



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
34750 035	25/09/2020 10:34	Petição	Petição
34750 039	25/09/2020 10:34	2695687_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02	Outros Documentos
34750 041	25/09/2020 10:34	2695687_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:34:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510343665600000033220575>
Número do documento: 20092510343665600000033220575

Num. 34750035 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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, contados 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 n° 14502348



Pag. 01843/01844 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:34:37
<http://pjeb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510343683200000033220578>
Número do documento: 20092510343683200000033220578

Núm. 34750039 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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, 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.

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: 0236704159	CPF da vítima: 067-778-914-98	Nome completo da vítima: Francisco Alves de Lima	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Francisco Alves de Lima		CPF: 067-778-914-98	
Profissão: Pintor	Endereço: Rua Pedro Nolasco de Melo, 500	Número: 41	Complemento: AP 503
Bairro: Gramaína	Cidade: João Pessoa	Estado: PB	CEP: 58067-200
E-mail:		Tel (DDD): 83 18638-4073	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____
AGÊNCIA: 0036	CONTA: 66347 4
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 atende 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 Lider 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.

MORTE

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 (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 28-06-2019
Nome:	Nome:
CPF:	CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO:
Francisco Alves de Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º Nome: 27 JUN. 2019
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) 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





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



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 N° 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 fé.

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: 0236404159	CPF da vítima: 067-778-914-98	Nome completo da vítima: Euzebio Alves de Lima		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Euzebio Alves de Lima		CPF: 067-778-914-98		
Profissão: Pintor	Endereço: Rua Pedro Nolasco de Melo s/nº	Número: 31	Complemento: AP 103	
Bairro: Guanambi	Cidade: João Pessoa	Estado: PB	CEP: 58067202	Tel (DDD): (83) 48638-4073
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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**

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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 (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 28/06/2019**
Nome: **Euzebio Alves de Lima**
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2º | Nome: **Euzebio Alves de Lima** 27 JUN 2019
CPF: _____

Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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



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
Repcionista: ANTONIA GADELHA LOUREN
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: FRANCISCO ALVES DE LIMA Num. de vezes atendido: 1
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, 198CASA
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
Localização: UNIDADE DE SAUDE HOSP DE TRAUMAS

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO SEND O COND
Vitima de violência por: ONTEM AS 23.50 PROX UNIMEDE
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemias: IMC: 27 JUN. 2019 [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
Queixa Principal Observacao
MA DE COLISAO MOTO X CARRO, COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO - ENCAMINHADO DO HEETSHL



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Rx: Fractura de trauma.

Diagnostico | Conduta

Prescricao CO: 10 Horario da medicacao
interno p/ curto eletivo



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 FABAAEAFB3D7FE5



PAULO VIRGINIO DOS SANTOS
RUA PEDRO NOLASCO DE MENEZES FILHO, 71 / AP 103 - GRAMAME
JOAO PESSOA / PB CEP: 58067222 (AD. 5)

Ligeira: MONOFASICO
Caracter: RES-MTC-BI / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rotero: 16 - 5 - 619 - 5450 Referencia: Mai/2019
Medidor: 02008523987 Lm-4430 29/05/2019

energisa
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-200, Km 25 - Centro Industrial - João Pessoa/PB - CEP 58070-700
CNPJ: 20.935.182/0001-40 - Inscrição Estadual: 18.016.821-0
Nº da Conta de Consumo Elétrico: N°025745.700
Céd. para Dbs. Automáticos: 00816173983

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2019	29/05/2019	28/06/2019	219.133.294-00 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1617356-9

Canal de contato

- Consultamos em nossos arquivos pagamento em duplicidade de fatura de energia elétrica. Estamos efetuando o devolvimento do valor pago a maior, conforme valores exibidos no Demonstrativo abaixo.
Junta-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL, saiba mais em saude.gov.br/vacina/brasil



Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura	
29/04/19	3033	29/05/19	3137	
Demonstrativo				
CCI - Descrição	Quantidade Tarifa U. Valor Base Cada. Até Içm/ICMS/RE ICMS/RE Içm/ICMS/RE Pg/Cobrança (R\$) Içm/ICMS/RE (R\$) Içm/ICMS/RE (4,472%)			
0801 - Consumo em kWh	94.000 0,022060 69,06 69,06 25 17,26 0,09 0,87 0,00			
0801 - Adic. E. Amarela	1,17 1,17 25 0,29 1,17 0,01 0,05			
LANÇAMENTOS E SUPRIÇÕES				
0807 - CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA	2,81 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0804 - JUROS DE MORA/03/2019	0,26 0,00 5 0,00 2,00 0,00 0,00			
0804 - JUROS DE MORA/04/2019	0,15 0,00 2 0,00 0,00 0,00 0,00			
0805 - MULTA/03/2019	0,49 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0805 - MULTA/04/2019	0,68 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0900 - PAUTA DUPLICIDADE (-) 04/2019	-0,01 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0802 - 2ª VIA CHAVAVISO/04/2019	0,00 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0806 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA/03/2019	0,19 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			

CCI - Código de Classificação do item	TOTAL	40,79	70,22	17,05	10,22	0,00	3,74
Tarifa e/ou Tributos	0,571170						
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO						

05/06/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 40,79

Historico de Consumo (kWh)

48 | 54 | 18 | 21 | 5 | 4 | 2 | 12 | 1 | 2 | 15 | 41
Mar/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19

RESERVADO AO FISCO

af27_bf83.2854.c4a9.2933.bdef.0455.ec29.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Unidade de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
0,00 - 1,00	0,90	NOMINAL	Baixos ou Altos de Energia(R\$)	17,03	42,27
10,00 - 15,00	10,00	CONTRATADA	Consumo de Energia	20,14	50,00
15,00 - 20,00	19,00	LIMITADORA	Demanda de Transmissão	4,03	10,00
20,00 - 25,00	20,00	LIMITADORA	Excedente de Energia	2,00	5,00
25,00 - 30,00	25,00	LIMITADORA	Operação de Redutor de Energia	25,00	62,50
30,00 - 35,00	30,00	LIMITADORA	Outros Serviços	2,00	5,00
35,00 - 40,00	35,00	LIMITADORA	Total	74,80	100,00

ATENÇÃO

- LEITURA INCORRIGIDA

Faturas em atraso

PARAÍBA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
Rua: 01 - 16 - 519 - 5450 Matrícula: 1617356-2019-05-6 83690000000-8 40790149000-0 16173562019-7 05600005019-7	05/06/2019	R\$ 40,79



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:34:37
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251034368320000033220578
Número do documento: 2009251034368320000033220578

Num. 34750039 - Pág. 9

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUIZ PEREIRA DE ALMEIDA,
RG nº 620222, data de expedição 20/03/2001
Órgão SSP PB, portador do CPF nº 55451721431, com
domicílio na cidade de Santa Luzia, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
NUN PINTO ROLASCO NÚMERO 2000, nº 91,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado 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: TMAX 13L500-8

Ano: 2014

Placa: 0EV9602/PB

Chassi: DS13XKBAIEB007318

Data do Acidente: 13/06/2018

Local e Data: Santa Luzia, 14/06/2019



Luiz Pereira-de Almeida

Assinatura do Declarante



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



8º OFÍCIO DE NOTAS
FABRILHATO DE PROTESTOS
PRACA 1811 N° 40 - CENTRO - PB
CEP 58010-000 - FONE: (83) 3241-8860 - FAX: (83) 3241-8260

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
LUIZ PEREIRA DE ALMEIDA*****

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

Dário dos Santos Lima - Escrivente

[2019-013317]EMOL:R\$ 49,91 FARPE:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50 - ANEXO UNICO

SELO DIGITAL: A1089597-H038

Confira a autenticidade no <http://selodigital.tjpb.jus.br>



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____

[]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: _____

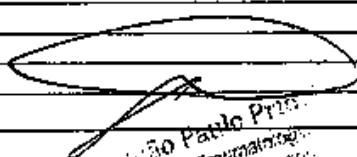
Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: ① Ex fálico do esôfago ~~etc.~~

② FCC Sustentado em abdômen esp.

Conduta: ① Interno

② TV



SUELIO MOREIRA TORRES
TJ-PB
25/09/2020

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Pac em DOR com bloq. pleco thorac. 10%
2. Aspirar, antiséptico, colchetes corporais estériles

Incisão:

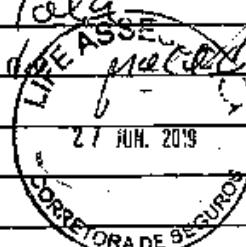
3. Incisão obliqua sobre peito sobrepectoral (D)
4. Dissecção por planos

Achados:

5. Visualizada preservação de escroto da (D)
6. Preservada bordas da preservação; colocação enterto ósseo estreitando da rebaixa testif.

Conduta:

7. Fixar c/ parafuso Herbert 22 g auxílio de escroto
8. Controle c/ oscópico
9. Fechamento c/ plásticos
10. Curto + de Pecten + Tela
11. Bo parafuso ao final



Fechamento:

OBS:

Data: 26/12/18

Dr. Tiberio Vancomark
Ortopedia / Cirurgia da Mão
CRM-PB 8252 / TEOT 11030

MÉDICO/CRM





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 Buriti, 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 escafóide 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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de maio de 2019

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



SEITURA 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 Regulat
Data: 15/12/2018
Hora: 17:45:27
Repcionista: ANTONIA GADELHA LOUREN
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: FRANCISCO ALVES DE LIMA Num. de vezes atendido: 1
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,198CASA
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 SEND O COND
Vitima de violência por: ONTEM AS 23.50 PROX UNIMEDE
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICoes DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemias: IMC: 27 JUN. 2019 [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
Queixa Principal Observacao
MA DE COLISAO MOTO X CARRO, COM TRAUMA EM
PUNHO DIREITO - ENCAMINHADO DO HEETSHL



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

RX: Fy fechado de reabre.

Diagnostico | Conduta

Prescricao (D: 10) | Horario da medicacao
interno p/ caviga eletrico



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZA

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML



Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Caximbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 15/11/18

Nome: Fernando Alves Almeida Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/_____

QPD: _____

RES: Ex fumador de maço diário est. Sec o

Quanto ao fumo:

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

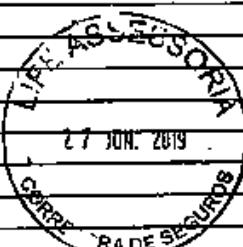
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-repouso []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonoilência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Fábio Alves de Lima</i>				Registro:	
Idade: <i>39</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>26/12/18</i>	Cirurgião: <i>Tibério Venâncio</i>	1º Assistente:			
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:		Tipo Anestesia: <i>Alívio de Dor</i>	Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura escofida (D)</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura escofida (D)</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Coluna primitiva traseira escofida (D)</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não	Descreva: 			
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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





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 nº 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 Tercio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
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.





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, 69 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332186700

Boletim de Atendimento: 1129399



Identificação do paciente				
ID 88851	Nome FRANCISCO ALVES DE LIMA			Sexo Masculino
Data de nascimento 23/05/1864	Idade 36 anos 3 meses 22 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mae EVA PEREIRA DE LIMA SOUSA	Pai (ANTONIO ALVES DE SOUSA)			
Estrada NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) (O MESMO - O MESMO(A))			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88934151	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3228478	Nº Cna 702492042546623		
Local de procedência TORRE		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBQR		
Endereço				
CEP 58040003	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro José Alves de Lima	
Número 196	Complemento		Bairro Torre	
Admissão				
Data e Hora 16/12/2018 00:44:36	Número de prontuário 1000006841644	Comunidade SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Câmica			
Classificação do risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde NDO	Veículo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura 37,1 UN. 2019		
Exames complementares				
Rádio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []				
Dados clínicos	<i>Acidentado por quedas de moto, com lesões ósseas e contusões.</i>			
Diagnóstico	CID			
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO	Tempo 26seg			

Imprimir

15/12/2018 00:43





RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
Francisco Alves de Lima
Ricardo Rodrigues de Carvalho
Sergio - W.A.

FRANCISCO ALVES DE LIMA

(: 6628/PRI)

Paciente encaminhado com sucesso para a segue			
Dados coletados anteriormente <input checked="" type="checkbox"/> utilizar na impressão?			
CD: ALTA DA NEUROCIURGIA, SUTURA DE FERIMENTOS E CURATIVO; AGUARDA AVULGADO DA ORTOPEDIA			
NO MOMENTO SEM DOR EM COLUNA VERTEBRAL			
REALIZOU RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSOLOMBAR SEM SÍNAPSIS DE FRATURAS			
GLASGOW 15			
FERIMENTOS CURTO CONTUSO EM REGIÃO DE COTOVELO			
QUEIXA DE DOR EM COTOVELO ESQUERDO			
ACIDENTE DE MOTO			
....NEUROCIURGIA....			
ANAMNese			
Endereço <input checked="" type="checkbox"/> Endereço da Lmra, 186 <input checked="" type="checkbox"/> Sexo: Feminino <input checked="" type="checkbox"/> Idade: 22 <input checked="" type="checkbox"/> Marcações: 1129390 <input checked="" type="checkbox"/> Telefone da Conta: 702402042548623 <input checked="" type="checkbox"/> CNIS: 15112/2018 00:44:35 <input checked="" type="checkbox"/> Data/Hora: 15/12/2018 00:44:35 <input checked="" type="checkbox"/> Datas/Horas: 15/12/2018 00:44:35			
Nome: Francisco Alves de Lima Torres <input checked="" type="checkbox"/> Profissão: JAOAO PESSOA <input checked="" type="checkbox"/> RG: 6628/PB <input checked="" type="checkbox"/> N° Cons. Regional: 6628/PB <input checked="" type="checkbox"/> Acidente / Outros: ACIDENTE DE MOTOCICLETA <input checked="" type="checkbox"/> RG: 6628/PB <input checked="" type="checkbox"/> Datas/Horas: Classificação: 15/12/2018 00:44:35			
Mês PEREIRA DE LIMA SCUSA <input checked="" type="checkbox"/> Profissional: <input checked="" type="checkbox"/> UF: PB <input checked="" type="checkbox"/> PIB: <input checked="" type="checkbox"/> Endereço: <input checked="" type="checkbox"/>			
Endereço: Rua 224, Centro, São Paulo, SP, 01293-000 <input checked="" type="checkbox"/> CNIS: 15112/2018 00:44:35 <input checked="" type="checkbox"/> Data/Hora: 15/12/2018 00:44:35 <input checked="" type="checkbox"/> Telefone da Conta: 702402042548623 <input checked="" type="checkbox"/> Data/Hora Entrada: 15/12/2018 00:44:35 <input checked="" type="checkbox"/> CNES: 445365			

GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Cruz Vermelha Brasileira



CONSULTÓRIOS E ASSISTENCIAS
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, 51, PEDRO GONDIIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700

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 FRANCISCO ALVES DE LIMA	SAE 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 EVA PEREIRA DE LIMA SOUSA			Prontuário
Endereço José Alves de Lima, 198	Bairro Torre	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ	Nº Cons. Regional 10271/PB
Data/Hora Classificação 15/12/2018 00:44:35		Data/Hora Prescrição 15/12/2018 01:08:27	

Anamnese

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

AO EXAME:

- A: VIA AÉREA PERTURADA 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 MMII

CDT:

PRESCREVO SG 5%, DIPIRONA E CETOPROFENO;
SOLICITO RX DE COLUNA 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 (MGTS)

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

SOLUÇÃO GLICOSADA 5% SISTEMA FECHADO (FRASCO 600ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTS)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR

CID10

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

Conduta

Em observação



Dr. Luizinho Soares de Lima
CHURGA-SEGUROS
CRM-PB 11413

João Pedro Lacerda
MÉDICO
CRM-PB 11413

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

Num. 34750039 - Pág. 21



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

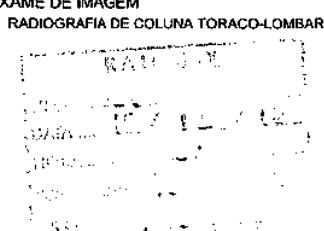
WCR

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: 15/12/2018 01:08:27



EXAME DE IMAGEM



Dr. Ivanardo Soárez de Lima
Assinatura: _____
Processado por: _____
data: _____

José Pedro Lacerda
MÉDICO
CRM-PB 11413

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher campos separados para assinatura e selo eletrônico

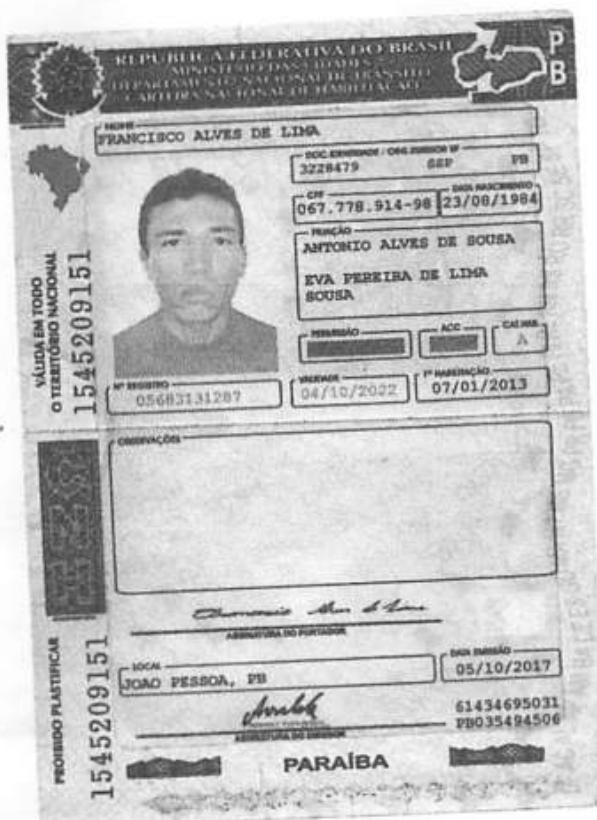


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:34:37

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

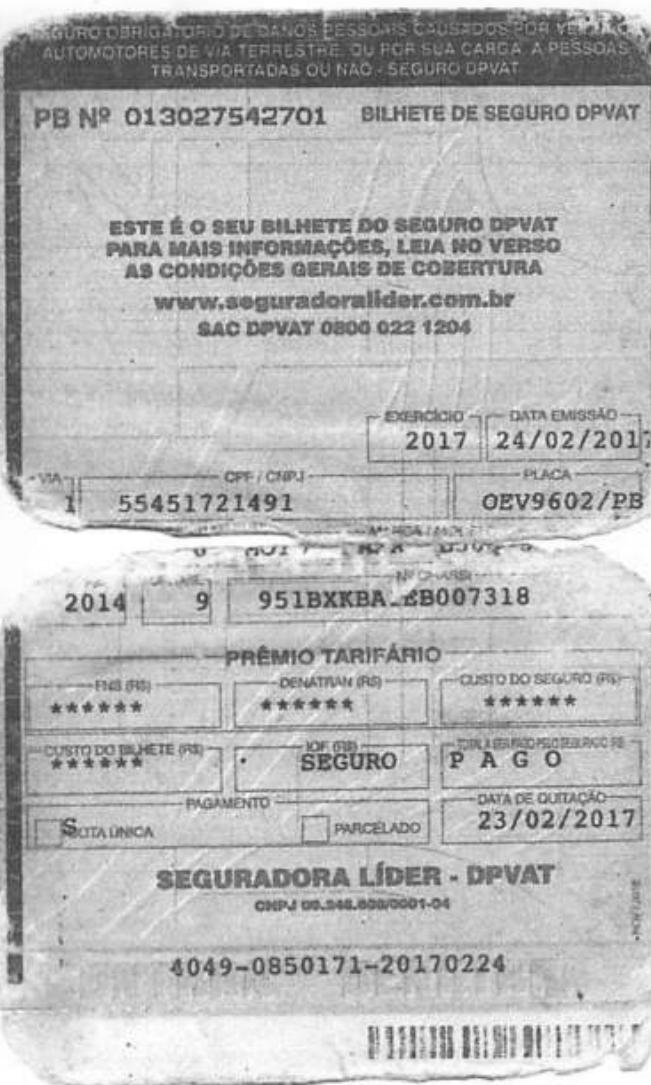
Número do documento: 20092510343683200000033220578

Num. 34750039 - Pág. 22



LIFE ASSESSORIA
27 JUN. 2019
CORRETORA DE SEGUROS





IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Decanuzez Rhys da Junio
 DATA DO ACIDENTE 15/12/2018 CPF DA VITIMA 064-778-924-78
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Decanuzez Rhys da Junio

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR
 A VITIMA É Decanuzez Rhys da Junio
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Pedro Nogueira de Melo, 2000 Centro
 Nº 41 COMPLEMENTO AP 103 BAIRRO Guanabara
 CIDADE Janeiro Tropicana UF RJ CEP 25067-272
 E-MAIL _____
 FONE (23) 98638-4043

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- 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)
- LAUDO DO INI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INI (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • NÓRTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURU PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REembolso ATÉ R\$ 2.700,00 (REembolso). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE www.dpvat.segurodotroitodo.com.br OU LIGUE

GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____
 IDENTIDADE 3228479 DATA 27-06-2019

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
 DATA 27-06-2019
 NOME _____
 ASSINATURA Decanuzez Rhys da Junio

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBRIGATÓRIO E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/12/2018

Titular do CPF: FRANCISCO ALVES DE LIMA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO ALVES DE LIMA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



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. 27



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4^a 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 Duto 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



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

Num. 34750041 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
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=2009251034372000000033220580>
Número do documento: 2009251034372000000033220580

Num. 34750041 - Pág. 2