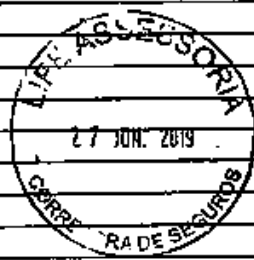








## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Fernando Alir A. Lima</u>		Data da Admissão: <u>15/12/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____
Sexo: F ( ) M ( )	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>		
QPD: _____			
ADA: <u>Ex febre de origem infecciosa. S. S. C. O.</u>			
<u>Queda de auto.</u>			
			
Medicações em uso: _____			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <u>    </u> Kg em <u>    </u> <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese			
<input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe			
<input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise			
<input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas			
<input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
<b>AGU:</b> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria			
<input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
<b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposou <input type="checkbox"/> Deformidades			
<input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
<b>SN e PSO:</b> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade _____			
<input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor _____			

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:34:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510343683200000033220578>

Número do documento: 20092510343683200000033220578

Num. 34750039 - Pág. 16





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



## LAUDO MÉDICO

**OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE n° 1129390**

**PACIENTE: FRANCISCO ALVES DE LIMA**

**DATA DE NASCIMENTO: 23.08.84**

**Data e Hora do Atendimento: 15.12.18**

**Horário: 0:44h**

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital trazido pelo SAMU vítima de acidente de motocicleta queixando de dor na região lombar e ferimento no cotovelo esquerdo. Atendido pelo Dr. Ricardo R. Carvalho CRM 6628, Dr Leonardo Soares de Lima.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO CID 10 T 14 9**

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):**  
Primeiro atendimento, avaliação da neurocirurgia, avaliação da cirurgia geral, Rx de Torax , Rx da coluna cervical e tratamento clínico conservador.

**ALTA HOSPITALAR: 15.12.18 às 2:24h.**

**Data da Emissão: 26.02.19**

  
DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE  
AUDITOR CVBHEETSHL  
CRM 3920  
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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







AV. ORESTES LISBOA, 911 - PEDRO GONDIM - CNE: 123312 - Tel.: 8332186700

**Boletim de Atendimento: 1129390**



<b>Identificação do paciente</b>						
ID 888811	Nome FRANCISCO ALVES DE LIMA		Sexo Masculino			
Data de nascimento 23/09/1984	Idade 34 anos 3 meses 22 dias	Estado civil UNIÃO ESTÁVEL	Religião NÃO INFORMADA	Prontuário		
Mãe EVA PEREIRA DE LIMA SOUSA			Pai ANTÔNIO ALVES DE SOUSA			
Escolaridade NÃO INFORMADO			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 8834151	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3228479	Nº Cns 702402042549623				
Local de procedência TORRE		Tipo BAIRRO	UF PB			
E-mail	Naturalidade JOÃO PESSOA	CBOR				
<b>Endereço</b>						
CEP 56040603	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro José Alves de Lima			
Número 198	Complemento	Bairro Torre				
<b>Admissão</b>						
Data e Hora 16/12/2018 08:44:35	Número da pulseira 1000006841644		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica				
Classificação do risco		Origem do paciente RUA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
<b>Indicadores e Transporte</b>						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Método de transporte SAMU	Quem transportou					
<b>Sinais Vitais</b>						
PA _____ x _____ mmHg	Pulso		Temperatura 27,7 JUN. 2019			
<b>Exames complementares</b>						
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrassonografia [ ]
<p>Dados clínicos</p> <p>paciente com trauma de torax, sem lesões aparentes, não tolerante a ortostase, com hemiparesia pl. direita.</p>						
Diagnóstico						CID
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO						Tempo 25 seg

## Ինքնախնդիր

15/12/2018 00:43



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:34:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510343683200000033220578>

Número do documento: 20092510343683200000033220578

Num. 34750039 - Pág. 19

Bolém registrado por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO em 15/12/2018 00:45:01



RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
CPF: 66287781

FRANCISCO ALVES DE LIMA

Dr. Ricardo R. Carvalho  
CRM - 6288

Paciente encaminhado com sucesso para a seção	
<b>Conduta</b>	
<b>Dados coletados anteriormente</b> <input type="checkbox"/> utilizar na impressão?	
CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA; SUTURA DE FERIMENTOS E CURATIVO; AGUARDA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA	
NO MOMENTO SEM DOR EM COLUMA VERTEBRAL	
REALIZOU RADIOGRAFIA DE COLUMA DORSOLOMBAR SEM SINAIS DE FRATURAS	
GLASGOW 15	
FERIMENTOS CORTO CONTUSO EM REGIÃO DE COTOVELO	
QUEIXA DE DOR EM COTOVELO ESQUERDO	
ACIDENTE DE MOTO	
.....NEUROCIRURGIA.....	
<b>Anamnese</b>	
15/12/2018 00:44:35	
Data/Hora Classificação	
15/12/2018 02:24:38	
Data/Hora Prescrição	
ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
Motivo	
Profissional	
RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	
Nº Cons. Regional	
66287781	
UF	
PB	
Município	
JOAO PESSOA	
Endereço	
José Alves de Lima, 198	
Bairro	
EVA PEREIRA DE LIMA SOUSA	
Mãe	
23/08/1984	
Data de nascimento	
Idade	
34s 3m 22d	
Sexo	
Masculino	
CNS	
702402042548623	
Telefone de Contato	
(83) 86924151	
Profissão	
Data Baixa	
15/12/2018 00:44:35	
Data/Hora Entrada	
1129390	
BAE	
Paciente	
FRANCISCO ALVES DE LIMA	

CNES: 445365

Tel: 32165700

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, SN, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

GOVERNO  
DA PARAIBA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Santador Humberto Lucena

Cruz Vermelha Brasileira

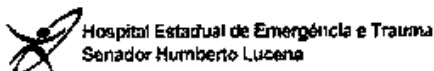
172.16.0.8:8080/cv/pagres/prescricao.do?control=7&perform=imprimi&id=466398&pesquisa=S&idPa=466398&classe= 15/12/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:34:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510343683200000033220578

Número do documento: 20092510343683200000033220578



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>FRANCISCO ALVES DE LIMA</b>	BAE 1129390	Data/Hora Entrada 15/12/2018 00:44:36	Data Baixa
Data de nascimento 23/08/1984	Idade 34a 3m 22d	Sexo Masculino	CNS 702402042548623
Mãe <b>EVA PEREIRA DE LIMA SOUSA</b>			Telefone de Contato (83) 88934151
Endereço José Alves de Lima, 198	Bairro Torre	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ</b>	UF PB
Data/Hora Classificação 15/12/2018 00:44:36		Nº Cons. Regional 10271/PB	
		Data/Hora Prescrição 15/12/2018 01:08:27	

### Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO. ENCONTRA-SE EMBRIAGADO, QUEIXANDO DE DOR EM REGIÃO LOMBAR. MOVIMENTA ATIVAMENTE PESCOCO E MEMBROS.

#### AO EXAME:

A: VIA AÉREA PERVIA E SEM ALTERAÇÕES EM REGIÃO CERVICAL;

B: RESPIRA ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE, EXPANSIBILIDADE TORACICA PRESERVADA E SEM DEFORMIDADES TORACICAS;

C: EXTREMIDADES BEM PERFUNDIDAS COM PULSOS PALPAVEIS BILATERALMENTE; FERIMENTO EM COTOVELO ESQUERDO SEM SANGRAMENTO IMPORTANTE;

D: GLASGOW 15;

E: SEM RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO EM MMSS E MMI

#### CDT:

PRESCREVO SG 5%, DAPIRONA E CETOPROFENO;

SOLICITO RX DE COLUMNA LOMBAR + AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA;

CURATIVO EM COTOVELO;

ALTA DA CIRURGIA GERAL.

### MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MG/TS)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

SOLUÇÃO GLICOSADA 5% SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MG/TS)

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACO-LOMBAR

### CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado
T14.9	Traumatismo não especificado

### Conduta

Em observação



FRANCISCO ALVES DE LIMA

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ  
(CRM: 10271/PB)

Boletim registrado por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO em 15/12/2018 00:45:01



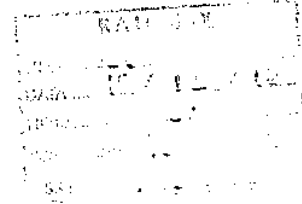
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:34:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510343683200000033220578

Número do documento: 20092510343683200000033220578

MCR

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome FRANCISCO ALVES DE LIMA		
Data de 23/08/1984	Nº Boletim Emergência 1129390	Prontuário
Material a examinar		
		Data Prescrição: 15/12/2016 01:08:27
<p>EXAME DE IMAGEM</p> <p>RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR</p> 		



Dr. Leonardo Soares de Lima  
Médico - Radiologia

João Pedro Lacerda  
Médico  
CRM-PB 1412

Assinatura e Carimbo do Profissional

\*) preencher em duas vias: uma para o paciente e outra para o arquivo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ADMINISTRAÇÃO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**PARAÍBA**

**FRANCISCO ALVES DE LIMA**

**DOC. IDENTIDADE / CATEGORIA DE VEÍCULO**  
 3228479 GEP PB

**CPF**  
 067.778.914-98

**DATA NASCIMENTO**  
 23/08/1984

**FUNÇÃO**  
 ANTONIO ALVES DE SOUSA  
 EVA PEREIRA DE LIMA  
 SOUSA

**PERMISSÃO** **ACC** **CAIXA**  
☐ ☐ ☒

**Nº REGISTRO**  
 05683131287

**VALIDADEZ**  
 04/10/2022

**1ª EMISSÃO**  
 07/01/2013

**OBSERVAÇÕES**

*Francisco Alves de Lima*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL**  
 JOÃO PESSOA, PB

**DATA EMISSÃO**  
 05/10/2017

*João Pessoa*  
 ASSINATURA DO EMISSOR

61434695031  
 PB035494506

**PARAÍBA**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
 1545209151

**PROVEDO PLASTIFICAR**  
 1545209151



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE Nº 013027542701  
CERTIFICADO DE REGISTRO E VENCIMENTO DE VEÍCULO  
VIA DE REGISTRO 20170800059119  
1 0107721746-0 00/00000000 2017

NOME  
LUIZ PEREIRA DE ALMEIDA

CPF / CNPJ  
55451721491

PLACA  
OEV9602/PB

PLACA ANT. UE PB 951BXXBA1EB007318  
NOVO

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB.  
MOTO TRAXX/JL50Q-8 2014

CAP. / POT. / CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2 P/49 /CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
IPVA ISENTO 00/00/0000 2º  
FAIXA IRVA PARCELAMENTO / COTAS 3º  
A \*\*\*\*\* 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 23/02/2017

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA - PB

42277



4049

24/02/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013027542701 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2017 24/02/2017

CPF / CNPJ PLACA  
55451721491 OEV9602/PB

2014 9 951BXXBA1EB007318

PRÊMIO TARIFÁRIO

FAB (R\$) DENAT/AN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TITULO A RESERVA DO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
COTA ÚNICA PARCELADO 23/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.346.808/0001-04

4049-0850171-20170224





## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Francisco Alves de Jesus  
 DATA DO ACIDENTE 15/12/2018 CPF DA VITIMA 067-478-924-98  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Francisco Alves de Jesus  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É Francisco Alves de Jesus  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Padre Nóbrega de Mendonça 55110  
 Nº 41 COMPLEMENTO AP 403 BAIRRO Guararapes  
 CIDADE Jacaré UF PR CEP 58064-222  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (35) 98658-4073

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 (X) REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO  
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00  
 • MORTE = R\$ 13.500,00  
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS, DOS BENEFÍCIOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSPORTO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS 5AC DPVAT 0800 022 1204  
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA  
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27-06-2019IDENTIDADE 3228439ASSINATURA Francisco Alves de Jesus

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 27 JUN 2019

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190400073 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ALVES DE LIMA **Data do acidente:** 15/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FERIMENTO CORTO CONTUSO NO COTOVELO ESQUERDO. P10  
FRATURA FECHADA DO ESCAFOIDE DIREITO. P1/2

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P2  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0216704/19

**Vítima:** FRANCISCO ALVES DE LIMA

**CPF:** 067.778.914-98

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 15/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO ALVES DE LIMA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**FRANCISCO ALVES DE LIMA : 067.778.914-98**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/06/2019  
Nome: FRANCISCO ALVES DE LIMA  
CPF: 067.778.914-98

FRANCISCO ALVES DE LIMA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/06/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08100102320198152003

**BRADESCO SEGUROS S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO ALVES DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 23 de setembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:34:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510343720000000033220580>  
Número do documento: 20092510343720000000033220580